

ОСОБЕННОСТИ «КРИЗИСНОГО ПРОФИЛЯ» ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

УДК 616-059; 159.9.072

Духновский С.В.¹, Золотых М.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Курганский государственный университет»

²ГБОУ ВПО «Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет»

FEATURES OF «A CRISIS PROFILE» OF PATIENTS WITH THE LOCALIZED PROSTATE CANCER IN THE COURSE OF PREPARATION FOR SURGICAL TREATMENT AND AFTER OPERATION

Dukhnovsky SV¹, Zolotykh MA²

¹FGBOU VPO «Kurgan state university»

²SEI VPO «Southern Ural State Medical University»

Наличие онкологического заболевания, в сочетании с осознанием необходимости хирургического вмешательства является критической ситуацией, переживаемой как резкий, крутой перелом (кризис) в жизни человека. Особую актуальность при этом, в плане психологической помощи, приобретает изучение кризисного профиля людей страдающих онкологическим заболеванием в дооперационный и послеоперационный периоды. Кризисный профиль представляет собой особенности интегральной индивидуальности субъекта (в понимании В.С. Мерлина) [1]. В этом плане, переживание кризиса отражается на индивидуально-психологических, глубинно-психологических и социально-психологических характеристиках личности больного. Их изменения будут говорить о характере переживания кризиса личностью. Кризисный профиль такого человека, с одной стороны – является отражением субъективных переживаний обусловленных болезнью, а с другой стороны – может выступать своего рода «точкой отсчета» для организации психологического сопровождения больных в до и послеоперационный периоды.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение кризисного профиля людей страдающих онкологическим заболеванием, подлежащим радикальному хирургическому варианту лечения (радикальная простатэктомия, – в дооперационный и послеоперационный периоды).

Мы предполагали, что переживание кризиса, отражением которого является кризисный профиль, детерминировано отношениями, складывающимися в системе «врач – пациент (больной)»

Далее обратимся к описанию методики исследования. Для выявления «кризисного профиля» нами было обследовано 47 пациентов раком простаты находившихся на стационарном лечении в период с июля по декабрь 2015 года. Из исследования нами были исключены пациенты, которым проводилась пред- или послеоперационная гормонотерапия. Средний возраст обследованных составил 59±5,6 лет. Психодиагностическое обследова-

ние проходило на базе онкоурологического отделения Челябинского областного клинического онкологического диспансера, являющегося клинической базой Южно-уральского государственного университета.

Характеристика пациентов принимавших участие в психодиагностическом обследовании, в соответствие с дооперационной стадией заболевания и принадлежности к группе риска рецидива и прогрессирования заболевания следующая. У всех пациентов был установлен диагноз рак простаты на основании проведенного комплекса диагностических мероприятий, включавших МРТ органов малого таза, остеосцинтиграфическое и ультразвуковое исследование и биопсию простаты.

Промежуток времени с момента установления диагноза до госпитализации в стационар для лечения составил 3,8±0,9 месяца. Предоперационный период в момент нахождения в стационаре составил 3,2±0,6 суток. Отсутствие противопоказаний для выполнения хирургического варианта лечения рака простаты подразумевает то, что статус здоровья был 0 по шкале ECOG и не менее 80% по шкале Карновского. Всем пациентам была выполнена радикальная простатэктомия: позадилоная 40 пациентов, 7 промежностная. Показания для выполнения лимфаденэктомии определялись индивидуально, исходя из данных, полученных при составлении номограммы, при вероятности поражения регионарных лимфоузлов ≥2%. Послеоперационное тестирование проводилось в день выписки пациентов из отделения, когда уже появлялась возможность оценить наличие послеоперационных осложнений, определить план дальнейших лечебных и реабилитационных мероприятий, прогноз на течение заболевания.

Психодиагностическое обследование осуществлялось с использованием:

- методики «Переживание кризиса личностью» (ППК) [2], для выявления степени (глубины) переживания кризиса, кризисного профиля личности и его характеристик, определения прогноза дальнейшего развития обследованного;

- методики «Определение социально-психологической дистанции» (СПД) [3] для оценки степени близости (отдаленности), в системе отношений «врач – пациент», обусловленную пониманием, доверием, эмоциональной близостью и возможностью совместного время проведения.

