

КОМПЛЕКСНА ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМИ ТЕНДЕНЦІЯМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вивчено вплив психопатологічної феноменології онкохворих на формування невротичних психічних розладів та проведено своєчасну оцінку ризику їх суїцидальних тенденцій. Дано оцінку результатів застосування у пацієнтів комплексу особистісно орієнтованої психотерапії та психокорекції для зниження суїцидального ризику і психопрофілактики суїцидальних вчинків.

Ключові слова: особистісно орієнтована психотерапія, онкологічні хворі, невротичні розлади, суїцидальні тенденції.

Останніми роками в Україні спостерігається зростання числа суїцидальних вчинків і тенденцій, у тому числі серед онкологічних хворих [1]. Масивне поєднання дії соціогенних, психогенних і соматогенних чинників у таких пацієнтів призводять до розвитку психічних розладів, що розрізняються як за клінічними проявами, так і за рівнем суїцидального ризику [2]. Згідно з літературними даними, ризик суїциду серед хворих онкологічного профілю у 2–3 рази вищий, ніж у здорових людей таких самих статі й віку [2, 3].

У багатьох пацієнтів із невиліковними онкологічними захворюваннями з'являються переживання про неминучість прогресу хвороби і летального кінця, тому як наслідок виникає високий ризик суїцидальної поведінки. Переживання, пов'язані з діагностикою онкопатології і лікуванням злоякісних новоутворень, можуть призводити не лише до соціально-психологічної дезадаптації, а й до зниження ефективності лікування. Проте психологічний стан та дезадаптація пацієнта впливають як на терапевтичний процес, так і загальну якість його життя [4, 5].

Мета дослідження — вивчити вплив психопатологічної феноменології онкохворих, формування у них невротичних психічних розладів, виявити ризик суїцидальних планів, думок, тенденцій пацієнтів і розробити комплекс психотерапевтичних та психокорекційних заходів для зниження суїцидального ризику і профілактики суїцидальних вчинків.

Від 2013 до 2018 р. було обстежено 104 пацієнти з онкологічними захворюваннями у віці 25–55 років (44 чоловіків та 60 жінок), що проходили курс лікування у поліклінічному відділенні Клінічного онкологічного диспансеру Дніпропетровської області. Вони становили основну групу дослідження. За допомогою шкали суїцидальних намірів А. Бека (The Beck Suicidal Intent Scale, 1974) [2, 4, 6] було проведено оцінку суїцидального ризику. У ході експериментально-психологічного дослідження

було використано структуроване діагностичне інтерв'ю пацієнтів, шкалу тривоги і тривожності Спілбергера — Ханіна, шкалу депресії Цунга, визначено акцентуації особистості за методикою Леонгарда — Шмішека, дано оцінку якості життя (ЯЖ-100).

Контрольну групу становили 50 пацієнтів диспансера, в яких не було суїцидальних проявів.

За нашими клінічними спостереженнями згідно з даними структурованого діагностичного інтерв'ю пацієнтів великий вплив на появу та формування у них тривожних і депресивних розладів, виникнення суїцидального ризику мали такі соматогенні чинники, як тривалість онкологічного захворювання, вираженість соматичних проявів злоякісного зростання пухлин, серед яких значну роль відігравали вираженість ракової інтоксикації, хронічний біль, швидкість і поширеність метастатичних процесів, суб'єктивно болісні діагностичні процедури (комп'ютерна томографія, магніторезонансна томографія, рентгенологічне дослідження з контрастом, діагностична пункція). В основній групі серед патопсихологічних реакцій слід особливо відзначити синдром «самоізоляції» на етапі після хіміотерапії, тривалих операцій, радіологічного лікування. Пацієнти часто переживали фобію рецидиву захворювання і метастазів, у них зростала психологічна, психосоціальна і мікросоціальна дезадаптація у родині, спричинена безпорадністю, інвалідизацією і неможливістю виконувати життєві функції повною мірою. У поведінці пацієнтів основної групи спостерігалось байдуже ставлення до своєї зовнішності і дотримання правил особистої гігієни; переважними темами для розмов, перегляду передач і читання ставали приклади суїциду, смерть і методи уходу з життя. Негативними показниками у підгрупі онкохворих із високим суїцидальним ризиком, до якої увійшли 12 (11,0%) осіб (8 чоловіків та 4 жінки), було наполегливе прагнення завершити справи, скласти

