

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ

КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1», Харків

Виявлено фактори психічного дистресу, прояви та рівні психопатологічної симптоматики у батьків дітей із онкопатологією залежно від характеру процесу (добро- чи злоякісного) та гендеру на етапах первинної та повторної госпіталізацій онкохворої дитини до стаціонару. Психологічний стрес у батьків онкохворих дітей зумовлює необхідність організації та проведення заходів медико-психологічної допомоги.

Ключові слова: гендерні особливості, психопатологічні прояви, психічний дистрес, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога.

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків захворювання на 100 тисяч дитячого населення [1]. Виявлення онкологічної патології у дитини стає інтенсивним психологічним стресом для родини, особливо для батьків [2–4]. Це зумовлено складністю та різноплановістю проблем, із якими стикаються дитина та її сім'я [5]: емоційні виникають у дитячобатьківських, подружніх відносинах і стосунках у розширеній родині, функціональні стосуються професійних досягнень і самореалізації членів родини, можливостей сімейного відпочинку, перерозподілу функціональних ролей та обов'язків. З'являються проблеми, пов'язані зі взаємодією із соціумом, а саме — стигматизація й соціальна самоізоляція, виникають також фінансові труднощі у зв'язку з лікуванням.

Психологічний стрес у батьків виявляється в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах психічної діяльності й виражається у різноманітних психоемоційних реакціях і психопатологічній симптоматиці.

У цілому, під час лікування дитини у стаціонарі в батьків спостерігається дуже високий рівень тривожності, причому в матері він вищий, ніж у батька [2]. Для матерів характерні: наявність високої тривожності, негативне ставлення до себе, низьке самоприйняття, почуття провини, негативні емоції. У більшості матерів складається особливий стереотип ставлення до хворої дитини: неусвідомлене емоційне відкидання дитини поєднується з авторитарним контролем психічного і тілесного життя дитини з тенденцією до гіперопіки.

Багаторівневе та різнопланове вивчення особливостей психічного реагування батьків онкохворої дитини є ключем до розробки та організації дієвої медико-психологічної допомоги. Мета роботи — дослідження гендерних аспектів психічного здоров'я та психоемоційного стану батьків дітей із онкологічною патологією.

Для вивчення актуального психоемоційного стану, психологічних та психопатологічних проявів дистресу батьків, асоційованого з діагностуванням онкологічного захворювання у дитини та протипухлинним лікуванням, на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» м. Харкова на основі інформованої згоди проведено психологічне обстеження 339 родин, у дітей з 214 сімей (група 1, підгрупа 1а — жінки та підгрупа 1б — чоловіки) було встановлено діагноз злоякісного та у 125 — доброякісного новоутворення (група 2, підгрупа 2а — жінки та підгрупа 2б — чоловіки). У 86 дітей групи 1 та 53 групи 2 було заплановано хірургічне втручання.

Дослідження актуального психоемоційного стану батьків онкохворої дитини здійснювалося за допомогою опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-revised, SCL-90r) [6], методики діагностики самооцінки тривожності Спілбергера — Ханіна [7] та диференційної діагностики депресивних станів Зунге [7], тоді як вивчення змістовних аспектів стресової ситуації проводилося шляхом клініко-психологічного інтерв'ю.

Під час інтерв'ю усі батьки (100%) відзначили психотравматичність діагностування у власної дитини новоутворення незалежно від характеру — доброякісного чи злоякісного. Навіть визначення утворення як доброякісного не могло повністю нівелювати такі переживання батьків із групи 2 як: чи може утворення стати злоякісним, виникнути знову, чи вплине хвороба й лікування, в тому числі й оперативне, на подальший фізичний та психічний розвиток дитини, наявність страху щодо виникнення іншої невиліковної хвороби у дитини або інших членів родини.

