

**Р.И. БЕЗРУК**

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии*

**Резюме** *Цель исследования* - на основе изучения психопатологической феноменологии суицидального поведения больных онкологического профиля и патопсихологических механизмов их формирования разработать принципы психотерапевтической коррекции невротических расстройств и суицидальных тенденций.

**Материалы и методы.** *Нами было обследовано с 2013г. по 2017г. и проведено психотерапевтическое лечение 102 онкологическим пациентам в возрасте 25-55 лет (44 мужчинам и 58 женщинам), проходивших лечение в поликлиническом отделении «Клинического Онкологического Диспансера» Днепропетровского Областного Совета. 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 проведенного исследования проведена психотерапия и психопрофилактика в соответствии с особенностями жизненной ситуации онкологического больного и его семьи, степени выраженности функциональных нарушений организма онкологического больного, выраженностью психопатологических расстройств, наличием невротических расстройств и с учетом уровня снижения качества жизни. Комплекс психотерапевтической программы направлялся на снижение факторов риска формирования суицидального поведения.*

**Выводы.** *Необходимо более углубленное изучение и комплексная психотерапия невротических расстройств у онкологических больных, в связи с суицидальным риском, динамику появления и выраженность суицидальных мыслей и формирования антисуицидального барьера личности пациента с онкопатологией.*

**Ключевые слова:** *психотерапия, невротические расстройства, суицидальное поведение, онкологические больные*

За последние 20 лет в Украине наличие сочетанного действия психогенных, соматогенных, неблагоприятных социально-экономических факторов у онкологических больных приводит к развитию у них невротических депрессивных и тревожных расстройств, различающихся по степени выраженности и тяжести. Наличие выраженной депрессивной и тревожной симптоматики у такого контингента больных зачастую провоцирует формирование суицидальных мыслей и тенденций, а в отдельных случаях может привести к суицидальному поведению [1, 2, 4]. Количество завершенных попыток суицида, как на ранней, так и на поздней

стадиях онкологического заболевания точно неизвестны. Согласно литературным данным, риск суицида среди больных раком в 2-3 раза выше, чем у здоровых людей того же пола и возраста (Л.Н. Юрьева, 2006, М.В. Маркова 2007, О.С. Чабан 2008). Вместе с тем, сообщения о фактической частоте попыток суицида, наличия суицидальных тенденций у онкологических больных недостаточно изучены, возможно, значительно выше, чем цифры, приводимые в медицинской литературе [3, 5, 6].

За последние десятилетия были получены данные о значительной распространенности суицидов среди онкологических больных

и согласно литературным данным на формирование и проявления суицидального поведения оказывают влияние различные биопсихосоциальные факторы (Э. Дюркгейм, Kotila L., Lonngvist J., Hawton K., К. Помро., Breuer H.-W.M. et al., Lester D., Ш. Бюлер, С.Н. Ениколопов, А.Г. Амбрумова, А.Е. Личко, В.В. Нечипоренко, Roy A., И.Г. Зальцман, А.Н. Паршин, Семиглазов В.Ф., Иванов В.Г., Берштейн Л.М., Блохин С.Н.) [4, 6].

У многих больных неизлечимыми онкологическими заболеваниями, знающих о неизбежности усиления страданий и летального исхода, появляется высокий риск суицидального поведения. Переживания, связанные с диагностикой онкопатологии и лечением злокачественных новообразований, могут приводить к социально-психологической дезадаптации и, как следствие, к снижению эффективности лечения. Однако психологическое состояние и дезадаптация пациента влияет не только на терапевтический процесс, но и на общее качество жизни онкобольного.

Недостаточное количество специальных работ в этой области привело к тому, что до настоящего времени остаются недостаточно изученными клинические формы и структура суицидального поведения пациентов онкологических клиник, не до конца исследованы психологические, конституционально-биологические и социальные факторы риска суицида у пациентов с онкологическими заболеваниями. С улучшением результатов лечения онкопатологии актуальной проблемой также становится проблема повышения уровня качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

За период с 2013 г. по 2017 г. нами было обследовано и проведено психотерапевтическое лечение 102 онкологическим пациентам в возрасте 25-55 лет (44 мужчинам и 58 женщинам), проходивших лечение в поликлиническом отделении «Клинического Онкологического Диспансера» Днепропетровского Областного Совета. Контрольную группу составили 50 пациентов с онкопатологией, у которых не было выявлено суицидальных мыслей, тенденций, поступков.