Выбор методик обусловлен следующими моментами. Во-первых, они в наибольшей степени отвечают поставленной цели исследования, во-вторых, надежность их результатов, представленная в предыдущих исследованиях [4; 5 и др.] не вызывает сомнений.

Далее перейдем к описанию результатов исследования. На первом этапе нами было выявлено отношение (субъективное восприятие) больного к предстоящему оперативному (хирургическому) вмешательству. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Субъективное отношение (восприятие) больным предстоящего хирургического вмешательства.

№ п/п	Предстоящая операция	Пациенты перед операцией (%)
1.	Драматическое, печальное событие	43,7
2.	Неприятное событие	56,1

Из таблицы 1 видно, что предстоящую операцию обследованные воспринимают преимущественно как неприятное (но, по их мнению, необходимое) событие своей жизни. В этом, на наш взгляд, будет заключаться ситуационный путь критической динамики обследованных, детерминирующий их «кризисный профиль» в дооперационном периоде. Это находит свое отражение в данных, полученных по методике «Переживание кризиса личностью» (ППК), представленных в таблице 2.

Данные представленные в таблице 2, говорят о следующем. У обследованных больных в дооперационный период выраженность ситуационных реакций находится на высоком и повышенном уровне (особенно реакции эмоционального дисбаланса, отрицательного баланса и дезорганизации), в сочетании с пониженным уровнем

психологической устойчивости. Соответственно больные в дооперационный период характеризуются преобладанием отрицательных эмоций над положительными, значимость которых резко падает, повышенной готовностью к восприятию и переработке отрицательных внешних сигналов и сигналов опасности (реакция отрицательного баланса). У больных имеет место рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизни, высокий уровень критичности, реалистичность суждений (реакция отрицательного баланса). Больные склонны испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, независимо от того, насколько реальны причины, ожидают событий с неблагоприятным исходом, предчувствие будущей угрозы без ясного осознания ее источников (реакция дезорганизации). Все это сочетается с неуверенностью, трудностями соразмерять уровень напряжения с ресурсами своей психики и организма, слабой способностью противостоять неблагоприятному давлению обстоятельств (низкие значения по шкале психологическая устойчивость личности). В целом кризисный профиль обследованных больных в дооперационный период обозначим как «деструктивное переживание острого кризиса с неблагоприятным прогнозом».

Однако, нами установлено, что данный факт имеет место лишь у 73,7 % обследованных больных, тогда как у 26,2 % выявлен кризисный профиль – «Конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом», для которого характерно умеренная выраженность показателей по ситуационным реакциям личности, в сочетании с высоким показателем по шкале психологическая устойчивость.

В рамках данного исследования мы объясняем этот факт характером отношений складывающихся в системе «врач – больной (пациент)». Суть в том, что межличностные отношения могут являться одним из условий «смягчающих» кризисную нагрузку субъекта, обусловленную болезнью и предстоящим хирургическим вмешательством. Это нашло свое эмпирическое подтверждение в результатах, полученных по методике «Определение социально-психологической дистанции» (СПД) (см. таблицу 3).

Таблица 2. Средние значения по методике «Переживание психологического кризиса личностью» «ППК» больными в пред- и послеоперационный период.

№ п/п	Шкалы методики «ППК»	Средние значения	
		Пациенты до операции	Пациенты после операции
1.	Реакция эмоционального дисбаланса	25,7±6,2*	17,0±3,4
2.	Пессимистическая реакция	21,5±5,0*	11,8±3,0
3.	Реакция отрицательного баланса	26,2±6,5*	18,8±4,9
4.	Реакция демобилизации	17,9±5,7*	11,7±4,1
5.	Реакция оппозиции	21,4±5,1*	11,6±4,2
6.	Реакция дезорганизации	23,6±4,9*	15,6±4,3
7.	Психологическая устойчивость	23,3±4,3	31,6±5,3*

Примечание. * различия достоверно выше на уровне $p \leq 0,05$

Таблица 3. Средние значения по шкалам методики «Определение социально-психологической дистанции» «СПД» в системе отношений «врач – пациент».

