

**В. А. Рослякова**

Стоматологическая клиника (г. Харьков)

## СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлена система психотерапевтического сопровождения больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

*Ключевые слова:* психотерапевтическое сопровождение, злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.

Основы психоонкологии, заложенные А. Sutherland (1950), R. Feigenberg (1970), J. Holland (1977), берут свое начало от возникновения общественного интереса к качеству жизни (КЖ) больных, имеющих злокачественные новообразования [1]. Ключевым моментом явилась общемировая дискуссия, разгоревшаяся вокруг темы «стоит ли онкологическим больным говорить об их состоянии». В 1967 Е. Kübler-Ross (из наблюдений за реакцией больных после оглашения им смертельного диагноза) опубликовала свой труд «О смерти и умирании», в котором был сформулирован и детально описан принцип DABDA — пять стадий «принятия смерти»: 1) D (*denial*) — отрицание: больной не может поверить, что это действительно с ним случилось; 2) A (*anger*) — гнев: возмущение работой врачей, ненависть к здоровым людям; 3) B (*bargaining*) — торги: попытка заключить сделку с судьбой (например, больные загадывают, что они поправятся, если монетка упадет орлом); 4) D (*depression*) — депрессия: отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни; 5) A (*acceptance*) — принятие: «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть» (данную стадию переживают не более 2 % людей) [2].

В российской медицинской психологии Менделевич В. Д. в 2001 г. выделил пять адаптированных стадий реакций на оглашение онкологического диагноза следующим образом: 1 фаза (анозогнозическая); 2 фаза (дисфорическая); 3 фаза (аутосуггестивная); 4 фаза (депрессивная); 5 фаза (апатическая). По мнению автора, длительность каждой стадии (фазы) не имеет определенных временных интервалов и отражает содержательную часть переживания и «проживания» заболевания [3]. Е. Ф. Бажин и А. В. Гнездилов (1980) установили, что психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания и выделили следующие шесть этапов: 1) поликлинический (диагностический), типичными реакциями которого являются общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мысли о неизбежности скорой и мучительной смерти; 2) этап «поступления в клинику»: на данном этапе происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний, что, в существенной мере, связано с построением компенсаторной системы психологических защит. Несмотря на признание больным существующей онкопатологии, появляется уверенность в квалификации врачей, надежда на достижения современной медицины; 3) предоперационный (предлечебный): наблюдается резкий подъем интенсивности психогенных переживаний. В рамках тревожно-депрессивного

синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции; 4) послеоперационный: снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астено-ипохондрический; 5) этап выписки из стационара не имеет выраженных специфических психопатологических феноменов; 6) катамнестический этап характеризуется проявлением характерологических изменений в виде стремления к самоизоляции. Отношение к привычным и прежде любимым развлечениям становится резко негативным; попытки вмешательства близких людей, как правило, безуспешны; утрачивается интерес к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т. п. Особенно болезненными являются переживания, относящиеся к интимной сфере: страх близости, чувство одиночества [4].

Цель работы — разработка системы психотерапевтического сопровождения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области на основе изучения особенностей формирования психосоциальной дезадаптации и факторов повышенного риска ее возникновения у данного контингента.

С соблюдением принципов этики и деонтологии осуществлено комплексное (клиническое, психодиагностическое и социодемографическое) обследование 100 человек в возрасте от 25 до 45 лет с документированными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

На основе полученных результатов исследования особенностей формирования (течения) психосоциальной дезадаптации, установленных факторов повышенного риска ее возникновения у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области нами разработана система психотерапевтического сопровождения (СПС) данного контингента с дифференцированным использованием комплекса психотерапевтических методик, включающая в себя сочетанную групповую и индивидуальную формы работы с доминирующими эффектами группового взаимодействия. СПС представляет собой поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от фазы основного заболевания и содержательной части психотерапии. При этом задачи содержательной части должны включать принцип взаимного потенцирования.

**Цель СПС:** 1) симптоматическая коррекция психических нарушений пациента; 2) нивелирование поведенческих паттернов дезадапционно-стрессового поведения; 3) психологическая коррекция изменений личности, возникших в процессе онкозаболевания: активация мотивационной сферы, ценностных ориентаций; 4) формирование и поддержание позитивных саногенных личностных факторов; 5) воздействие на формирование адекватных внутрисемейных межличностных

отношений; 6) мобилизация ресурсов, выходящих за пределы сферы медицинской психологии в область духовности, экзистенциально-гуманистической психологии; 7) совладание с болезнью и смена актуальной жизненной позиции.

