

болезнь может перейти в болезнь, а именно в невроз или психосоматическую патологию. Определяя механизмы формирования различных по характеру и степени интенсивности висцеральных нарушений в условиях идентичного невротизирующего воздействия, мы можем отметить, что при неврозах степень сохранности саморегуляторных механизмов выше, чем при психосоматической патологии.

Исходя из облигатности информационной триады факторов для подавляющей части населения на довольно длительном этапе их жизненного пути и потенциально возможного возникновения информационной болезни, вопросы профилактики и лечения последней являются в настоящее время весьма насущными. В этом плане особого внимания заслуживают исследования социально-психологического аспекта информационной патологии, которую можно рассматривать и как заболевание вследствие нарушения адаптации к особенностям современной жизни. С точки зрения профилактики информационной болезни в психогигиеническом плане обоснована необходимость выявления как первичных, так и вторичных факторов, играющих важную патопластическую роль в этиологии и патогенезе болезни.

Устранение первичных факторов (информационной триады) является крайне нежелательным, а порой и невозможным вследствие тяжелого психотравмирующего влияния на субъекта. В данном случае средством выбора как лечения, так и профилактики служит смягчение астенизирующего влияния вторичных факторов, а именно гиподинамии и социальной изоляции (невозможность дружественного общения или «исповеда души» в связи с постоянной занятостью). Применение лечебной физкультуры является патогенетически обоснованным и терапевтически

эффективным средством. В группе больных старшего возраста, у которых фактор мотивации поведения не является ведущим и постепенно теряет свое значение, не сразу смягчается и психогенность нагрузок лечебной физкультуры и нарастает их физиогенность. Что же касается более молодого контингента больных или группы риска, то здесь факторы потребностей «нужды» и «роста», то есть карьеристические соображения, играют исключительную роль, поэтому кроме снятия гиподинамии возникает необходимость в проведении психопрофилактики в виде разъяснительных бесед о причинах и механизмах их страданий. В комплекс терапевтических мероприятий для данной группы лиц необходимо включать лечебную физкультуру в виде спортивных игр и верховой езды (райт-терапия), так как именно они требуют безусловного переключения внимания от ежедневных и ежечасных забот. Они же несут радость победы и вызывают желание удерживать лидерство или же в случаях поражения — желание реванша, которое в течение всего времени между состязаниями занимают мысли субъекта и тем самым снижают астенизирующее влияние социальной изоляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сомунджян А. А. XXVIII совещание по проблемам высшей нервной деятельности, посвященное 140-летию со дня рождения акад. И. П. Павлова. — Л., 10 — 12 октября, 1989 г. — С. 327 — 328.
2. Хананашвили М. М. Информационная болезнь. — Сакартвелос самедицно моамбе. — № 3. — 1993. — С. 22 — 26 (Груз. яз.).
3. Чхиквишвили Ц. Ш., Сомунджян А. А. // Журн. высшей нервной деятельности. — 1984. — № 1. — С. 175 — 180.
4. Чхиквишвили Ц. Ш., Сомунджян А. А. Материалы VI Республиканской научной конференции физиологов высших учебных заведений Грузии. — Сухуми, 1986. — С. 295 — 299.

Поступила 25.01.94.

УДК 618.1—006.6—085.851

АНТИЦИПАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В. Д. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.—проф. Д. М. Менделевич) Казанского медицинского университета

Реферат. На основании клинко-психопатологического обследования больных после радикальных операций на матке, яичниках и молочной железе по поводу онкологических заболеваний приводятся результаты применения нового метода психологической реабилитации. Сравнительные исследования эффективности антиципационного тренинга (группа из 23 больных) и традиционной суггестивной психотерапии (группа из 25 больных) показали достоверно лучшие результаты при использовании антиципационного тренинга. При этом чаще формировалась адаптивная модель психического статуса, в то время как после гипноза и гетеротренинга — дезадаптивные модели, а именно психогенная, соматопсихическая и психоэндокринная.

