

ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Е.А. ЛИТОВЧЕНКО

Днепропетровская областная больница

Показана необходимость диагностики психологического состояния ЛОР-онкологических больных. Описана предлагаемая автором результативная система их комплексной (медицинской, психологической и социальной) реабилитации.

Тяжелое соматическое страдание, тем более онкологическое заболевание, резко изменяет всю ситуацию жизни и деятельности человека. Изменяются и биологические условия этой деятельности, и психологическое состояние, и социальные связи больного.

Биологические факторы заболевания приводят к снижению динамики деятельности, выносливости к физическим и психическим нагрузкам, устойчивости энергетического потенциала и т.д.

В психологической сфере изменяется мотивационная структура личности, разрушается сложившийся уровень оценки своих возможностей и ожиданий. Будущее становится неопределенным для больного и, как правило, не соответствует имевшимся у него до болезни планам. В этом, по словам М.М.Кабанова [1], состоит одно из самых драматических для заболевшего противоречий новой жизненной ситуации.

Среди социальных последствий болезни важнейшее — изменение профессионального и семейного статуса больного. Вынужденный отказ от профессиональной или вообще от трудовой деятельности, превращение в объект семейной опеки, утрата привычного социального окружения не могут не изменить психический облик больного. При этом личностные изменения в новой социальной ситуации могут быть психологически адекватными, выражающимися в компенсаторных и приспособительных реакциях, и негативными, проявляющимися в обеднении личности, сужении связей больного с окружающими и т.п. В таких случаях изменяются направленность личности, установка на трудовую деятельность, круг общения и часто происходит так называемое невротическое развитие личности, усугубляющее тяжесть состояния больного.

Все сказанное требует *психологической диагностики, проводимой с целью выявления факторов, прогнозически благоприятных и неблагоприятных для психологического состояния больного и течения его болезни, и разработки методов не только медицинской, но и психологической, и социальной реабилитации больного.*

Онкологическое заболевание может привести к стойкому изменению психического облика человека. Сформировался ряд следующих критериев, по которым личность больного определяется как измененная.

1. Изменение ведущего мотива деятельности.
2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка.
3. Снижение уровня опосредованности деятель-

ности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности, самоконтроля.

Клинические формы нарушения личности могут проявляться в виде изменения эмоций (депрессия, эйфория), нарушений мотивационной сферы (апатия, бездумность), нарушения отношения к себе и окружающему (нарушение критики, изменение подконтрольности). Может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических изменениях личности, а также жесткая подчиненность деятельности одному мотиву. В дальнейшем может меняться вся система отношений больного: значимыми становятся только те события в окружающей действительности, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни.

Сужение актуальной мотивации, новая жизненная направленность обуславливают замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, описанные в клинических и психологических исследованиях [2; 3].

Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая активность противоречит этому мотиву, либо формируется новый смысл привычной деятельности.

Как правило, у больных развиваются невротические расстройства. Так, у всех находившихся под нашим наблюдением 105 больных раком гортани имели место те или иные невротические синдромы, причем у мужчин преобладали астенический и гипотимный, а у женщин — истерический и астенический. Обращает на себя внимание тот факт, что у довольно значительного числа пациентов имел место эйфорический синдром. Чаще всего он наблюдался в начальных стадиях заболевания и у больных с гипертимной акцентуацией характера.

Один из существенных аспектов психологической диагностики — выявление внутренней картины болезни (ВКБ) пациента, формирование которой зависит от типа реагирования на болезнь и связанного с ней нарушения взаимоотношений, от информированности о болезни, веры в выздоровление. Среди наших больных у мужчин преобладали астенический, гипо-

тимический и эйфорический типы реагирования, а у женщин — истерический и гипотимический.

С характером ВКБ тесно связаны механизмы психологической защиты. Психологическая защита — это регулятивная система, система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение к минимуму чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Самыми частыми механизмами психологической защиты у наших больных были вытеснение и сублимация (уход в болезнь).

Из всего сказанного следует, что для разработки эффективной реабилитации ЛОР-онкологических больных в диагнозе следует отражать помимо клинического социального и психологического аспекты заболевания, поскольку реабилитация должна быть направлена не только на болезнь, но и на личность больного.

Реабилитация больного человека, с нашей точки зрения, должна представлять собой биосоциопсихологическую систему и в соответствии с этим состоять из следующих компонентов: медицинского (восстановление утраченных функций), социального (социальный статус, социальные связи, профессия и т. д.), психологического (личность, психологические механизмы защиты и др.) и социально-психологического (семья, межличностные отношения). Такая четырехфакторная концепция реабилитации открывает возможность комплексного подхода к больному человеку, основанного на идее целостности организма и личности с учетом ее существования в обществе [4; 5].

Реабилитация онкологических, в частности ЛОР-онкологических, больных имеет свои особенности, отличающие ее от реабилитации больных с другими заболеваниями. Эти особенности в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при раке гортани, как ни при каких других заболеваниях, серьезно нарушаются социальные связи и отношения в связи с утратой голосовой функции. Поэтому реабилитация таких больных есть прежде всего их ресоциализация. Личность больного в целом, ее социальные связи страдают обычно с самого начала заболевания, а нарушение такой социально значимой функции, как речевая, влечет за собой вторичную личностную реакцию. Коррекция этой реакции зависит от успеха основного комплекса мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенной функции.

Можно сформулировать *основные принципы построения системы реабилитации больных* раком гортани. Они состоят в следующем.

