

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ

Лисицына Александра Андреевна

студент, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, РФ, г. Москва

Аннотация. В настоящей статье рассматривается вопрос о психологических особенностях пациентов соматического профиля. Ряд исследований в области психологии и медицины нацелен на изучение проблем, связанных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе послеоперационного формирования стомы, а также методов улучшения качества жизни у пациентов данного профиля.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, колостома, колоректальный рак, психологические особенности пациентов с колостомой.

Анализ научной литературы свидетельствует о росте числа пациентов, которым показана установка колостомы. Психологические особенности пациентов соматического профиля раскрываются в рамках внутренней картины болезни, которая является комплексным феноменом, описывающим субъективное отношение пациента к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типов реагирования на болезнь [8, с.456].

Изучение проблемы влияния колостомы на жизнь пациента происходит на четырех уровнях, а именно: уровне чувственного восприятия, связанном с локализацией болей и их интенсивностью; эмоциональном уровне, который включает в себя типы эмоциональной реакции на заболевание в целом, его симптомы и последствия (тревога, страх, агрессивность на фоне болезни); интеллектуальном уровне, связанном с осведомленностью человека о своей болезни, размышлениями о возможных ее причинах; мотивационном уровне, включающем стремление изменить поведение, образ жизни для возвращения и сохранения здоровья.

Клинические особенности пациентов с колостомой

Стома — это противоестественное отверстие, искусственно созданное хирургическим путем [7]. В Международной классификации болезней (МКБ-10) термин «колостома» употребляется для обозначения следующего состояния: «Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия Z93; Z93.3 - наличие колостомы» (Z93 - Artificial opening status. Excl.: artificial openings requiring attention or management complications of external stoma; Z93.3 - Colostomy status). Существует несколько оснований для клинической классификации: по локализации на кишечнике; по методу формирования; по технике формирования; по прогнозу в плане хирургической реабилитации.

Наложение стомы - сложный процесс, есть вероятность осложнений (перистомальный дерматит, полипы, эвентрация или эвагинация тонкого кишечника, стриктура (сужение) стомы). Своевременное обращение за медицинской помощью ускорит восстановительный процесс и позволит вернуться к комфортной и, насколько это возможно, полноценной жизни.

При изучении психологических особенностей указанной группы пациентов особое внимание уделяется различию гендерных и возрастных аспектов, вопросу самооценки, выделению личностных характеристик, а также качеству жизни в период реабилитации.

Поскольку наиболее часто предпосылкой к показаниям по формированию колостомы является перенесенный рак (колоректальный), важно описать общие особенности пациентов онкологического профиля. Изучение генеза онкологических заболеваний начало зарождаться достаточно давно, еще во II веке н. э. [2, с. 27]. Современные ученые считают, что людям, склонным к онкологическим заболеваниям, характерны экстернальный локус-контроль, повышенная меланхоличность и чувствительность, сдержанность переживаний внутри себя. Они также испытывают трудности в проявлении и разрядке эмоций; в межличностных отношениях, которые связаны с конкуренцией, завистью и разрывом близких связей. В таких ситуациях они становятся уязвимы, а также склонны впадать в депрессивные эпизоды. А. Лоуэн также уверяет, что возникновение онкологии может быть связано с постепенным ослаблением жизненной силы и воли, которое может приводить к депрессии [9, с.47; 13, с.470].

И хотя в современной науке интерес к психонкологии только возрастает, проблема соотношения психологического статуса и злокачественного новообразования все еще не решена. Одним из немногих стало проведение исследования психологического статуса женщин, больных колоректальным раком, при помощи сокращенной версии многопрофильного личностного опросника MMPI ("Мини-мульт").

Выявлено, что у большинства преобладает ипохондрическая направленность; характерен общий пессимистичный настрой на будущее, заикленность на себе и нарушение отношений с окружающим миром, особенно с близкими людьми [2, 12]. На основании результатов исследования сформированы следующие особенности психологического статуса: избегание неудачи, как основной вид мотивационной направленности; склонность к ригидному поведению в стрессе; отказ от самореализации; особая чувствительность к переживанию неудач; повышенное чувство вины; высокий уровень самокритики; неуверенность в себе; ипохондрия; склонность к депрессивным расстройствам; формирование защитных реакций в виде гипоманиакальных тенденций (реакция отрицания болезни), истероидных и невротоподобных [14, с.94].

На основании данных проведенного в Свердловской областной клинической больнице № 1 с помощью шкалы MOS-SF-36 исследования сделан вывод, что возраст не является фактором, значительно влияющим на качество жизни пациентов с кишечной стомой; однако пожилым больным негативные изменения свойственны в большей степени.

