

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕВРОТИЗИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Б. В. Кулик, И. И. Влох, Р. И. Билобрывка, Т. М. Гришканыч

Было проведено исследование психоэмоциональных проблем и невротизирующих факторов у 75 женщин с психическими заболеваниями, которые оказывают психотравмирующее и индуцирующее на психические нарушения влияние.

Ключевые слова: психические заболевания, невротизация, проблемы женщин

PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS AND FACTORS OF NEUROTIZATION IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING IN CASE OF ECONOMIC CRISIS

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh, R. I. Bylobryvka, T. M. Gryshkanych

Psychologically important problems of 75 women, treated in psychiatric hospital, that were considered as psychotraumatic and inductive mental disorders factors have been studied.

Keywords: mental disorders, neurotization, women's problems

УДК 616.8:616-006.6]-036-08-059

С. И. Табачников, А. Ю. Васильева, В. Г. Бондарь, М. Б. Доценко

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО СТАЦИОНАРА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины,

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий областной противоопухолевый центр

Ключевые слова: больные злокачественными новообразованиями, непсихотические психические расстройства, психокоррекционные мероприятия, противоопухолевый стационар

Своевременное распознавание и правильная квалификация непсихотических психических расстройств в онкологической практике приобретают реальный смысл лишь в сочетании с эффективной их коррекцией, которые относятся к важным факторам повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями [1-3]. Согласно данным многочисленных исследований, а также собственных данных потребность в психокоррекции выявляется в среднем у 50–90% онкологически больных, что объясняется высокой распространенностью психической патологии, среди которой наибольший вес принадлежит тревожно-депрессивным расстройствам [4-8].

Результаты проведенного нами комплексного исследования 450 онкобольных, находившихся на лечении в Донецком областном противоопухолевом центре, позволили сформулировать общие требования к содержанию и организации психокоррекционных мероприятий для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, страдающими злокачественными новообразованиями различной локализации в условиях специализированного противоопухолевого стационара. Основной целью психокоррекционных вмешательств является снижение уровня тревоги и депрессии, избавление пациентов от ощущения безнадежности, связанной с манифестацией, рецидивом

и/или метастазированием онкологической патологии; помочь пациентам более адекватно оценить значение психотравмирующих событий; преодолеть боль и пессимистическое восприятие сложившейся ситуации; коррекция иррациональных установок с выделением адекватных целей и мобилизацией усилий; редукция страха рецидива и/или смерти с формированием новых перспектив вне болезни. Так как лечение непсихотических психических расстройств у онкобольных предполагает не только устранение симптомов, но и коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациентов и возвращение им их социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.), необходимо использовать интегративный комплекс, включающий современные методы психотерапевтического и психофармакологического вмешательства в сочетании с назначенным противоопухолевым лечением основного заболевания, который способствует изменению отношения пациентов к своему состоянию и повышает комплайнс. В организационном плане, на наш взгляд, оптимальна консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи [9], предусматривающая совместную курацию пациентов онкологом и психотерапевтом или психиатром. Эта модель обеспечивает не только прямой контакт с пациентами готовыми к психотерапевтическому и/или психиатрическому лечению, но и актив-

ное сотрудничество со специалистами онкологического профиля – хирургами-онкологами, химиотерапевтами и радиологами.

Психофармакотерапия должна проводиться по принципу монотерапии эмоциональных нарушений и дифференцированного использования антидепрессантов, в зависимости от клинического варианта непсихотических психических расстройств. Такой подход обусловлен стремлением к минимизации возникновения побочных эффектов психофармакотерапии и, в свою очередь, предоставляет возможность активно вовлекать пациентов в терапевтический процесс, тем самым способствует более быстрой дезактуализации болезненных переживаний и восстановлению психоэмоционального состояния.