заповіт, створити реальний план суїцидального вчинку, написати прощальний лист, проститися з близькими. На обдумування спроби суїциду вони витрачали понад 3 год. У цих пацієнтів визначалися специфічні порушення мислення і уваги, якщо вони виявлялися у труднощах відвернення від негативної інформації, надцінних ідей пошуку нових ліків, панацеї лікування. Підгрупа хворих із помірним суїцидальним ризиком включала 32 (31,0%) особи (6 чоловіків та 26 жінок), низького рівня — 60 (58,0%) (30 чоловіків і 30 жінок). Аналіз гендерного розподілу у підгрупах хворих із суїцидальними намірами показав, що більший показник високого суїцидального ризику отриманий у чоловіків, водночас жінки складали групу переважно помірного та низького ризику.

Результати обстеження хворих основної групи за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна свідчать, що у більшості пацієнтів наявний високий рівень реактивної тривоги: у чоловіків — $70,45 \pm 3,39$ бала, у жінок — $62,24 \pm 2,17$, натомість у контрольній групі зафіксовано її низький рівень — $24,01 \pm 1,15$ бала. Рівень особистісної тривожності виявився у чоловіків в основному помірним — $54,54 \pm 2,19$ бала, у жінок більш високим — $66,02 \pm 1,39$ бала (таблиця).

За результатами обстеження за шкалою депресії Цунга у 27 (26,0%) пацієнтів основної групи було встановлено депресивний розлад різної тяжкості: в 11 (10,0%) — легкий, у 5 (5,0%) хворих — депресивний розлад середньої тяжкості, у 3 (3,0%) — тяжкий, що потребував тривалої психофармакотерапії антидепресантами групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну із найменшими побічними діями. Пацієнти переживали негативні емоції: тугу, пригніченість, почуття самотності, безперспективності терапії і психотерапії або подальшого життя. Вони відмовлялися від колишніх життєвих інтересів, прагнули до ізоляції, уникали спілкування з оточенням, втрачали

фізичну й психічну активність, спостерігалось зростання астенизації.

При оцінці акцентуацій особистості за методикою Леонгарда — Шмішека в основній групі було представлено психастенічний тип у 27,0% хворих, дистимічний — у 24,0% осіб зі зниженим фоном настрою, песимізмом, фіксацією на негативних проявах життя, тривожно-боязливий — у 20,0% пацієнтів зі схильністю до страхів, боязкістю і лякливостю. Застрагаючий тип акцентуації виявлено у 17,0% обстежених, для яких характерна надмірна стійкість афекту, збудливий тип — у 12,0% осіб із підвищеною імпульсивністю, ослабленням контролю над власними потягами і вчинками.

У психопатологічній симптоматиці нами встановлено такий розподіл невротичних розладів в онкохворих основної групи: у 29 (30,0%) осіб — неврастенічний синдром, у 25 (26,0%) — розлади сну, у 24 (25,0%) — депресивний синдром, у 17 (16,0%) — змішаний тривожно-депресивний розлад, у 6 (7,0%) — розлади адаптації, у 3 (3,0%) — гострі реакції на стрес, частково невротичні синдроми сполучалися з розладами сну.

Порівняно з контрольної групою, у пацієнтів якої зафіксовано змішаний тривожно-депресивний розлад у 11 (22,0%) осіб, розлади адаптації — у 8 (16,0%), депресивний розлад легкого ступеня — у 5 (10,0%), неврастенічний синдром — у 3 (6,0%), значно менше спостерігалось проявів депресивної та неврастенічної симптоматики.