В структуру СПС входят следующие психотерапевтические методики:

— рациональная индивидуальная психотерапия (Dubois P., 1905), направлена на коррекцию неверных суждений больных о симптомах и происхождении заболевания, убеждение с помощью неопровержимых аргументов специальных знаний в возможностях позитивного исхода, десенситизацию в процессе диалогов тревожных и ипохондрических переживаний, а также подготовку основы для проведения сопряженных с рациональной терапией методов когнитивно-бихевиоральной (КБТ) и рационально-эмоциональной психотерапии (РЭПТ) [6];

— аутогенная тренировка (АТ) (J. Schultz, 1932) применялась для регуляции соматовегетативных расстройств, техник самоконтроля и релаксации, навыки которых использовались в когнитивно-бихевиоральной терапии, психодраме, арт-терапии [6];

— когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) в модификации А. Векс (1967), основывающаяся на коррекции когнитивных заблуждений, образующих депрессивные симптомы (чувство вины, греховности, отвержения, утраты привлекательности, чувство достоинства и самодостаточности) [7];

— рационально-эмоциональная психотерапия (РЭПТ) (А. Эллис, 2002), целью которой является рационально-эмоциональная коррекция представлений больных о «катастрофизации» актуального состояния, реконструкция системы убеждений, отказ от жестких ригидных требований к себе («я должен») и «отмену» эмоциональных иррациональных установок, неизбежно ведущих к фрустрации и углублению тревожных, ипохондрических, фобических невротоподобных расстройств [8];

— адьювантная психологическая терапия (АПТ) в модификации S. Moorey, S. Greer, 1989, (наиболее востребованная в психонкологии краткосрочная проблемно-фокусированная структурированная когнитивно-поведенческая программа), направленная на пересмотр пациентами своих представлений о болезни, способствующая изменению дезадаптивных поведенческих паттернов; изменению копинг-стиля «беспомощность/отчаяние» и овладению противоположной стратегией «дух борьбы» (*fighting spirit*). Основными фокусами являются: 1) личностное восприятие (отношение) пациентом своего заболевания, 2) способность больного справляться с трудностями (т. е. с тем, что он делает для преодоления опасностей, связанных с онкопатологией) [9];

— психодрама стилевых механизмов психологических защит (МПЗ) (P. F. Kellerman, 2001), посредством которой проводится детекция и балансировка МПЗ с неадекватным напряжением (как чрезмерным, так и сниженным). Особую роль играет коррекция защиты «отрицания», имеющая двойственную позицию адаптивного и дезадаптивного свойств, меняющихся в зависимости от стадии процесса, психического состояния пациента [10];

— позитивная психотерапия (Nossrat Peseschkian, 1996), используется в качестве конфликт-центрированной психодинамической терапии, основной

задачей которой является устранение дезинтеграции психической целостности личности в выделяемых зонах конфликтов. Пошаговая модель строилась исходя из классических представлений о том, что больные с онкопатологией не осознают своих желаний, подвержены самопожертвованию и не могут планировать свое будущее. Для разрешения конфликтов необходимо обучение больного оказывать самому себе помощь, затем — своему ближайшему окружению, включаться с позитивными взглядами в микросоциальные и макросоциальные процессы. Применяются приемы ролевых игр, нарративов, техник воображения [11];

— интерперсональная психотерапия (ИПТ) (G. Klerman, M. Weissman, 1984) применялась для коррекции психопатологических расстройств, возникающих у пациентов и ближайшего окружения в связи с такими проблемами, как отягощенное переживание скорби в связи с возможной смертью близкого человека; для гармонизации межличностных ролевых конфликтов, которые выражались в разнице ожиданий от поведения и реакций членов семьи и больных, приводивших пациентов к выраженному дистрессу; формировании ролевого перехода в реальных и моделируемых ситуациях, к которым пациент должен быть адаптирован, т. е. освоить неизвестную ему ранее роль; для возмещения дефицита межличностных отношений, выражающегося как в обеднении социальных связей, так и количества интеракций в семейном окружении наряду со снижением качественных характеристик общения [12];

— экзистенциально-гуманистическая смысловая терапия (Yalom I. D, 1977, 1999) представляет высокоиндивидуализированный метод, который автором охарактеризован как принцип «новой психотерапии для каждого нового пациента» в процессе, происходящем «здесь и сейчас между пациентом и психотерапевтом». Данный вид психотерапии использовали для обсуждения вопросов смысла жизни, судьбы, одиночества, собственной смерти, соприкосновения с тайной; что способствует адаптации, умиротворению, обретению семьи и друзей, почтительному и достойному отношению к утратам и возможной смерти, чувству удовлетворения прожитой жизнью [1,13];

— визуализация представлений по методике (K. Simonton, 2001), применялась в составе терапии изобразительным творчеством, помимо классического применения изображения регресса раковых опухолей и клеток, пациенты отрабатывали варианты позитивного отношения к пластическим изменениям внешности вследствие деформаций; снижая напряженность ожиданий пластической косметической трансформации; наряду с саногенным эффектом ингибиции неоплазм методика играла адаптационную роль к обретению «нового» лица [14];

— арт-терапия (Kretschmer Wolfgang, 1982; Бурно М. Е., 2009; Гнездилов А. В., 2000; Копытин А. И. 2010) с использованием методик, которые составляют психологически-ориентированную психотерапию искусством (арт-терапия, драматерапия, танцевально-двигательная терапия и музыкотерапия). Универсальные механизмы арт-терапии позволяли включать её на этапах симптоматической коррекции, личностной реконструкции, групповой суппортивно-экспрессивной терапии, когнитивно-бихевиоральной и экзистенциально-гуманистической психотерапии [15].

