

Раздел 3. Оценка динамики психоэмоционального состояния пациентов основной группы после проведения реабилитационной медико- психологической программы

После проведения реабилитационной программы пациенты проходили повторное психологическое тестирование. Результаты динамики показателей психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в основной группе представлены в таблице 7.

Таблица 7
Динамика психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R

Показатели	До реабилитационной программы M±m	После реабилитационной программы M±m	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, p
Соматизация (SOM)	1,12±0,13	0,83±0,11	121,50	0,0026**
Обсессивность- компульсивность (О- С)	1,14±0,12	0,79±0,1	87,50	0,0006**
Межличностная сензитивность (INT)	1,05±0,11	0,67±0,08	113,00	0,0005**
Депрессия (DEP)	1,32±0,11	0,76±0,11	71,50	<0,0001**
Тревожность (ANX)	1,01±0,13	0,49±0,09	45,00	<0,0001**
Враждебность (ANG)	0,68±0,08	0,45±0,06	105,00	0,0051**
Фобическая тревожность (PHOB)	0,53±0,1	0,31±0,08	71,00	0,0046**
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,72±0,11	0,47±0,08	105,00	0,0051**
Психотизм (PSY)	0,64±0,08	0,39±0,08	101,50	0,0024**
Дополнительные пункты	1,1±0,12	0,73±0,09	107,00	0,0011**
Общий индекс выраженности симптомов (GSI)	0,99±0,09	0,62±0,08	72,00	<0,0001**
Индекс проявления симптоматики (PSI)	49,03±3,38	37,87±3,65	72,50	0,0001**
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	1,72±0,08	1,35±0,06	50,00	<0,0001**

Примечание: в таблице 7 и далее * - уровень статистической значимости различий $p < 0,05$; ** - уровень статистической значимости различий $p < 0,01$.

Таблица 8

Нормативные показатели шкалы SCL-90-R

Показатели	Норма M ± m
Соматизация (SOM)	0,44 ± 0,03
Обсессивность-компульсивность (О-С)	0,75 ± 0,04
Межличностная сензитивность (INT)	0,66 ± 0,03
Депрессия (DEP)	0,62 ± 0,04
Тревожность (ANX)	0,47 ± 0,03
Враждебность (ANG)	0,60 ± 0,04
Фобическая тревожность (PHOB)	0,18 ± 0,02
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,54 ± 0,04
Психотизм (PSY)	0,30 ± 0,03
Дополнительные пункты	0,49 ± 0,03
Общий индекс выраженности симптомов (GSI)	0,51 ± 0,02
Индекс проявления симптоматики (PSI)	21,39 ± 2,02
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	1,17 ± 0,05

Как видно из данных, приведенных в таблицах 7 и 8, после прохождения реабилитационной группы отмечается улучшение всех показателей опросника с высокой степенью статистической достоверности ($p < 0,01$). Вместе с тем, несмотря на значимое снижение дистресса в основной группе, сравнение с нормативными данными показывает наличие остаточной симптоматики, которая может рассматриваться как основная цель и мишени последующей медико-психологической помощи.

Результаты динамики показателя интегративного теста тревожности представлены в таблице 9.

Таблица 9

Динамика характеристик тревожности по методике ИТТ.

Показатели	До реабилитационной программы, M±m	После реабилитационной программы, M±m	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, p
Ситуативная тревожность	5,46±0,39	3,51±0,44	37,00	<0,0001**
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	3,97±0,43	2,16±0,31	16,00	0,0001**
Астенический компонент тревожности (АСТ)	5,95±0,45	5,03±0,42	157,50	0,0761

Фобический компонент (ФОБ)	4,46±0,45	3,59±0,43	110,00	0,0962
Тревожная оценка перспективы (ОП)	6,51±0,33	4,59±0,4	69,00	0,0001**
Социальные реакции защиты (СЗ)	4,92±0,46	3,97±0,44	115,00	0,0451*
Личностная тревожность	7,57±0,33	6,95±0,4	96,00	0,0736
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	7,46±0,31	6,84±0,33	116,50	0,1340
Астенический компонент тревожности (АСТ)	6,43±0,39	6,81±0,34	184,00	0,6653
Фобический компонент (ФОБ)	5,78±0,44	5,92±0,38	129,50	0,5581
Тревожная оценка перспективы (ОП)	7,49±0,32	6,7±0,44	112,00	0,1068
Социальные реакции защиты (СЗ)	5,68±0,39	5,3±0,46	168,00	0,4255

Норма: от 0 до 4 стандартных балла.

