УДК: 616-006-06

Р.И. БАЯНКУЛОВ[1]

[1]Областной онкологический диспансер Управления Здравоохранения Мангистауской области, Актау, Республика Казахстан

Особенности влияния тревожного состояния на отношение к своей болезни и к качеству жизни у онкологических пациентов

В настоящее время с развитием онкологии особенно актуальны стали вопросы психоэмоционального состояния онкологических пациентов. Одной из основных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От того, как пациент относится к своей болезни, зависит общий успех лечения. Целью исследования является выявление особенностей влияния тревоги на отношение к своей болезни у онкологических больных. Излагаются результаты изучения ситуативной и личностной тревожности онкологических пациентов и их отношение к болезни и качеству жизни. Исходя из анализа полученных результатов, предложен ряд коррекционных психотерапевтических методов.

Ключевые слова: *личностная и ситуативная тревога, депрессия, эмпатия, станайны.*

Введение. На сегодняшний день, именно благополучие человека, приближение жизни больных к уровню практически здоровых людей является одной из главных целей лечения. Онкологическая наука в этом отношении не является исключением. Вопрос не только о том, «сколько прожил» больной, но и «как он прожил» эти годы, все прочнее занимает место в научных публикациях последних лет [1].

Качество жизни – это социологическая категория, которая, по определению ООН, охватывает 12 аспектов «условий жизни» а именно: состояние здоровья, средства к существованию, воспитание, условия труда, занятость населения, потребление и запасы, транспорт и коммуникации, жилище и его строительство, одежда, отдых и развлечения, социальная уверенность и личная свобода. Европейская экономическая комиссия ООН систематизировала «социальные индикаторы» качества жизни в 8 групп: здоровье, качество рабочего места, приобретение товаров и бытовые услуги, возможности проведения свободного времени, чувство социальной уверенности, шансы развития личности, качество окружающей среды, возможность участия в общественной жизни [2].

По определению ВОЗ, качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами.

В медицине исследуется преимущественно качество жизни, связанное со здоровьем, которое рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [3].

Отечественные и зарубежные специалисты в области онкопсихологии [4-9] отмечают, что практически у всех пациентов онкологической клиники фиксируется наличие тревоги, депрессии, алекситимии, черты инфантильности, сверхконтроля, следования социальным нормам, ригидности, эмоциональной лабильности, неэффективных адаптационных реакций. И на практике возникает главная задача: помочь пациенту справляться со своим состоянием на разных стадиях развития заболевания. Тревога должна быть, но, особенно, перед операцией, вопрос – в ее уровне.

Исследуя природу тревоги, Ф.Б. Березин отмечает, что при любом нарушении сбалансированности системы человек - среда недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальной потребностей, рассогласование самой системы потребностей, опасения, связанные с вероятной неспособностью удовлетворить значимые потребности в будущем, являются источником тревоги. Тревога, обозначаемая как ощущение неопределенной угрозы, как чувство диффузного опасения и тревожного ожидания, как неопределенное беспокойство, представляет собой наиболее интимный и необходимый механизм психического стресса. Необходимость этого механизма вытекает из уже упоминавшейся связи психического стресса с включением угрозы, ощущение которой представляет собой центральный элемент тревоги и обусловливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности [10].

Как установили британские ученые, труд которых опубликован в журнале Lancet, говорят о том, что перенесшие рак пациенты, а также их близкие, в долгосрочной перспективе чаще страдают от повышенной тревожности, нежели от депрессии. Как отмечается в докладе, к 2020 году в мире число людей, у которых будет выявляться, рак каждый год будет достигать уже 21 миллиона человек, а те, кто вовремя обратились за помощью, продлевают себе жизнь. В среднем порядка 70% пациентов живут, как минимум, пять лет после постановки диагноза. По мнению ведущего автора статьи Алекса Митчелла, депрессия – большая проблема для онкобольных, но она имеет тенденцию проходить спустя два года после постановки диагно-

за, если не происходит ухудшения в состоянии. Тревожность же менее предсказуема и остается поводом для беспокойства даже спустя 10 лет после диагностики, при том, что такое состояние выявляют реже, чем стресс или депрессию. Повышенная тревожность может быть связана с тем, что после выписки из больницы пациенты в состоянии ремиссии остаются без тотального контроля со стороны врачей и нужно уделять больше внимания реабилитации и эмоциональной поддержке тех, кто перенес онкологическое заболевание [11].

