

23. Paulson E.K., Kliwer M.A., Hertzberg B.S. et al. Color Doppler sonography of heroin complications following femoral artery catheterization. *Am. J. Roentgenol.* 1995; 165 (2): 439—44.
24. Poulin C., Fralick P., Whynot E.M. et al. The epidemiology of cocaine and opiate abuse in urban Canada. *Can. J. Publ. Health.* 1998; 89: 234—8.
25. Razif M.A., Rajasingam V., Abdullah B.J. Case of a non-pulsatile groin swelling. *Med. J. Malasia.* 2002; 57 (4): 499—502.
26. Risdahl J.M., Khanna K.V., Peterson P.K. Opiates and infection. *J. Neuroimmunol.* 1998; 83 (1—2): 4—18.
27. Rodie V.A., Thomson A.J., Stewart F.M. et al. Low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a case series. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2002; 109: 1020—4.
28. Rosenthal D., Wellons E.D., Lai K.M. et al. Retrieval inferior vena cava filters: initial clinical results. *Ann. Vasc. Surg.* 2006; 20 (1): 157—65.
29. Schulz S., Aksu T., Igde A., Hengstmann J. Acute ischemia of the leg in a drug addict. *Vasa.* 2002; 31 (1): 57—61.
30. Weiner A.L. Emerging drugs of abuse in Connecticut. *Conn. Med.* 2000; 64 (1): 19—23.
31. Wolf Y.G., Johnson B.L., Hill B.B. et al. Duplex ultrasound scanning versus computed tomographic angiography for postoperative evaluation of endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 2000; 32 (6): 1142—8.
32. Woolgar J.D., Ray R., Maharaj K., Robbs J.V. *Br. J. Radiol.* 2002; 75 (899): 884—8.
33. Алуханян О.А., Огребков В.И., Мамедов Ю.Н. и др. Лечение постинъекционных сосудистых осложнений наркомании. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 87.
34. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии. М.: Ньюдиамед; 2000.
35. Герасимов В.Г., Попов С.В., Веденев А.А. и др. Интервенционное гнойно-септическое поражение сосудов у больных хронической опийной наркоманией (ХОН). *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 95—6.
36. Гофман А.Г., Позновский П.А. *Наркология.* 2005; 1: 30—5.
37. Дюжиков А.А., Карпов А.В., Филоненко А.В. Критическая ишемия конечностей как результат хронической травмы сосудов у наркоманов. В кн.: *Материалы III Международного конгресса стран и регионов.* Петрозаводск; 1999: 89—90.
38. Конычев А.В., Спасивцев Ю.А., Бегиев О.Б., Кокорин К.В. Особенности клиники постинъекционных флегмон у наркоманов. В кн.: *Вопросы практической медицины: Сборник трудов.* СПб.; 1997: 124—5.
39. Кошкина Е.А. Разработка моделей оценки, прогноза ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегией профессиональных действий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
40. Кунгурцев Е.В., Михайлов И.П., Лемнев В.Ш. и др. Опыт лечения эмболических тромбозов глубоких вен нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2009; 15 (4): 75—8.
41. Лебедев И.О. Антикоагулянтная терапия острого тромбоза в системе нижней полой вены: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
42. Леонтьев С.Г., Золотухин И.А., Селиверстов Е.И. и др. Амбулаторное лечение тромбозов глубоких вен нижних конечностей. *Флебология.* 2009; 3 (4): 41—4.
43. Мельников В.В. Оказание врачебной помощи больным шприцевой наркоманией с гнойно-септическими осложнениями. *Южно-русский медицинский журнал.* 2004; 2: 61—5.
44. Нижниченко В.Б., Евдокимов А.Р., Олейникова Е.Н. Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии. *Хирургия.* 2009; 7: 22—8.
45. Паницкая Г.Е., Шахин С.А., Закляков К.И. Исходы лечения наркоманов с пульсирующими инфицированными гематомами. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1998; 2, прил.: 121.
46. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. Роль алкоголизации в патогенезе морфологических изменений у наркоманов. *Судбно-медицинская экспертиза.* 2001; 5: 14—6.
47. Прокубовский В.И., Буров В.П., Капранов С.А. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2005; 11 (3): 27.
48. Ревакин В.И., Дубровский А.В., Василенко Ю.В., Селиваненко А.В. Лапароскопическая пликация нижней полой вены. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* 2003; 2: 70—2.
49. Савельев В.С., Думле Э.П., Яблоков Е.Г., ред. *Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Болезни магистральных вен.* М.: Медицина; 1972.
50. Савельев В.С. *Флебология.* М.: Медицина; 2001.
51. Сон Д.А. Радикальное хирургическое лечение острого варико-тромбофлебита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
52. Султаналиев Т.А., Турсынбаев С.Е., Ивакин В.М. Этиология и патогенез повреждения кровеносных сосудов у наркоманов. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2007; 13 (2): 24—33.
53. Турсынбаев С.Е. Диагностика и комплексное лечение повреждений кровеносных сосудов у наркоманов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы; 2008.
54. Фридман Л.С., Флеминг И.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. *Наркология: Пер. с англ. 2-е изд.* СПб.: Невский диалект; 2000.
55. Хорев Н.Г., Боярков М.В., Зайцев С.В. Проксимальная миграция фильтра осложнение или ошибка имплантации. *Проблемы клинической медицины.* 2007; 2: 24—6.
56. Шевченко Ю.Л., Шихвердиев Н.Н. *Ангиогенный сепсис.* СПб.; 1996.
57. Швальб П.Г., Калинин Р.Е. и др. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2004; 10 (2): 81—3.