Как видно из табл. 9, в наибольшей степени положительная динамика была отмечена в показателях ситуативной тревожности. Так, статистически значимо снизились эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты и общая ситуативная тревожность. На уровне тенденций можно расценивать снижение астенического и фобического компонента тревожности.

Важно отметить, что к концу проведения реабилитационной программы большинство показателей ситуативной тревожности соответствовали нормативным показателям и не превышали уровень в 4 балла.

Показатели личностной тревожности не обнаружили за период проведения программы статистически достоверной динамики, что вполне объяснимо необходимостью более длительного срока для формирования личностных изменений. В целом, у пациенток исследуемой группы сохраняются такие устойчивые личностные тенденции, как низкая

стрессоустойчивость, низкая толерантность к дефициту информации, раздражителям, не поддающимся однозначной интерпретации, а также ситуациям, предполагающим низкий уровень прогнозируемости, склонность к соматическому реагированию в стрессогенных ситуациях (склонность к соматизации аффекта), склонность к затяжным аффективным реакциям, недостаточная гибкость и адаптивность в поведении, повышенная чувствительность к нюансам межличностных отношений (в особенности к отвержению), потребность в эмоциональных контактах, удовлетворяющих чувство безопасности, помощи и поддержки, потребность в одобрении, соответствии ожиданиям окружающих.

Таблица 10

Динамика показателей рациональности мышления и выраженности
неадаптивных иррациональных установок по методике А.Эллиса

Показатели	До реабилитационной программы, М±m	После реабилитационной программы, М±m	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, р
Катастрофизация (обратная шкала)	17,38±0,66	19,7±0,61	137,00	0,0103*
Должестование в отношении себя (обратная шкала)	16,08±0,67	19,76±0,64	65,50	<0,0001**
Должестование в отношении других (обратная шкала)	18,32±0,64	19,49±0,53	173,50	0,1443
Оценочная установка (обратная шкала)	18,78±0,61	21,41±0,64	85,00	0,0008**
Фрустрационная толерантность	19,27±0,48	21,41±0,62	124,50	0,0053**

Примечание: Норма более 21 балла – отсутствие иррациональных установок и высокая фрустрационная толерантность.

Оценка когнитивного аспекта личности по результатам теста А. Эллиса (табл. 10) позволила выявить динамику представленности у пациентов исследуемой группы иррациональных когнитивных установок, имеющих тесную связь с наличием так называемой негативной аффективности, которая проявляется к частоте переживания таких

состояний как тревога и депрессия. До участия в психологической реабилитационной программе у пациентов выявлялось выраженное и отчетливое наличие иррациональных установок мышления, т.е. представления пациенток о себе, о мире и окружающих характеризовалось высоким уровнем катастрофизации ($17,38 \pm 0,66$ при норме более 21 балла), большим количеством нереалистичных долженствований в отношении себя ($16,08 \pm 0,67$ при норме более 21 балла), также отличались от нормативных показатели шкал долженствования в отношении других ($18,32 \pm 0,64$), оценочной установки ($18,78 \pm 0,61$) и общей фрустрационной толерантности ($19,27 \pm 0,48$). Наличие иррациональных типов мышления создают основу для поддержания выраженного дистресса при переживании обстоятельств жизни и как следствие – снижение фрустрационной толерантности.

После завершения программы результаты теста А. Эллиса показали изменение иррациональных установок у большинства пациенток в сторону снижения вероятности возникновения и развития стресса. Значимо изменились в лучшую сторону показатели шкал катастрофизации ($19,7 \pm 0,61$, $p=0,0103$), долженствования в отношении себя ($19,76 \pm 0,64$, $p < 0,0001$). Показатели шкал оценочной установки и фрустрационной толерантности достигли нормативных значений ($21,41 \pm 0,64$ и $21,41 \pm 0,62$ соответственно).

В таблице 11 приведены данные показателей Шкалы астенического состояния.

Таблица 11

Динамика признаков астении по методике ШАС

Показатели	До реабилитационной программы, $M \pm m$	После реабилитационной программы, $M \pm m$	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, p
Шкала астенического состояния	$24,49 \pm 2,1$	$14,32 \pm 1,65$	59,50	$< 0,0001^{**}$

Примечание: Норма до 50 баллов.

Показатели признаков астении по методике ШАС в исследуемой группе (табл.) существенно снизились по сравнению с аналогичными показателями до прохождения психологической реабилитационной программы пациентами исследуемой группы и составили в среднем $14,32 \pm 1,65$, по сравнению с первоначальным средним показателем $24,49 \pm 2,1$ ($p < 0,0001$), что свидетельствует об уменьшении выраженности астенических компонентов общего психического и физического состояния.

