

Р.І. Безрук

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

Bezruk R. I.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SUICIDAL BEHAVIOR PATIENTS WITH ONCOLOGIC PROFILE

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, department of psychotherapy

Резюме. *Мета дослідження - на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей і розладів особистості хворих онкологічного профілю і патопсихологічних механізмів їх формування розробити принципи психотерапевтичної корекції суїцидальної поведінки і зниження суїцидального ризику.*

Матеріали і методи. Нами було обстежено з 2013р. по 2018р. і проведено психотерапевтичне лікування 104 хворим з онкопатологією у віці 25-55 років (44 чоловікам і 58 жінкам), що проходили лікування в поліклінічному відділенні "Клінічного Онкологічного Диспансеру" Дніпропетровської області. Експериментально-психологічне дослідження включало структуроване діагностичне інтерв'ю пацієнта і наступні шкали тривоги і тривожності Ч.Д. Спілберґера - Ю.Л.Ханіна, шкала депресії Цунґа, дослідження акцентуації особистості за методикою Леонгарда - Шмішека, шкала оцінки якості життя ЯЖ- 100.

Результати. В результаті нашого дослідження, відповідно до виявлених особливостей анамнезу життя онкологічного хворого і його сім'ї, мірою вираженості соматогенних розладів організму, вираженістю психопатологічних порушень, наявності невротичних розладів проведена психотерапія і психокорекція з урахуванням рівня зниження якості життя. Курс психотерапевтичної корекції був спрямований на зниження ризику формування суїцидальної поведінки.

Висновки. Потрібна комплексна психотерапія депресивних і тривожних розладів у онкологічних хворих узв'язку з високим суїцидальним ризиком, в психотерапевтичній тактиці необхідно враховувати динаміку розвитку і вираженість суїцидальних думок і тенденцій.

Ключові слова: *психотерапія, суїцидальна поведінка, чинники суїцидального ризику, онкологічні хворі.*

За останні 10 років в Україні росте кількість і поширеність несприятливих психогенних, соматогенних, соціально-економічних чинників у онкологічних хворих, особливо зростання онкопатології відмічено за останні 3 роки, коли на сході України відбувалися бойові дії, обстріли і бомбардування населених пунктів, що викликали великі міграції і вимушене переселення людей [5].

Несприятливі сполучені чинники призвели до розвитку у пацієнтів онкологічного профілю значного числа депресивних і тривожних розладів, що розрізняються по мірі вираженості і тяжкості, і як результат, виявлялося більше

випадків суїцидальної поведінки у такого контингенту хворих [1, 2, 4]. Статистика завершених спроб суїциду, як в ранній, так і на пізніших стадіях онкологічних хвороб, до кінця не уточнена.

Згідно літературних даних, ризик суїциду серед хворих онкологічного профілю в 2-3 рази вище, ніж у здорових людей тієї ж статі і віку (Л.М. Юр'єва, 2006, О.С.Чабан, 2008, М.В.Маркова 2007). Статистичні дані про фактичну частоту спроб суїциду і суїцидальної поведінки, наявність суїцидальних тенденцій у онкологічних хворих недостатньо вивчена, вона, можливо, значно вище, ніж цифри, наведені в медичній літературі [3, 5, 6].

Згідно з літературними джерелами, на формування і прояви суїцидальної поведінки впливають різні біопсихосоціальні чинники (Э. Дюркгейм, Kotila L., Lonngvist J., Hawton K., К. Помро, Breuer H.-W.M. et al., Lester D., Ш. Бюлер, Л.М. Юр'єва, А. Г. Амбрумова, А. Е. Лічко, В. В. Нечипоренко, Roy A., И. Г. Зальцман, В. К. Шамрей, Семиглазов В. Ф., Иванов В. Г., Берштейн Л.М) [4, 6].

У багатьох хворих на невиліковні онкологічні захворювання, які знають про неминучість посилення страждань і летального кінця, з'являється високий ризик суїцидальної поведінки. Переживання, пов'язані з діагностикою онкопатології і лікуванням злоякісних новоутворень, можуть призводити до соціально-психологічної дезадаптації і, як наслідок, до зниження ефективності терапії та психотерапії. Проте психологічний стан і дезадаптація пацієнта впливає не лише на терапевтичний процес, але і на загальну якість життя онкохворого.

