

ПРИНЦИПЫ СРОЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Предложена типология психологического дистресса и принципы его превенции у пациентов с впервые диагностированной онкологической патологией. Установлены три уровня проявлений различных типов психологического дистресса у данной категории пациентов (нормативно-рациональный, условно-нормативный и иррациональный), для каждого из которых определены мишени и варианты психологической коррекции.

Ключевые слова: дистресс, онкология, медико-психологическое сопровождение, психологическая адаптация, психокоррекция.

Онкологическая патология является инвариантным фактором психотравматизации при первичной диагностике и инициальном этапе терапии [1, 2]. При наличии массивного медико-социального дискурса, центрированного вокруг трудностей диагностики, уровней летальности и характера осложнений терапии, онкологические заболевания стали одной из наиболее распространенных нозофобических фабул [3–5].

Наиболее остро проблема психической травматизации при онкологической патологии стоит при первичной диагностике и начальном этапе лечения в силу необходимости реализации целенаправленных и мотивированных действий со стороны пациента — решения о госпитализации и активного участия в лечении, при этом сам факт постановки диагноза в рамках сферы компетенции онколога в совокупности с перспективой использования агрессивных терапевтических методов в ряде случаев приводит к интенсивному психологическому дистрессу с последующей реализацией иррациональных поведенческих актов [4, 6–8].

На данном этапе превенция психологического дистресса у лиц с впервые диагностированной онкологической патологией осуществляется лишь на уровне первичного контакта с онкологической клиникой, в контексте тривиальной врачебной деонтологии они не знают об определенной методологии реализации. В силу этих обстоятельств анализ типовых вариантов психологического дистресса при первичной диагностике онкологической патологии и разработка принципов его превенции представляются приоритетными задачами медицинской психологии [9–11].

Цель исследования — создание типологии психологического дистресса и разработка принципов его превенции у пациентов с впервые диагностированной онкологической патологией.

В исследовании приняли участие 38 пациентов онкологического стационара, госпитализированных по поводу курабельных новообразований на этапе реабилитации. Средний возраст данного контингента составил $55 \pm 2,4$ года.

Исследование проведено в ретроспективном дизайне с использованием психодиагностического (полуструктурированное психодиагностическое интервью), клиничко-анамнестического (анализ психологической предрасположенности) и клиничко-статистических методов.

На основании анализа данных психодиагностического исследования при их сопоставлении с информацией о психологическом статусе на момент постановки диагноза онкологической патологии были установлены стереотипы психологического дистресса, ранжированные на три уровня по степени нарушения рационального поведения (за которое условно приняты активные действия, направленные на организацию терапевтических мероприятий со стороны пациента — госпитализация, дальнейшее обследование, терапевтический комплаенс).

Разработана такая иерархическая типология психологического дистресса.

I уровень — *нормативно-рациональный* (представлен типами психологического дистресса, не нарушающими поведение пациента в контексте диагностического и терапевтического процессов). Включает такие типы психологического дистресса:

1) гиперконформный — в силу доминирования физиологической аффективной реакции страха пациент занимает сверхконформную позицию, демонстрируя высокие показатели комплаенса, делегируя ответственность за исход лечения медицинскому персоналу. Психологическая фабула дистресса предполагает акритичное представление о количественном взаимоотношении между выполняемыми требованиями специалистов и исходом

заболевания. Пациенты, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, описывают собственное состояние как «слепую веру в лечение»;

2) пассивный — в силу доминирования физиологической аффективной реакции страха пациент испытывает угнетение мотивации к реализации любых целенаправленных действий, будучи сосредоточенным на внутренних переживаниях, он приходит в состояние пассивного подчинения требованиям медицинского персонала и ближайших родственников. Психологическая фабула дистресса предполагает диссоциацию между интенсивными внутренними переживаниями и внешним поведением. Пациенты, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, описывают собственное состояние как «чувство страха с оцепенением»;

II уровень — *условно-рациональный* (представлен типами психологического дистресса, вносящими в поведенческий арсенал пациента патологические паттерны, затрудняющие диагностические или терапевтические процедуры). Включает такие типы психологического дистресса:

1) манипулятивный — в силу доминирования аффективной реакции страха пациенты принимали решение в рамках аффективной логики и реализовали демонстративные паттерны поведения, прибегая к манипуляциям в отношении родственников и медицинского персонала. Фабула дистресса предполагает требование максимального сочувствия и помощи окружающих. Сами пациенты, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, описывают собственное состояние как «желание кричать о помощи»;

2) взрывной — в силу доминирования патологической аффективной реакции гнева, замещающей нормативную реакцию страха, пациенты принимали решение в рамках аффективной логики. Требуя немедленной помощи, они прибегали к угрозам, оказывали давление на медицинский персонал. Больные воспринимали ограничения компетенции или осложнения терапевтических методов как нежелание оказывать им помощь. В фабуле данного типа дистресса основой выступает агрессия как тактика принуждения к оказанию качественной помощи. Сами больные, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, описывают собственное состояние как «справедливый гнев на врачей, не желающих шевелиться».

