

Г.М. Кожина<sup>1</sup>, М.В. Маркова<sup>1</sup>, І.Р. Мухаровська<sup>2</sup>

## Концептуальні засади психологічної підтримки членів сім'ї паліативних пацієнтів

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, Україна

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.2(4):62-66; doi 10.15574/IJRP.2016.02.62

У статті показано, що члени сім'ї інкурабельного онкологічного хворого, які здійснюють догляд, переживають виразний психологічний стрес та потребують медико-психологічної допомоги. У родичів онкологічних пацієнтів внаслідок стресової ситуації, пов'язаної з хворобою близької людини, формується широкий спектр психологічних дезадаптивних станів. Члени родини пацієнтів, які лікувалися на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру, мали змогу отримувати консультативну допомогу та відвідувати психокорекційні сесії, як на етапі стаціонарного лікування хворого, так і у періоді «після втрати близької людини» (до 1 року). Надання медико-психологічної допомоги родичам інкурабельних онкохворих дозволило зменшити психоемоційне напруження (81,3%), покращити міжособистісні стосунки (70,8%) та гармонізувати стосунки у родині (76,3%), наблизити зміст та характер переживань до «нормальної реакції горя» (79,7%). Комплексна медико-психологічна паліативна допомога включає допомогу пацієнту та його родині, медичному персоналу та самому спеціалісту із психічного здоров'я, оскільки вони є взаємопов'язаною цілісною системою.

**Ключові слова:** паліативна допомога, психологічна допомога, онкологічне захворювання, інкурабельні онкологічні пацієнти, родина пацієнта.

### Вступ

Онкологічне захворювання вражає не лише пацієнта, але і його найближче оточення — родину [1–3,8]. Прогресування захворювання супроводжується зниженням працездатності та здатності до самообслуговування, що зумовлює потребу у сторонній допомозі та догляді. Члени родини, які здійснюють догляд, грають важливу роль у підтримці хворого [4]. Це ставить перед сім'єю значні вимоги, у зв'язку з чим рівень стресу та дистресу серед доглядаючих родичів є високим [4,6,10,11]. У 13–22% членів сімей, що здійснюють догляд за онкологічними хворими, порушення у психічній сфері досягають клінічно значущого рівня та включають депресивні і тривожні розлади [1,8]. У родичів онкологічних пацієнтів у зв'язку зі стресовою ситуацією, пов'язаною з хворобою близької людини, формується широкий спектр психологічних дезадаптивних станів [3].

На значення родини та стосунків у сім'ї, їх вплив на динаміку психоемоційного стану пацієнтів вперше звернули увагу при роботі з хворими психіатричного профілю. У подальшому акцент був зміщений на дослідження впливу хвороби члена сім'ї на функціону-

вання родини, психодіагностику змін внутрішньосімейних відносин та факторів, які на це впливають, визначення пріоритетних напрямів психопрофілактики серед членів родини та надання їм психосоціальної та медико-психологічної допомоги. Психологічна допомога родині онкологічного хворого включає оцінку психологічного статусу сім'ї, дистресу, потреб родини, якості життя доглядаючих родичів, особливостей реагування родичів на важке захворювання та його впливу на сімейне функціонування, а також підтримку під час переживання втрати та горювання [5,7,9].

**Метою** роботи було вивчити закономірності формування дезадаптивних станів у членів сімей інкурабельних онкологічних хворих.

### Матеріали та методи

Дослідження проводилося на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру. На основі інформованої згоди було обстежено 150 членів сімей інкурабельних онкологічних пацієнтів, які безпосередньо брали участь у догляді за хворим. До групи 1 (n=91) увійшли члени родини, які мали клінічно значущі (за критеріями

МКХ-10, шифр F43.2) прояви дезадаптації, до групи 2 ( $n=59$ ) було віднесено членів родини, у яких форма, зміст та важкість симптомів за МКХ-10 відповідали критеріям культурально обумовленої «нормальної реакції горя» із ситуативно обумовленими моносимптомами ( $Z\ 71.9$  або  $Z\ 73.3$ ).