Недостатня кількість спеціальних праць в цій області призвела до того, що до теперішнього часу залишаються недостатньо вивченими клінічні форми і структура суїцидальної поведінки пацієнтів онкологічних клінік, не до кінця досліджені психологічні, конституціонально-біологічні і соціальні чинники ризику суїциду у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

З поліпшенням результатів лікування онкопатології, подовженням термінів життя таких хворих актуальною проблемою також стає проблема підвищення рівня якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

За період з 2013р. по 2018р. нами було обстежено і проведено психотерапевтичну психокорекцію та лікування 104 онкологічним пацієнтам у віці 25-55 років (44 чоловікам і 60 жінкам), які проходили лікування в поліклінічному відділенні "Клінічного Онкологічного Диспансеру" Дніпропетровської області та мали суїцидальні тенденції та поведінку. Контрольну групу склали 50 пацієнтів з онкопатологією, у яких не було виявлено суїцидальних думок, тенденцій, вчинків.

Метою нашого дослідження було: на основі вивчення психопатологічної феноменології суїцидальної поведінки хворих онкологічного профілю і патопсихологічних механізмів їх формування розробити принципи психотерапевтичної корекції невротичних розладів і суїцидальної поведінки та тенденцій. Також нами були вивчені преморбідні характерологічні

особливості онкологічних хворих, структура їх сім'ї і типи взаємовідносин у членів сім'ї.

Було проведено експериментально – психологічне дослідження, що включало структуроване діагностичне інтерв'ю пацієнта і наступні методики: шкали тривоги і тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна, шкала депресії Цунга, дослідження акцентуації особистості за методикою Леонгарда - Шмішека, шкала оцінки якості життя ЯЖ- 100 (що вивчає наступні параметри: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні стосунки і довкілля).

За нашими клінічними спостереженнями великий вплив на формування тривожних і депресивних розладів і появи суїцидального ризику впливала також вираженість соматичних проявів злоякісного зростання пухлини, серед яких велике значення мали хронічний біль, вираженість ракової інтоксикації, швидкість і поширеність проявів метастатичних процесів, суб'єктивно важка переносимість діагностичних процедур (КТ, МРТ, рентгенологічного дослідження з контрастом, діагностичної пункції). Серед патопсихологічних реакцій пацієнтів з онкологічною патологією слід особливо відмітити своєрідний синдром "самоізоляції" на етапі після хіміотерапії і супортивної психотерапії.

Пацієнти часто переживали страх рецидиву захворювання і метастазів, зростала психологічна, психосоціальна і мікросоціальна дезадаптація в родині, викликана інвалідизацією і неможливістю виконання життєвих функцій повною мірою. У пацієнтів основної групи в поведінці ми спостерігали байдуже відношення до своєї зовнішності, байдужість до дотримання правил особистої гігієни, переважно темами для розмов, перегляду передач і читання ставали теми прикладів суїциду, неминучості настання смерті і методів евтаназії.

Негативним маркером в поведінці хворих з високим суїцидальним ризиком також виявлялося наполегливе прагнення їх завершити начаті справи, скласти заповіт, попроситися з близькими. Також відмічалось у пацієнтів з суїцидальними тенденціями і поведінкою специфічні порушення мислення і уваги, які проявлялися в труднощах відволікання від негативної інформації, надцінних ідей пошуку нових ліків, панацеї від раку.