Анализ показателей, полученных после прохождения пациентами отделения колопроктологии клиник Самарского государственного медицинского университета опросника, направленного на оценку качества жизни «Стома – качество жизни» (оценка) и уровня самооценки методики «Дембо-Рубинштейн», доказывает, что пациенты дают низкую оценку своему здоровью и перспективе лечения, а также отмечают снижение жизненной активности [5, с.58].

Обнаружено, что женщины ярче воспринимают боль, больше склонны принимать себя, отмечают общую удовлетворенность с собой, в то время как мужчины достаточно критичны к себе, могут ощущать себя малоценными, предъявлять к себе жесткие требования [16, с.471].

Таким образом, наблюдаются: искажение образа «Я» у пациентов гастроэнтерологического профиля, нарушение общей адаптации к окружающей действительности, непринятие собственного тела, трудности в социальном взаимодействии, что существенно влияет на психологическую составляющую качества жизни.

Современные отечественные и зарубежные классификации ВКБ

История появления термина *внутренняя картина болезни* связана с работой немецкого невролога А.Гольдшейдера, который выдвинул теорию аллопластической и аутопластической картины болезни [1, с.198]. Его идеи были развиты известным отечественным ученым Р.А.

Лурией. Он ввел понятие - внутренняя картина болезни (ВКБ) [6], которая, формируется на двух уровнях - эмоциональном и интеллектуальном [4]. Доктор психологических наук В.Николаева в своих исследованиях расширила структуру ВКБ, добавив в нее эмоциональный и мотивационный компоненты: 1. Уровень непосредственного восприятия болезни (ощущения, связанные с заболеванием); 2. Эмоциональный уровень (переживания, вызванные ощущениями и их последствиями на жизнь пациента); 3. Интеллектуальный уровень (знания пациента о своем заболевании, мысли о причинах и последствиях, оценка физического состояния); 4. Мотивационный уровень (изменения мотивации, отношения пациента к заболеванию, новые цели и стремления). Ученые А.Ш.Тхостов и Г.А.Арина. выделяют компонент познавательной деятельности пациента и их представление о ВКБ включает составляющие: чувственная ткань - трудно определяемые эмоционально окрашенные ощущения, поступающие от внутренних органов, и представляющие сенсорную основу ВКБ (боль, дискомфорт); первичное означение - ощущения определяются в схеме тела, начально локализируются. Они становятся более оформленными и доступными для сознания; вторичное означение - ощущения встраиваются в течение болезни; появляется представление о причинах заболевания, затронутых им органов, возможных последствиях и т.д.); личностный смысл болезни - влияние для пациента обстоятельств болезни по отношению на его потребности и мотивы деятельности. Этот компонент ВКБ определяет осмысление лечения, формирует поведение больного.

Таким образом, внутренняя картина болезни отражает субъективное восприятие пациента своего заболевания, которое формируется из болезненных ощущений, эмоционального восприятия внешних симптомов, оценки причин возникновения болезни, ее значимости для будущего и способов борьбы с ней.

Среди зарубежных исследователей наиболее распространена модель житейского смысла саморегуляции поведения Г.Левентала (Model of illness representations; Leventhal H.) [1, с.200]. Структура концепции Г.Левентала подразумевает наличие двух компонентов, а именно конкретного и абстрактного, на основе которых человек делает репрезентации (представления) о своем состоянии. Репрезентации болезни также имеют три основных источника информации: культурный опыт, авторитетное знание актуальный личный опыт [10, с.205; 11, с.218].

В ходе проведенных открытых опросов, исследователи выделили основные компоненты репрезентации болезни: *причины* заболевания (убеждения больного в отношении причинных аспектов, способных спровоцировать заболевание - например, экология, наследственность, психологические особенности и др.); *последствия* заболевания (убеждения пациента о влиянии заболевания на его жизнь; об ограничениях, которые обусловлены ею); *идентификация* (подразумевает под собой ориентацию на «ярлык» болезни и знание о его характерной симптоматике); *сроки заболевания* (говорит об индивидуальном восприятии его течения).

Данная структура представлений о той или иной болезни, может быть эффективно применена в ходе изучения убеждений пациентов, которые оказывают непосредственное влияние на их поведение в ситуации заболевания.

Внутренняя картина болезни пациентов с колостомой

Проведение исследований ВКБ позволяет специалистам оценить психологическое состояние пациентов, условия эффективного и, по возможности, комфортного лечения [12]. Одно из таких исследований проводилось с помощью клинико-психологического, экспериментально-психологического и статистического методов на базе Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова Департамента здравоохранения города Москвы и Консультативно-диагностического центра № 6 в 2013 г. с целью изучения специфики реабилитационного потенциала и ВКБ у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС).