Поступила 04.10.12

© С.В. Аверьянова, Л.З. Вельшер, 2013

УДК 616.89-008.441.13-02:616-006.04

С.В. Аверьянова<sup>1\*</sup>, Л.З. Вельшер<sup>2</sup>

## АЛКОГОЛИЗМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НЕАДАПТИВНОГО КОПИНГА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

<sup>1</sup>НУЗ "Дорожная клиническая больница" ОАО РЖД, 410004, Саратов, Россия; <sup>2</sup>кафедра онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, 127473, Москва, Россия

\*Аверьянова Светлана Владимировна (Averyanova Svetlana Vladimirovna). E-mail: svtshkvor@mail.ru

♦ Выбор копингового стиля при первом контакте с онкологической службой не только определяет качество жизни онкологических больных, но и влияет на эффективность противоопухолевой терапии и в конечном итоге на прогноз заболевания. Наиболее частым проявлением неадаптивных копинг-стратегий является алкоголизация. Необходимо комплексное изучение копинг-стратегий при установлении диагноза "рак" для разработки методик коррекции, направленных на снижение уровня психологической дезадаптации.

**Ключевые слова:** рак, копинг, алкоголизм

S.V. Averyanova, L.Z. Velsher

THE ALCOHOLISM AS MANIFESTATION OF NON-ADAPTIVE COPING IN ONCOLOGICAL PATIENTS

The Railroad clinical hospital of the Railroads of Russia, 410004 Saratov, Russia  
The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia

- ♦ The choice of coping style at the first contact with oncological service determines the quality of life of oncological patients and impacts the effectiveness of anti-tumor therapy and ultimately the prognosis of disease. The alcoholization is the most frequent manifestation of non-adaptive coping strategies. The comprehensive study of coping strategies is needed to diagnose "the cancer" and further development of correction techniques targeting the decrease of the level of psychological deadaptation.

**Key words:** cancer, coping, alcoholism

При установлении диагноза "рак" человек сталкивается со сложными психологическими проблемами, предъявляющими повышенные требования к возможностям его адаптации. Переживания, связанные с установлением диагноза и лечением злокачественных новообразований, могут приводить к социально-психологической дезадаптации и как следствие к снижению эффективности лечения, в основном за счет нарушения комплаенса, а также к ухудшению качества жизни. Э. Кюблер-Росс [2] описала 5 фаз процесса, которые может пройти больной: нежелание знать и изоляция (пациент отказывается принять свою болезнь), гнев и отвергание, фаза переговоров (просьбы к врачам, попытки "договориться с судьбой"), депрессия, примирение с судьбой (считается, что только 2% больных проходят эту стадию). Вероятно, каждый онкологический пациент проходит большинство указанных фаз, но продолжительность каждой из них определяется индивидуально-психологическими и ситуационными факторами: преморбидным складом личности, защитными механизмами, стратегиями совладания с болезнью, жизненным опытом и др., а также клиническими проявлениями соматической патологии.

Для объяснения механизмов развития психических реакций на болезнь, как правило, используется понятие "копинг-стратегий". Под копинг-стратегиями понимают разные виды активности человека, направленные на преодоление стрессорного воздействия. В отличие от защитных реакций, которые не осознаваемы и направлены на устранение психологического дискомфорта, копинг-поведение может быть произвольным и выражается в активном преобразовании стрессовой ситуации, эмоциональной, когнитивной или смысловой сферы субъекта [3]. Е. Heim [15], изучая копинг-стратегии у онкологических пациентов, выделил 26 видов копинга, относящихся к когнитивной, эмоциональной либо поведенческой сфере. Автор разделил все копинг-стратегии на 3 основные группы по степени их адаптивных возможностей. Надежным критерием эффективного (адаптивного) копинга считают ослабление чувства уязвимости к стрессам.