Оцінка стану реактивної тривоги і особистісної тривожності проводилася за методикою Ч. Д. Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна. За

даними методики Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, у більшості пацієнтів був виявлений високий рівень реактивної тривоги як у чоловіків (70,45±3,39), так і у жінок (62,24±2,17) основної групи, в порівнянні з контрольною групою он-

кохворих, у яких також зустрічався низький (24,01±1,15) рівень реактивної тривоги. Рівень особистісної тривожності був виявлений у чоловіків, в основному помірним (54,54±2,19), а жінок більш високим (67,23±1,37). (таблиця.1)

Таблиця 1

Розподіл рівнів реактивної тривоги і особистісної тривожності у онкохворих

Рівень тривожності	Основна група чоловіки (n=44)		Основна група жінки (n=60)		Контрольна група (n=50)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
Реактивна тривога						
Низький	-	-	-	-	12	24,01±1,15
Помірний	13	29,44±1,17	20	34,75±1,85	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	3	5,17±1,19	9	18,02±3,51
Помірний	24	54,54±2,19	18	29,58±2,18	24	48,16±2,22
Високий	14	31,81±3,91	39	67,23±1,39	34	68,82±1,37

За шкалою депресії Цунга, у 27 (26%) пацієнтів основної групи нами було виявлено депресивний розлад важкої форми, у 11 (10%) пацієнтів – легкий депресивний розлад, у 5 (5%) пацієнтів – депресивний розлад середньої важкості, у 3 (3%) пацієнтів – депресивний розлад важкої форми. Пацієнти переживали переважно негативні емоції: тугу, пригніченість, відчували почуття самотності, безперспективності терапії і психотерапії або подальшого життя, втрачали колишні життєві інтереси, прагнули до ізоляції, уникали спілкування з оточенням, втрачали фізичну і психічну активність.

Нами були виявлені такі невротичні розлади у онкохворих основної групи: у 30% пацієнтів – неврастенічний синдром, у 26% пацієнтів спостерігалися розлади сну, в 25% – депресивний синдром, 9% – змішаний тривожний і депресивний розлад, у 7% – розлади адаптації, у 3% – гострі реакції на стрес.

Спостерігаючи динаміку вираженості вищезазначених симптомів в процесі проходження хворими психотерапії, психокорекції і фармакотерапії в поліклінічному відділенні, і аналізуючи її з тимчасовим перебігом злоякісного захворювання, нами відзначався хвилеподібний характер вираженості депресивних, тривожних розладів з двома основними підйомами

в часі. На діагностичному і передопераційному етапах – в моменти найбільшої напруженості стресових психологічних внутрішньоособистісних чинників і загострення міжособистісних конфліктів із зростанням проявів тривожних і депресивних, компульсивних розладів, також частіше з'являлися суїцидальні думки і поведінка. Оцінюючи чинники суїцидального ризику і поведінки, нами були враховані такі чинники: наявність гострих і хронічних стресових розладів і напруги, вираженість больового синдрому, тривалість і тяжкість онкологічного захворювання, наявність поведінкових і лінгвістичних маркерів суїциду, наявність аутоагресії в анамнезі або суїцидальний анамнез рідних, виявлення таких особливостей особистості як низька самооцінка, відчуття провини, образи, імпульсивність, ворожість, відсутність позитивних комунікативних навичок зі значимими для хворого родичами і оточуючими особами, колегами.

До найбільшої вірогідності розвитку суїцидальних тенденцій і поведінки були схильні хворі з поширеними формами злоякісних новоутворень, в лікуванні яких можливості протипухлинної терапії практично були вичерпані, у хворих з вираженою больовою симптоматикою в термінальній стадії хвороби.

Також нами вивчалася внутрішня картина хвороби онкологічних хворих. Були виявлені типові реагування онкологічних пацієнтів на свою хворобу, а саме такі типи внутрішньої картини хвороби як: анозогнозія і іпохондричний тип.

Часто зустрічалися у обстежених такі приклади думок і поглядів на свою хворобу: якщо їх життя і судилося обірватися, то такий сумний підсумок приписувався пацієнтами постійним переважанням, стресам, втомі або сприймався ними як наслідок "якоїсь несправедливості долі, навмисного втручання з боку інших осіб".