В таблице 12 представлены данные об основных свойствах личности у больных с онкологическими заболеваниями до и после прохождения медико-психологической реабилитации.

Таблица 12

Показатели основных свойств личности по методике Личностный дифференциал

Показатели	До реабилитационной программы, $M \pm m$	После реабилитационной программы, $M \pm m$	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, p
Оценка	$6,84 \pm 0,8$	$7,7 \pm 0,77$	263,50	0,3989
Сила	$7,73 \pm 1,01$	$8,14 \pm 0,88$	241,00	0,6671
Активность	$2,22 \pm 0,94$	$1,76 \pm 0,7$	238,50	0,6335

Из таблицы 12 видно, что у больных с онкологическими заболеваниями отмечались устойчивые характеристики личности, которые были свойственны обследованным на протяжении всей реабилитационной программы. Данные качества являлись внутриличностными факторами, влияющими на эффективность реабилитации и учитывались при оказании психотерапевтической помощи.

Одной из таких характеристик был фактор «Оценка», значение по данному показателю оказалось близким к среднестатистической норме (7-10 баллов), что указывало на адекватную самооценку, способность осознавать свои недостатки и легкую неудовлетворенность собой, что предполагало возможность дальнейшего саморазвития.

При этом фактор «Сила», определяющий склонность к доминантности и оценку своих волевых качеств, также достигал уровня средненормативных

значений. То есть обследованные оценивали свои волевые способности достаточно высоко, однако в некоторых ситуациях были склонны проявлять осторожность и в чрезмерно тяжелых стрессовых ситуациях могли избегать лишней ответственности и уходить от решения проблем.

Фактор «Активность» принимал стабильно невысокие значения, что указывало на проявление коммуникативных и прочих деятельных качеств только при высокой мотивации и вынуждающей к этому ситуации. Невысокая активность обследованных нуждалась в стимуляции для более энергичных действий.

Сочетание выявленных личностных качеств указывало на недостаточность средств самореализации для поддержания самоотношения на том уровне, который отмечался у обследованных, что учитывалось в психотерапевтической работе.

В таблице 13 представлены копинг-механизмы у онкобольных.

Таблица 13

Динамика стратегий совладающего со стрессом поведения по методике ССП

Показатели	До реабилитационной программы, М±m	После реабилитационной программы, М±m	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, р
Конфронтация	45,97±1,37	46,86±1,33	105,50	0,3229
Дистанцирование	49,32±1,58	51,54±1,73	177,00	0,1641
Самоконтроль	48,57±1,63	47,73±1,64	205,50	0,5787
Поиск социальной поддержки	49,81±1,47	52,73±1,43	125,00	0,0270*
Принятие ответственности	46,92±1,87	43,86±1,73	171,00	0,0820
Бегство-избегание	51,89±1,69	48,11±1,91	205,00	0,0443*
Планирование решения проблемы	43,7±1,52	47,89±1,7	114,50	0,0089**
Положительная переоценка	47,59±1,57	49,35±1,53	186,50	0,2281

Примечание: Среднестатистическая норма от 40 до 60.

Из таблицы 13 видно, что отмечалась положительная динамика механизмов совладания со стрессом у онкологических больных в процессе реабилитации, и повышение их адаптационных ресурсов.

До прохождения реабилитационной программы больным с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями было свойственно в наибольшей степени реагирование по типу уклонения и избегания в совладающем со стрессом поведении ($51,89 \pm 1,69$). Личностные переживания отрицались, отмечались игнорирование причин стресса и неоправданные ожидания. Данные особенности проявлялись и в отношении к заболеванию и участию в лечебном процессе, так пациенты могли уклоняться от ответственности за свое здоровье и не предпринимать действий по разрешению возникших трудностей. При этом эмоциональное напряжение сохранялось и могло проявляться в отдельных вспышках раздражения. Данный способ преодоления стресса может быть адаптивным только в случае острой и кратковременной стрессогенной ситуации, но при длительном стрессе является значительным препятствием для его преодоления.

Проблемно-ориентированное поведение было выражено в меньшей степени, так например планирование решения проблемы принимало значения близкие к низким (от 0 до 40). Так что адаптивность преодоления стресса в результате была снижена.