Тревога – это закономерная психологическая реакция в ситуации неопределенности и ожидания, которая характеризуется дефицитом информации и непрогнозируемым исходом [12]. В отличие от эмоции страха, которая является ответом на какую-либо конкретную опасность, тревога показывает себя как ощущение и ожидание неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой порой не поддается предсказанию [13]. У онкологических больных тревога является ведущим компонентом их стрессового психоэмоционального и депрессивного состояния. Именно степень выраженности данного симптома служит основным мерилом при оценке характера и силы психогенной реакции пациента на действие стрессора (постановка и принятие диагноза «рак»).

В настоящей статье речь пойдет о результатах исследования, цель которого – выявить особенности влияния тревоги на отношение к своей болезни у онкологических пациентов. Изучение этого вопроса имеет существенное значение для понимания психологических аспектов онкологических заболеваний и их лечения, а также для организации последующей психосоциальной реабилитации указанных категорий больных.

Материалы и методы. *Участники исследования.* Исследование проводилось на базе Мангистауского областного онкологического диспансера. В качестве обследуемых в нем приняли участие пациенты с разными формами онкологических заболеваний в возрасте 25-72 лет, все пациенты находились на стационарном лечении в отделениях химиотерапии, хирургии, лучевой терапии. Всего было опрошено 80 онкобольных, в том, числе 17 мужчин и 63 женщины, из них по 1й стадии – 7 (8,75%), 2й стадии – 31 (38,75%), 3й стадии – 34 (42,5%), и 4й стадии – 8 (10%) пациентов. Исследование проходило в два этапа: диагностический и коррекционно-диагностический.

Диагностические методы.

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). При проведении психодиагностического исследования использовалась методика ИТТ (интегративный тест тревожности). Методика разработана в лаборатории клинический психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (авторы: д. мед. наук, проф. Л.И. Вассерман, канд. психол. наук А.П. Бизюк, канд. мед. наук Б.В. Иовлев). [14] Интегративный тест тревожности представляет собой экспресс-диагностический клинико-психологический инструмент для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики (основные шкалы ИТТ) у подростков и взрослых. Одной из основных особенностей ИТТ является его многомерность, которая реализуется путем выделения 6 дополнительных субшкал, раскрывающих содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенические и фобические компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита. Эти субшкалы также оцениваются по степени их выраженности наряду с общей оценкой ситуативной и личностной тревожности, однако дают возможность рассматривать последние как сложные структуры.

Субшкала «Эмоциональный Дискомфорт» (ЭД) отражает наличие эмоциональных расстройств, сниженный эмоциональный фон или неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональную напряженность, элементы ажитации.

Субшкала «Астенический Компонент Тревожности» (АСТ) отражает наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Субшкала «Фобический Компонент Тревожности» (ФОБ) отражает ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Испытуемые с пиком по данной шкале не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.

Четвертая субшкала – «Тревожной Оценки Перспектив» (ОП) – тесно связана с предыдущей, но здесь отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а на перспективу; общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Пятая субшкала обозначена как «Социальные Реакции Защиты» (СЗ), что связано с проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную сферу как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Максимальная выраженность тревоги 9 станайнов, минимальная – 1 станайнов. Оценка по шкале тревоги ниже 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности, равная 5 или 6 станайнам соответствует нормальному уровню, а оценка от 7 и выше – свидетельствует о высоком уровне тревожности, свидетельствующий об устойчивой тенденции воспринимать большой круг ситуации, как угрожающие.

Противопоказаний к применению ИТТ практически не существует, за исключением тех, что являются общими для использования других тестовых методик.