Н. А. Марутой (2001) [10] были разработаны требования для использования антидепрессантов, наиболее приемлемых в лечении пациентов, страдающих соматической патологией: минимальная выраженность побочных эффектов (нейротропных и соматотропных), которые могли бы нарушить функции внутренних органов, привести к усугублению имеющейся соматической патологии; ограниченность признаков поведенческой «токсичности» (седация, нарушение концентрации внимания и т.д.); безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации, а также однократного приема в течение суток). Кроме того, учитывая специфику соматической патологии пациентов, были сформулированы дополнительные требования для использования препаратов в лечении пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями и принимающих специальную противоопухолевую терапию: низкая вероятность нежелательных межлекарственных взаимоотношений с противоопухолевыми химиопрепаратами; использование препаратов, имеющих «морфинсберегающее» действие (потенцирование анальгезирующего эффекта) при хроническом болевом синдроме у онкологических больных, связанном как с непосредственным поражением нервных волокон, так и с нейропатиями [11-12]; не снижающаяся активность препаратов при их длительном применении, в т.ч. при поддерживающей терапии соматически ослабленных пациентов.

Практически всем вышеперечисленным требованиям отвечают антидепрессанты последних поколений: из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (-СИОЗСН), норадренергических и селективных серотонинергических (НасСА) и мелатонинергических антидепрессантов (МТ), которые обладают высокими показателями эффективности, переносимости и безопасности при применении их в сочетании с химиотерапией у онкологических больных [13-16].

На основе полученных нами данных об особенностях личности, типов отношения к онкологическому заболеванию [17-19], проявляющихся, прежде всего, в

«общем снижении активности, изменении иерархии мотивационно-потребностной сферы, сокращении временной перспективы», специфики онкологического заболевания, а также клинического полиморфизма эмоциональных расстройств у онкобольных, нами были разработаны основные принципы организации психотерапевтической коррекции непсихотических психических расстройств, развивающихся на фоне онкологической патологии, в условиях противоопухолевого стационара: системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия, учитывающего особенности организации лечебного процесса; этапность и комплексность психотерапевтических мероприятий; максимальная индивидуализация психотерапевтических воздействий с учетом сферы повреждения физиологических систем организма, локализации, тяжести, длительности и стадии онкологического заболевания; дифференцированное сочетание патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при сочетании индивидуальных и групповых («палатных») форм работы с онкобольными с активным вовлечением в лечебный процесс членов их семей (семейная психотерапия) и направленность психотерапевтических воздействий на купирование тревожно-депрессивной симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к онкологическому заболеванию, дезактуализацию некоторых неблагоприятных симптомов опухолевого процесса.

Психотерапия больных, страдающих злокачественными новообразованиями, должна строиться как на общих принципах данного вида лечения, так и иметь ряд специфических особенностей с учетом отражения онкологического заболевания в психике пациентов и модальности копинг-стратегий (эмоциональный – связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, онкологическое заболевание в целом и его последствия; интеллектуальный (когнитивный) – связанный с представлениями больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях и мотивационно-поведенческий – связанный с изменением поведения и образа жизни в условиях тяжелой соматической болезни и актуализацией профессиональной или бытовой деятельности после завершения курсов противоопухолевого лечения). Кроме того, один из основных принципов психотерапии — строгая индивидуализация подхода и выбора метода воздействия в приложении к онкологической клинике — приобрела особую окраску: в частности, первые контакты с пациентами должны быть крайне осторожными, и направлены на изучение и выяснение установок онкобольных, что дает в дальнейшем возможность психотерапевту почувствовать и понять ту особую, всегда достаточно тонко индивидуализированную форму «взаимоотношения» больного и его заболевания, которую избрал для себя тот или иной пациент. Особенность психотерапии онкологических больных состоит также в и том, что коррекция должна

проводиться постійно, на всем протяженні захворювання. На різних етапах захворювання може змінюватися і глибина психогенних реакцій, їх фабула, але ситуація постійно залишається достатньо гострою — по суті мова йде про екстремальних умовах існування.

При проведенні психотерапевтичних заходів повинні використовуватися найбільш конструктивні механізми справляння: активне співробітництво і участь пацієнтів в діагностичному і лікувальному процесі, розвиток позитивних мотивацій до протипухлинного лікування, активний пошук підтримки в терапевтичній і соціальній середі, проблемний аналіз хвороби і її можливих наслідків, розумна ступінь ігнорування хвороби і певне дистанціювання в стосунках проявів захворювання, терпеливість, збереження самообладання і емоційної розрядки, що сприяє заміні незрілих або неадекватних захисних реакцій на більш адаптивні способи психологічної компенсації, а конструктивне змінювання стосунку пацієнта до онкологічного захворювання сприяє, зокрема, симптоматичному зниженню тривоги, зміцненню почуття «Я» і підвищенню самооцінки.