Відповідно до виявлених особливостей анамнезу життя онкологічного хворого та його сім'ї, міри вираженості соматогенних розладів організму, психопатологічних порушень комплекс психотерапії був спрямований на зниження ризику формування суїцидальної поведінки.

Як основні принципи психотерапії онкологічних хворих виступали етапність, послідовність, пролонгованість, недирективність, фокусування на реальних завданнях повсякденного життя, а також

Рівні реактивної тривоги та особистісної тривожності в обстежених хворих (за шкалою Спілбергера — Ханіна)

Рівень	Основна група				Контрольна група, <i>n</i> = 50	
	чоловіки, <i>n</i> = 44		жінки, <i>n</i> = 60			
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Реактивна тривога						
Низький	—	—	—	—	12	24,01±1,15
Помірний	13	29,44±1,17	20	33,55±1,75	17	34,04±2,11
Високий	32	70,45±3,39	40	62.24±2,17	21	41,85±1,25
Особистісна тривожність						
Низький	6	13,63±0,13	4	5,06±1,19	9	18,02±3,51
Помірний	24	54,54±2,19	18	29, 01±2,18	24	48,16±2,22
Високий	14	31,81±3,91	38	66.02±1,39	34	68,82±1,37

особистісні підтримуючі розвиваючі відносини між учасниками терапевтичного й психотерапевтичного процесу з моніторингом оцінки суїцидального ризику.

Копінг-стратегії як засоби управління діючими чинниками стресу в онкохворих виникали наче відповідь особистості на загрозу страждань, болю, безпорадності, неминучості летального кінця.

Базисна копінг-стратегія «Розв'язання проблем» використовувалася у комплексі психотерапії як когнітивно-поведінковий процес, шляхом якого онкохворий обирав ефективні стратегії подолання складних життєвих обставин через своє хронічне захворювання. Ця копінг-стратегія передбачала активну когнітивну діяльність та мотивацію пацієнта, що полягала в аналізі стресової ситуації і засобів зменшення впливу стресових чинників. Необхідними умовами її реалізації були фокусування на актуальній проблемі «тут і тепер» та визначення шляхів її вирішення. У комплексі «пацієнт — психотерапевт» відбувався пошук оптимального рішення завдяки аналізу можливих альтернатив у складній ситуації, а також планування та поетапне долаття існуючих труднощів крок за кроком [3]. Дієвою стала базисна копінг-стратегія «Пошук соціальної підтримки», що була орієнтована на подолання складної життєвої ситуації за допомогою оточуючих хворого людей, за умови формування та натхнення у психотерапевтичному процесі, прагнення пацієнта до активної взаємодії з оточуючими, щоб отримати підтримку. Вона передбачала пошук емоційної підтримки у друзів, рідних, родичів у подоланні складних життєвих обставин без зміни ситуації, що склалася. Нами застосовувалися такі способи: активне спілкування, пошук підтримки, створення соціальної мережі підтримки, консультації з іншими фахівцями (психолог-консультант, психотерапевт), бібліотерапія, арт-терапія у групі, ландшафтна психотерапія. Адекватному ефективному сприйняттю соціальної підтримки сприяла особиста впевненість хворого у тому, що реалізувалася його потреба у підтримці, інформуванні та зворотному емоційному та когнітивному зв'язку, оскільки вона була одним із проявів турботи про тих, хто шукає можливість розказати про свою турботу, тривогу оточуючим людям, які спроможні допомогти. Проводилась робота з мінімізування формування копінг-стратегії по типу уникання проблеми. Хоча такий варіант копінг-стратегії, коли онкохворі намагалися змиритися із ситуацією, прийняти її як неминучу, вчитися співіснувати з новими обставинами, які не можна розв'язати об'єктивно, приймаючи їх як частину свого життя, мав свої переваги. Така поведінка оцінювалася як продуктивна у ситуаціях втрати (смерть когось із близьких, інвалідизація внаслідок онкологічного захворювання, поява соціальних

обмежень тощо). У таких ситуаціях фокусування психотерапевтичного процесу було спрямовано на зміну власного ставлення хворого до ситуації з урахуванням негативних обставин, що оцінювалися як незворотні й психотравмуючі.