Для визначення актуального психоемоційного стану були застосовані запитальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90r та шкала психосоціального стресу Л. Рідера, методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Хомлса–Рей. Інтрапсихічні та поведінкові патерни родичів досліджували за допомогою методики визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда–Г. Шмішека, запитальника MMPI, методики діагностики індексу життєвого стилю Плутчика–Келлермана–Конте (Life Style Index), методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копінгу».

Мотивація догляду вивчалась за допомогою шкали сумлінності для встановлення відчуття обов'язку, методики вимірювання почуття провини, як стану та особистісної риси PGI, шкали любові і симпатії З. Рубіна.

Визначення особливостей сімейної взаємодії у родині проводилося за шкалою сімейної адаптації і згуртованості FACES-3, методики «Сімейна соціограма».

## Результати дослідження та їх обговорення

Стан психологічної дезадаптації родичів інкурабельних онкологічних хворих супроводжувався високим стресовим навантаженням та пороговою опірністю стресу ( $241,1 \pm 8,01$  та  $160,8 \pm 10,17$  бала у родичів групи 1 та 2 відповідно,  $p < 0,001$ ), середнім або високим рівнем психосоціального стресу ( $1,35 \pm 0,04$  бала у групі 1 та  $1,0 \pm 0,05$  бала у групі 2,  $p < 0,001$ ), характеризувався високим рівнем психічного дистресу ( $GSI - 0,81 \pm 0,04$  бала у групі 1 та  $0,28 \pm 0,02$  бала у групі 2,  $p < 0,001$ ) та його високою інтенсивністю ( $PSDI$  у групі 1 –  $1,75 \pm 0,05$  бала, у групі 2 –  $1,33 \pm 0,03$  бала,  $p < 0,001$ ) з тенденцією до перебільшення значущості симптому.

Серед членів родини 1-ї групи були виявлені значно вищі показники виразності психопатологічної симптоматики, ніж у родичів 2-ї групи, за шкалами соматизації, obsесивності-компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, паранояльних тенденцій, психотизму ( $p < 0,001$ ).

На основі аналізу даних за методикою MMPI у родичів обох груп було виявлено виразне підвищення на шкалах «невротичної тріади», як домінуючого інтрапсихічного механізму боротьби з «фрустраційною тривоною», психастенічні риси, схильність до соматизації тривоги у родичів з групи 1.

Аналіз виразності та структури акцентуацій характеру серед членів родини інкурабельних онкохворих вказував на більшу питому вагу осіб з акцентуаціями за збудливим ( $p < 0,01$ ), циклотимним типом ( $p < 0,01$ ), демонстративним ( $p = 0,64$ ), дистимним ( $p < 0,05$ ) та тривожним типами ( $p < 0,05$ ), з більшою виразністю рівня акцентуації у родичів групи 1 порівняно з групою 2. У групі 2 була більшою кількість осіб з емотивною ( $p < 0,05$ ) та гіпертимною акцентуаціями ( $p < 0,01$ ).

Дослідження психологічних механізмів захисту та відповідних їм диспозицій виявило, що серед членів родини групи 1 була більшою кількість осіб з домінуючими агресивною ( $p < 0,001$ ), пасивною ( $p < 0,01$ ), параноїдальною ( $p < 0,05$ ) та диспозицією психопатії ( $p < 0,001$ ), а також субдомінантною депресивною ( $p < 0,05$ ), тоді як серед родичів групи 2 домінуючими визначено диспозиції сенситивності та манії ( $p < 0,05$ ).

Серед родичів з групи 1 було більше осіб, що використовували, як домінуючі, стратегії, спрямовані на емоції та уникнення ( $p < 0,01$  та  $p < 0,05$ ), тоді як у родичів з групи 2 – на соціальне відволікання ( $p < 0,05$ ).