Психотерапевтичні заходи в умовах спеціалізованого протипухлинного стаціонару повинні здійснюватися в три етапи (згідно з концепцією Б. В. Михайлова [20]): седативно-адаптуючий, лікувально-коректуючий і підтримуючо-профілактичний. Основними завданнями седативно-адаптуючого етапу є встановлення емоційного контакту з онкохворим, формування довіри і адекватного стосунку до проведення психотерапії, який етап складається з 2-3 індивідуальних і 3-4 групових занять з використанням раціональної і косвенної психотерапії, спрямованої на потенціювання протипухлинної терапії. Другим (лікувально-коректуючим) етапом є проведення з 4-6 індивідуальних і 6-8 групових занять з використанням раціональної, когнітивно-поведінкової, короткотривалої позитивної психотерапії і методів психічної саморегуляції і цілеспрямованого самовдосконалення з позитивною креативною візуалізацією на фоні аудіальної модальності сприйняття спеціально підібраними музичними композиціями і звуками природи в стані прогресивної міорелаксації за Джекобсоном. Завданнями цього етапу є усвідомлення онкопацієнтами зв'язку емоційних розладів з онкологічним захворюванням і особливостями їх особистості; корекція масштабу переживання хвороби і її соціальної значимості; формування у хворого позитивної терапевтичної перспективи і досягнення позитивної динаміки його емоційного стану. В завдання третього (підтримуючо-профілактичного) етапу психотерапії входить закріплення досягнутого терапевтичного ефекту, адекватного і терапевтично сприятливого стосунку до онкологічного захворювання і про-

філактика розвитку в подальшому непсихотических психічних розладів. З цією метою проводиться 2-3 індивідуальних і 4-5 групових занять шляхом вдосконалення навичок психічної саморегуляції і раціональної психотерапії.

Основною задачею інтегративного психотерапевтичного комплексу є формування найбільш адаптивних (в межах ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, не супроводжуваних відкиданням реальності захворювання, відмовою від протипухлинного лікування і іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети нами були виділені наступні цілі психотерапевтичного впливу: зменшення інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, спрямована на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу пухлинної хвороби, створення у онкологічних хворих позитивного настрою до проходження протипухлинного лікування і активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих синдрому відсутності сенсу життя і адаптація онкологічних хворих і їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або косвенно пов'язаних з захворюванням.

Таким чином, в теперішній час уже не викликає сумнівів, що в психологічній реабілітації онкологічних хворих необхідний комплексний підхід. Результати проведеного нами дослідження свідчать про доцільність поєднаного використання психофармакологічних засобів і психотерапевтичних методів корекції непсихотических психічних розладів у пацієнтів, страждаючих злоякісними новоутвореннями, в умовах спеціалізованого протипухлинного центру, що сприяє не тільки усунуванню емоційного дистресу у пацієнтів і членів їх сімей, але і надає терапевтично сприятливе вплив на динаміку основної онкологічної хвороби.

Література:

1. Рак в Україні, 2008-2009 рр. // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2010. – №11. – 111 с. – Режим доступу:
2. Anton S. M. Anxiety, depression and quality of life of oncology staff / S. M. Anton, S. Kurbel, S. Enovi [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – № 15 (2). – P. 160.
3. Hou L. Relationship of relatives' depression to Chinese cancer survivors symptoms, quality of life and depression / L. Hou, Y. Zheng, P. Peng [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – № 15 (2). – P. 272.
4. Pramod D.S. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers / D. S. Pramod, R. N. Salgocar, A. R. Nirmalkumar, P. S. Vaishali / Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 145.
5. Grassi L. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10 / L. Grassi, S. Sabato, L. Marmai [et al.] // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006, 381 – P. 162.
6. Смулевич А.Б. Психічні розлади в онкології (результати мультицентрової програми «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психічні розлади в загальній

медицине. – 2009. – № 1. – С.4-11.