Субъекты отношений	Средние значения			
	Cog-d	Com-d	Emo-d	Act-d
Врач	46,0±11,0	45,6±9,3	41,4±8,8	42,1±6,9
Больные до операции	49,1±9,0	52,0±8,4	44,2±9,8	45,7±9,

Примечание. Cog-d – когнитивная составляющая дистанции; Com-d – коммуникативная составляющая дистанции; Emo-d – эмоциональная составляющая дистанции; Act-d – поведенческая и деятельностная составляющая дистанции

Данные представленные в таблице 3, показывают, что показатели по шкалам методики «СПД» у обследованных субъектов выражены умеренно (при переводе «сырых» значений в стандартные, они находятся в диапазоне от 51 до 54 Т-баллов). Однако в группе больных имеется тенденция к увеличению данных показателей. На основании этого делаем заключение, что отношения между больными и их лечащим врачом – гармоничные, характеризующиеся доверием (показатель Com-d), взаимопониманием (показатель Cog-d) и эмоциональной близостью (показатель Emo-d).

Тем не менее, результаты качественного анализа показали, что у больных в отношениях с врачом, по данным методики «СПД», преобладает неприемлемо сближенная (для врача) дистанция (свойственно 56,5 % обследованным) и лишь у 23,3 % обследованных имеет место приемлемо сближенная для врача дистанция. Интересным является факт того, что у врача по отношению к больному преобладает нейтральная (ни близкая, ни далекая) дистанция – в 81,2% случаях и лишь в 18,7% – приемлемо сближенная для больного дистанция. Данный факт мы объясняем тем, что в отношениях с врачами больные ориентируются на взаимопонимание и полностью доверяют последним. Суть в том, что они в силу переживаемых жизненных обстоятельств ориентируются на врачей, ожидая помощи и поддержку с их стороны; это находит свое выражение в более короткой межличностной дистанции.

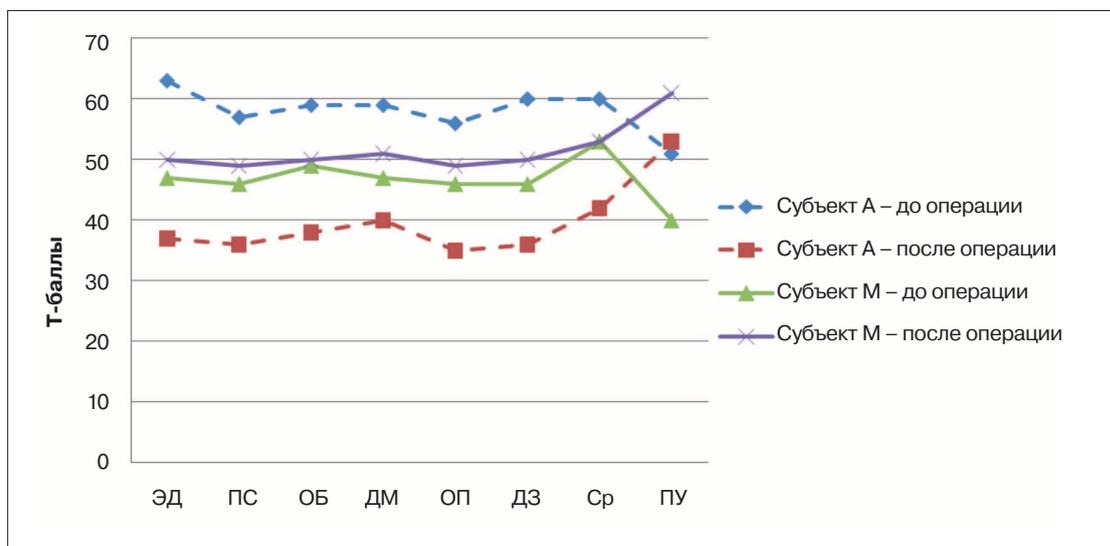
Кроме отмеченного выше, нами был установлен интересный факт – у больных в отношениях, которых

выражена приемлемо сближенная межличностная дистанция с врачом – более благоприятный кризисный профиль личности – «конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом». У больных с неприемлемо близкой дистанцией выражено «деструктивное переживание кризиса с неблагоприятным прогнозом».