Жінки були більш за чоловіків схильними до розкриття власних переживань, пов'язаних із захворюванням дитини. Проговорювання ситуації для матерів було одним із способів зниження

психоемоційного стресу, тоді як батьки намагалися орієнтуватися на діяльнісні аспекти. Спектр стресового досвіду в жінок відрізнявся від їхніх чоловіків. Це було обумовлено тим, що у періоді діагностики та під час перебування у лікувальному закладі поряд із хворою дитиною перебували саме матері, у обов'язки яких входила необхідність догляду за дитиною, тоді як батьки були змушені займатися фінансовими та соціальними проблемами.

Вітальна загроза провокувала появу переживань, пов'язаних із життєвими пріоритетами, цінностями, сенсом життя. Батьки з групи 1 реагували на ситуацію більш гостро. Описуючи період діагностики, батьки відзначали виникнення інтенсивних переживань, що на початку виражались у ненаправленому переживанні небезпеки та краху. Надалі зміст переживань ставав більш конкретним та відображав психологічні та психосоціальні труднощі, з якими стикаються батьки хворої дитини.

Одним із факторів, який впливав на психоемоційний стан батьків, був зміст призначеного лікування, який, у свою чергу, залежав від характеру патологічного процесу. Батьки з групи 1 та 2 переживали інтенсивний стрес, який на психоемоційному рівні виявлявся психопатологічною симптоматикою у вигляді проявів тривоги (табл. 1) та депресивного стану (табл. 2).

У жінок групи 1 незалежно від того, чи було заплановано оперативне втручання, призначено хіміотерапевтичне лікування, високий рівень особистісної тривожності виявлено у 26,7±4,4 та 29,7±4,6% опитуваних, тоді як у чоловіків цей показник становив 11,6±3,2 та 4,7±2,1% відповідно. Серед матерів із групи 2 високі рівні тривожності виявлено у 18,9±3,9% обстежених, дітям яких було

призначено оперативне лікування, та 26,4±4,4% жінок, у яких діти лікувалися терапевтичними методами. У чоловіків із групи 2 високий рівень особистісної тривожності спостерігався відповідно у 9,4±2,9 та 8,3±2,8% осіб. Таким чином, у чоловіків обох груп показники особистісної тривожності були нижчими, ніж у жінок.

Щодо ситуативної тривожності було отримано такі результати: високий рівень встановлено у 84,9±3,6% матерів і 34,9±4,8% батьків дітей із запланованим хірургічним втручанням та 93,8±2,4% матерів і 30,5±4,6% батьків хворих із лікувальним планом без операції. У групі 2 висока ситуативна тривожність була діагностована відповідно у 79,2±4,1 та 15,1±3,6% опитуваних підгрупи з оперативним втручанням і 80,6±4,0 та 9,7±3,0% — у підгрупі без нього. Отже, показники ситуативної тривожності як серед жінок, так і чоловіків були вищими порівняно з особистісною. Серед жінок переважала кількість осіб із високою ситуативною тривожністю порівняно з чоловіками. Серед батьків групи 1 кількість опитуваних із високою ситуативною тривожністю була більшою, ніж у групі 2, тоді як серед матерів значущих відмінностей не виявлено.

На відміну від батьків групи 2, у яких діагноз дитячого захворювання був сприятливий, опитовані групи 1 у цілому усвідомлювали тяжкість та необхідність тривалого лікування, що провокувало появу різноманітних психологічних реакцій, які мали потенційно вищий ризик трансформації у психічні порушення.

Істинний депресивний стан було виявлено лише у матерів дітей із групи 1: 9,3±2,9% жінок, дітям яких було призначено хірургічне лікування, та 12,5±3,3% — терапевтичне (табл. 2). В обох підгрупах групи 1 переважала кількість осіб із

Таблиця 1

Показники тривожності у батьків онкохворої дитини (%±m)