Клиническое интервью. В дополнение к методике ИТТ использовалось клиническое интервью, которое составлялось на основании обзора литературных материалов [15] и преследовало две цели: верификация данных, полученных при помощи тестовой методики, а также общая оценка личностных диспозиций участников исследования. Общее время бесе-

ды по клиническому интервью составляло 40-60 минут. Интервью состояло из 5 блоков:

- Знакомство, установление контакта, снятие напряжения у больного.
- Подтверждение анамнестических данных.
- Выявление преморбидных особенностей личности.
- Выявление наличия психологических конфликтов и их специфики.
- Выявление особенностей внутренней картины болезни.

Методы коррекции.

Первой задачей психотерапии является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили свои взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми столкнулись перед началом заболевания). Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно. Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к стоящим перед ним проблемам формируют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее. Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья [16].

В работе были использованы такие психотерапевтические и психокоррекционные методы, такие как: техника активного слушанья; психотерапевтическое убеждение; методы аутогенной релаксации. Методы подбирались для каждого пациента индивидуально после предварительной беседы и клинико-психологической диагностики психического состояния.

Техника активного слушанья. Впервые понятие «активное слушание» ввела в обиход советский психолог Юлия Гиппенрейтер. Активное слушание можно сопоставить с эмпатией, то есть умением сопереживать и ощущать эмоции собеседника [17]. Таким образом, достигается взаимопонимание. Любому человеку необходимо чувствовать себя важным и значимым, а неподдельное внимание дает ему это ощущение. Техника активного слушания имеет в своем арсенале множество приемов. Однако есть несколько основополагающих принципов, которые актуальны во всех случаях:

• Нейтральная позиция. Во время беседы очень важно постараться воздержаться от оценки собеседника или его мнения. Постарайтесь оставаться беспристрастным, уважайте личность и взгляды оппонента;

• Сохраняйте спокойствие. Доброжелательное отношение к собеседнику призвано обеспечить бесконфликтную обстановку и атмосферу. При установке зрительного контакта лучше смотреть в глаза учтиво, с небольшой долей любопытства. Во время сеанса психотерапии лучше постараться поощрить пациента говорить. Для этого необходимо задавать уточняющие или наводящие вопросы, но не перебивать его;

• Искренность. При ведении беседы важна искренняя заинтересованность не только в теме разговора, но и в самом собеседнике. Даже приемы активного слушания не помогут, если не хотеть слушать человека. Не стоит начинать серьезный и важный разговор в том случае, если вы устали или раздражены. В этой ситуации даже самые изощренные приемы не способны прояснить ситуацию, если вы не настроены, внимательно слушать.

Психотерапевтическое убеждение. Представляет собой применяемый в психотерапии метод психологического воздействия на сознание пациента посредством изменения его прежних суждений. Убеждение составляет основу рациональной психотерапии. Коррекция неадекватного восприятия болезни осуществляется преимущественно с помощью убеждения. Психотерапевт в соответствии с поставленной задачей производит отбор фактов и их логическое упорядочивание, с тем, чтобы подвести пациента к нужным выводам. В беседе с больным он рассматривает и тщательно анализирует все объективные и субъективные данные, раскрывая пациенту действие механизмов возникновения и развития расстройств. Вслед за этим психотерапевт переходит к убеждению, добиваясь изменения отношения пациента к болезни и лечению [18].

Метод аутогенной релаксации. Метод аутогенной тренировки базируется на использовании мышечной релаксации, внушения собственному подсознанию и аутодидактике. Он является «родственником» гипнотерапии, но имеет одно серьезное преимущество, которое заключается в активном вовлечении индивида в процесс психотехники, тогда как при гипнотерапии пациент остается пассивным участником. Лечебное действие аутогенной тренировки обусловлено возникновением трофотропной реакции, приходящей вследствие наступления релаксации, которая сопровождается увеличением активности парасимпатического отдела автономной нервной системы. Это, в свой черед, содействует нейтрализации стрессовой реакции человеческого организма. Некоторые ученые связывают эффект аутогенной тренировки с понижением тонуса лимбической системы и гипоталамической области мозга. В соответствии с классификацией доктора Шульца, применяемой и сегодня, выделяют ступени аутогенной тренировки, которая подразделяется на первую и высшую ступени. Первая ступень включает упражнения, направленные на достижение релаксации, после которой наступает стадия самовнушения. Высшая ступень устремлена на введение индивидов в гипносостояние различной интенсивности и глубины. Естественно высшая аутогенная тренировка доступна лишь обученным лицам. На начальной стадии рекомендуется освоить первую ступень аутотренинга. На низшей ступени огромную роль играет правильное дыхание [19].