Первый принцип заключается в том, что реабилитационные мероприятия должны быть рассчитаны на включение самого больного в лечебно-восстановительный процесс, привлечение его к непосредственному участию в восстановлении нарушенных функций (прежде всего речи) или социальных связей: трудовых, семейных и др. Поскольку ресоциализировать больного без его активного участия невозможно, этот принцип реабилитации можно назвать деонтологическим принципом взаимодействия врача и больного.

Следующий принцип — принцип системности, т.е.

интеграции разносторонних воздействий и мероприятий по реализации реабилитационной программы. Он предполагает объединение усилий врача и пациента и направлен на различные сферы «психосоциального функционирования» последнего.

Третий принцип реабилитации — принцип комплексности — заключается в единстве психосоциальных и биологических (медицинских) методов воздействия. Хотя апелляция к личности лежит в основе любой реабилитационной программы, реабилитация представляет собой клиническую проблему, требующую для своего успешного разрешения понимания как ее психологической, так и физиологической и патофизиологической сущности. С целью реабилитации больного должны быть использованы механизмы восстановления, адаптации и компенсации, средства физиологической защиты. Воздействие на эти механизмы может проводиться на разных уровнях адекватной регуляции физиологических реакций. Исследователями [6; 7] справедливо подчеркивается важность изучения механизмов «психологической защиты», существенно дополняющих механизмы «физиологической защиты» в понимании И.П. Павлова.

Неправомерно при этом противопоставлять реабилитацию лечению, это единый процесс. Следует считать, что главное в учении о реабилитации — не борьба против болезни, а борьба за человека.

Четвертый принцип реабилитации — принцип дифференцированности, предполагающий использование воздействий в зависимости от степени восстановления у больного нарушенных функций, личностных особенностей, характерологических черт, направленности личности, ценностных ориентаций, профессиональных интересов и т.д.

В качестве пятого принципа следует назвать принцип этапности проводимых воздействий и мероприятий. Все лечебные воздействия, в том числе психотерапевтические, трудотерапевтические и т.д., необходимо назначать в определенной последовательности, чаще всего при нарастающих усилиях, с постепенным переходом от одного реабилитационного воздействия к другому, от одной формы организации онкологической помощи к другой. Этот принцип, как известно, лежит в основе организации онкологической службы.

Реабилитация больных раком гортани, как нам представляется, должна состоять из трех основных этапов. Первый — восстановительное лечение как начальная стадия процесса реабилитации больного. Задачей восстановительного лечения является, наряду с восстановлением функций гортани (оперативное вмешательство, лучевая, медикаментозная терапия), ликвидация невротических реакций больных, предотвращение «примирения» с мыслью о невозможности дальнейшей полноценной общественной и профессиональной деятельности.

Задача второго этапа — реадaptация, приспособление больных на том или ином уровне к условиям внешней среды. На этом этапе проводится тренировка восстановленных функций, прежде всего голосовой функции, применяются социопсихологические методики, имеющие целью усиление установки боль-

ных на сохранение круга общения, взаимоотношений в семье, стимуляция социальной активности.

Третий этап — реабилитация в собственном смысле этого слова, т.е. возможно более полное восстановление психологического и общественного статуса больного, его отношений с окружающей действительностью, практическое возвращение в преморбидную социальную ситуацию. Относительно больных, у которых не удалось добиться полного восстановления утраченных функций, необходимо стремиться к оптимальной социальной адаптации с учетом имеющегося дефекта.

Проведение описанной системы реабилитации у находившихся под нашим наблюдением больных раком гортани позволило получить следующие результаты. Полная медицинская реабилитация (нормализация основных функций гортани) была достигнута у всех больных с I—II, у 78,0% — с III и у 64% — с

IV стадией рака. Психологическая реабилитация (отсутствие невротических реакций, нормализация взаимоотношений в семье и с окружающими) отмечалась у всех больных раком I—II стадии; среди остальных пациентов полная психологическая реабилитация наблюдалась у 66,3%, частичная — у 33,7%. Полная социальная реабилитация (возвращение к профессиональному труду, сохранение всех социальных связей) также была достигнута у всех пациентов с I—II стадией рака, но лишь у 50,7% остальных, у 49,3% больных удалось достигнуть частичной реабилитации — им пришлось изменить род деятельности.

Полученные нами результаты подтверждают возможность и необходимость проведения не только медицинской, но и психологической, и социальной реабилитации онкологических больных, позволяющей им вернуться к труду и восстановить свой статус в семье и обществе.

Литература

1. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.
2. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В. Медицинская реабилитация больных с онкологическими заболеваниями // Медицинская реабилитация.— М.; Пермь: Звезда, 1998.— С.532—626.
3. Николаева Н.Ф., Сорочкина Е.И. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // Там же.— С.3—92.

4. Bertalanffy L. Allgemeine system Theorie // Deuth. Univer. Zeitung.— 1957.— № 5—6.— S.14—56.
5. Васильченко Г.С. Семейная психотерапия в системе реабилитации сексологических больных // Сексопатология: Справочник.— М.: Медицина, 1990.— С.382—384.
6. Психология: Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошенко.— М.: Политиздат, 1990.— 494 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 2000.— 496 с.

Поступила 05.03.2003

DIAGNOSIS OF MENTAL STATE AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

E.A. Litovchenko

Summary

The necessity of diagnosis of the mental state in ENT cancer patients is shown. The author suggests a resulting system for complex (medical, psychological, social) rehabilitation.