Таким образом, полученные результаты говорят о следующем. Межличностные отношения, складывающиеся между больными и врачами – являются одним из факторов улучшения качества адаптации (реадаптации) и реабилитации больного, который необходимо учитывать в пред- и послеоперационном периоде.

В качестве иллюстрации приведем изменения кризисных профилей, полученных по методике «ППК» больных до и после хирургического вмешательства (см. рисунок 1).

Субъект А., возраст 43 года, диагноз «Рак простаты рТ2aN0M0, II стадия», Наблюдался у уролога по месту жительства с хроническим простатитом в течение 3 лет. При плановом обследовании в октябре 2015 года выявлено повышение ПСА до 12,1 нг/мл. Выполнена биопсия предстательной железы (02.10.15) по УЗ-контролем. Гистологическое заключение № 20023-30: мелкоацинарная высокодифференцированная аденокарцинома предстательной железы, индекс Глисона не указан. МРТ от 26.10.2015, заключение: МР-признаки объемного тканевого образования в области периферической и центральной зон левой доли предстательной железы, размеры до 26x16x25 мм. Капсула прослеживается на всём протяжении. Данных за метастатическое пора-

**Рисунок.** Изменение кризисных профилей больных до и после хирургического вмешательства

Примечание: Эд – эмоциональный дисбаланс, Пс – пессимизм, Об – отрицательный баланс, Дм – демобилизация, Оп – оппозиция, Дз – дезорганизация, Ср – индекс ситуационного реагирования, Пу – психологическая устойчивость

жение лимфоузлов не обнаружено. Рентгенография поясничного отдела позвоночника от 17.11.15: поясничный остеохондроз L3-S1. Деформирующий спондилез L3-L5, III степени. Рентгенография легких, костей таза от 17.11.2015: без патологии УЗИ органов брюшной полости, почек от 17.11.2015: гепатомегалия. Диффузное повышение эхогенности печени.

Результаты психологического обследования до операции выявили наличие «переживание острого кризиса благоприятным прогнозом». Умеренный уровень психологической устойчивости. Низкая энергичность и высокая эмоциональность. Неблагоприятное психическое состояние. Переживание субъективного неблагоприятия личности. В отношении с врачом выражена неприемлемо близкая для больного дистанция.

Послеоперационный период протекал без осложнений, послеоперационное гистологическое заключение выглядело следующим образом: «Умереннодифференцированная аденокарцинома предстательной железы, с поражением обеих долей, без признаков прорастания капсулы и инвазии семенных пузырьков. Индекс Глисона 6 (3+3). Роста опухоли по линиям резекции не обнаружено». После удаления уретрального дренажа, на 12-е сутки после операции начал мочиться самостоятельно, редкие эпизоды недержания мочи, рана зажила первичным натяжением, линия швов без признаков инфицирования.

И в послеоперационном периоде у больного выражен кризисный профиль «адаптация с благоприятным прогнозом» для него характерно высокая энергичность и сниженная эмоциональность, более благоприятное психическое состояние и эмоциональное благополучие. Больной оценивает дистанцию в отношении с врачом – как приемлемо близкую для себя.

Субъект М., возраст 39 года, диагноз «Рак простаты рТ2аN0M0, II стадия»

ПСА: 12,0 нг/мл. УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы от 23.01.2015: Объем предстательной железы – 40 см³. Гиперплазия предстательной железы. Диффузные изменения предстательной железы. УЗИ брюшной полости от 23.03.2015: Гепатомегалия, диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Рентгенография органов грудной клетки от 14.10.2015: очаговых и инфильтративных теней нет. Рентгенография костей таза – признаков метастатического поражения нет. Сцинтиграфия скелета от 21.04.2015 – достоверных признаков метастатического поражения не выявлено. Выполнена биопсия предстательной железы (26.03.15). Гистология №15470-81: высокодифференцированная аденокарцинома простаты, индекс Глисона подсчитать невозможно. МРТ органов малого таза 07.04.15: МР-картина увеличения соответствует увеличению простаты на фоне ДГПЖ, размерами 45x53x37 мм. ЭХО-КГ: от 07.10.2015г. ФВ- 69%. УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы от 05.09.2015: объем предстательной железы – 36 см³.