Результаты и обсуждение. *Первый этап.* При оценке эмоциональных реакций онкологических больных с помощью методики ИТТ были получены следующие результаты.

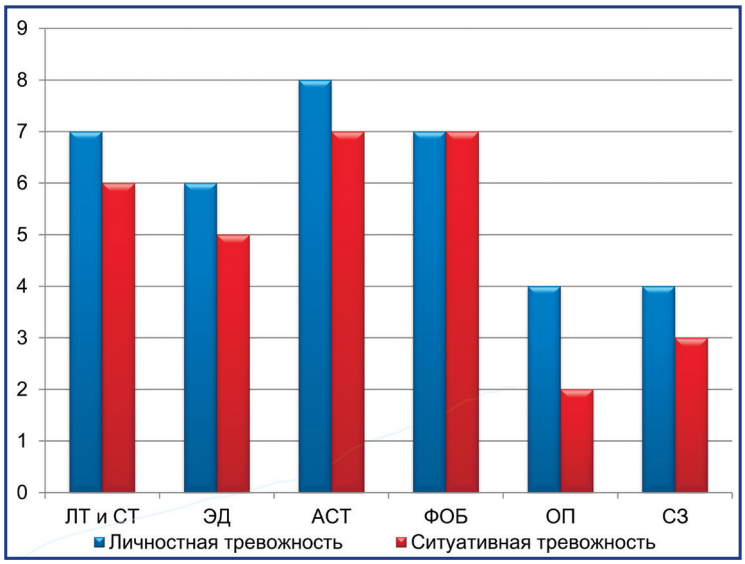

Рисунок 1 - Результаты, полученные методом ИТТ

Согласно анализу данных, полученных с использованием методики ИТТ, среднее значение по выборке составило: для уровня личностной тревожности - 7 станайнов, для уровня ситуативной тревоги - 6 станайнов.

В структуре личностной тревожности, наибольшие средние значения получены по субшкалам АСТ – 8 станайнов и ОП – 4 станайна. По субшкалам ЭД, ФОБ и СЗ получены значения 6, 7 и 4 станайна, соответственно.

В структуре ситуативной тревоги умеренные и среднее значения были получены по субшкалам: ОП – 2 станайна, СЗ – 3 станайна и ЭД – 5 станайнов. Под высокий уровень тревожности попадают шкалы ФОБ и АСТ – по 7 станайнов.

По методике ИТТ определяется умеренный уровень ситуативной тревожности с преобладанием таких структурных компонентов, как астенический, фобические.

По результатам метода ИТТ получили высокую личностную тревогу, значительно превышающую ситуативную тревожность. Ярко выраженные шкалы АСТ и ФОБ говорят о том, что больные испытывают наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости, также прослеживается ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Общий высокий уровень личностной тревоги означает устойчивую индивидуальную характеристику, отражающую предрасположенность пациента к тревоге и предполагающую наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие и отвечать на каждую из них определенной реакцией.

В процессе проведения клинического интервью были выявлены особенности эмоционального реагирования на онкологические заболевания. Наиболее высокие показатели по результатам клинического интервью были получены по шкалам «тревожность» – 69 (86,25%) и «потребность в эмпатии» – 56 (70%) пациентов. Подчеркивали у себя ранимость, обидчивость 30 (37,5%) пациентов; реагировали пассивно по причине неверия в лучший исход заболевания 34 (42,5%) пациента. 52 (65%) пациента отметили расстройство сна. 13 (16,25%) пациентов проявляли недоверие к медперсоналу и получаемому лечению. Лишь 15 (18,75%) пациентов характеризовали себя как «независимых». 20 (25%) пациентов были склонны в создавшемся положении обвинять самих себя. Агрессивность была выявлена у 3 (3,75%) пациентов, 5 (6,25%) пациентов считали себя попавшими в отчаянную ситуацию.