Среди неадаптивных копинг-стратегий выделяют когнитивный, эмоциональный и поведенческий типы [7]. Неадаптивные копинг-стратегии когнитивного типа — это пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы с умышленной недооценкой неприятностей и игнорированием проблем. Эмоциональные копинг-стратегии характеризуются подавленным эмоциональным состоянием безнадежности, покорности и недопущением других чувств, а также переживанием злости и возложением вины на себя и других. Неадаптивные поведенческие копинг-стратегии предполагают избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Социально значимым проявлением неадаптивных копинг-стратегий являются суицидальное поведение и алкоголизация. Перечень исследований, посвященных этим вариантам неадаптивного поведения онкологических пациентов, ограничен. В работе F. Fang и соавт. [14] проанализированы данные Национального реестра Швеции касательно диагностики злокачественных новообразований и причин смерти. Целью анализа была оценка риска смерти в связи с суицидом и сердечно-сосудистой патоло-

гией у пациентов, у которых недавно установили диагноз злокачественного новообразования. В общенациональном исследовании, по данным более чем 6 млн человек, было показано, что у пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования повышен риск суицида и смерти от сердечно-сосудистых причин в течение первых недель после установления диагноза. Пиковый риск наблюдали у больных, у которых был установлен диагноз злокачественной опухоли с плохим прогнозом, и это нельзя было объяснить ранее имевшимся у пациентов психическим или кардиологическим заболеванием. Несмотря на то что частота суицидов и кардиоваскулярных катастроф снижалась с течением времени, они оставались значимыми причинами смерти пациентов, у которых диагностировали онкологическое заболевание на всем протяжении исследования. Также было показано, что сам по себе диагноз злокачественного новообразования, хотя и в разной степени, связан со значительными рисками для здоровья как у мужчин, так и у женщин. Вариабельность риска суицида и смерти от сердечно-сосудистых причин у пациентов с опухолями различных локализаций похожа, но наибольшие значения отмечены у больных с агрессивными злокачественными образованиями, а наименьшие — с опухолями кожи, за исключением меланом. В работе сделан акцент только на крайних исходах (смерть от сердечно-сосудистых причин и завершённый суицид) и не анализировались суицидальные попытки и несмертельные кардиоваскулярные события.

А.В. Гнездилов [1] подчеркивает, что «у людей, отказавшихся от операции, после того как они осознали свой онкологический диагноз, последствия калечащей операции, инвалидность, отсутствие гарантий рецидива, отказ от лечения можно трактовать как "пассивный суицид"». С эмоциональной нагрузкой связывает он и кардиоваскулярные события у больных, считая, что своевременная диагностика психогенных реакций, которые подавляются и скрываются больными, может существенно снизить частоту сердечно-сосудистых катастроф.

По мнению некоторых авторов, основной причиной низкой частоты встречаемости другого варианта неадаптивного копинга — алкоголизма и наркомании — у больных раком является гиподиагностика [5, 18]. Другие исследователи вводят понятие "химический копинг", понимая под ним использование лекарственных средств и зависимость от них при совладании со стрессом, и считают, что необходимы исследования, уточняющие роль алкоголя и наркотиков в копинг-стратегиях у больных раком [6].

Т. Kostaros и соавт. [16] пытались найти связь между употреблением алкоголя, чувством безнадежности и риском развития рака легких. Авторы не обнаружили достоверной связи между алкогольной зависимостью и безнадежностью, тем не менее они считают, что более выраженная алкогольная зависимость отмечается у пациентов с негативным отношением к будущему. Требуются дальнейшие исследования, чтобы уточнить роль употребления алкоголя в качестве попытки облегчения болезненных психологических симптомов, сопровождающих диагноз "рак". Н. Parsons и соавт. [19] изучали распространенность алкогольной зависимости у онкологических пациентов, получающих паллиативную помощь. Обнаружено, что алкоголизм часто встречается у больных, получающих паллиативную помощь, и это связано с выраженными клиническими проявлениями рака.

При встрече со стрессом одинаковой силы человек избирает один и тот же копинговый стиль и редко меняет его в течение жизни. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем до обнаружения раковой опухоли, нередко продолжают употреблять его во время лечения и после него. Опубликованные исследования показывают, что 34—57% пациентов продолжают употреблять алкоголь после установления диагноза "рак" [8, 12, 20]. Эти показатели, однако, могут быть занижены, так как основаны только на опросах пациентов. М. Martin и соавт. [17] обнаружили, что добавление опросника CAGE (Скрининговая методика оценки хронической алкогольной интоксикации) к обычной в практике процедуре сбора анамнеза увеличивает частоту выявления больных хроническим алкоголизмом среди больных раком верхних дыхательных путей с 16% до 64%.

