

УДК 616.31:617.716-006:612.821:614.2

*Л.Н. Гуменюк, В.А. Рослякова***БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: опухоль, челюстно-лицевая область, дезадаптация

Актуальность проблемы онкологической заболеваемости связано с тем, что ежегодно в мире диагностируется около миллиона случаев злокачественных новообразований. Только в Украине регистрируется до 160 тыс. впервые выявленных случаев онкологической патологии (из них 9,8% приходится на новообразования челюстно-лицевой области) [1, 2], одной из особенностей которой как полифакторной не только в этиологии, патогенезе, но и в характеристике клинических проявлений следует считать психопатологические изменения, наступающие у большинства больных в силу специфичности онкологического процесса, оказывающего глубокое воздействие не только на соматику, но и на психику [3]. Научными исследователями установлено, что у 70-80% пациентов возникают те или иные психические нарушения, которые, в свою очередь, приводят к дезадаптивным формам поведения и снижению социального функционирования (СФ) [4]. В формировании дезадаптации, как многофакторном и полипараметрическом феномене, участвуют биологические, психологические, психосоциальные и социальные факторы. Важнейшей задачей медицинского психолога является помощь данному контингенту в обретении необходимого для борьбы с болезнью психологического комфорта с целью повышения качества жизни (КЖ) этой

тяжелой категории пациентов в рамках оказания им паллиативной помощи [5-6].

По определению ВОЗ (2002) [1], паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить (КЖ) больных и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств, а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки.

Одной из актуальных научно-практических задач паллиативной медицины является психологическое и психотерапевтическое сопровождение онкологических больных [7]. Основными направлениями оказания паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и их семьям являются: контроль симптомов онкологического заболевания; психологическая, духовная и эмоциональная поддержка пациентов и их семьи во время болезни.

Цель исследования: с позиций системного подхода изучить биологические, психосоциальные, психологические и социальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

**Материал и методы исследования**

Проведено комплексное обследование 100 больных с документированными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, имеющих признаки дезадаптации. Средний возраст исследованных  $34,5 \pm 1,3$  года.

В работе использовались психодиагностический, клинический, социально-демографический, статистический методы исследования. Психодиагностический метод применяли с целью опре-

деления психосоциальных и психологических факторов риска формирования дезадаптации у исследованных. Психосоциальное исследование включало в себя изучение особенностей семейного воспитания, в частности, воспитание отношения к болезни, способы переносимости заболевания, определение значения параметра здоровья – болезнь в иерархии ценности ребенка, а также особенностей семьи больного и внутри-

семейных отношений (тип семьи: гармоничный, эмоционально-отчужденный, напряженно-диссоциированный, псевдосолидарный, симбиотический, гиперпротективный). Психологические факторы риска формирования дезадаптации у больных (объективные данные о личностных особенностях) изучались с помощью стандартизованного опросника Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП) Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова, 1960 г.

Клиническое обследование включало анализ анамнеза, изучение соматического и психического состояния. Для изучения влияния макро- и микросоциальных причин как социальных факторов риска возникновения дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-

лицевой области использовали классификацию Т.Б. Дмитриевой.

Оценка психоэмоционального состояния пациентов включала определение структуры и интенсивности эмоций с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н.А. Марута, 2000); изучение степени выраженности депрессивной симптоматики с использованием шкалы выраженности депрессии Гамильтона (НАМ-D); оценку тревоги - клиническую шкалу тревоги Гамильтона (НАМ-A) (М. Hamilton, 1960), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги.

Социально-демографический метод включал изучение гендерных и возрастных особенностей, сбор информации о самом обследованном, его семье, материально-бытовых условиях.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ гендерных показателей в группе исследованных выявил достоверную значимость преобладания лиц женского пола (68,5%). Приведенные данные со всей очевидностью демонстрируют, что половая принадлежность может рассматриваться как фактор риска формирования дезадаптации у лиц со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области.

Изучение распределения больных по возрастным группам показало, что преобладали пациенты в возрастном диапазоне от 48 до 57 лет (45,7%), наименьшее количество исследованных регистрировалось в возрастном диапазоне от 18 до 27 лет (2,8%). В результате сравнительного анализа было установлено, что риск формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области существенно зависит от возраста: до 27 лет он выступает как фактор анти-риска, а после 48 лет – как существенный фактор риска.