Второй этап. В результате применения коррекционных психотерапевтических методов наблюдалось снижение уровней тревожности. В структуре личностной тревожности получены следующие средние значения по субшкалам: АСТ, ФОБ – 5 станайнов, ЭД – 4 станайна; в структуре ситуативной тревоги: ФОБ – 5 станайнов, АСТ – 6 станайнов. По вторичным результатам метода ИТТ получили умеренную личностную и ситуативную тревожность.

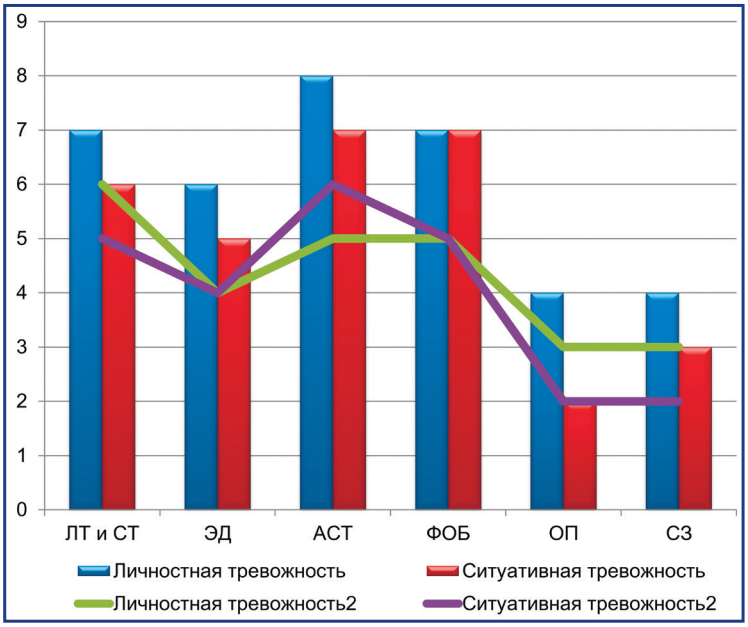

Рисунок 2 - Сравнительный анализ результатов, полученных методом ИТТ

Используя метод корреляции Пирсона, были выявлены достоверные корреляционные связи между уровнем исходной личностной тревожности и уровнем ситуативной тревожности (рэмп > р 0,01 при rэмп = 0,50853 и р 0,01=0,4).

Клиническое интервью выявило снижение по шкалам «тревожность» на 25% и «потребность в эмпатии» на 20%, реакция по причине неверия в лучший исход заболевания – на 15%, недоверие к медперсоналу и получаемому лечению – на 8%, значение по шкалам «агрессивность» и «попавшие в отчаянную ситуацию» снизилось до нуля.

Выводы

1. По данным, полученным в ходе исследования, можно сделать вывод, что гипотеза исследования о влиянии тревоги на внутреннюю картину болезни онкологических пациентов подтвердилась. Действительно, повышенная тревожность, страх, напряжение и наличие чувства нависшей угрозы влияют на активность пациента, снижают его самооценку. Под этим воздействием пациент воспринимает свою болезнь, как нечто непреодолимое.

2. Сравнительный анализ по результатам проведенного индивидуального пациент-ориентированного коррекционного психотерапевтического воздействия показывает снижения уровней тревожности и повышение позитивного отношения к своей болезни и качеству жизни.

3. Эффективное взаимодействие психолога с пациентом включает в себя понимание переживаний и психического состояния онкологического больного, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни, то есть, работа психолога в онкологической клинике способствует преодолению пациентами отрицательных поведенческих и эмоциональных последствий заболевания.

4. Психотерапевтические и психокоррекционные методы, использованные в данной работе, универсальны и индивидуальны одновременно, применимы к каждому конкретному случаю.

Изложенные выше выводы представляются значимыми с практической точки зрения, так как учет этих закономерностей позволяет разрабатывать реабилитационные программы с учетом индивидуальных особенностей пациентов, что обеспечит в конечном итоге высокую эффективность лечения диагноза «рак».