В предоперационном периоде у больного выражено «деструктивное переживание кризиса с неблагоприятным прогнозом». Имеет место низкий уровень психологической устойчивости, низкая энергичность и высокая эмоциональность, неблагоприятное психическое состояние и умеренное субъективное благополучие. Дистанция в отношении с врачом оценивает как неприемлемо удаленную для себя.

В плановом порядке выполнена операция (30.10.2015): «Промежностная радикальная простатэктомия». Гистологическое заключение № 89750-843: Умереннодифферен-

цированная аденокарцинома простаты без распространения на капсулу и семенные пузырьки, индекс Глисона 7 (3+4). Роста опухоли по линии резекции не выявлено.

В послеоперационном периоде без осложнений. Мочу удерживает полностью. У больного отмечаются позитивные психологические сдвиги. В частности произошли изменения в кризисном профиле его личности. Установлено «конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом». Больному свойственно повышение уровня психологической устойчивости, на фоне оставшихся на прежнем уровне показателей психического состояния и благополучия. Также выявлены конструктивные изменения в сфере отношений – дистанцию с врачом он оценивает как приемлемо близкую для себя.

Приведенные примеры подтверждают выдвинутое нами предположение, что в переживании кризиса, наряду с субъективным отношением к болезни, и в частности к предстоящему хирургическому вмешательству, важное значение имеют отношения в системе «врач – больной (пациент)».

Кроме того, полученные эмпирические данные правомерно использовать в рамках психологической реабилитации онкобольных. Рассматривая реабилитацию, мы придерживаемся позиции Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко, А.Ш. Тхостова [6], согласно которой она представляет собой системную деятельность направленную на восстановление личностного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, а также создание психологически обоснованных условий для развития личности в условиях болезни, с учетом имеющихся ограничений.

На основании проведенных исследований нами были сделаны следующие выводы:

1. Установлено что преобладающими «кризисными профилями» больных в дооперационный период являются «деструктивное переживание острого кризиса с неблагоприятным прогнозом» (повышенный индекс ситуационного реагирования, низкий показатель психологической устойчивости личности) и «конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом» (повышенный индекс ситуационного реагирования, высокий показатель психологической устойчивости личности).

2. Ведущее значение в дооперационный период у больных приобретает выраженность таких ситуационных реакций, проходящих на непатологическом уровне, как: эмоциональный дисбаланс, отрицательный баланс и дезорганизация. Они в наибольшей степени определяют «Индекс ситуационного реагирования», определяющего в целом, величину кризисной нагрузки субъекта.

3. Ситуационный путь критической динамики больных, заключается в их отношении (субъективном восприятии) к предстоящей операции. Установлено, что предстоящее хирургическое вмешательство они воспринимают преимущественно как неприятное (но, по их мнению – необходимое) событие своей жизни.

4. Межличностные отношения, и в частности такая их характеристика как дистанция, являются условием «смягчающим» или «усиливающим» кризисную нагрузку субъекта, обусловленную болезнью и предстоящим хирургическим вмешательством (операцией). Установлено что у больных в отношениях, которых выражена приемлемо сближенная межличностная дистанция с врачом – более благоприятный кризисный профиль личности – «конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом». У больных с

неприемлемо близкой дистанцией выражено «деструктивное переживание кризиса с неблагоприятным прогнозом». Таким образом, отношения являются условием профилактики деструктивного переживания кризиса больными в дооперационный и послеоперационный периоды.

5. Для профилактики деструктивного переживания кризиса и успешной адаптации и реабилитации в дооперационный и послеоперационный периоды мы предлагаем три направления работы, в рамках психологического сопровождения онкобольных:

- развитие психологической устойчивости личности;
- формирование и поддержание антропологического идеала, включающего в себя следующие потенциалы здоровья: потенциал разума (интеллектуальный аспект здоровья) и воли (личностный аспект здоровья), потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья), потенциал тела (физический аспект здоровья), общественный потенциал (социальный аспект здо-

ровья), креативный (творческий аспект здоровья) и духовный потенциалы;

- гармонизация межличностных отношений, предполагающая развитие навыков гибкого выстраивания социально-психологической дистанции во взаимодействии с разными категориями людей, адекватную (соответствующую) ситуации, в которой оно разворачивается. Это в свою очередь предполагает развитие и совершенствование навыков понимания и взаимопонимания, доверия к самому себе и другим людям; навыков создания, поддержания и прекращения эмоционально-близких отношений с другими людьми.