Часто онкохворі з суїцидальними думками основної групи приходили до висновку, що не варто терпіти постійні інтенсивні болі, важкі маніпуляції та операції, і потрібно перестати бути тягарем рідним, не можна вводити родичів в значні матеріальні трати по лікуванню. Разом з виявленням високої сензитивності до стресогенних чинників, у нашого контингенту хворих були знижені здібності контролю негативних емоцій і пов'язаних з ними поведінки, появи суїцидальних висловлювань і планів. Серед психопатологічних особливостей онкохворих слід відмітити високу імпульсивність і низький рівень самостійної регуляції поведінки, що призводило до зростання негативних переживань до критичного рівня, коли суїцид здавався пацієнтам виходом з обтяжливого психологічного і тілесного страждання.

Пацієнти основної групи з тимчасовою течією онкопатології в плінні діагностичного і терапевтичного процесів поетапно проходили за допомогою захисних психологічних механізмів: фази заперечення і ізоляції; гніву; боротьби із захворюванням; депресії; прийняття. Ці захисні психологічні механізми діяли упродовж різних періодів часу, змінюючи один одного, а іноді і співіснуючи одночасно.

Одним з психологічних компонентів, що спостерігався часто на усіх цих етапах, – це була надія на дивовижне зцілення, при цьому пацієнти, що навіть змирилися, допускали якусь вірогідність одужання від онкологічного захворювання, гіпотезу про відкриття нових ліків. Схильність до переживання безнадійності подальшої терапії і подальшої безперспективності свого життя, апатія і недостатній розвиток здатності до вирішення проблем посилювали тривожно-депресивні розлади і викликали появу суїцидальних думок.

Основними принципами психологічної корекції, психотерапії онкологічних хворих і

психопрофілактики суїцидальної поведінки виступали етапність, послідовність, пролонгованість, "м'яка" директивність психотерапевта, сфокусованість пацієнтів на реальних актуальних завданнях повсякденного життя і складання плану і режиму дня онкохворого.

Важливими для формування позитивного комплаєнса "психотерапевт-пацієнт" і підвищення ефективності психотерапії залишалися особливі стосунки підтримки між усіма учасниками терапевтичного і психотерапевтичного процесу колегами, групова динаміка була важлива на усіх етапах перебудови стосунків пацієнта з близькими людьми, сім'єю і оточуючими.

Комплекс психотерапії включав раціональну і когнітивну, спрямовану на оцінку стресуючої і психотравмуючої, ситуації і формування нового відношення до хвороби і лікування та відпрацювання адекватних форм реагування і поведінки при появі суїцидальних тенденцій, гіпноугестивну психотерапію, яка дала можливість полегшити досягнення адаптивних станів в обхід свідомих стереотипних способів реагування; особистісно-орієнтовану психотерапію; сімейну психотерапію; навчання методикам аутогенного тренування, когнітивно-біхевіоральну психотерапію (КБТ) [7,8].

Програма КБТ була спрямована на корекцію когнітивної, вольової і емоційної складових характеру хворого, що залежала від вираженої акцентуації характеру пацієнта, підвищення впевненості в собі і самооцінки.

Складність психопрофілактики формування суїцидальної поведінки у таких пацієнтів була обумовлена психологічним чинником появи у них суб'єктивно пережитого приводу, пускового механізму для здійснення суїциду: такого як банальні життєві неприємності на роботі, в сім'ї або відсутності успіху в терапевтичному процесі, відсутність матеріальних ресурсів для лікування, а також трагічніших і психотравмуючих подій в житті онкологічних хворих.

Комплекс психотерапевтичної програми був спрямований на зниження впливу чинників ризику формування суїцидальної поведінки.

На нашу думку, в терапевтичному процесі потрібні комплексний аналіз вираженості і структури невротичних розладів, оцінка чинників суїцидального ризику, динаміки появи і вираженості суїцидальних думок і поведінки, своєчасна сполучена психотерапія депресивних і тривожних, компульсивних розладів у пацієнтів онкологічного профілю.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Володин Б.С. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки: автореф. дис. – Москва, 2008. – 16с.
2. Мішів В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. - Львів, Вид-во Мс., 2004. – 208 с.
3. Психотерапия. /под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатов. –СПб.: СпецЛит, 2012. –496 с.
4. Развитие сибирской психонкологии / В.Я. Семке [и др.]. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 198 с.
5. Федоренко З.П., Михайлович Ю.И., Гулак Л.О. та інш. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. / З.П. Федоренко, Ю.И. Михайлович, Л.О. Гулак [та інш.]/ Бюл. Національного канцер-реєстру України, Київ, 2017. – 130 с.
6. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
7. Beck A.T. Cognitive therapy and emotion disorders. – New York International University Press, 1976– 104 p.
8. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. - In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. Keith Hawton & Kees van Heeringen. - John Wiley & Sons Ltd, 2002. – p. 385-404.

