

DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s1-9-11

**Цитирование:** Ткаченко Г. А. Психологическое сопровождение онкологических больных с нарушением речи в послеоперационном периоде // Злокачественные опухоли 2018; 3s1:9–11

## Психологическое сопровождение онкологических больных с нарушением речи в послеоперационном периоде

Г. А. Ткаченко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени Н. Н. Блохина» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия  
Для корреспонденции: mitg71@mail.ru

**Резюме:** Лечение злокачественных опухолей орофарингеальной зоны часто сопровождается нарушением речи, что приводит к коммуникативной изоляции человека, снижению качества жизни. Правильно разработанная программа медико-психологической реабилитации улучшает качество их жизни. Важное значение для оказания качественной психологической помощи имеет правильный подбор методов психотерапии.

**Ключевые слова:** психологическое сопровождение, злокачественные опухоли, нарушения речи, качество жизни

Благодаря совершенствованию системного и локального лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны выживаемость данной категории больных существенно увеличилась. Однако качество их жизни значительно ухудшается, так как распространенность опухолевого процесса часто ограничивает возможности использования органосохраняющих операций и в лечении этой патологии используются хирургические вмешательства, вследствие которых нарушаются дыхание, фонация, жевание и глотание и, что имеет немалое значение, речь.

Речь, являясь высшей функцией человека, тесно связана с мышлением, памятью, чувствами. Нарушение речи может приводить к коммуникативной изоляции человека, и, как следствие, к соматизации, тревожно-депрессивному состоянию, развитию посттравматического стресса в отдаленном периоде [1, 2].

Качество жизни стоит на втором месте по важности после общей выживаемости и является более важным, чем ответ на терапию, поэтому остро встает вопрос его улучшения с помощью реабилитационных программ, направленных на максимальное восстановление физического, психического здоровья, трудоспособности, социального статуса. Причем такие пациенты особо нуждаются именно в правильно разработанной программе медико-психологической реабилитации.

Психологическая реабилитация направлена на принятие пациентом болезни, адаптации к ней и выработке соответствующих моделей поведения [3, 4]. Для того чтобы помощь осуществлялась эффективно, необходимо знать специфику психических состояний и закономерности их протекания. Основное значение при оказании психологической помощи больным, перенесшим противоопу-

холевое лечение, имеет правильный подбор необходимых методов коррекции. Именно это во многом и определяет эффективность лечебно-оздоровительных, реабилитационных и психокоррекционных мероприятий.

Больные, оперированные по поводу опухоли орофарингеальной зоны, имеют свою специфику: длительный период нарушена или полностью отсутствует речь, затруднен процесс жевания и глотания, вплоть до кормления через зонд. Задача психолога заключается в необходимости подобрать такие методы работы, чтобы предоставить возможность выразить себя пациентам.

По мнению Williams C., Patterson J. M. et al., когнитивно-поведенческая психотерапия улучшает качество жизни больных, получающих лечение по поводу злокачественных опухолей головы и шеи [5, 6].

Из всех методов, которые рекомендуются исследователями в работе с онкологическими больными, мы выбрали методы когнитивной терапии и арт-терапии.

Основная цель когнитивной терапии – изменение дезадаптивных убеждений относительно болезни, лечения, коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения во время лечения.

Эффективность применения искусства заключается в том, что этот метод позволяет оптимизировать эмоциональную сферу, исследовать и выражать эмоции и чувства на символическом уровне [7].

Когнитивная терапия проводится два раза в неделю на протяжении всего периода восстановления после операции. Главная задача терапии – научить пациента овладеть следующими операциями:

- отслеживать свои негативные автоматические мысли;
- выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, ведущие к искажению жизненного опыта.