У комплекс психотерапії включалися підгрупи втручання з урахуванням акцентуації характеру хворого «Думаючий», «Емоційний», «Діючий», у цих підгрупах проводилися конгруентні методи поведінкової, раціональної, стрес-контролюючої психотерапії. Програма когнітивно-поведінкової психотерапії була спрямована на корекцію когнітивної, вольової та емоційної складових характеру хворого, залежала від вираженої акцентуації характеру пацієнта, рівня самооцінки та впевненості у собі. Раціональна і когнітивна психотерапія була спрямована на оцінку стресової та психотравмуючої ситуації, формування нового ставлення до онкологічної хвороби і терапії, тренування адекватних форм реагування й поведінки при появі суїцидальних тенденцій. Гіпноугестивна психотерапія дала можливість полегшити у хворих досягнення адаптивних станів в обхід свідомих стереотипних способів реагування пацієнта на тривалу хворобу і загрозу життю. Сеанси для підгрупи високого та помірного суїцидальних ризиків проводилися частіше одного разу на тиждень, тривалість курсу була більшою — від 3 до 6 міс.

У комплексі та моніторингу психотерапевтичного процесу необхідно враховувати динаміку розвитку онкологічного захворювання, наявність у хворих тривожних та депресивних розладів і серйозність суїцидальних намірів і тенденцій, ступінь астенизації пацієнтів внаслідок онкологічної хвороби. Особистісно орієнтована психотерапія у пацієнтів фокусується на актуальних завданнях та зростанні особистісних ресурсів, формуванні базисних копінг-стратегій із розв'язання проблеми та підтримки соціального середовища, мінімізуванні формування копінг-стратегії за типом уникання проблеми та внутрішньої картини хвороби онкохворих як анозогнозії.

Список літератури

1. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко, Ю. Й. Михайлович, Л. О. Гулак [та ін.] // Бюл. Національного канцер-реєстру України.— К., 2017.— 130 с.
2. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева.— Днепропетровск: Пороги, 2006.— 470 с.
3. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв.— Львів: Мс., 2004.— 208 с.

4. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales / M. Chan, H. Bhatti, N. Meader [et al.] // Br. J. Psychiatry.— 2016.— Vol. 209.— P. 277–283.— URL: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27340111
5. Корсун С. І. Психологія діяльності працівників податкової міліції: моногр. / С. І. Корсун, Т. А. Ткачук.— К.: Центр учбової літератури, 2013.— 194 с.
6. Beck A. T. Cognitive therapy and emotion disorders / A. T. Beck.— N. Y.: International University Press, 1976.— 104 p.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛИЧНОСТНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Р. И. БЕЗРУК

Изучено влияние психопатологической феноменологии онкобольных на формирование невротических психических расстройств и проведена своевременная оценка риска их суицидальных тенденций. Дана оценка результатов применения комплекса личностно ориентированной психотерапии и психокоррекции для снижения суицидального риска и психопрофилактики суицидальных поступков.

Ключевые слова: личностно ориентированная психотерапия, онкологические больные, невротические расстройства, суицидальные тенденции.

COMBINED PERSONALITY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY FOR CANCER PATIENTS WITH SUICIDAL TENDENCIES

R. I. BEZRUK

The influence of psychopathological phenomenology of cancer patients on the formation of neurotic mental disorders was studied and the risk of their suicidal tendencies was timely assessed. The results of the application of the combined personality-oriented psychotherapy and psychocorrection to reduce a suicidal risk and psychoprophylaxis of suicidal acts were evaluated in the patients.

Key words: personality-oriented psychotherapy, cancer patients, neurotic disorders, suicidal tendencies.

Надійшла 25.07.2019