**Целью нашего исследования** было на основе изучения психопатологической феноменологии суицидального поведения больных онкологического профиля и патопсихологических механизмов их формирования разработать принципы психотерапевтической коррекции невротических расстройств и су-

ицидальных тенденций. Также были изучены преморбидные характерологические особенности онкологических больных, структура их семьи и типы взаимоотношений у членов семьи. Было проведено экспериментально – психологическое исследование, которое включало структурированное диагностическое интервью пациента и следующие методики: 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, (изучающей следующие параметры: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду).

По нашим клиническим наблюдениям, большое влияние на формирование невротических расстройств и появлению суицидального риска имели также выраженность соматических проявлений злокачественного роста опухоли, среди которых большое значение имели хроническая боль, выраженность раковой интоксикации, скорость и распространенность проявлений метастатических процессов. Среди патопсихологических реакций пациентов с онкологической патологией следует особо отметить своеобразный синдром «самоизоляции» на катamnестическом этапе. Пациенты зачастую переживали страх рецидива заболевания и метастазов, нарастала психологическая, психосоциальная и микросоциальная дезадаптация в семье, вызванная инвалидностью и невозможностью выполнения жизненных функций в полной мере, появлялись мысли о «заразности» заболевания для окружающих, зачастую членов семьи. Также у пациентов основной группы в поведении отмечалось равнодушное отношение к своей внешности, не такое тщательное соблюдение правил личной гигиены, преимущественными темами для разговоров, просмотра передач и чтения явно или скрыто от родственников становились темы смерти и способов, примеров суицида. Негативным показателем в поведении с высоким суицидальным риском также являлось упорное стремление завершить начатые дела, составить завещание, написать близким прощальные письма.

Оценка состояния реактивной тревоги и личностной тревожности проводилась по методике Ч. Д. Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина.

По данным методики Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина у большинства пациентов наблюдался высокий уровень реактивной тревоги как у мужчин (70,45±3,39), так и у женщин (67,24±2,17) основной группы, по сравнению с контрольной группой онкобольных, у которых

также встречался низкий (24,01±1,15) уровень реактивной тревоги. Уровень личностной тревожности был выявлен у мужчин в основном умеренным (54,54±2,19), а женщин более высоким (68,82±1,37). (табл.1)

Таблица 1

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у онкобольных

Уровень тревожности	Основная группа мужчины (n=44)		Основная группа женщины (n=58)		Контрольная группа (n=50)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
<b>Реактивная тревога</b>						
Низкий	-	-	-	-	12	24,01±1,15
Умеренный	13	29,44±1,17	19	32,75±1,85	17	34,04±2,11
Высокий	32	70,45±3,39	39	67,24±2,17	21	41,85±1,25
<b>Личностная тревожность</b>						
Низкий	6	13,63±0,13	3	5,17±1,19	9	18,02±3,51
Умеренный	24	54,54±2,19	16	27,58±2,18	24	48,16±2,22
Высокий	14	31,81±3,91	39	67,23±1,39	34	68,82±1,37

По шкале депрессии Цунга у 27 (26%) пациентов основной группы онкологических пациентов, нами было выявлено депрессивное расстройство тяжелой формы, у 9 (8%) пациентов легкое депрессивное расстройство, у 5 (5%) пациентов среднее депрессивное расстройство, у 3 (3%) пациентов депрессивное расстройство крайне тяжелой формы. Пациенты переживали преимущественно негативные эмоции: тоску, угнетенность, испытывали чувство одиночества, бесперспективности терапии и психотерапии или дальнейшей жизни, утрачивали прежние интересы в жизни, стремились к изоляции, избегали общения с окружающими, теряли физическую и психическую активность.