РЕЗЮМЕ.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Безрук Р. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Цель исследования - на основе изучения клинко-психопатологических особенностей и расстройств личности больных онкологического профиля и патопсихологических механизмов их формирования разработать принципы психотерапевтической коррекции суицидального поведения и снижения суицидального риска.

Материалы и методы. Нами было обследовано с 2013г. по 2018г. и проведено психотерапевтическое лечение 104 больным с онкопатологией в возрасте 25-55 лет (44 мужчинам и 60 женщинам), проходивших лечение в поликлиническом отделении «Клинического Онкологического Диспансера» Днепропетровской области. Экспериментально-психологическое исследование включало структурированное диагностическое интервью пациента и следующие шкалы тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, шкала депрессии Цунга, исследование акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, шкала оценки качества жизни ЯЖ-100.

Результаты. В результате нашего исследования, в соответствии с особенностями анамнеза жизни онкологического больного и его семьи, степенью выраженности соматогенных нарушений организма, выраженностью психопатологических расстройств, наличием невротических расстройств, проведена психотерапия и психокоррекция с учетом уровня снижения качества жизни. Курс психотерапевтической коррекции направлялся на снижение риска формирования суицидального поведения.

Выводы. Необходима комплексная психотерапия депрессивных и тревожных расстройств у онкологических больных в связи с высоким суицидальным риском, в психотерапевтической тактике необходимо учитывать динамику развития и выраженность суицидальных мыслей и тенденций.

Ключевые слова: психотерапия, суицидальное поведение, факторы суицидального риска, онкологические больные.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SUICIDAL BEHAVIOR PATIENTS WITH ONCOLOGIC PROFILE

Bezruk R. I.

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, department of psychotherapy

Aim of study - on the basis of study of abnormal clinic- psychopathological features and disorders of personality of patients with oncologic profile and pathopsychological mechanisms of their forming to work out principles of psychotherapeutic correction of suicidal behaviour and decline of suicidal risk.

Materials and methods. We investigate from 2013 on 2018 104 oncologic patients in age 25-55 (44 men and 60 women), psychotherapeutic treatment was conducted, passing treatment in the policlinic of «Clinical Oncologic Dispansery» of the Dnepropetrovsk district. Experimental psychological researches had included the structured diagnostic interview of patients and next scales of alarm and anxiety of Ch. Spilberger – U. Hanin, scale of depression of Tsyng, research of acceptation of personality on methodology of Leongard -Shmishkek, scale of estimation of quality of life of QL- 100.

Results. As a result of our researches in accordance with the features of anamnesis of life of oncologic patient and his family psychotherapy and psychocorrection were conducted, by the degree of expressed of somatogenic violations of organism, expressed of abnormal psychology disorders, by the presence of neurotic disorders and taking into account the level of decline of quality of life. The course of psychotherapy correction was headed for the decline of risk of forming of suicidal behavior.

Conclusions. Complex psychotherapy of the depressed and anxious disorders is needed for oncologic patients, in connection with a high suicidal risk, in psychotherapy tactics it is necessary to take into account the dynamics of development and expressed of suicidal ideas and tendencies.

Keywords: psychotherapy, suicidal behaviour, suicidal risk factors, oncologic patients.

Сведения об авторе:

- Безрук Роман Иванович, здобувач каф. психотерапії ХМАПО.
- Контактний тел. 067-5723009 (доц. каф психотерапії ХМАПО Романова Ірина Василівна).

Стаття надійшла до редакції 10.02.2018.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com