В заключение отметим, что полученный эмпирический материал можно использовать при разработке содержания психокоррекционной, реабилитационно-терапевтической помощи онкологическим больным, в целях повышения их способности конструктивно переживать трудные обстоятельства жизни, нормативные и ненормативные кризисы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986. – 256 с.
2. Духновский С.В. Психология отношений личности: монография. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2014. – 380 с.
3. Духновский С.В. Дистанция в межличностных отношениях: диагностика и регуляция: монография. – Екатеринбург, 2010. – 209 с.
4. Духновский С. В. Кризис и его переживание личностью: результаты эмпирического исследования // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». – 2015. – Т.21, – № 2. – С. 30–35.
5. Духновский С. В., Журавлева Ю. А. Соотношение «кризисного профиля» личности с типом психосоматической патологии // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2016. – Вып. 1. – С. 43–49.
6. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник Восстановительной медицины. – №5 (63) октябрь 2014.

REFERENCES:

1. Merlin V. S. Sketch of integrated research of identity. – M.: Pedagogics, 1986. – 256 pages.
2. Dukhnovsky S. V. Psychology of the relations of the personality: monograph. – Barrow: Publishing house Kurgan state. un-that, 2014. – 380 pages.
3. Dukhnovsky S. V. Distantion in the interpersonal relations: diagnostics and regulation: monograph. – Yekaterinburg, 2010. – 209 pages.
4. Dukhnovsky S. V. Crisis and its experience by the personality: results of empirical research//Messenger of the Kostroma state university of N. A. Nekrasov. Series "Pedagogics. Psychology. Social work. Youth studies. Sotsiokinetika". – 2015. – T.21, – No. 2. – Page 30–35.
5. Dukhnovsky S. V., Zhuravleva Yu. A. A ratio of "a crisis profile" of the personality with type of psychosomatic pathology//the Bulletin of science and practice. – Nizhnevartovsk, 2016. – Issue 1. – Page 43–49.
6. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Tkhostov A.Sh. Methodological bases and problems of psychological rehabilitation of oncological patients//Messenger of Recovery medicine. – No. 5 (63) October, 2014.

РЕЗЮМЕ

В статье показано, что ситуационный путь критической динамики больных, заключается в их отношении к предстоящей операции. Преобладающими «кризисными профилями» больных в дооперационный период являются «деструктивное переживание острого кризиса с неблагоприятным прогнозом» и «конструктивное переживание кризиса с благоприятным прогнозом». Дистанция в межличностных отношениях является условием «смягчающим» или «усиливающими» кризисную нагрузку субъекта, обусловленную болезнью и предстоящим хирургическим вмешательством. Для профилактики деструктивного переживания кризиса и успешной адаптации и реабилитации в дооперационный и послеоперационный периоды предлагаются три направления работы: развитие психологической устойчивости личности; формирование и поддержание антропологического идеала (потенциалов здоровья) и гармонизацию межличностных отношений.

Ключевые слова: переживание кризиса, кризисный профиль, онкологические больные, локализованный рак простаты, межличностные отношения, антропологический идеал, потенциал здоровья.

ABSTRACT

In article it is shown that the situational way of critical dynamics of patients, consists in their relation to the forthcoming operation. The prevailing "crisis profiles" of patients during the presurgical period are "destructive experience of an acute crisis with the adverse forecast and "constructive experience of crisis with the favorable forecast". The distance in the interpersonal relations is the condition "softening" or "strengthening" crisis load of the subject caused by an illness and the forthcoming surgical intervention. For prevention of destructive experience of crisis and successful adaptation and rehabilitation during the presurgical and postoperative periods three areas of work are offered: development of psychological stability of the personality; formation and maintenance of an anthropological ideal (health potentials) and harmonization of the interpersonal relations.

Keywords: crisis experience, crisis profile, oncological patients, localized prostate cancer, interpersonal relations, anthropological ideal, health potential.

Контакты:

С.В. Духновский E-mail: dukhnovskysv@mail.ru

М.А. Золотых E-mail: urogb1@mail.ru