

#### **4.4. Психокоррекция и психотерапия в системе реабилитации больных онкологического профиля.**

При выявлении онкологической патологии достаточно часты проявления психических расстройств различной степени выраженности – от реакций на болезнь донозологического уровня до острых психозов (Менделевич В.Д., 2002). Онкологический процесс здесь особо проявляет как проблему «болезнь, как психологическая травма», учитывая то, что такая патология традиционно причисляется к «группе неизлечимых недугов». Кроме того, онкологическая патология может являться соматогенным фактором, усиливающим проявления соответствующих психических расстройств у таких больных.

Э.Кюблер-Росс (1967, 2001) выделяет пять этапов, или фаз динамики переживаний в связи с неизбежным событием, которым, в том числе, может быть факт онкологического заболевания: отрицание (анозогнозия); гнев (дисфория); «торг» (аутосуггестивная фаза); депрессия и принятие (примирение). Дополнительным фактором для онко-больных зачастую выступает хирургическая операция, внося существенный вклад в психопатологическое смимпто- и синдромообразование (Менделевич В.Д., 2002). Несомненно, что на выраженность психических реакций, как и на необходимость упоминаемой ранее суицидальной настороженности в отношении онкобольных, влияет и локализация опухоли, и наличие метастазов, и особенности хирургической травмы, как и другие факторы, описанные в числе психологических реакций на болезнь, а также среди критериев реабилитационного потенциала, включая преморбидные особенности личности, степень ресурсности пациента, мотивации на лечение и т.д. (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1983). Тем не менее, не выявлено линейной зависимости между тяжестью онкологического заболевания и возникающих при этом психических расстройств (Менделевич В.Д., 2002).

О важности темы психологической помощи онкобольным говорит факт всё более часто встречаемых в научной и популярной литературе терминов: «онкопсихология», «психоонкология», «психосоциальная онкология». Все

они в той, или иной степени указывают на междисциплинарный характер изучаемых проблем, на стыке медицинской науки онкологии, психологии и социологии. Если психоонкология считается разделом онкологии, онкопсихология признаётся психологической дисциплиной (Чулкова В.А., 2012). Не ограничиваясь рамками лечения онко-заболевания, в рамках упоминаемого ранее биопсихосоциального подхода, онкопсихология изучает влияние заболевания на психическое состояние и психологическое здоровье пациента, а также и влияние факторов микросоциального окружения, включая особенности общения с близкими и персоналом клиники. Кроме того, в этих же рамках могут рассматриваться проблемы когнитивных нарушений - как вследствие самого онкозаболевания, так и вследствие медицинских вмешательств и процедур, таких, как длительное пребывание под общим наркозом во время операции, влияние химиотерапии, лучевой терапии и др.. Всё это следует учитывать при проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий на этапе медицинской реабилитации.

Е.Ф.Бажин и А.В.Гнездилов (1983) отмечают, что клинико-психологические и патопсихологические особенности отличают этапы основного заболевания: **поликлинический** (диагностический); **этап поступления в клинику; предоперационный, послеоперационный и катamnестический**. Частота проявления тревожно-депрессивных расстройств на диагностическом этапе достигает 56%. Кроме того, на этом этапе могут быть характерны проявления дисфории, тревожно-ипохондрические симптомы. Эти симптомы могут быть несколько ослаблены при поступлении в стационар, что может объясняться построением компенсаторной защиты типа «я болен, но теперь нахожусь в больнице, под наблюдением врачей, которые сделают всё, чтобы мне помочь». Однако, даже будучи в ряде случаев ослабленной, тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая симптоматика всё же может присутствовать (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1983). Тем более, что на этом этапе может сказываться упоминаемый уже «госпитальный стресс», который

не всегда предсказуем в своих проявлениях. На третьем, предоперационном этапе интенсивность психогенных переживаний может усиливаться в связи с объяснимым и порой оправданным страхом уже не только фактом заболевания, а перед возможными осложнениями самой предстоящей и уже назначенной операции. После перенесённой операции, на следующем, четвёртом этапе, вместе с некоторым «психологическим облегчением» на первый план чаще выходит астеноипохондрический синдром. По мнению Е.Ф.Бажина и Гнездилова А.В., этап выписки из стационара не имеет специфических психопатологических феноменов, а этап катamnестический для двух третей пациентов характерен стремлением к самоизоляции, в разной степени выраженным проявлением депрессивной симптоматики. Кроме переживаний, связанных с наличием онкологического заболевания, их беспокоят проблемы грядущей возможной инвалидизации, а также затруднения в интимной сфере.

Среди психокоррекционных мероприятий в работе с онкобольными Ивашкина М.Г. (2012) выделяет коррекцию алекситимии. **Алекситимия** - сложный симптомкомплекс, включающий особые трудности актуализации и осознания таких психических сфер, как сенсорная, эмоциональная, когнитивноповеденческая. В процессе такой работы осуществляется осознание своей телесности, работа с чувствами (особенно – с чувствами обиды и страха), «диалог с болезнью».

Социально-психологическая реабилитация с проведением среди больных занятий по групповой психотерапии, коррекционных занятий с их близкими приводит к позитивному увеличению показателей самоотношения (аутосимпатии, самоуверенности, самопринятия). При этом у онкобольных снижается показатель по шкале «самообвинение» (по методике исследования самоотношения). После прохождения реабилитации у больных формируется активная жизненная позиция, исчезают навязчивые страхи смерти и уменьшаются соматического страдания (Антоненко Н.Н., 2007).

Необходимо отметить различия в задачах психокоррекционной работы с онкобольными уже после проведённого основного этапа лечения, когда часть пациентов обнаруживает готовность к работе над собой по преодолению «послеоперационных стрессов» и кризисных проявлений своей жизни, а часть – нуждается уже в хосписной помощи, при наличии явных признаков ухудшения состояния и неизбежной грядущей смерти. Остаётся открытым вопрос о уместности проведения параллелей между реабилитационной и хосписной помощью таким больным.