После прохождения реабилитационной программы онкобольные чаще стали обращаться за помощью и поддержкой окружающим ($52,73 \pm 1,43$), они стали в большей степени ориентированы на взаимодействие с другими людьми, стали чаще обращаться за рекомендациями к специалистам, стали чаще обсуждать свои переживания с близкими людьми. Это повысило адаптивные возможности за счет использования внешних ресурсов. При этом активность поведения по типу ухода и избегания решения проблемы значительно снизилась ($p=0,0443$) и перестала преобладать в профиле совладающего поведения ($48,11 \pm 1,91$). Также больные достоверно чаще

стали применять целенаправленный анализ ситуации и планирование собственных действий для разрешения трудностей ($p=0,0089$). В связи с этим адаптивность копинг-механизмов после проведенной медико-психологической реабилитации возросла, а отношение к заболеванию и лечению стало более осознанным и ответственным.

Данные по динамике показателей опросника качества жизни EORTC-QLQ-C 30 представлены в таблице 14.

Таблица 14

Динамика качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30

Показатели	До реабилитационной программы, M±m	После реабилитационной программы, M±m	T-критерий Вилкоксона	Уровень значимости, p
Общее состояние здоровья и уровня качества жизни	50,45±3,15	64,19±3,03	86,00	0,0005**
Физическое функционирование	74,96±2,58	77,84±2,52	132,00	0,1709
Ролевое функционирование	64,86±3,92	74,77±3,39	68,00	0,0333*
Когнитивное функционирование	66,22±4,16	77,48±3,83	81,00	0,0164*
Эмоциональное функционирование	59,23±3,89	78,38±3,42	42,00	0,0001**
Социальное функционирование	63,06±4,34	77,03±3,95	80,50	0,0158*
Усталость	54,65±3,95	42,34±3,47	90,50	0,0012**
Боль	37,39±4,4	22,07±3,82	57,50	0,0009**
Тошнота/Рвота	23,42±4,26	11,71±3,35	71,50	0,0143*
Одышка	20,72±4,35	19,82±3,53	127,50	0,7495
Бессонница	41,44±4,73	36,94±5,13	62,00	0,3061
Снижение аппетита	25,23±5,07	10,81±3,43	16,50	0,0077**
Запор	23,42±4,26	10,81±2,9	51,00	0,0250*
Диарея	17,12±4,21	7,21±2,29	16,50	0,0427*
Финансовые трудности	43,24±4,45	31,53±4,65	47,50	0,0318*

Как видно из данных, представленных в таблице 14, большинство показателей опросника по качеству жизни показали статистически достоверное улучшение в ходе реализации реабилитационной программы. Наиболее выраженной положительная динамика была отмечена в таких

показателях как эмоциональное функционирование и общее состояние здоровья и качество жизни. Не было получено статистически значимого улучшения по шкале физического функционирования и по отдельным показателям физиологических симптомов – одышки и бессонницы. Важно отметить, что среди соматических симптомов наиболее выраженным улучшением качества жизни отмечалось в показателях усталости, боли и снижения аппетита.

Динамика показателей по Шкале суицидального риска представлена в таблице 15.

Таблица 15
Динамика факторов суицидального риска по шкале ШСР

Показатели	До реабилитационной программы M±m	После реабилитационной программы M±m	Уровень статистической значимости, p(T)
Постоянные факторы суицидального риска	0,19±0,08	0,16±0,07	1
Переменные факторы суицидального риска	1,00±0,19	0,32±0,10	0,0002**
Антисуицидогенные факторы	5,59±0,29	6,81±0,22	<0,0001**
Общая оценка суицидального риска	-4,41±0,40	-6,32±0,25	<0,0001**

Как видно из табл. 15, в показателях шкалы суицидального риска в основной группе до участия в реабилитационной программе преобладали антисуицидальные тенденции. После завершения всех мероприятий психологической реабилитационной программы значительно снизились переменные факторы суицидального риска (с 1,00±0,19 до 0,32±0,10 баллов, p=0,0002), преимущественно за счет снижения таких показателей как «категоричность мышления», «непереносимость фрустрации» и «неразрешенность кризиса». Повысился показатель выраженности

антисуицидогенных факторов (с $5,59 \pm 0,29$ до $6,81 \pm 0,22$ баллов, $p < 0,0001$), в большей степени за счет повышения частоты таких пунктов как «наличие источников поддержки»: «надежды на улучшение ситуации» и «творческие планы». Общая оценка суицидального риска изменилась с $-4,41 \pm 0,40$ до $-6,32 \pm 0,25$ баллов ($p < 0,0001$).