III уровень — *иррациональный* (представлен типами психологического дистресса, при которых поведение пациента становится полностью патологическим и исключает нормальное проведение диагностических или терапевтических процедур). Включает такие типы психологического дистресса:

1) негативистический — в силу патологического аффективного антагонизма в отношении медицинских процедур и персонала пациент реализует иррациональное, оппозиционное поведение: уклоняется от дальнейших обследований и терапии в условиях стационара, отдавая предпочтение нетрадиционным методам терапии. В фабуле переживаний — представления о рентной мотивации медицинского персонала и личная неприязнь к нему, убежденность в неэффективности любых терапевтических процедур. Пациенты, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, в тех случаях, когда в дальнейшем их психологическое состояние позволяет принять предложенный протокол лечения, описывают собственное состояние как «попытку самостоятельного решения проблемы как альтернативу бесперспективному лечению»;

2) паранойяльный — в силу патологической ассоциативной реакции пациенты акритично принимают позицию отрицания диагноза, воспринимая его как следствие врачебной ошибки, используя в качестве аргументации свое нормальное самочувствие и указывая на рентную или ошибочную мотивацию со стороны медицинского персонала, отказываясь от какой-либо специализированной помощи. В фабуле переживаний — несоответствие относительного физического благополучия и диагноза, предполагающего тяжело переносимое лечение. Пациенты, реагирующие на диагностику онкологической патологии по данному типу, в тех случаях, когда в дальнейшем их психологическое состояние позволяет принять предложенный протокол лечения, описывают собственное состояние как «уверенность во врачебной ошибке и желании нажать на здоровом человеке, продать лекарства, сделать ненужную операцию».

На основании предложенной типологии были разработаны принципы психологической коррекции иррациональных вариантов поведения (таблица).

Анализ опыта переживания пациентами состояния психологического дистресса подтверждает наличие риска реализации иррациональных форм поведения с отсрочиванием начала диагностических и лечебных процедур, что указывает на приоритет использования различных вариантов психологической коррекции в качестве сателлитного метода при диагностике онкологической патологии.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1) установлено наличие трех уровней проявлений различных типов психологического дистресса у пациентов с впервые диагностированной онкологической патологией: нормативно-рационального (основанного на физиологической

Принципы экстренной психологической коррекции иррациональных вариантов поведения пациентов с впервые диагностированной онкологической патологией

Тип дистресса	Мишень	Вариант коррекции
Гиперконформный	Интроспективная реакция страха как следствие реализации предрасположенной канцерофобии	Рациональная коррекция канцерофобических переживаний, информирование о перспективах лечения с детальным указанием механизмов действия терапевтических мероприятий
Пассивный	Утрата мотивации к реализации активного поведения, пассивная подчиняемость	Сохранение позиции пассивного подчинения до прохождения полного обследования и выбора терапевтической тактики, далее директивное формирование мотивации с апелляциями к успехам реализуемых терапевтических процедур
Манипулятивный	Патологический вариант требований о помощи с реализацией поведенческих паттернов, снижающих уровень коммуникации между пациентами и медицинским персоналом	Психологическое сопровождение пациента на протяжении всего периода обследования и выбора терапевтической тактики с целью формирования представления о постоянном внимании со стороны медицинского персонала, его заинтересованности в выздоровлении пациента, отсутствии необходимости в манипулятивном и демонстративном поведении
Эксплозивный		Агрессивная рационализация возможности медицинской помощи, поддержание состояния спора о компетенции и интенциях медицинского персонала до окончания прохождения диагностических процедур и выбора терапевтической тактики. Поддержание состояния спора направлено на удовлетворение желания пациента получить внимание и соответствующую квалифицированную медицинскую помощь, одновременно не позволяя прервать посещение врача
Негативистический	Патологическая реакция антагонизма с формированием оппозиционной позиции к терапии	Попытка перевода оппозиционного состояния в спор с достижением перехода от негативистического к эксплозивному типу дистресса с использованием агрессивной рационализации
Паранойяльный	Патологический ассоциативный паттерн, основанный на несоответствии рационального и эмпирического опыта	Детальная рационализация с использованием визуальных материалов дополнительных методов обследования, при неудаче — суггестия, направленная на формирование понимания необходимости прохождения полного обследования

