В течение отчетного периода были изучены психологические характеристики онкологических больных с высоким уровнем эмоционального напряжения и факторы, снижающие эмоциональное напряжение больных: стратегии совладающего со стрессом поведения, механизмы разрядки психоэмоционального напряжения, особенности психологической и социальной адаптации.

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных по психологическим исследованиям онкологических больных, включающих в себя изучение отношения к болезни, уровень эмоционального напряжения и качество жизни.

Проведено психологическое исследование с помощью следующих методик:

а) клиническая беседа,

б) базовые для данного исследования психологические тесты:

1. Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) направлена на выявление особенностей личностного реагирования на болезнь и другие значимые отношения личности, связанные с болезнью.
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) - для определения и оценки тяжести тревожных и депрессивных состояний пациентов.
3. Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer).
4. Оценка качества жизни (SF-36).

В течение отчетного периода исследовано 174 пациента с различными локализациями опухолевого процесса: ЗНО легкого (n=96), лимфопролиферативные заболевания (n=78).

Учитывая необходимость дифференциации психоэмоциональных переживаний, пациенты наблюдались в течение двух этапов лечения:пред- и послеоперационный.

Исследование проводилось с использование клинико-психологического и экспериментально-психологического метода.

Клинико-психологический метод

Клиническая беседа была структурирована и включала в себя следующие темы: отношение к диагнозу и лечению, субъективное восприятие болезни и социально-психологическая ситуация в связи с заболеванием.

Экспериментально-психологический метод

Базовые для этого исследования психологические тесты:

- Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ);

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии;

- Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer);

- Оценка качества жизни (SF-36).

1.1. Исследование пациентов с ЗНО легкого.

Проведена первичная обработка данных исследования больных со злокачественными новообразованиями легкого и бронхов (n=96) в возрасте от 32 до 56 лет: 32 – ЗНО верхней доли легкого, 40 – ЗНО нижней доли легкого, 24 – ЗНО средней доли легкого. Предварительные результаты исследования показывают, что:

1. На качество жизни пациентов значительное влияние оказывает вид хирургического лечения: по мере лечения снижается уровень ролевого и когнитивного функционирования больных, повышается их утомляемость, более ярко проявляется болезненная симптоматика, возникают финансовые трудности.

2. Для большинства пациентов (52%) характерно дезадаптивное отношение к болезни, представленное смешанными и диффузными типами. При этом в структуре отношения к болезни на этапе «до операции» выражен тревожный компонент, а на этапе «после операции» - дисфорический компонент, что отражается в переживаниях больных.

3. У пациентов исследуемой выборки с высокой частотой выявляются симптомы тревоги (HADS=14,3) в женской подгруппе и депрессивности в высоких нормативных значениях (HADS=10,2) в подгруппе пациентов мужского пола.

4. Наиболее интенсивными жалобами пациентов по поводу своего здоровья являются астенические, тревожно-фобические. Жалобы пациентов по поводу своего здоровья на «предоперационном» этапе имеют большую интенсивность, чем на «послеоперационном» этапе.

5. Качество жизни пациентов связано с признанием ими злокачественного характера заболевания, со способностью найти субъективную причину болезни, наличием в анамнезе опыта взаимодействия с онкологическим больным, выраженностью гармоничного (реалистичного) компонента в структуре отношения к болезни.

В дальнейшем предстоит разработать практические рекомендации по психологической реабилитации пациентов с ЗНО легкого, опираясь на данные, полученные в ходе исследования.

1.2. Исследование пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями.

В течение отчетного периода были обследованы пациенты с лимфопролиферативными заболеваниями (n=78) в возрасте от 19 до 59 лет: 35 – лимфома Ходжкина, 23 – неходжкинская лимфома, 21 – острый миелобластный лейкоз. Фокус внимания при исследовании данной группы больных был направлен на изучении способов совладания со стрессом с учетом индивидуальных и патохарактерологических особенностей.

Клинико-психологический метод

Клиническая беседа представляла собой неформализованное интервью. Обсуждаемые вопросы были объединены в 4 основные темы: обнаружение заболевания; отношение к болезни, образ и причины болезни, по мнению больной; отношение к лечению; наличие психологической поддержки и её оценка больной.

Экспериментально-психологический метод.

Базовые для этого исследования психологические тесты:

- Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ);

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии;

- Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer);

- Оценка качества жизни (SF-36).

Проведена статистическая обработка данных исследования пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями.

Предварительные результаты исследования показывают, что:

1. Наиболее часто встречаемый тип отношения к болезни у пациентов исследуемой подгруппы - эргопатический и сензитивный. При этом было выявлено, что тревожный тип отношения к болезни достоверно чаще (р<0,05), встречался в группе больных, не определившихся с выбором о необходимости им профессиональной психологической помощи.

2. Больше половины больных (61,17 %) испытывают страх перед лечебными мероприятиями, и все больные нуждаются в психологической поддержке со стороны лечащего врача.

3. Во время лечения в стационаре пациенты испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение – у 68 % из них имеет место субклинически и клинически выраженная тревога, которая связана с необходимостью для больных профессиональной психологической помощи.

4. Показатель тревоги у 68% и показатель депрессии у 43% обследованных больных находились в пределах нормы. При этом выраженная клиническая и субклиническая тревога наблюдалась в два раза чаще, чем клиническая и субклиническая депрессия.

5. Пациентам характерны следующие стратегии совладающего со стрессом поведения: планирования решения проблемы – 52,1 баллов, поиск социальной поддержки - 43,0 баллов, дистанцирование – 51,5 баллов, положительная переоценка - 43,2 балла.

6. Копинг-стратегии, такие как - «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» более характерны для группы больных, считающих, что профессиональная психологическая помощь им не нужна, и в наименьшей степени - для больных, не определившихся в необходимости им профессиональной помощи.

7. Наименьшие средние значения по субшкалам «Справедливость» (20,4 балла), «Убеждение о контроле» (21,8 баллов) и «Образ Я» (36,4 балла), позволяют предположить, что именно эти базисные убеждения пострадали при психической травме, связанной с онкологическим заболеванием, у исследуемой группы пациентов.

8. Качество жизни пациентов имеет прямую взаимосвязь с семантическим значением ситуации онкологического заболевания, определяющимся пациентами из особенностей взаимоотношений с лечащим врачом, длительностью пребывания в стационаре и степенью сохранения социально-ролевого функционирования.