ОНКОГИНЕКОЛОГИК АВЫРУЛАРНЫ ПСИХОЛОГИК
РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУДӘ КУЛЛАНЫЛГАН
АНТИЦИПАЦИОН ТРЕНИНГ ТУРЫНДА

В. Д. Менделевич

Яманшеш авырулы аналык һәм сөт бизенә операциядән соң авыруларга клинко-психопатологик тикшеренү нигезендә психологик реабилитацияләүнең яна усулы — антиципацион тренинг куллану нәтижеләре күрсәтелгән.

ANTICIPATION TRAINING IN PSYCHOLOGIC REHABILITATION OF ONCOLOGIC PATIENTS

V. D. Mendelevich

Summary. Based on the clinicopsychopathologic examination of patients after radical operations on uterus, ovaries and lactiferous as to oncologic diseases, the results of the use of a new method of psychologic rehabilitation are given. The comparative investigations of the efficacy of anticipation training (a group of 23 patients) and traditional suggestive psychotherapy (a group of 25 patients) manifest the reliably best results using anticipation training. As this takes place, the adaptive model of the psychic status is formed more often, whereas after hypnosis and heterotraining — deadaptive models, namely, psychogenetic, somatopsychic and psychoendocrinic.

Локализация онкологической патологии в матке и яичниках и молочных железах наблюдается в половине всех случаев опухолевого процесса у женщин [1]. В то же время пограничные нервно-психические расстройства, объединяющие неврозы, неврозоподобные и некоторые дру-

гие психопатологические образования непсихотического уровня, являются неотъемлемыми спутниками онкогинекологических заболеваний. По данным разных авторов [7, 8], частота этих расстройств варьирует от 26 до 92%. Именно психические нарушения становятся для многих онкогинекологических больных барьером на пути к полноценной психологической адаптации в процессе терапии, когда собственно онкологические нарушения отходят на второй план или полностью купируются.

В настоящее время система психологической реабилитации онкологических больных базируется на традиционных суггестивных методах психотерапии и психокоррекции (гипнозе, аутотренинге), использующих аффективный (эмоционально-стрессовый) подход.

На основании клинических и катамнестических наблюдений за онкогинекологическими больными, проходившими курсы традиционной психотерапии, можно сделать вывод о том, что эмоциональные психические нарушения после лечения становились у них менее выраженными лишь на относительно короткий промежуток времени, в силу расхождения лечебных экспектаций. Это свидетельствует о недостаточной эффективности суггестивной психотехники при терапии онкологических пациентов вследствие ориентации их лишь на аффективную психическую сферу, считающуюся вторичной по отношению к некоторым иным.

На протяжении последних лет нами разрабатывалась антиципационная теория неврозов. В специальных исследованиях было отмечено, что в основе этиологии и патогенеза невротических нарушений лежит антиципационный психологический механизм [3—6]. Антиципация — это способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать и определять вероятность тех или иных действий окружающих, предугадывать собственные реакции на изменяющую внешнюю обстановку [2].

Клинический анализ психологической структуры больных неврозами и результаты экспериментально-психологических исследований показали, что подавляющее большинство из них живут прошлым или настоящим днем. Они неспособны извлекать опыт из прошлых ошибок — собственных или чужих, чаще других даже вне болезненного состояния попадают в конфликтные ситуации вследствие неумения «просчитать» их вероятность. Принципиальным в личности больного неврозом оказывается нарушение прогностической функции мышления. Столкнувшись раз с ситуацией, вызвавшей симптомы невротического срыва, они вновь и вновь попадают в нее по своей воле.

На основании созданной теории антиципационных механизмов неврогенеза нами был разработан психотерапевтический метод, названный антиципационным тренингом. Суть антиципационного тренинга заключается в обучении пациента в процессе психотерапевтических диалогов навыкам вероятностного прогнозирования и антиципации. Под влиянием антиципационного тренинга происходят следующие сдвиги: изменение представлений пациента о самом себе, своих возможностях и способностях, приведение их к реальному уровню («коррекция самооценки»), формирование более точного понимания

своих симптомов и их происхождения, представлений о комфорте в отношении собственного здоровья и оптимальной модели самочувствия («кристаллизация понятий»), выработка многовариантного стиля прогнозирования происходящих, предстоящих и даже невозможных событий.