В ходе оценки психоэмоционального состояния пациентов выявлено, что у обследованных преобладали негативные эмоции: общая неудовлетворенность (частота встречаемости 98,1±1,3%, интенсивность 3,9±0,6 баллов); боязни (80,1±0,9%, интенсивность 2,8±0,7); тревоги (89,9±1,6; 3,6±0,4); страха (88,1±2,7%; 2,9±0,6) чувство обиды (59,8±1,6%; 1,8±0,6). Преобладали психические расстройства депрессивного спектра. Установлено, что для больных с опухолями челюстно-лицевой области характерно наличие негативно окрашенных эмоций с преобладанием депрессивных, тревожных и фобических компонентов. Особенностью депрессивного компонента была направленность не-

гативных переживаний на собственную личность, у фобического – политематический характер. В клинической картине тревожных расстройств ведущее положение занимали симптомы психической тревоги. Общий спектр эмоциональных колебаний сопровождался низким уровнем позитивных эмоций. При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у 68,2±1,8% обследованных диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил 13,6±2,5, а у 31,8±1,2%) - умеренный депрессивный эпизод (23,8±3,5 балла). При верификации признаков тревожного расстройства у 88,1±1,4% выявлено умеренное тревожное состояние (40,1±1,2 балла), у 11,9±1,6% – тяжелое. (54,2±1,2 балла). В клинике депрессивных расстройств преобладали следующие психопатологические нарушения: снижение настроения у 100% больных; сниженная самооценка – у 75,6±4,3% обследованных; раздражительность – у 68,9±4,6%; снижение работоспособности – у 64,4±4,8% лиц; утомляемость – у 91,1±2,8%; инсомния в виде сна с пробуждениями – у 60,0±4,9% исследованных; идеаторная заторможенность – у 91,1±2,8%; сужение круга интересов регистрировалось у 100% обследованных; трудности в принятии решений, невозможность принимать решения, тенденция к откладыванию принятия решений – у 84,4±3,6% больных; снижение уровня концентрации внимания у 95,6±2,1% обследованных. Ухудшение коммуникативных функций (неадекватное ситуации поведение, выборочное общение, односложное поведение, отсутствие реакции на заданные воп-

росы) наблюдалось у  $86,7 \pm 3,4\%$ . Этот факт свидетельствует о том, что при наличии депрессивного расстройства больные имели признаки социальной дезадаптации с нарушением коммуникативных возможностей личности. Анализ эмоциональных расстройств позволил установить, что наиболее распространенными эмоциональными проявлениями в клинике депрессивных расстройств являлись печаль (грусть), неудовлетворенность собой, суточные колебания настроения – у 100% исследованных; уныние – у  $93,3 \pm 2,5\%$  больных; горечь – у  $93,3 \pm 2,5\%$ ; ангедония – у  $82,2 \pm 3,8\%$  обследованных. Наиболее распространенными двигательными расстройствами были: двигательное беспокойство – у  $37,8 \pm 4,8\%$  исследованных, легкая заторможенность – у  $76,2 \pm 4,3\%$ . По ведущему психопатологическому синдрому больные распределились следующим образом: тревожно-депрессивный (42,3%), астено-депрессивный (26,3%), тревожно-фобический (24,2%), депрессивно-ипохондрический (7,2%).

В ходе проведенного психодиагностического исследования установлены психосоциальные и психологические особенности исследованных. По семейным традициям воспитания субъективного отношения к болезни выделены три группы исследованных: «ипохондрическая» (40,1%), «своеобразное ранжирование болезни по степени их тяжести» (35,4%), «стоическая» (24,5%). По семейному статусу пациенты распределились следующим образом: состояли в браке (37,1%), никогда не были замужем или женаты (17,1%), проживали в гражданском браке (14,2%), состояли в разводе (22,8%), вдовы/вдовцы (8,5%). Большинство из них - 45,7% проживали с родителями или родственниками, самостоятельно – 28,5%, в собственной семье – 25,7%.

Анализ структуры семьи больных и динамики семейных отношений позволил установить, что 32,8% пациентов проживали в псевдосолидарных семьях, 30,2% - эмоционально-отчужденных, 19,0% - в гиперпротективных, 18,0% - в гармоничных.