Список использованных источников

1. Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 421-425

2. Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Оценка качества жизни у больных с онкопатологией // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Т. 1, № 7– С. 45-47

3. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12-15.

4. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь.- СПб: Речь, 2002.- 162с.

5. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии. – 1990. – №8. – С. 966-969.

6. Астахов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // прикладная психология. – 1999. – №1. – С. 41-47.

7. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев: София, 2001. – 320 с.

8. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности // В кн.: Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. Астапов В.М. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

9. Спилбергер Е. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // В кн.: Стресс и тревога в спорте / сост. Ханин Ю. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – С. 12-24.

10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1998. – 269 с.

11. Ученые: пережившие рак чаще страдают от тревожности, чем от депрессии. Опубл. 05.06.2013. https://ria.ru/science/20130605/941443780.html. 26.03.2017.

12. Кризисные состояния. Классификация кризисных состояний. Оказание психологической помощи. http://lektsii.org/3-127681.html. 26.03.2017.

13. Зайцев В.В. Психическая адаптация и тревога. http://www.psyport.ru/publicaitions/pat.htm. 26.03.2017.

14. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Новая медицинская технология. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗСР РФ, 2005.

15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. – Изд. 6-е. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 12.

16. Малкина-Пых И.Г. Психотерапия онкологических заболеваний // Московский психологический журнал. – Онлайн-издание, май 2005. – №12. http://magazine.mospsy.ru/nomer12/s12.shtml. 26.03.2017.

17. Техника активного слушания.http://odepressii.ru/lechenie/aktivnoe-slushanie.html.14.04.2017.

18. Психотерапевтическая энциклопедия – убеждение. http://www.xn--80aacc4bir7b.xn--.html. 14.04.2017.

19. Аутогенная тренировка. http://psihomed.com/autogennaya-trenirovka/ 14.04.2017.

ТҰЖЫРЫМ

Р.И. Баянқұлов[1]

[1] Қазақстан Республикасы, Ақтау қ., Маңғыстау облысының Денсаулық сақтау басқармасының облыстық онкологиялық диспансері

Онкологиялық науқастардың өз індетіне және өмір сүру сапасына үрейлі күйдің әсер ету ерекшелігінің қатынасы

Қазіргі уақытта онкология дамуымен онкологиялық науқастардың әсіресе психоэмоционалдық жай-күйі өзекті мәселелері бірі ретінде айқындалуда. Онкологиялық клиникада негізгі психологиялық мәселелердің бірі жеке тұлғаның ауруына реакциясы болып табылады. Яғни, пациенттің өз ауруына қарым-қатынасы жалпы емдеу жетістігіне байланысты. Зерттеудің мақсаты онкологиялық науқастардың үрейлі күйінің өз індетіне қарым-қатынасының ерекшеліктерін анықтау болып табылады. Онкологиялық науқастардың ситуативтік және тұлғалық үрейі, олардың өз ауруына қарым-қатынасы мен өмір сүру сапасына әсері туралы зерттеу нәтижелері баяндалып, сонымен қатар, алынған нәтижелердің талдауына сүйене отырып, бірқатар коррекциялық психотерапиялық әдістер ұсынылады.

Түйінді сөздер: *жеке тұлғалық және жағдай үрейі, депрессия, эмпатия, станайндар.*

SUMMARY

R.I. Bayankulov[1]

[1]Mangistau Region Oncology Center, Aktau, the Republic of Kazakhkstan

The specific impact of anxiety on the patients' attitude to their illness and the quality of life of cancer patients

Modern development of oncology actualizes the issues of psycho-emotional condition of patients with oncology. One of the main psychological problems in oncology is the patient's reaction to the disease which influences the whole treatment outcome. The purpose of this research is to reveal the peculiarities of the influence of anxiety on the attitude towards one's illness in cancer patients. The author offers the results of studying the situational and personal anxiety of cancer patients and their attitude to their disease and the quality of life. A number of corrective psychotherapeutic methods are proposed based on the analysis of the obtained results.

Key words: *personal and situational anxiety, depression, empathy, stanine.*