Для обучения больных мы используем простые и доступные для данной категории больных методики [8]:

- записывание мыслей – психолог просит пациента записывать свои мысли на бумаге: какие мысли у него возникают в голове в течение дня, когда он пытается сделать нужное действие (или не делать ненужное действие). Анализ и осознание «плохой» мысли, ее автоматичность и самопроизвольность, осознание того, что «плохая» мысль вызывает страдание, страх или разочарование;
- дневник мыслей: более глубокое и длительное наблюдение за мыслями и их анализ;
- методика прекращения: команда себе «прекратить!» или «стоп!» – негативный образ мышления или воображения останавливается;
- метафоры, притчи, стихи: психолог использует такие примеры, чтобы объяснение было более понятным;
- позитивное воображение: положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие. Можно использовать дополнительно музыкотерапию;
- смена ролей: попросить больного представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации;
- переоценка жизненных ценностей: психолог может помочь пациенту взвесить цену достижения цели (выздоровление) и цену проблемы (сложность лечения и его последствий) и решить, стоит ли бороться дальше или отказаться от достижения этой цели;
- план действий на будущее: совместная разработка для пациента реалистического «плана действий» на ближайшее будущее с конкретными условиями, действиями и сроками выполнения, запись плана на бумагу. Рекомендуется подключить членов семьи, родственников, особенно эффективно для пациентов молодого возраста.

Возможности психологической помощи при работе с данной категорией пациентов значительно увеличиваются при сочетании различных терапевтических методов, и мы дополнили когнитивную терапию арт-терапевтическими техниками.

Сочетание двух методов усиливают действие друг друга. Часто больные не только записывали свои мысли, но и рисовали их в виде образов, меняли одни образы на другие, более позитивные.

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов. Объективность этих данных подтверждается психофизиологическими исследованиями [9].

Метод арт-терапии основывается на предположении, что человек может отражать свой внутренний мир в визуальных образах, что помогает пациенту избавиться от многих подсознательных негативных процессов, таких как страх, тревога, чувство напряжения, неприятные переживания, даже боль.

Из общего числа средств арт-терапии, рекомендованных в онкологии, нами чаще используется работа с рисунком, так как этот вид искусства является наиболее безопасным способом снятия напряжения: внутренние переживания человеку порой легче выразить с помощью зрительных образов, а не просто в разговоре с психологом. Как показывает наш практический опыт, наиболее эффективны следующие методики индивидуальной работы с рисунком: «здоровье» и «болезнь», «автопортрет», «настроение», «дерево жизни».

Каждому пациенту проводится три индивидуальных занятий по арт-терапии продолжительностью занятия 1–1,5 часа. Во время занятия в центре внимания психолога оказывается не само произведение, а личность его автора: его интерес к работе, предположения или комментарии, его эмоции.

Психологическая помощь больным в процессе лечения включает работу с родственниками, которые также находятся в состоянии стресса. Внутренний конфликт между собственным страхом и необходимостью поддерживать больного, а нередко выступать посредниками при общении больного с врачами – все это приводит к коммуникативным проблемам, нарушению сна, аппетита. В работе с родственниками использовали все методы, которые эффективны для коррекции выше описанных проблем.

Таким образом, сочетание когнитивной терапии и арт-терапии может быть рекомендовано для психологической помощи пациентам с послеоперационными нарушениями речи.

## Литература • References

1. Li L, Wang BQ, Gao TH, Tian J. Assessment of psychological status of inpatients with head and neck cancer before surgery // *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2018; 53(1):21–26. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2018.01.005.
2. Moschopoulou E, Hutchison I, Bhui K, Korszun A. Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners // *Support Care Cancer*. 2018; 26(9):3003–3011. doi: 10.1007/s00520-018-4146-9.
3. Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Чулкова В. А., Вагайцева М. В. Качество жизни с точки зрения врача и пациента. Материалы XIX Российского онкологического конгресса, М., 2015.
4. Moschen R, Riedl D. Psychooncological Treatment of Patients with Head and Neck Cancer // *Laryngorhinootologie*. 2017; 96(5):319–331. doi: 10.1055/s-0043-102814.

5. Patterson JM, Fay M, Exley C, McColl E, Breckons M, Deary V. Feasibility and acceptability of combining cognitive behavioural therapy techniques with swallowing therapy in head and neck cancer dysphagia // BMC Cancer. 2018 Jan 2; 18(1):1. doi: 10.1186/s12885-017-3892-2.
6. Williams C. Psychosocial Distress and Distress Screening in Multidisciplinary Head and Neck Cancer Treatment // Otolaryngol Clin North Am. 2017; 50(4):807–823. doi: 10.1016/j.otc.2017.04.002.
7. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии / А. Копытин. – Санкт-Петербург: Питер, 2002. – 36 с.
8. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. – М.: «Вильямс», 2006. – 400 с.
9. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система обучения / Л.Д. Лебедева. – М., 2008. – 256 с.