Средний результат по шкале "Внутренняя картина болезни" в группе пациентов с расстройствами ЖКТ выше результата группы пациентов с заболеваниями ССС свидетельствует, что пациенты с расстройствами ЖКТ чувствуют меньшую тревогу в отношении своего заболевания, настроены оптимистично относительно лечения и прогнозов,

меньше думают об отличии их жизни от жизни здоровых людей. Кроме того, сохраняют мотивацию и интересы в своей жизни, вероятно, благодаря более высокой работоспособности.

Для шкалы "Эмоциональная сфера" значимых различий между группами не выявлено, что указывает на то, что у пациентов могут быть эмоциональные изменения независимо от типа заболевания, например, снижение настроения, усиление тревожности и потеря контроля над поведением [3].

В ряде зарубежных исследований рассматривается проблема взаимосвязи состояния здоровья, восприятия болезни, стратегий совладания с ней и психологическими отклонениями у пациентов со стомой. Получены данные о том, что люди с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) более склонны к тревоге и психическим расстройствам. Наличие связанной с ВЗК стомы зачастую приводит к психологическим и социальным проблемам (ухудшение качества жизни, снижение самооценки, сексуальные проблемы, одиночество и нарушение рабочего графика и др.) [16, с.473].

С опорой на концепцию Г.Левенталья (illness perception) о Модели здравого смысла (восприятие человеком своего заболевания и используемая стратегия совладания с ним имеют непосредственное влияние на его психическое и социальное благополучие) проведено исследование с помощью онлайн-опросников, направленных на изучение восприятия своего заболевания, взаимосвязи между ним, тревогой и депрессией, а также качеством жизни среди 83 пациентов с различными видами стомы. Сделан вывод, что концепция Г.Левенталья может использоваться для эффективного изучения указанных взаимосвязей, стратегий борьбы с болезнью, а также депрессией и тревогой у пациентов со стомой. Выявлено, что состояние здоровья непосредственно влияет на восприятие болезни, которое, в свою очередь, влияет на способы борьбы с ней.

Прошедшее после формирования стомы время также оказывает прямое воздействие на восприятие заболевания и стремление к его преодолению. Соответственно, чем позже проведена операция, тем выше вероятность возникновения неадаптивных копинг-стратегий [15, 17], что подтверждает важность детального изучения аспекта восприятия болезни для эффективной работы медицинских работников и психологов с пациентами с ВЗК, имеющих различного типа стомы в том числе колостомы. [16, с.472]

Список литературы:

1. Абросимов И. И. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение у взрослых пациентов с муковисцидозом: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М.: МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2016. – 198 с.
2. Аверьянова С. В. Психологические особенности женщин, больных колоректальным раком // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 27-29.
3. Р.Е. Барабанов, А.А. Спирина. Современные представления о структуре и формировании внутренней картины болезни и реабилитационного потенциала при заболевании желудочно-кишечного тракта у лиц зрелого возраста // Вестник Московского информационно-технологического университета – Московского архитектурно-строительного института. – 2020.
4. Громыко Е.В., Соколова Э.А. Исторический аспект внутренней картины болезни // Проблемы здоровья и экологии
5. Дейнека Н.В. Психическая адаптация к ситуации стомирования кишечника: гендерные особенности // Неврологический вестник. – 2015. – № 4. – С.58-63.
6. Зябкина И.В. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2021. – т. 7 (73). – № 1. – С. 126-137.

7. Клинические рекомендации. Колопроктология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Шелыгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
8. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Основы клинической психологии. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения. – СПб.: Питер, 2013. – 456 с. – (Учебник для ВУЗов).
9. Марилова Т.Ю. Психологические особенности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2002. – № 3. – С. 47-51.
10. Мигунова Ю.М. Внутренняя картина болезни при хронических головных болях разного генеза: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М.: МГУ им. М.В.Ломоносова, 2019. – 205 с.
11. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М.: МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 2016. – 218 с.
12. Нагуманова Э.Р. Индивидуальные стратегии поведения и отношение к болезни лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии
13. Семионкин Е.И., Яковлева Н.В., Куликов Е.П. Психологический портрет пациентов, страдающих раком толстой кишки, при хирургическом лечении // Новости хирургии. – 2014. – № 4. С. 470-473.
14. Фаустова А.Г. Характеристики системы отношений пациентов с кишечной стомой // электронный научный журнал Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». – 2019. Т. № 7 /1 (24). – С. 94-110.
15. Le Jian He et al. Immediate postoperative experiences before discharge among patients with rectal cancer and a permanent colostomy: A qualitative study // Eur J Oncol Nurs. 2021 Apr.
16. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients available online // Journal of Crohn's and Colitis – 2013. – С.471-478.
17. Tieling Zhang et al. Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support // Chin Med J (Engl). 2013 Nov.