

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.441-044.332:616-006.6:614.253.8:614.253.89:615.214:615-851

Для цитирования: Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М. Клинико-нозологическая структура непсихотических психических расстройств в семьях пациентов с онкологическими заболеваниями. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 4 (109): 21–26. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4\(109\)-21-26](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4(109)-21-26)

Клинико-нозологическая структура непсихотических психических расстройств в семьях пациентов с онкологическими заболеваниями

Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М.

*НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

РЕЗЮМЕ

В последние годы усилился интерес исследователей к вопросам формирования и течения непсихотических психических расстройств, клиническим проявлениям психопатологической симптоматики и виду терапии у членов семей пациентов онкологического профиля. **Материалы и методы.** Обследовано 34 пациента, являющихся членами семей онкобольных. В качестве основных методов обследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический. **Результаты.** Состояние пациентов из семей онкобольных при госпитализации характеризовалось преимущественно тревожно-депрессивной симптоматикой различной степени выраженности в рамках непсихотических психических расстройств. В лечении на начальном этапе ведущим методом была психофармакотерапия, направленная на снижение остроты тревожных проявлений и установление комплаенса между врачом и пациентом. На следующих этапах лечения ведущим методом являлась психотерапия. Положительная динамика психического состояния пациентов отслеживалась как по редукции клинических проявлений, так и по психологическим шкалам. **Заключение.** Результаты проведенного исследования позволяют судить о преобладании у пациентов из семей онкобольных тревожно-депрессивной симптоматики в рамках диагноза: расстройство адаптации (F43.2) – 64,7%. Выявлены факторы, способствующие развитию расстройств адаптации в результате стресса, обусловленного болезнью члена семьи. Обозначены особенности фармако- и психотерапии данной категории пациентов.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, онкологические заболевания, тревожно-депрессивная симптоматика, расстройство адаптации.

ВВЕДЕНИЕ

В связи с неуклонным ростом заболеваемости онкопатологией в настоящее время активно изучается проблема психических расстройств среди пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Несмотря на многочисленные исследования, недостаточно внимания уделяется близкому (семейному) окружению данных пациентов. Не стоит забывать, что наличие тяжелого соматического заболевания является серьезной психологической травмой не только для самого пациента, но и его близких. Рак как ведущая причина смертности в мире – это испытание для всей семьи, и данный диагноз может стать причиной развития психического расстройства у родственников и друзей онкобольного [1, 6, 7]. Сформировавшаяся кризисная ситуация сопровождается изменением семейных отношений, что может привести к дальнейшей дезадаптации и членов

семьи, и онкопациента. Поэтому адаптация всей семьи к онкологическому заболеванию включает в себя главным образом возможность существовать в стрессорных условиях заболевания [3, 5, 8].

Ж.М. Patterson выделяет три фазы в процессе адаптации семьи к стрессовому событию: приспособления, кризиса, адаптации или дезадаптации. В фазе приспособления семья ищет ресурсы, чтобы приспособиться к сложившейся в семье ситуации. Если внутренних ресурсов недостаточно, наступает фаза кризиса, характеризующаяся превалированием актуальных требований к членам семьи и её возможностям, что в свою очередь приводит к дезорганизации семейной системы – изменению структуры семьи и её функционирования. При дезадаптации у членов семьи могут возникать психологические проблемы или развиваться психопатологические нарушения чаще в виде тревожно-депрессивных реакций [10].