Теоретической основой антиципационного тренинга являются когнитивные концепции возникновения невротических расстройств. В целом антиципационный тренинг можно расценивать как вариант когнитивной терапии, которая исходит из того, что «проблемы у индивида вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Эти неправильные представления ведут начало от неправильного обучения в процессе познавательного или когнитивного развития личности» [11]. В свете такого представления антиципационный тренинг, в первую очередь, направлен на изменение когнитивной концепции пациента, его мировоззрения в области медицины и здоровья для купирования невротических и пограничных нервно-психических расстройств и в целом для построения адекватной и эффективной психологической реабилитации и профилактики.

В предыдущих работах на основании клинических обследований и экспериментально-психологических исследований было выявлено, что при онкогинекологических заболеваниях и после радикальных операций по поводу опухолевого процесса женских половых органов у пациентов часто возникают психические расстройства невротического уровня. Нами были описаны модели формирования постоперационных психических нарушений и выявлена существенная роль антиципационных механизмов в их выборе и становлении [3—6]. Оказалось, что пограничные нервно-психические расстройства после радикальных онкогинекологических операций на матке, яичниках и молочной железе развиваются по четырем моделям: психологической, психогенной, сомато-психической и психоэндокринной. Первая (психологическая) — может быть отнесена к адаптивной группе, поскольку в рамках этой модели происходят психологическая компенсация и затухание психопатологических симптомов и синдромов, а три остальные — к дезадаптивной, при которых психические нарушения развиваются и утяжеляются.

С учетом данных клинических наблюдений, а также роли антиципационных механизмов в формировании перечисленных выше расстройств целесообразным представлялось изучение действия антиципационного тренинга на выбор адекватной или неадекватных моделей формирования психического статуса онкогинекологических больных после радикальных операций и, как следствие, на процесс психологической реабилитации пациентов.

Для поставленной цели были отобраны две группы онкогинекологических больных после радикальных операций на матке, яичниках и молочной железе (после гистерэктомии, овариэктомии, мастэктомии). В первую (основную) группу вошли 23 пациентки, во вторую (контрольную) — 25. В основной группе система психологической реабилитации была построена на антиципационном тренинге, в контрольной — на

традиционной суггестивной психотерапии. Больные в группах по параметрам, которые могли оказать влияние на эффективность терапевтических мероприятий (возрасту, стадии онкологической патологии, наличию метастазов и пр.), практически не различались. Сеансы психотерапии в каждой группе проводили по два раза в неделю (каждый сеанс длился от 40 до 60 мин). Курс состоял из 6 сеансов. В контрольной группе коллективная психотерапия включала элементы гипноза и гетеротренинг.

Антиципационный групповой тренинг, применявшийся в основной группе, представлял собой психотерапевтическую процедуру формирования адекватного вероятностного прогнозирования. Вначале психотерапевт вырабатывал так называемую «общую платформу» с пациентом; для этого врач напоминал пациентам, что он не специалист в области онкологии и потому не может определить достоверно на основании имевшихся в историях болезней результатов анализов характер патологии — злокачественный он или доброкачественный. Таким образом, врач-психотерапевт как бы менял уровень общения с пациентом. Из равноуровневого, при котором врач выступает в роли специалиста, готового ответить на любой вопрос и предписывающий пациенту определенный образ действий, общение переводилось на одноуровневый. Формировалась «общая платформа», при которой в роли несведущего, неосведомленного выступали как пациент, так и психотерапевт. Преимуществом «общей платформы» при психотерапии онкологически больных было более доверительное отношение пациента к врачу. После этого проводился собственно антиципационный тренинг — обсуждение с больными последствий того или иного диагноза онкологического заболевания, тех или иных исходов терапии, изменений сексуального, косметического, эстетического, семейного и других статусов. При этом упор делался на анализе как можно большего числа возможных вариантов будущих событий. Психотерапевт не навязывал своей точки зрения и не распределял вероятности, а лишь помогал пациенту расширять «горизонт видения», представлять и вербализовать будущее в многовариантном аспекте.

В процессе антиципационного тренинга в совместных беседах вырабатывалось адекватное отношение к сторонам жизни пациентов, от самостоятельного анализа которых они сознательно или бессознательно уклонялись: смерть, развод или уход мужа из семьи, инвалидность и нетрудоспособность.