На основі аналізу отриманих даних було визначено деструктивні та стабілізуючі інтрапсихічні та поведінкові патерни членів родини інкурабельних онкохворих та їх взаємозв'язок в аспекті формування дезадаптації у родича. Деструктивними патернами у родичів визначені підвищення на шкалах «невротичної тріади», психастенічні риси, схильність до соматизації тривоги, демонстративний, збудливий, тривожний, дистимний та циклотимний типи акцентуацій характеру, домінуючі агресивна, пасивна, психопатична, параноїдальна та субдомінуюча депресивна диспозиції, спрямованість стратегій стрес-долаючої поведінки на емоційне реагування та уникнення; стабілізуючими – відсутність виразних піків профілю MMPI, емотивний та гіпертимний типи акцентуації характеру, диспозиції сенситивності та манії, спрямованість стрес-долаючої поведінки на соціальне відволікання.

Аналіз основних мотивуючих факторів поведінки (почуття провини, любов та обов'язок) родичів на завершальній стадії розвитку онкологічного захворювання у хворого виявив, що у подружжів обох груп емоційні стосунки в родині характеризувалися розумінням, турботою, повагою один до одного, сприйняттям партнера як такого, що мав схожі життєві цінності, відчуття спільності ( $44,64 \pm 0,74$  та  $46,42 \pm 1,26$  бала у групах 1 та 2). Стосунки в родині проявлялися любов'ю та симпатією в однаковому ступені (шкала любові –  $23,0 \pm 0,39$  та  $23,79 \pm 0,56$  бала і шкала симпатії  $21,6 \pm 0,42$  та  $22,58 \pm 0,76$  бала у групах 1 та 2, відповідно). Суттєвої різниці у ставленні до соціальних норм та етичних вимог, а отже, і почуття обов'язку, між групами не виявлено ( $6,97 \pm 0,23$

## Паліативна та хоспісна допомога в онкології

та  $6,53 \pm 0,31$  бала у групах 1 та 2). Так, переживання почуття провини як актуального (поточного) стану (G-state) у родичів з групи 1 було вищим порівняно з членами родини групи 2 ( $4,27 \pm 0,21$  та  $3,28 \pm 0,14$  бала,  $p < 0,001$ ), тоді як за генералізованою Я-концепцією (G-trait) – суттєво не відрізнялися ( $5,15 \pm 0,17$  та  $5,35 \pm 0,29$  бала). Інтенсивність переживання почуття провини була також більшою у членів родини групи 1, що вказувало на вищий рівень переживання, ніж зазвичай ( $9,01 \pm 0,24$  та  $7,7 \pm 0,3$  бала,  $p < 0,001$ ).

Таким чином, основною відмінністю між групами родичів було переживання поточного інтенсивного почуття провини у членів сім'ї групи 1, пов'язаного з тяжким захворюванням пацієнта. Неадекватне за інтенсивністю почуття провини у членів сім'ї хворого було одним із базових психотравмуючих чинників, як на етапі стаціонарного лікування, так і після втрати близької людини.

Було виявлено ряд відмінностей у сімейному функціонуванні родини онкохворого в термінальній стадії захворювання. Серед подружжів підгрупи 1 Б була більшою кількість родин з розрізненим та зчепленим рівнями згуртованості ( $14,3 \pm 3,5\%$  і  $6,1 \pm 2,4\%$  та  $30,9 \pm 4,6\%$  і  $12,1 \pm 3,3\%$ ), на відміну від підгрупи 2 Б, де переважно спостерігалися родини зі зв'язаним рівнем згуртованості ( $26,2 \pm 4,4\%$  та  $48,5 \pm 5,0\%$ ).