Возникающие семейные проблемы обусловлены влиянием тяжелого летального заболевания на взаимоотношения пациента с членами семьи и их отношением к больному. Психозомоциональный настрой онкопациента и его близких – важное условие, от которого зависит течение и самого онкозаболевания [2, 4]. В 1985 г. Oberst и James заметили, что «учиться жить, болея раком, не просто. Но, возможно, еще сложнее жить рядом с человеком, страдающим от этой болезни». Понятие идентификации, отождествления человека со своей семьей и близкими приводит к тому, что родственник проходит те же стадии психологического стресса, что и сам больной. Поставленная проблема семьи онкологического пациента является крайне актуальной, особенно если учесть, что по статистике заболеваемость и смертность среди родственников в течение 1–2 лет после потери близкого увеличивается на 40–60%, а по некоторым данным возрастает почти вдвое [2, 9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинико-нозологическую структуру непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов, являющихся членами семей онкобольных; выявить клинико-динамические и социально-психологические факторы, влияющие на формирование, развитие и течение НПР; определить стратегию профилактической коррекции клинико-психопатологических проявлений НПР испытуемых с позиций оказания высококвалифицированной персонализированной медицинской помощи данной категории пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2018 г. по 2020 г. на базе первого клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья Томского НИМЦ проводилось обследование 34 пациентов, являющихся членами семей онкобольных, с диагностированными непсихотическими психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (по диагностическим критериям МКБ-10 рубрики F4). Возраст обследованных составлял от 26 до 54 лет.

В качестве основных методов обследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический. Для оценки психического состояния пациентов использовались скрининговые шкалы, позволяющие выявить уровень личностной и ситуативной тревоги (шкала Спилбергера–Ханина). Определение механизмов психологической защиты проводилась по опроснику Плутчика–Келлермана–Конте. С целью учета личностно-характерологических черт и определения типа акцентуации использовалась методика Леонгарда–Шмишека. Оценка психического состояния пациентов в том числе проводилась по динамике показателей ситуативной тревоги на 1-й и 4-й неделях госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Психическое состояние пациентов в наблюдаемой группе на момент госпитализации в психиатрический стационар характеризовалось тревожно-депрессивной симптоматикой различной степени выраженности с психовегетативными проявлениями и склонностью к ипохондрическим переживаниям. Ведущими жалобами пациентов исследовательской выборки являлись нервно-психическое напряжение, постоянная немотивированная тревога, страх утраты близкого человека и страх развития онкологического заболевания. В кризисной ситуации адаптации к онкопатологии члена семьи описанное эмоционально-психопатологическое состояние наблюдалось от 1 до 6 месяцев.

После установления диагноза онкопатологии у члена семейной системы, помимо страха потерять близкого родственника, у испытуемых с НПР тревожно-депрессивного спектра возникали сложности в общении с больным членом семьи (вплоть до боязни неправильно задать вопрос, чтобы выяснить интересующую информацию, или произнести ободряющую фразу). Нарушение коммуникативной функции влекло некоторую психологическую отстраненность между близкими. В силу ограничения прежних возможностей и усиления чувства собственной неполноценности у больного с онкозаболеванием менялся жизненный уклад семьи в целом, иногда с необходимостью перераспределения ролей в доме. У наблюдавшихся нами пациентов формировались эмоциональная неустойчивость, перепады настроения на фоне тревожных ожиданий по поводу безнадёжного будущего. Также пациенты описывали тягостное ощущение мучительной беспомощности из-за невозможности помочь родному человеку, что порождало чувство растерянности и вины, инициировало поиск собственных ошибок и приводило к критическому уровню эмоциональных переживаний, которые могли способствовать развитию онкопатологии у родственника. Частое вынужденное общение с врачами («марафон консультаций», «хождение по больницам») постепенно формировало ипохондрические переживания. Обследуемые пациенты начинали активно изучать научно-популярную литературу в виде статей и форумов в интернете по психосоматическим реакциям, вегетативному дисфункционированию, прислушиваясь к изменениям и ощущениям в своем теле, занимались самодиагностикой и обследовались у различных специалистов. Со слов врачей-онкологов, зачастую родственники переживали стрессовую ситуацию в семье сильнее, чем сам онкопациент. Поэтому для повышения возможности совладания с болезнью важно включение значимых близких в стратегию психолого-психотерапевтического воздействия.

В соответствии с результатами обследования по шкале Спилбергера-Ханина ситуативная тревога у пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра, составлявшая при обращении в стационар 40–54 балла (47 ± 7), снизилась до 22–35 (27 ± 5 баллов во второй точке исследования (на момент выписки), уменьшение данного показателя до низкого уровня тревожности свидетельствовало об улучшении их психического состояния в результате психофармако- и психотерапии.