Рівень	Група 1, n = 214				Група 2, n = 125			
	ОВ, n = 86		без ОВ, n = 128		ОВ, n = 53		без ОВ, n = 72	
	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
Особистісна тривожність								
Н	19,8±4,0	47,7±5,0	21,1±4,1	43,8±5,0	26,4±4,4	58,5±4,9	22,2±4,2	50,0±5,0
С	53,5±5,0	40,7±4,9	49,2±5,0	51,6±5,0	54,7±5,0	32,1±4,7	51,4±5,0	41,7±4,9
В	26,7±4,4	11,6±3,2	29,7±4,6	4,7±2,1	18,9±3,9	9,4±2,9	26,4±4,4	8,3±2,8
Ситуативна тривожність								
Н	—	—	—	—	—	7,5±2,6	—	37,5±4,8
С	15,1±3,6	65,1±4,8	6,3±2,4	69,5±4,6	20,8±4,1	77,4±4,2	19,4±4,0	52,8±5,0
В	84,9±3,6	34,9±4,8	93,8±2,4	30,5±4,6	79,2±4,1	15,1±3,6	80,6±4,0	9,7±3,0

Примітка. ОВ — оперативне втручання, Н — низький, С — середній, В — високий, ж — жінки, ч — чоловіки. Те саме у табл. 2.

Таблиця 2

Показники депресивного стану в батьків онкохворої дитини (%±m)

Рівень	Група 1, n = 214				Група 2, n = 125			
	ОВ, n = 86		без ОВ, n = 128		ОВ, n = 53		без ОВ, n = 72	
	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч
Відсутній	—	—	—	—	9,4±2,9	71,7±4,5	75,0±4,3	90,3±3,0
ЛДС	58,1±4,9	88,4±3,2	50,8±5,0	87,5±3,3	71,7±4,5	28,3±4,5	20,8±4,1	9,7±3,0
СубДС	32,6±4,7	11,6±3,2	36,7±4,8	12,5±3,3	18,9±3,9	—	4,2±2,0	—
ІДС	9,3±2,9	—	12,5±3,3	—	—	—	—	—

Примітка. ЛДС — легкий депресивний стан, СубДС — субдепресивний стан, ІДС — істинний депресивний стан.

Таблиця 3

Вираженість психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90R серед батьків онкохворих дітей, (бал±m)

Шкали	Група 1, n = 214		Група 2, n = 125	
	підгрупа 1а, n = 214	підгрупа 1б, n = 214	підгрупа 2а, n = 125	підгрупа 2б, n = 125
Som	1,13±0,08	0,74±0,03	0,87±0,04	0,50±0,04
Anx	1,10±0,05	0,42±0,04	0,90±0,04	0,34±0,04
O-C	1,07±0,06	0,38±0,02	0,64±0,04	0,36±0,04
Add	1,05±0,06	0,68±0,04	0,75±0,05	0,70±0,02
Dep	0,96±0,06	0,44±0,02	0,61±0,02	0,40±0,02
Int	0,88±0,07	0,24±0,02	0,54±0,02	0,20±0,02
Phob	0,53±0,05	0,26±0,02	0,38±0,02	0,22±0,02
Hos	0,38±0,05	0,20±0,02	0,25±0,02	0,18±0,02
Par	0,31±0,06	0,17±0,02	0,22±0,02	0,14±0,04
Psy	0,17±0,05	0,12±0,02	0,10±0,02	0,12±0,02
GSI	0,76±0,04	0,37±0,04	0,53±0,02	0,32±0,04
PST	43,5±1,9	29,4±1,2	32,4±1,4	24,4±1,4
PSDI	1,58±0,04	1,17±0,02	1,47±0,02	1,18±0,02

Примітка. Som — соматизація; O-C — obsесивність-компульсивність; Int — міжособистісна сенситивність; Dep — депресія; Anx — тривожність; Hos — ворожість; Phob — фобічна тривожність; Par — паранояльні тенденції; Psy — психотизм; Add — додаткові скарги; GSI — загальний індекс тяжкості симптомів; PST — загальне число позитивних відповідей; PSDI — індекс поточного симптоматичного дистресу. Те саме на рис. 1, 2, у табл. 4.

субдепресивним станом — 32,6±4,7 і 36,7±4,8% порівняно з матерями групи 2 — відповідно 18,9±3,9 та 4,2±2,0% опитуваних. Для чоловіків були притаманні легкі депресивні стани 88,4±3,2 і 87,5±3,3% у групі 1 та стан без депресії у групі 2 — 71,7±4,5 і 90,3±3,0% осіб.