Алкоголизм негативно влияет на результаты лечения рака. Во время и после хирургического вмешательства и/или лучевой терапии у пациентов, которые продолжали употребление алкоголя, установлен более высокий риск осложнений, рецидива рака, выживаемость также была заметно ниже [10, 13]. Алкоголизм до установления диагноза рака связан с повышенным риском смерти в течение 5 лет после этого [10]. Рецидив рака верхних дыхательных путей после лечения первичной опухоли связан с длительностью и тяжестью алкоголизма у пациента до установления диагноза [9, 21]. К. До и соавт. [12] обнаружили, что риск возникновения второй первичной опухоли был на 50% выше у пациентов, которые продолжали употреблять более 14 порций алкоголя в неделю после первичного лечения даже с учетом поправки на статус курения. После учета влияния возраста при установлении диагноза и стадии рака употребление алкоголя оказалось независимым предиктором развития второй первичной опухоли. В многоцентровом европейском исследовании у 876 пациентов мужского пола с раком гортани и гортаноглотки, продолжавших употреблять алкоголь, было отмечено, что риск развития второй первичной опухоли у них возрастал более чем в 3 раза [11].

А.Н. Узлов и соавт. [4] изучали качество жизни больных алкоголизмом с помощью факторного анализа [4]. У больных алкоголизмом с высоким уровнем удовлетворенности жизнью выделено 2 значимых фактора — "социальной включенности" и "дефицита положительных эмоций". В группе со средним уровнем удовлетворенности был один значимый фактор — "удержания на плаву", алкоголь использовался как средство редукации психоэмоционального напряжения. У злоупотребляющих алкоголем больных с низким уровнем удовлетворенности жизнью выявлено 2 значимых фактора — "псевдовыживания", когда алкоголизация становится ведущим мотивом деятельности, и "безысходности", когда происходят деградация поведенческих

стратегий и личностно-средовых ресурсов, распад сетей социальной поддержки, подавление стратегий ее поиска и снижение восприятия, уменьшение личностного контроля над собственным поведением и средой.

Вполне возможно, что именно эти факторы объясняют и психологическую дезадаптацию онкологических больных, проявляющуюся в алкоголизации, суицидах, нарушениях комплаенса в процессе лечения. Этот вопрос требует дальнейших исследований. Необходимо комплексное изучение копинг-стратегий при первом контакте пациента с онкологической службой. На основании полученных данных возможна разработка методик коррекции, направленных на снижение уровня психологической дезадаптации, что в итоге позволит повысить эффективность специфического лечения, улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь; 2002.
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: Пер. с англ. Киев: София; 2001.
3. Перре М., Лаïреïтеп Р., Бауман У. Стресс и копинг как факторы влияния. Клиническая психология. СПб.; 2002.
4. Узлов А.Н., Узлов Н.Д., Шингоф Е.В. В кн.: Всероссийская научно-практическая конференция по клинической психологии: Тезисы докладов. Пермь; 2007: 85—7.
5. Bruera E., Moyano J., Seifert L. et al. J. Pain Symptom Manag. 1995; 10 (8): 599—603.
6. Bruera E., Snarez-Almazor M. Palliat. Med. 1998; 12 (5): 315—6.
7. Conway V.I., Terry D.J. Austral. J. Psychol. 1992; 44 (1): 1—7.
8. Christensen A.J., Moran P.J., Ehlers S.L. et al. J. Behav. Med. 1995; 22: 407—18.
9. Day Q.L., Blot W.J., Shore R.E. J. Natl. Cancer Inst. 1994; 86: 131—7.
10. Deleyrarnis F.W.B., Thomas D.B., Vaughan T.L. et al. J. Natl. Cancer Inst. 1996; 88: 542—9.
11. Dikshit R.P., Boffetta P., Bouchardey C. et al. Cancer. 2005; 103: 2326—33.
12. Do K., Johnson M.M., Doherty D.A. et al. Cancer Causes Control. 2003; 14: 131—8.
13. Falk R., Pickle L., Brown L. et al. Cancer Res. 1989; 49: 4024—9.
14. Fang F., Fall K., Mittleman M.A. et al. N. Engl. J. Med. 2012; 366: 1310—8.
15. Heim E. Psychoter., Psuchosom., Med. Psychol. 1988; 1: 8—18.
16. Kostaras T., Tselebis A., Bratis D. et al. Encephalos. 2011; 48 (3): 103—7.
17. Martin M.J., Heymann C., Neumann T. et al. Alcoholism: Clin. Exp. Res. 2002; 26: 836—40.
18. Moore R.D., Bone L.P., Geller G. et al. J.A.M.A. 1989; 261: 403—7.
19. Parsons H.A., Delgado-Gury M.O., El Ostra B. et al. J. Palliat. Med. 2008; 11 (7): 964—8.
20. Vander Ark W., Di Nardo L.J., Oliver D.S. Laryngoscope. 1997; 107: 882—92.
21. Wynder E.L., Mushinski M.H., Spivak J.C. Cancer. 1977; 40: 1872—8.

Поступила 15.01.13