При анализе результатов обследования с помощью опросника Плутчика–Келлермана–Конте ведущими механизмами психологической защиты у пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра в равной мере являлись подавление, регрессия и интеллектуализация. Защитный механизм подавления сдерживал у пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра чувство страха и внутренней пустоты путем избегания негативных мыслей. Для снятия эмоционального напряжения пациенты старались свести к минимуму любые возможные разговоры об онкологических заболеваниях, методах их лечения и негативных последствиях. МПЗ регрессия является относительно простым защитным механизмом: пациенты реагировали на стрессовую ситуацию в семье напряженностью, неустойчивым настроением, беспокойным поведением, межличностными конфликтами, из-за утраты субъективного смысла жизни они чувствовали себя «покинутыми» и пытались привлечь к себе внимание. При использовании МПЗ интеллектуализация пациенты старались контролировать свои эмоции в связи с утратой прежних ценностных ориентиров, рационально интерпретируя стрессорное событие и выстраивая свою концепцию и план действий в надежде заранее продумать фатальные последствия и ликвидировать возможное беспокойство, тем самым еще более усиливая имеющееся напряжение. В меньшей степени среди пациентов исследуемой группы выявлены такие механизмы защиты, как реактивное образование, замещение и проекция, встречавшиеся в единичных случаях.

Результаты обследования с помощью методики Леонгарда-Шмишека показывают, что в личностной структуре пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра имеют место эмотивные черты (от 18 до 21 балла). У большинства пациентов ($n=25$, 73,5%) выявлены тревожно-мнительные и застревающие черты разной степени выраженности (от 16 до 22 баллов). Данные особенности обуславливают фиксацию пациентов на актуальных негативных событиях и переживаниях, что способствует в дальнейшем формированию диагностированных расстройств. Другие личностно-характерологические черты встречались реже и менее выражены.

У пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра получено следующее распределение по клинко-нозологической структуре в соответствии с диагностическими критериями по МКБ-10: расстройства адаптации с преобладанием различной симптоматики – 64,7% (22 пациента), паническое расстройство – 8,8% (3 пациента), другие смешанные тревожные расстройства – 14,7% (5 пациентов), соматоформное расстройство – 11,8% (4 пациента).

Из-за выраженных тревожных переживаний на начальном этапе проведение психотерапевтических мероприятий было затруднено, поэтому ведущим методом стала психофармакотерапия. Применялись антидепрессанты (пароксетин, миртазапин, тразодон) и транквилизаторы (диазепам, феназепам). Дозы подбирались с учетом выраженности клинических проявлений НПР. В процессе терапии наблюдалась высокая настороженность и тревожность пациентов по отношению к применению психотропных препаратов. Но по ходу лечения при установлении комплаенса и доверительного контакта между врачом и пациентом эти переживания теряли свою актуальность и нивелировались.

После достижения необходимого психофармакотерапевтического эффекта в алгоритм лечения включались психотерапевтические методики, закрепляющие редукцию тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с НПР. Персонализированное психотерапевтическое сопровождение проводилось индивидуально и в группах. Использовалась когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная и семейная терапия, визуализация и аутотренинг. Так как при обращении одним из ведущих факторов развития тревожно-депрессивного и невротического реагирования у обследуемых лиц стала дезорганизация и дисгармония семейных отношений, первоочередная роль в лечении отводилась семейной психотерапии. Пациенты демонстрировали хороший терапевтический ответ на психотерапевтические мероприятия. На фоне лечения наблюдалась положительная клиническая динамика, прослеживаемая как по редукции тревожно-депрессивных проявлений, сформированных в ответ на стрессорную ситуацию появления в семье онкобольного, так и по результатам психометрического обследования. Так, описанная динамика показателей ситуативной тревоги характеризовалась снижением баллов на момент выписки из стационара (27 ± 5 против 47 ± 7 при $p > 0,05$). Вместе с тем изменения личностной тревоги были незначительны. На заключительном этапе стационарного лечения основной акцент ставился на психосоциотерапевтических мероприятиях в рамках биопсихосоциальной модели заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования позволяют судить о преобладании у испытуемых с НПР тревожно-депрессивной симптоматики в рамках диагностированного расстройства адаптации (64,7%). По данным различных исследований, тревожно-депрессивное и ипохондрическое дезадаптивное стресс-реагирование преобладает и среди самих онкологических пациентов, что доказывает у них высокую степень отождествления себя со своими близкими и существование проблемы «онкологической семьи».