Профиль личности исследованных с помощью стандартизированного опросника Минималт в целом характеризовался повышением шкалы депрессии ( $75,6 \pm 14,8T$ ), шкалы ипохондрии ( $73,5 \pm 12,6T$ ) и весьма выраженным профилем по шкале психастении ( $73,2 \pm 15,7T$ ). В данном случае, с учетом минимального уровня по шкале гипомании ( $38,7 \pm 5,9T$ ) можно говорить о хронически тревожных личностях или о лицах с субдепрессивным темпераментом (конститу-

ционально-депрессивные по П.Б. Ганнушкину). Повышение профиля по шкале ипохондрии отражает соматизацию тревоги, осуществляемую не непосредственно, как это имеет место у демонстративных личностей, а через интерпсихическую переработку вегетативных проявлений, связанных с тревогой. При данном сочетании обследованным были присущи такие психологические особенности как пессимистичность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, снижение настроения, пониженная самооценка, дистанцированность, отчужденность. Таким образом, конституционально-депрессивные личностные особенности могут рассматриваться как predispositional фактор риска развития злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. При разработке индивидуальной психокоррекционной тактики данному контингенту, необходимо учитывать психологические особенности личности.

При изучении влияния макро- и микросоциальных факторов, влияющих на возникновение дезадаптации у выше указанного контингента, согласно классификации Т.Б. Дмитриевой (2001), в качестве основного макросоциального фактора риска было выделено отсутствие перспектив в собственной жизни (89,9%); микросоциальных – личное заболевание (78,8%), нарушение сексуальных отношений (52,3%), развод (18,7%), семейные конфликты (29,3%).

Таким образом, нами установлено, что на возникновение и формирование дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области влияют следующие биологические факторы: гендерная принадлежность, возраст, онкологическое заболевание (так, женщины среди обследованных составили 68,5%, мужчины – 31,5%; определено, что возраст (48-57 лет) выступает как фактор риска формирования формирования дезадаптации, а до 27 – как фактор анти-риска); наличие психических расстройств депрессивного спектра (тревожно-депрессивный – 42,3%, астено-депрессивный – 26,3%, тревожно-фобический – 24,2%, депрессивно-ипохондрический – 7,2%). В качестве психосоциальных факторов риска выделены семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезни (так, 40,1% лиц воспитывались по «ипохондрическому» типу переносимости болезни); типы семейных отношений (32,8% пациентов проживали в псевдосолидарных семьях, 30,2% - эмоционально-отчужденных, 19,0% - в гиперпротективных). Психологическими факторами риска формирования на-

рушения адаптации являлись следующие: наличие у пациентов таких личностных особенностей, как пессимистичность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, снижение настроения, дистанцированность, отчужденность, эмоциональная напряженность, тревожность, ипохондрическая фиксация, сниженная самооценка. Социальными факторами риска формирования дезадаптации при злокачественных опухо-

лях челюстно-лицевой области были: отсутствие перспектив в собственной жизни (89,9%); личное заболевание (78,8%), нарушение сексуальных отношений (52,3%), развод (18,7%), семейные конфликты (29,3%).

Приведенные данные позволят разработать систему психокоррекции дезадаптации у данной категории пациентов с целью улучшения их психэмоционального состояния и качества жизни.

*Л.М. Гуменюк, В.О. Рослякова*

## **БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ**

Кримський державний медичний університет ім. Георгієвського

У статті представлені результати дослідження біопсихосоціальних факторів ризику формування дезадаптації у хворих на злоякісні пухлини щелепно-лицьової області. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 103-106).

*L.M. Gymenyuk, V.O. Roslyakova*

## **BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF MALADJUSTMENT AMONG THE PATIENTS WHO SUFFER FROM MALIGNANT TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL AREA**

Crimean State medical university named after S.I. Georgievskiy

The results of the research of biopsychosocial factors of the risk of development of maladjustment among the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 103-106).

### *Литература*

1. Табачников С.И., Васильева А.Ю. Актуальные вопросы комплексного терапевтического сопровождения в структуре паллиативной помощи больным со злокачественными новообразованиями – Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14, № 4(55). – С. 39-41.
2. Дробижев М.Ю. Нозогенные реакции. Исторические аспекты проблемы. – Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – Вып. – №2. – С. 19-38.
3. Шкловский-Корди Н.Е. Качество жизни пожилых пациентов с болезнью Ходжкина / Н.Е. Шкловский-Корди, М.Калмыкова, М.Г.Ивашкина. – Журнал клинической психоонкологии. – 2002. –

Вып. – №2. – С. 16-18.

4. Pirl W.A. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 32-9.

5. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 57-71.

6. Leon J. F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavioris. Schizophr. Res 2005; 76: 135-57.

7. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина: Ленингр. отделение, 1984. – 191 с.

Поступила в редакцию 16.09.2010