**Список литературы**

1. Levin T. Психонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) Психические расстройства в общей медицине / Т. Levin, W. D. Kissane. — 2007. — Т. 02. — № 3. — С. 27—31.
2. Kübler-Ross, E. On Death and Dying / E. Kübler-Ross. — New York, NY: Scribner Publishers. — 1969. — С. 21—24.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
4. Бажин Е. Ф. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях : метод. реком. / Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., Цейтина Г. П.; под ред. проф. М. М. Кабанова. — Л., 1987. — 21 с.
5. Sheard T. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses / T. Sheard, P. Maguire // Br J Cancer. — 1999; 80: 1770—80.
6. Свядош А. М. Неврозы. / А. М. Свядош. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карварского. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.
8. Ellis A.. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — 2-е изд. / Эллис А., Драйден У; пер. с англ. Т. Саушкиной. — СПб.: Речь, 2002. — 362 с.
9. Moore S. Psychological therapy for patients with cancer: A new approach / S. Moore., S. Greer. — Oxford: Heinemann Medical Books, 1989. — 206 с.
10. Kellerman P. F. (Келлерман Питер). Психодрама крупным планом. Анализ терапевтических механизмов / P. F. Kellerman. — М.: Изд-во Независимая фирма «Класс» — 2001 — С. 240.
11. Peseschkian N. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиан. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
12. Interpersonal Psychotherapy of Depression. / [G. L. Klerman, M. M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron]. — New York, Basic Books, 1984. — 187 с.
13. Yalom I. D. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. / И. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 576 с.

14. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон С. Саймонтон (K. Simonton, S. Simonton) [пер. с англ.] — Санкт-Петербург; Москва; Харьков; Минск, 2001. — С. 93—95.
15. Орлова Т. В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии [Электронный ресурс] / Т. В. Орлова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. — 2011, № 5. Режим доступа URL : <http://medpsy.ru>.

*Надійшла до редакції 29.06.2012 р.*

**В. О. Рослякова**

*Стоматологічна клініка (м. Харків)*

**Система психотерапевтичного супроводу у хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки**

У статті наведено систему психотерапевтичного супроводу хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

*Ключові слова:* психотерапевтичний супровід, злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.

**V. A. Roslyakova**

*Dentist Clinic, city of Kharkiv*

**System of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area**

The system of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area is presented in the article.

*Key words:* therapeutic support, malignant tumors of the maxillofacial area.

УДК 616.858-008.6-07:616.89-07

**Д. Ю. Сайко**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Представлены данные комплексного исследования психических расстройств у больных болезнью Паркинсона (БП). Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона: 297 больных болезнью Паркинсона, осложненной психическими расстройствами (основная группа), и 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована структура психической патологии у больных с БП. Выделены основные клинико-психопатологические и патопсихологические особенности, факторы и механизмы формирования различных психических расстройств при БП.

*Ключевые слова:* психические расстройства, болезнь Паркинсона, этиопатогенетические факторы, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические механизмы формирования

Неутешительная статистика последних лет свидетельствует о значительном увеличении количества нейродегенеративных заболеваний, в частности Болезни Паркинсона (БП), в большинстве стран мира. Подобную динамику связывают, прежде всего, с ростом средней продолжительности жизни и неблагоприятными экологическими факторами [1, 13].

Согласно статистике, БП в структуре общей популяции встречается с частотой 60—187 на 100 000 населения. Наблюдается рост заболеваемости с возрастом. У пожилых лиц она достигает уровня 1,9 % и даже 6,9 % в популяции [6]. Кроме того, отмечается тенденция к «омоложению» данного недуга — увеличивается количество больных в возрасте 30—45 лет [3]. На сегодняшний день, наряду с онкологическими заболеваниями, БП занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и смерти. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных БП становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80 % [13].

Наряду с классическими двигательными нарушениями, наличие психических нарушений является одной из важных составляющих клинической картины БП [1, 2, 5, 11]. В ряде исследований отмечено, что психические расстройства являются значимыми факторами, снижающими качество жизни пациентов и способствующими формированию инвалидности [2, 5, 12]. При этом вопросы генеза, закономерностей формирования и особенностей клинического оформления психических расстройств при болезни Паркинсона на сегодняшний день остаются открытыми и требуют детальной разработки.

© Сайко Д. Ю., 2012