На основании анализа полученных данных у пациентов с НПР тревожно-депрессивного спектра определены ведущие механизмы психологических защит: подавление, регрессия и интеллектуализация. В структуре личностно-характерологической типологии пациентов (в соответствии с типами акцентуации по К. Леонгарду) преобладают эмотивные (100% случаев), тревожно-мнительные и застревающие черты (73,5%).

В процессе наблюдения выявлены и проанализированы клинично-динамические и социально-психологические факторы, определяющие формирование, развитие и течение НПР у членов семьи онкопациента. Ведущее место среди них занимают изменения в структуре семейной системы и функционировании семьи. У пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями в структуре НПР обозначены особенности психофармако- и психотерапии, где первоочередную роль играет семейная психотерапия.

Таким образом, проблема онкологических заболеваний характеризуется высоким приростом заболеваемости и летальности, имеет довольно широкий спектр влияния и выходит далеко за пределы онкологического стационара и его пациентов. Семья онкобольного, пребывая в длительной стрессовой ситуации, так же подвержена высокому риску развития непсихотических психических расстройств и требует особого внимания специалистов разного профиля. Лечение онкологического заболевания – это комплексная задача, которая должна быть обращена не только на пациента, но и на его близкое окружение, а положительный настрой семьи будет способствовать улучшению состояния онкобольного. Необходимо дальнейшее наблюдение за данной категорией пациентов и оказание им своевременной и адекватной психиатрической помощи, что позволит дополнить и расширить арсенал реабилитационно-превентивных мероприятий и повысить качество вновь разработанных комплексных программ, сочетающих медикаментозную терапию, психолого-психотерапевтическую коррекцию, психосоциальную помощь и мониторинг результатов исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования в рамках темы «Комплексное исследование клинично-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики» (№ АААА-А19-119020690013-2).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами, разработанными на основании Хельсинской Декларации ВМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев А.М., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-е, дополненное. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии», 2018: 436.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. Практическая онкология. 2001; 1(5): 5-13.
3. Дудниченко А.С., Дышлева Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей. Проблемы медицинской науки и образования. 2003; 3: 68-80.
4. Луценко А.Г., Балабаха О.С. Возможности семейной психотерапии в работе с онкологическими больными. М., 2007: 238.
5. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. Злокачественные опухоли. 2016; 4 (спецвыпуск 1): 54-58. DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s1-54-58
6. Семке В.Я. Психогении современного общества. Томск: Изд-во ТГУ, 2003: 407.
7. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: Изд-во ТГУ, 2008: 198.
8. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинично-психологические аспекты в онкологии. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010; 1: 91-100.
9. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T., Taniguchi K., Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. Jpn J Clin Oncol. 2005 Jun;35(6):302-9. doi: 10.1093/jjco/hyi097
10. Patterson J.M. Understanding family resilience. J Clin Psychol. 2002 Mar;58(3):233-46. doi: 10.1002/jclp.10019

Поступила в редакцию 28.08.2020

Утверждена к печати 30.11.2020

Тарасова Алена Владимировна – младший научный сотрудник отделения пограничных состояний.

Куприянова Ирина Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний. Author ID Scopus 66036894615720132229057201322289. ORCID iD 0000-0003-495-7811. Author ID РИНЦ 551544. SPIN-код РИНЦ 1617-6349.

Аксенов Михаил Михайлович, д.м.н., проф., руководитель отделения пограничных состояний. Researcher ID I-9478-2017. Author ID Scopus 56897137100. ORCID iD 0000-0002-8949-6596. Author ID РИНЦ 69828. SPIN-код РИНЦ 7599-1801.