7. Fazal S. Supportive and palliative care of pancreatic cancer / S. Fazal, M. W. Saif // JOP. – 2007. – № 8 (2). – P. 240–53.

8. Gil Moncayo F. L. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients / F. L. Gil Moncayo, R.G. Costa, F.J. Perez, M. Salameo, N. Sanchez, A.Sirgo // Med Clin (BCN). – 2008. – Vol. 130(3). – P. 90-92.

9. Михайлов Б. В. Интегративная система оказания психиатрической помощи на модели Харьковского региона / Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, А. И. Сердюк, Е. В. Кришталь [и соавт.] // Український вісник психоневрології. – Т. 10, вип. 1(30), 2002 (додаток). – С. 208-209.

10. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т.9. – Вип. 4 (29). – с. 79-82.

11. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // Рецепт. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40–45.

12. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21–32.

13. Williams M. D. Selective serotonin reuptake inhibitors and patients with carcinoid tumor / M. D. Williams, T. Dolenc // Psychosomatics. – 2005. – Vol. 46 (4). – P. 370–372.

14. Jin Y. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment / Y. Jin, Z. Desta, V. Stearns [et al.] // J Natl Cancer Inst. – 2005. – Vol. 97. – P. 30–39.

15. Самушия М. А. Стимулотон (сертралин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 02. – № 2. – Режим доступа:

16. Kelly C. M. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study / C. M. Kelly, D. N. Juurlink, T. Gomes [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 693.

17. Васильева Г. Ю. Особенности психологического реагирования на захворювання у пацієнтів, які страждають на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2009. – Т. 15. – № 4 (59). – С. 67–69.

18. Васильева А. Ю. Психологические особенности больных, страдающих злокачественными новообразованиями / А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 1 (60). – С. 74–77.

19. Васильева Г. Ю. Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення / Г. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – Київ, 2010. – Т. 16. – № 2 (61). – С. 57–63.

20. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗМІСТУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО СТАЦІОНАРУ

С. І. Табачников, Г. Ю. Васильєва, В. Г. Бондар, М. Б. Доценко

У статті наведено загальні вимоги до організації та змісту психокорекційних заходів щодо хворих на онкологічну патологію: основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу та психофармакотерапії у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, а також обґрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного та психофармакологічного втручання задля стабілізації їх емоційного стану та, як наслідок, підвищення ефективності протиопухлинного лікування.

Ключові слова: хворі на злоякісні новоутворення, непсихотичні психічні розлади, психокорекційні заходи, протиопухлинний стаціонар

FEATURES AND CONTENT OF PSYCHOCORRECTIVE MEASURES IN COMPLEX TREATMENT CANCER PATIENTS IN A SPECIALIZED ANTITUMOR HOSPITAL

S. I. Tabachnikov, A. Yu. Vasylyeva, V. G. Bondar, M. B. Dotsenko

The article presents general requirements for the organization and content of the correction measures for patients with cancer pathology: directions and methods of psychotherapeutic approaches and psychopharmacotherapy in the treatment of these patients, and the necessity of using different methods and modern psychotherapeutic intervention to emotion condition stabilisation.

Keywords: cancer patients, non-psychotic psychic disorders, psychocorrection, antitumor hospital

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

С.С. Шум

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкохворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Поширеність психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями значно вища ніж у загальній популяції [1].

За результатами численних наукових досліджень, поширеність психічних розладів в онкологічних хворих залежить від локалізації онкологічного процесу та стадії захворювання і за різними даними становить від 47-52% до 92,3-100% (останні цифри формуються за рахунок розповсюдженості астеничного симптомокомплексу) [2; 3].

Переважну частку в структурі психічних розладів при онкопатології складають непсихотичні порушення. Частота тривожно-депресивних синдромів в онкохворих за даними різних авторів становить від 56 % [4] до 69,5 % [5].

Не дивлячись на численність наукових досліджень в галузі психоонкології, більшість з них виконувались на контингенті хворих з початковими стадіями онкопроцесу і не охоплювали судово-психіатричних аспектів даної проблеми. Тому дослідження, присвячене