У сім'ях з підгрупи 1 Б емоційний зв'язок між членами родини характеризувався дистанціюванням, або ж, навпаки, емоційною залежністю один від одного, «сімейні межі» були розмитими. Сім'ї з підгрупи 1 Б також вирізнялися меншою гнучкістю у стресових ситуаціях, переважали структурований ( $52,4 \pm 5,0\%$ ) та ригідний рівні адаптації ( $26,2 \pm 4,4\%$ ), тоді як серед родин з підгрупи 2 Б була більшою частка сімей із гнучким рівнем адаптації ( $45,5 \pm 5,0\%$ ). У сім'ях з підгрупи 1 Б відмічалися наявність одного незмінного лідера у родині, схильність до гіперконтролю поведінки в родині, жорсткість сімейних правил, чіткий розподіл ролей.

Аналіз «Сімейної соціограми» виявив, що родини з підгрупи 1 А вирізнялися наявністю проблем у міжособистісній взаємодії за рахунок порушення комунікації, формування залежних стосунків або, навпаки, дистанціюванням від інших, присутністю особистісного підґрунтя дезадаптації (занижена або завищена самооцінка, психологічна незрілість тощо). Таким чином, тип сімейної системи та характер взаємовідносин у родині впливав на ступінь адаптації сім'ї до стресової ситуації.

На основі аналізу взаємодії між хворими, членами їхньої родини, медичним персоналом та спеціалістом з психічного здоров'я було виділено чотири основні типи їх взаємодії.

Оптимальний тип взаємодії – «співробітництво» – характеризувався включеністю у процес усіх чотирьох учасників комунікації, наявністю спільного поля взаємодії та зворотного зв'язку між ними, відкритістю, готовністю до діалогу та обговорення актуальних проблем, толерантністю, що сприяло адаптації до ситуації. Тип «протистояння» проявлявся відсутністю спільного поля взаємодії між родичем і пацієнтом та лікувальною командою (медичним персоналом та психологом), напруженістю стосунків та частими конфліктними ситуаціями між даними групами, інтенсивними емоційними реакціями в учасників з обох боків. У випадку формування типів взаємодії «психологічна дезадаптація родича» або «психологічна дезадаптація пацієнта», відповідно, відбувалося порушення спілкування у вигляді односторонніх інтеракцій та відсутності зворотного зв'язку у дезадаптованої особи, ізоляції, закритості комунікації, відкидання «небажаної» інформації. Вищеописаний характер стосунків безпосередньо позначався як на психоемоційному стані всіх учасників, так і на якості надання медичної та психологічної допомоги.

Мішенями медико-психологічної допомоги для родини хворого встановлені:

- низька стресостійкість та високий рівень психосоціального стресу;
- психопатологічна симптоматика у вигляді «соматизації», афективних та невротичних симптомів;
- неадекватне почуття провини;
- дезадаптивні інтрапсихічні патерни;
- неадаптивні стратегії стрес-долаючої поведінки;
- симптоми дисфункціонування родини;
- розвиток специфічних страхів (канцерофобія);
- труднощі комунікації з пацієнтом з приводу діагнозу та прогнозу;
- пояснення факту смерті «вразливим членам родини»;
- нерозуміння або дефіцит інформації стосовно соматичних та психічних симптомів хвороби пацієнта;
- зміна соціальної активності, конфлікт інтересів «хворий/родич».

Члени родини мали змогу отримувати консультативну допомогу та відвідувати психокорекційні сесії як на етапі стаціонарного лікування хворого, так і у періоді «після втрати» (до 1 року). Більш важкий та тривалий характер переживань родичів з групи 1 здебільшого (82%) потребував проведення психокорекційних сесій, як на стаціонарному етапі, так і «після втрати», тоді як з членами родини групи 2 проводилася психоосвіта та психологічне консультування.

Психоосвітні заходи для родичів містили інформацію щодо змін у фізичному та психічному стані

хворого на завершальній стадії хвороби; потреб хворого на термінальній стадії захворювання; психологічного стану родини інкурабельного онкохворого; наркотичного знеболення, впливу на психіку; психічних розладів у онкохворих на термінальній стадії хвороби; спілкування з хворим; саморегуляції психічного стану, індивідуальних особливостей та поведінкових патернів.