Следует упомянуть о том, что по традиции, отмеченной в онкологической практике, считается, что врач обязан избегать подобных обсуждений и создавать оптимистический настрой пациентов на будущее. Фактически этот механизм выглядел, во-первых, как неинформирование (или частичное информирование) пациента об истинном диагнозе злокачественного новообразования, а, во-вторых, как диктат выработки определенного стиля поведения в постоперационном периоде (например, настоятельный врачебный совет не сообщать мужу о характере радикальной операции — гистерэктомии и овариэктомии). Таким образом, антиципирование в постоперационном периоде у больных обычно проводилось на базе сформированного в преморбиде и

предоперационном периоде особого антиципационного стереотипа.

Как показали проведенные ранее исследования [3 — 6], антиципационный тренинг оказался более эффективным методом психологической реабилитации по сравнению с традиционной суггестивной психотерапией. Психологическая модель формирования пограничных нервно-психических расстройств после радикальных операций на матке, яичниках и молочной железе, относящаяся к адаптивной, возникла в основной группе после антиципационного тренинга в 2 раза чаще, чем после традиционной психотерапии ($P < 0,05$). Как следствие значительно чаще формировались и дезадаптивные модели (достоверных различий по этому показателю выявлено не было).

Полученные данные позволяют по-новому подойти к проблеме, имеющей непосредственное отношение к психологической реабилитации онкоонкологических больных — проблеме информированности.

Проблема информированности больных в вопросе диагноза их онкологического заболевания в отечественной медицине достаточно остра. Как правило, делается попытка разрешить ее на основе не столько медицинских, сколько деонтологических или юридических принципов [10]. Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания помешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и высоко вероятной негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции [9].

Оценка полученных результатов клинико-психологических исследований позволяет отметить некоторые особенности влияния информированности онкологических больных и антиципационных механизмов на формирование психопатологического состояния в постоперационном периоде и позволяет высказать некоторые предположения в отношении организации психотерапевтической подготовки больных в предоперационном периоде. В литературе справедливо отмечалась значимость параметра неопределенности для возникновения психопатологических картин онкологического заболевания и в процессе терапии. Однако по отношению к самой неопределенности существовали различные подходы. Один из них нацеливал на ее преодоление с целью профилактики психических расстройств, другой — с той же целью на поддержание неопределенности. Делались попытки проследить этапы онкологического процесса, в рамках которых неопределенность могла играть как патогенетическую, так и саногенетическую роль. В частности, А. Ш. Тхостов [9] пришел к выводу о том, что неопределенность носит негативный характер лишь на начальном, диагностическом этапе и приобретает адаптивные функции в условиях реальной болезни и терапевтического процесса. Это оказалось связано с механизмами перцептивной (семантико-перцептивной) защиты, нарушением осмысления, структуриации угрожающих стимулов, когда защита направлена на повышение степени неопределенности тревожных сигналов, перевода их в разряд неясных, непонятных.

Предложенная в литературе трактовка адаптивного влияния неопределенности для пациента, связанной с информацией о диагнозе онкологической патологии, прогнозе заболевания и прочих сопутствующих событиях, учитывает ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус, в то время как отдаленные психические последствия действия неопределенности до настоящего времени в научной литературе не нашли своего отражения.

Предпринятое изучение влияния антиципационных механизмов на психический статус онкологических больных, перенесших радикальные онкогинекологические операции, позволяет уточнить некоторые пато- и сапогенетические параметры психогенеза и организации психологической реабилитации. Антиципационный тренинг, оказывавший в исследованиях адаптивное влияние на постоперационное психопатологическое симптомообразование, не противопоставляется неопределенности, которую проблематично создать на практике, а раскрывает вероятностный характер параметра «определенность-неопределенность». Ведь в практической деятельности онкологов создать неопределенность практически невозможно, поскольку сообщение больному о злокачественном характере заболевания однозначно, а информирование пациента о доброкачественном характере его болезни по крайней мере двузачно (то есть либо диагност прав, либо ошибается — сознательно или неосознанно). Таким образом, неопределенность переходит в категорию вероятностного прогнозирования. В рамках антиципационного тренинга пациенту предлагается сформировать вероятностный характер