✉ Куприянова Ирина Евгеньевна, irinakupr@rambler.ru

UDC 616.89-008.441-044.332:616-006.6:614.253.8:614.253.89:615.214:615-851

For citation: Tarasova A.V., Kupriyanova I.E., Aksenov M.M. Clinical-nosological structure of non-psychotic mental disorders in families of patients with oncological diseases. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2020; 4 (109): 21–26. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4\(109\)-21-26](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4(109)-21-26)

Clinical-nosological structure of non-psychotic mental disorders in families of patients with oncological diseases

Tarasova A.V., Kupriyanova I.E., Aksenov M.M.

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

In recent years, the interest of researchers in the formation and course of non-psychotic mental disorders, clinical manifestations of psychopathological symptoms and therapy in family members of oncological patients has increased. **Materials and Methods.** The study involved 34 patients who are members of families of cancer patients. Clinical-psychopathological, clinical-dynamic, psychometric methods were used as the main methods of examination. **Results.** The condition of patients from families of cancer patients during hospitalization was characterized mainly by anxiety-depressive symptoms of varying severity within the framework of neurotic disorders. In treatment at the initial stage, the leading method was psychopharmacotherapy, aimed at reducing the severity of anxiety manifestations and establishing compliance between the doctor and the patient. At the next stages of treatment, psychotherapy was the leading method. The positive dynamics of the patient's condition was monitored both by the reduction of clinical manifestations and by psychological scales. **Conclusion.** The results of the study allow us to judge the prevalence of anxiety-depressive symptoms in patients from families of cancer patients within the framework of the diagnosis: adjustment disorder (F43.2) – 64.7%. The factors contributing to the development of adjustment disorders as a result of stress caused by the illness of a family member were identified. The features of pharmacotherapy and psychotherapy of this category of patients are indicated.

Keywords: non-psychotic mental disorders, oncological diseases, anxiety-depressive symptoms, adjustment disorder.

REFERENCES

1. Belyaev A.M., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., Rogachev M.V. *Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Leadership*. 2nd edition, revised. St. Petersburg: Publishing House of ANO "Problems of Oncology", 2018: 436 (in Russian).
2. Gnezdilov A.V. Mental changes in cancer patients. *Practical Oncology*. 2001; 1 (5): 5-13 (in Russian).
3. Dudnichenko A.S., Dyshlevaya L.N., Dyshlevoy A.Yu. On the importance of assessing the mental state of cancer patients and their families. *Problems of Medical Science and Education*. 2003; 3: 68-80 (in Russian).
4. Lutsenko A.G., Balabakha O.S. Possibilities of family psychotherapy in working with cancer patients. *Moscow*, 2007: 238 (in Russian).
5. Semiglazova T.Yu., Tkachenko G.A., Chulkova V.A. Psychological aspects of the treatment of cancer patients. *Malignant Tumors*. 2016; 4 (Special Issue 1): 54-58. DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s1-54-58 (in Russian).
6. Semke V.Ya. *Psychogenies of Modern Society*. Tomsk: Tomsk University Press, 2003: 407 (in Russian).
7. Semke V.Ya., Choinzonov E.Ts., Kupriyanova I.E., Balatskaya L.N. *Development of Siberian Psycho-Oncology*. Tomsk: Tomsk University Press, 2008: 198 (in Russian).
8. Chulkova V.A., Pestereva E.V. Clinical-psychological aspects in oncology. *Saint Petersburg University Bulletin*. 2010; 1: 91-100 (in Russian).

9. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T., Taniguchi K., Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2005 Jun;35(6):302-9. doi: 10.1093/jjco/hyi097
10. Patterson J.M. Understanding family resilience. *J Clin Psychol*. 2002 Mar;58(3):233-46. doi: 10.1002/jclp.10019

Received August 28.2020
Accepted November 30.2020

Tarasova Alyona V., junior researcher of Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Kupriyanova Irina E., MD, Prof., lead researcher of Borderline State Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Author ID Scopus 6603689461 / 57201322290 / 57201322289. ORCID iD 0000-0003-495-7811. Author ID RISC 551544. SPIN-code RISC 1617-6349

Aksenov Mikhail M., MD, Prof., Head of Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Researcher ID I-9478-2017. Author ID Scopus 56897137100. ORCID iD 0000-0002-8949-6596. Author ID RISC 69828. SPIN-code RSCI 7599-1801.

✉ Kupriyanova Irina E., irinakupr@rambler.ru