Алгоритм проведення психокорекції включав оцінку ризику розвитку дезадаптивного стану, визначення мішеней психокорекції та оцінку умов та факторів впливу на процес проведення психокорекції, складання індивідуальної програми психокорекції та її реалізацію на етапі стаціонарної паліативної допомоги та «після втрати», з подальшою оцінкою ефективності психокорекційних заходів.

### Література

1. Васильева А. Ю. Особенности коррекции непсихотических расстройств психики у лиц, осуществляющих уход за больными, страдающими онкологической патологией / А. Ю. Васильева // Психичне здоров'я. — 2009. — № 3—4 (24—25). — С. 16—19.
2. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — С. 139—146.
3. Кужель І. Р. Особливості надання медико-психологічної допомоги родичам інкурабельних онкологічних хворих / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т 15, № 3 (56). — С. 92—99.
4. Cognitive behavioral therapies for informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis / M. S. O'Toole, R. Zachariae, M. E. Renna [et al.] // Psychooncology. — 2016. — Vol. 5. — P. 233—240.
5. Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care / T. Leroy, E. Fournier, N. Penel [et al.] // Psychooncology. — 2015. — Vol. 3. — P. 325—328.
6. McLean S. The intensity of caregiving is a more important predictor of adverse bereavement outcomes for adult-child than spousal caregivers of patients who die of cancer / S. McLean, B. Gomes, I. J. Higginson // Psychooncology. — 2016. — Vol. 2. — P. 542—544.
7. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers / V. Sun, J. Y. Kim, T. L. Irish [et al.] // Psychooncology. — 2015. — Vol. 16. — P. 112—116.
8. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. — Oxford University press. — 2010. — 374 p.
9. Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement / Y. Kim, C. S. Carver, D. Spiegel [et al.] // Psychooncology. — 2015. — Vol. 3. — P. 23—25.
10. The effects on caregivers of cancer patients' needs and family hardiness / A. Jeong, D. W. Shin, S. Y. Kim [et al.] // Psychooncology. — 2016. — Vol. 25 (1). — P. 84—90.
11. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review / A. M. Finucane, J. Lugton, C. Kennedy [et al.] // Psychooncology. — 2016. — Vol. 1. — P. 412—416.

### Концептуальные основы психологической поддержки членов семьи паллиативных пациентов

А.М. Кожина<sup>1</sup>, М.В. Маркова<sup>1</sup>, И.Р. Мухаровская<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харковский национальный медицинский университет, Украина

<sup>2</sup>Харковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В статье показано, что члены семьи инкурабельного онкологического больного, которые ухаживают за ним, переживают выраженный психологический стресс и требуют медико-психологической помощи. У родственников онкологических пациентов в связи со стрессовой ситуацией, вызванной болезнью близкого человека, формируется широкий спектр психологических дезадаптивных состояний. Члены семьи пациентов, лечившихся на базе отделения паллиативной медицины Киевского городского клинического онкологического центра, могли получать консультативную помощь и посещать психокоррекционные

### Висновки

Поряд із паліативним пацієнтом члени сім'ї інкурабельного онкологічного хворого переживають виразний психологічний стрес та потребують медико-психологічної допомоги. Застосування медико-психологічної допомоги для родичів інкурабельних онкохворих дозволило зменшити психоемоційне напруження (81,3%), покращити міжособистісні відносини (70,8%) та гармонізувати стосунки у родині (76,3%), наблизити зміст та характер переживань до рамок «нормальної реакції горя» (79,7%).

Комплексна медико-психологічна паліативна допомога включає допомогу пацієнту, родині хворого, медичному персоналу та самому спеціалісту з психічного здоров'я, оскільки вони є взаємопов'язаною цілісною системою.