реакции страха в ответ на реализацию канцерофобии), условно-нормативного (основанного на аффективной логике и патологическом варианте требований о помощи с реализацией поведенческих паттернов, снижающих уровень коммуникации между пациентами и медицинским персоналом) и иррационального (основанного на патологических аффективных и ассоциативных реакциях с реализацией патологического поведения, исключающего рациональную диагностику и терапию);

2) в составе нормативно-рационального уровня установлено наличие гиперконформного и пассивного типов дистресса, в составе условно-рационального уровня — манипулятивного и эксплозивного типов дистресса, в составе иррационального уровня — негативистического и паранойяльного типов дистресса;

3) для каждого из установленных типов психологического дистресса установлены мишени и варианты психологической коррекции.

Список литературы

1. *Кукшина А. А.* Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных / А. А. Кукшина, Д. А. Верещагина // Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация.— 2013.— № 5.— С. 28–34.
2. *Семионкин Е. И.* Стресс у онкологических больных / Е. И. Семионкин // Паллиативная медицина и реабилитация.— 2011.— № 3.— С. 59–62.
3. Психологические особенности личности и отношение к болезни у пациентов со злокачественными опухолями / Н. Н. Биктина, Т. А. Галкина, А. В. Карпец, А. Н. Кекк // Паллиативная медицина и реабилитация.— 2016.— № 3.— С. 39–43.
4. *Липецкий Н. Н.* Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин, больных раком молочной железы III ст.) / Н. Н. Липецкий // Молодой ученый.— 2013.— № 7.— С. 372–374.
5. *Canning S.* Psychological, demographic, illness and treatment risk factors for emotional distress amongst



- paediatric oncology patients prior to reaching 5-year survivorship status / S. Canning, P. Bunton, L. Talbot Robinson // *Psychooncology*.— 2014.— № 23 (11).— P. 1283–1291.
6. *Akechi T.* Psycho-oncology-psychological approach to cancer patients / T. Akechi // *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*.— 2015.— № 118 (1).— P. 1–7.
 7. Risk of depressive disorder among patients with head and neck cancer: A nationwide population-based study / C. Y. Fan, H. L. Chao, C. S. Lin [et al.] // *Head Neck*.— 2017.— № 30.— P. 1–12.
 8. *Weinstein A. G.* Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: a nurse-centered approach / A. G. Weinstein, C. C. Henrich // *Eur. J. Oncol. Nurs.*— 2013.— № 17 (6).— P. 726–731.
 9. *Ракицкий Г. Ф.* Психиатрическая помощь онкологическим больным / Г. Ф. Ракицкий, Н. П. Панюшкина, В. П. Князев // *Здравоохранение Дальнего Востока*.— 2016.— № 2.— С. 68–70.
 10. Association between psychological distress and cancer type in patients referred to a psycho-oncology service / C. Lavelle, M. F. Ismail, K. Doherty [et al.] // *Urol. Oncol.*— 2017.— № 27.— P. 1078–1439.
 11. *McFarland D. C.* The management of psychological issues in oncology / D. C. McFarland, J. C. Holland // *Clin. Adv. Hematol. Oncol.*— 2016.— № 14 (12).— P. 999–1009.

ПРИНЦИПИ ТЕРМІНОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЗА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Ю. І. ЗАСЕДА

Запропоновано типологію психологічного дистресу та принципи його превенції у пацієнтів із вперше діагностованою онкологічною патологією. Установлено три рівні проявів різних типів психологічного дистресу у зазначеній категорії пацієнтів (нормативно-раціональний, умовно-нормативний та ірраціональний), для кожного з яких визначено мішені та варіанти психологічної корекції.

Ключові слова: дистрес, онкологія, медико-психологічний супровід, психологічна адаптація, психокорекція.

THE PRINCIPLES OF URGENT PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AT NEWLY DIAGNOSED ONCOLOGICAL PATHOLOGY

Yu. I. ZASIEDA

Typology of psychological distress and principles of its prevention in patients with newly diagnosed oncological pathology were suggested. Three levels of manifestations of various types of psychological distress were established in this category of patients (normative-rational, conditionally-normative and irrational). The targets and options for psychological correction were identified for each of the established types of psychological distress.

Key words: distress, oncology, medical and psychological support, psychological adaptation, psychocorrection.

Поступила 03.10.2017