Наблюдая динамику выраженности описанных симптомов в процессе прохождения больными психотерапии, психокоррекции и фармакотерапии в поликлиническом отделении, и анализируя ее с временным течением злокачественного заболевания, нами отмечался волнообразный характер выраженности невротических проявлений с двумя основными подъемами с течением времени. Рост выраженности невротических тревожных и депрессивных расстройств и появление суицидальных мыслей больше был выражен на диагностическом и предоперационном этапах – в моменты наибольшей напряженности стрессорующих

патопсихологических внутриличностных факторов и обострения междуличностных конфликтов.

Клинически невротические расстройства у онкобольных основной группы были структурированы следующим образом. Были диагностированы у 31% пациентов – неврастения, у 26% больных – расстройство сна, у 25% пациентов – рекуррентный депрессивный эпизод, у 9% – смешанный тревожное и депрессивное расстройство, у 7% – расстройства адаптации, у 2% – острые реакции на стресс.

Наибольшей вероятности развития суицидального поведения были подвержены больные распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны.

Также нами изучалась внутренняя картина болезни онкологических больных с суицидальным риском. Были выявлены типичные типы реагирования онкологических пациентов на свою болезнь, такие типы внутренней картины болезни как анозогнозия и ипохондрический. Часто встречались у обследованных такие примеры взглядов на свою болезнь: если их жизни и суждено оборваться, то такой печальный итог приписывался пациентами постоянным перегрузкам, стрессам, усталости, или воспринимался ими как следствие «какой-то несправед-

ливости судьбы, намеренного вмешательства со стороны других лиц». Часто онкобольные с суицидальными мыслями основной группы приходили к выводу, что не стоит терпеть постоянные и интенсивные боли, тяготы манипуляций и операций, и надо перестать быть обузой родственникам, нельзя вводить родственников в значительные материальные расходы по лечению и уходу за обследованными онкобольными.

Пациенты основной группы с течением во времени онкологического заболевания поэтапно проходили в диагностическом и терапевтическом процессах следующие фазы: отрицания и изоляции; гнева; борьбы с болезнью; депрессии; смирения. Эти защитные психологические механизмы действовали на протяжении различных периодов времени, сменяя друг друга, а иногда и сосуществуя одновременно. Одним из психологических компонентов, который наблюдался зачастую на всех этих этапах, – это надежда на чудесное исцеление, при этом даже смирившиеся пациенты допускали какую-то вероятность выздоровления от онкологического заболевания, гипотезу об открытии нового лекарства, «успехе найти его или найти результаты какого-то нового исследования и терапии в онкологии».

В качестве основных принципов психологической психотерапии и онкологических больных и психопрофилактики суицидального поведения выступали этапность, последовательность, пролонгированность, «мягкая» директивность психотерапевта, фокусированность пациентов на реальных задачах повседневной жизни и составления плана и режима дня онкобольного. Важными для формирования комплаенса «психотерапевт-пациент» и эффективности психотерапии оставались особые поддерживающие отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процесса, групповая динамика на всех

этапах перестройки отношений пациента с окружающими людьми, семьей и кругом психосоциальной поддержки. Сложность психопрофилактики формирования суицидального поведения, появления суицидальных мыслей у таких пациентов обусловлена психологическим фактором появления у них субъективного повода или пускового механизма для совершения суицида: такого как банальные жизненные неприятности на работе, семье или отсутствия успеха в терапевтическом процессе, отсутствие материальных средств на лечение, а также более трагических и психотравмирующих событий в жизни онкологических больных.