## Паліативна та хоспісна допомога в онкології

сессии, как на этапе стационарного лечения больного, так и в периоде «после потери близкого человека» (до 1 года). Оказание медико-психологической помощи родственникам инкурабельных онкобольных позволило уменьшить психоэмоциональное напряжение (81,3%), улучшить межличностные отношения (70,8%) и гармонизировать отношения в семье (76,3%), приблизить содержание и характер переживаний к «нормальной реакции горя» (79,7%). Комплексная медико-психологическая паллиативная помощь включает помощь пациенту и его семье, медицинскому персоналу и самому специалисту по психическому здоровью, так как они являются взаимосвязанной целостной системой.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, психологическая помощь, онкологическое заболевание, инкурабельные онкологические пациенты, семья пациента.

### Conceptual bases of psychological support for families of palliative patients

A.M. Kozhina<sup>1</sup>, M.V. Markova<sup>1</sup>, I.R. Mukharovskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kharkiv National Medical University, Ukraine

<sup>2</sup>Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

The article shows that family members of the incurable cancer patient who care for them, experiencing a pronounced psychological stress and require medical and psychological assistance. In family members of the cancer patients due to the stressful situation caused by the illness of a loved one, is formed by a wide range of psychological maladaptive states. Family members of patients treated on the basis of the palliative medicine department of the Kyiv City Clinical Cancer Center, could receive consulting assistance and attend psycho-corrective sessions, as at the stage of hospital treatment of the patient so at the period of «after the loss of a loved one» (during 1 year). Provision of medical and psychological care to relatives of incurable cancer patients allow reducing the psycho-emotional stress (81.3%), improve interpersonal relationships (70.8%) and to harmonize relations in the family (76.3%) and to approximate the content and nature of the stress to the «normal reaction on the grief» (79.7%). Comprehensive medical and psychological palliative care includes the treatment of the patient and his family, help to medical staff and to mental health specialist, as they are interconnected complete system.

**Key words:** palliative care, psychological support, oncological disease, incurable cancer patients, patient's family.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Кожина Ганна Михайлівна** — д.мед.н., проф., зав. каф. психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету. Адреса: м. Харків, пр. Науки 4.

**Маркова М.В.** — Харківський національний медичний університет. Адреса: м. Харків, пр. Науки 4.

**Мухаровська І.Р.** — Харківська медична академія післядипломної освіти. Адреса: м. Харків, вул. Амосова, 58.

Стаття надійшла до редакції 9.09.2016 р.

## НОВОСТИ

### Биомаркер в мозге указывает на наличие диабета и болезни Альцгеймера

В Государственном университете Айовы (Iowa State University) специалисты обнаружили, что фермент, который можно найти в жидкости вокруг мозга, отражает состояние человека, и чем выше концентрация этого фермента — аутоаксина — тем больше вероятность, что пациент страдает болезнью Альцгеймера и диабетом 2 типа. Руководитель работы Ауриэль Вилетт (Auriel Willette) пояснил, что целью его и его коллег было найти метаболические биомаркеры болезней как можно ближе к мозгу, настолько близко, насколько это возможно без биопсии тканей.

Исследователи заявили, что даже минимальные изменения в уровне аутоаксина — например, с 2 до 3 — увеличивают шансы получения диагноза «болезнь Альцгеймера» в 3,5-5 раз, а если говорить о диабете и преддиабетном состоянии — в 4 раза. ранее этой же научной группе удалось найти корреляцию между дегенерацией мозга и устойчивостью к инсулину, однако новый биомаркер за счет своей близости к мозгу дает значительно более точные результаты. Кроме того, высокий уровень аутоаксина также может быть связан и с ожирением.

По словам Ауриэля Вилетта, у людей с повышенной концентрацией аутоаксина в организме нервные клетки в височной и фронтальной долях меньше по размеру, во-первых, а во-вторых — самих этих нервных клеток меньше. В итоге такие люди значительно хуже справляются с тестами, что и показали исследования с участием 287 пациентов в возрасте от 56 до 89 лет.

Источник: [med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)