будущего, причем направленность антиципационного тренинга — это сферы будущего, которые осознанно или неосознанно исключаются пациентом из процесса антиципации. Следовательно, формируется не только более четко структурированная неопределенность, которую вернее назвать вероятностной определенностью, но и создается адекватная, как показали исследования, платформа, позволяющая проводить профилактику пограничных нервно-психических расстройств. Вследствие этого проблема информированности онкологических больных о диагнозе переходит в иное русло — антиципационного тренинга, причем последний, видимо, должен естественно входить в систему воспитания, в частности психологической устойчивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных.— М., 1988.
2. Ломов Б. Ф., Сурков Е. Н. Антиципация в структуре деятельности.— М. 1980.
3. Менделевич В. Д.//Казанский мед. ж.— 1988.— 1.— С. 56 — 59.
4. Менделевич В. Д. Тезисы докладов Всероссийской конференции.— М.— Витебск, 1989.— С. 92 — 94.
5. Менделевич В. Д.//Психол. журн.— 1990.— № 6.— С. 113 — 117.
6. Менделевич В. Д. Материалы научно-практической конференции.— Казань, 1991.— Ц. 302 — 307.
7. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке.— М., 1961.
8. Сидоренко Л. Н. Мастопатия.— Л., 1991.
9. Тхостов А. Ш.//Невропатол. и психиатр.— 1984.— № 12.— С. 1839 — 1844.
10. Чиссов В. И., Грицмане Ю. Я., Шубин Б. М. Деонтология в медицине.— М., 1988.— Т. 2.— С. 103 — 145.
11. Beck A., Cognitive therapy and emotional disorders.— New-York, 1976.

Поступила 19.03.94.

УДК 616.71—002.27—039.35—08

ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ КАК ПРИНЦИП РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА

Я. Ю. Попелянский

Всероссийский центр вертеброневрологии (руководитель — проф. Я. Ю. Попелянский) при Казанском медицинском университете

Реферат. На основании анализа клинической сущности остеохондроза и конкретной иллюстрации постулируется важный принцип реабилитации в остром периоде остеохондроза — дезавтоматизация моторики, перманентное управление, формирование врачом защитных динамических стереотипов.

ОСТЕОХОНДРОЗ АВЫРУЫН РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУДӘ ХӘРӘКӘТЛӘРНЕ ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИЯЛӘУ ПРИНЦИПЫ

Я. Ю. Попелянский

Остеохондрозның клиникасына анализ нигезендә реабилитацияләүнең терле принциплары каралган.

DEAUTOMATIZATION OF MOTIONS AS A PRINCIPLE OF REHABILITATION IN THE ACUTE PERIOD OF OSTEOCHONDROSIS

Ya. Yu. Popelyansky

Summary. Based on the analysis of the clinical essence of osteochondrosis and concrete illustration, an important principle of rehabilitation in the acute period of osteochondrosis — deautomatization of motility, permanent control, formation of protective dynamic stereotypes by the physician — is postulated.

Остеохондроз как понятие клиническое всегда включает неврологическую симптоматику. Без нее нет той декомпенсации, которая опреде-

ляет клинические проявления. Соответствующая синдромология обусловлена декомпенсацией в состоянии позвоночного двигательного сегмента (ПДС), стрессовой реакцией нервных аппаратов управления этим сегментом и моторикой в целом. Цивилизованное лечение остеохондроза — это в большой степени и есть компенсирующее управление движениями, особенно в пораженном ПДС, это воздействие на поведение уже с первых этапов обострения, а также реабилитация. Управление же моторикой предусматривает учет ее афферентных (отнюдь не одних лишь болевых), эфферентных и интернейрональных компонентов. Сужение круга лечебных задач «борьбой с болью», «устранением суставных блокад» или миофасциального очага может принести временное (по существу, коварное) облегчение. Воздействие на измененную позу (на так называемый двигательный стереотип) — важный шаг вперед, так как оно направлено уже на интегративные механизмы двигательной системы. Однако уже сам термин выявляет недостаточность этого принципа. Термин представляет собою усеченное понятие динамического стереоти-