Учитывая данные психодиагностических исследований у обследованных онкологических пациентов с суицидальными тенденциями (мыслями, страхами, планами), их внутреннюю картину болезни и показатели их качества жизни, и соблюдая основные принципы психотерапии пациентов с онкопатологией и суицидальными мыслями, можно сделать вывод, что задачи психотерапии и психопрофилактики реализовались в соответствии с особенностями жизненной ситуации онкологического больного и его семьи, степенью выраженности функциональных нарушений организма онкологического больного, выраженностью психопатологических расстройств, наличием невротических расстройств и с учетом уровня снижения качества жизни. Комплекс психотерапевтической программы направлялся на снижение факторов риска формирования суицидального поведения. С нашей точки зрения, необходимо более углубленное изучение невротических, особенно депрессивных расстройств у онкологических больных, их структуры, связи с суицидальным риском, динамику появления и выраженность суицидальных мыслей и формирования антисуицидального барьера личности пациента с онкопатологией.

#### ЛИТЕРАТУРА:

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. Мішиєв 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 психоонкологии / В.Я. Семке [и др.]. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 198 с.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
6. 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

### ПСИХОТЕРАПІЯ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ І СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Безрук Р. І.

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра психотерапії

**Мета дослідження** – на основі вивчення психопатологічної феноменології суїцидальної поведінки хворих онкологічного профілю і патопсихологічних механізмів їх формування розробити принципи психотерапевтичної корекції невротичних розладів і суїцидальних тенденцій.

**Матеріали і методи.** Нами було обстежено з 2013 р. по 2017 р. і проведено психотерапевтичне лікування 102 онкологічних пацієнтам у віці 25-55 років (44 чоловікам і 58 жінкам), що проходили лікування в поліклінічному відділенні «Клінічного Онкологічного Диспансеру» Дніпровської Обласної Ради. Експериментально – психологічне дослідження включало структуроване діагностичне інтерв'ю пацієнта і наступні 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.

**Результати.** В результаті проведеного дослідження проведена психотерапія і психопрофілактика відповідно до особливостей життєвої ситуації онкологічного хворого і його сім'ї, міри вираженості функціональних порушень організму онкологічного хворого, вираженості психопатологічних розладів, наявності невротичних розладів і з урахуванням рівня зниження якості життя. Комплекс психотерапевтичної програми спрямовувався на зниження чинників ризику формування суїцидальної поведінки.

**Висновки.** Потрібне більш поглиблене вивчення і комплексна психотерапія невротичних розладів у онкологічних хворих, у зв'язку з суїцидальним ризиком, динаміку появи і вираженість суїцидальних думок і формування антисуїцидального бар'єру особи пацієнта з онкопатологією.

**Ключові слова:** психотерапія, невротичні розлади, суїцидальна поведінка, онкологічні хворі

## SUMMARY

### PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOPROPHYLAXIS OF NEUROTIC DISORDERS AND SUICIAL BEHAVIOR OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Bezruk R. I.

Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education,  
department of psychotherapy

**Aim of study** – on the basis of study of abnormal psychology phenomenology of suicidal behavior of patients of oncologic profile and pathopsychological mechanisms of their forming to workout principles of psychotherapy correction of neurotic disorders and suicidal tendencies.

**Materials and methods.** it was inspected by us with 2013 on 2017 years psychotherapy treatment is conducted to 102 oncologic patients in age 25-55 (44 men and 58 women), passing treatment in the policlinic department of "Clinical Oncologic Dispansary" of Dnepr Regional Soviet. Experimental psychological research included the structured diagnostic interview of patient and next scales of alarm and anxiety of Ch. Spilberger – U. Hanin, scale of depression of Tsyng, research of accentuation of personality on methodology of Leongard - Shmishek, scale of estimation of quality of life of QL – 100.

**Results.** As a result our researches psychotherapy and psychoprophylaxis are conducted in accordance with the features of vital situation of oncologic patient and his family, degree of expressed of functional violations of organism of oncologic patient, expressed of abnormal psychology disorders, presence of neurotic disorders and taking into account the level of decline of quality of life. The complex of the psychotherapy programme headed for the decline of risk of forming of suicidal behaviour factors.

**Conclusions.** More deep study and complex psychotherapy of neurotic disorders are needed for oncologic patients, in connection with a suicidal risk, dynamics of appearance and expressed of suicidal ideas and forming of antisuicidal barrier of personality of patient with oncology.

**Keywords:** psychotherapy, neurotic disorders, suicidal behavior, oncologic patients