Таким чином, у жінок депресивний стан був більш вираженим, ніж у чоловіків, та у матерів групи 1 був вищим за інтенсивністю порівняно з опитуваними жінками групи 2.

Обстежені з вираженими депресивними проявами описували психічні та соматичні кореляти депресивного стану у вигляді гіпотимії, відчуття безнадії та краху планів, бажання усамітнитися, відсутності інтересу до будь-чого, скаржилися на

погіршення фізичного самопочуття, порушення сну та зниження апетиту, неможливість сконцентруватися, розгубленість.

Дослідження психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90r під час первинної госпіталізації онкохворої дитини до стаціонару виявило, що існувала значуща різниця у прояві симптомів за окремими шкалами та загальним рівнем прояву психопатологічних порушень серед батьків із груп 1 та 2, в тому числі між зазначеними показниками серед жінок і чоловіків (табл. 3).

Порівнюючи вираженість психопатологічних симптомів у жінок та чоловіків, було виявлено, що у батьків із групи 1 інтенсивність проявів була нижчою, ніж у матерів за всіма шкалами

($p > 0,001$), і групи 2 — за шкалами соматизації, тривоги, фобічної тривожності, депресії, obsесивності-компульсивності, міжособистісної сенситивності, ворожості та паранояльних тенденцій ($p > 0,001$), додаткових скарг — із $p > 0,05$. Не відзначено різниці лише у вираженості ознак психотизму (рис. 1, 2).

Прояви соматизації (Somatization) були одним із провідних психопатологічних симптомів у обстежуваних обох груп та відображали дистрес, що виникав на основі відчуття тілесної дисфункції. Більша інтенсивність соматизації спостерігалася у жінок порівняно з чоловіками ($1,13 \pm 0,08$ та $0,74 \pm 0,03$ бала в підгрупі 1а та підгрупі 1б і $0,87 \pm 0,04$ та $0,50 \pm 0,04$ бала у підгрупі 2а та підгрупі 2б), у матерів з групи 1 вона була найвищою. Прояви фізичних негараздів стосувалися симптомів реальних соматичних захворювань у зв'язку із загостренням хронічних хвороб на фоні стресової ситуації, а також власне тілесного відреагування психоемоційного стану. Скарги стосувались до порушень у роботі кардіоваскулярної, гастроінтестинальної та респіраторної систем, включали больовий синдром (головні болі), м'язове напруження тощо.

В обох групах були вираженими прояви obsесивності-компульсивності (Obsessive-Compulsive, у підгрупі 1а — $1,07 \pm 0,06$ бала, у підгрупі 1б — $0,38 \pm 0,02$ бала, у підгрупі 2а — $0,64 \pm 0,04$ бала та підгрупі 2б — $0,36 \pm 0,04$ бала), які виявлялися нав'язливими постійними думками про хворобу дитини, невдачі у лікуванні, прогресування онкологічного захворювання, сумнівами щодо обраної тактики лікування та правильності власних дій. У жінок прояви obsесивності-компульсивності були виражені більше, ніж у чоловіків, найбільш інтенсивними були у матерів групи 1.

Виразеними серед батьків були психопатологічні симптоми у вигляді тривожності (Anxiety), що виявлялися неспокоєм, нервозністю, внутрішнім напруженням, прискореним серцебиттям, спалахами безпричинного страху, посиленням рухової активності. Рівень тривоги в опитуваних матерів був більш вираженим порівняно з чоловіками та у батьків групи 1 вищим, ніж у групі 2 ($1,10 \pm 0,05$ і $0,42 \pm 0,04$ бала у підгрупах 1а та 1б; $0,90 \pm 0,04$ і $0,34 \pm 0,04$ бала у підгрупах 2а та 2б відповідно).

Більш вираженими у батьків групи 1 були симптоми депресивного характеру. У групі 1

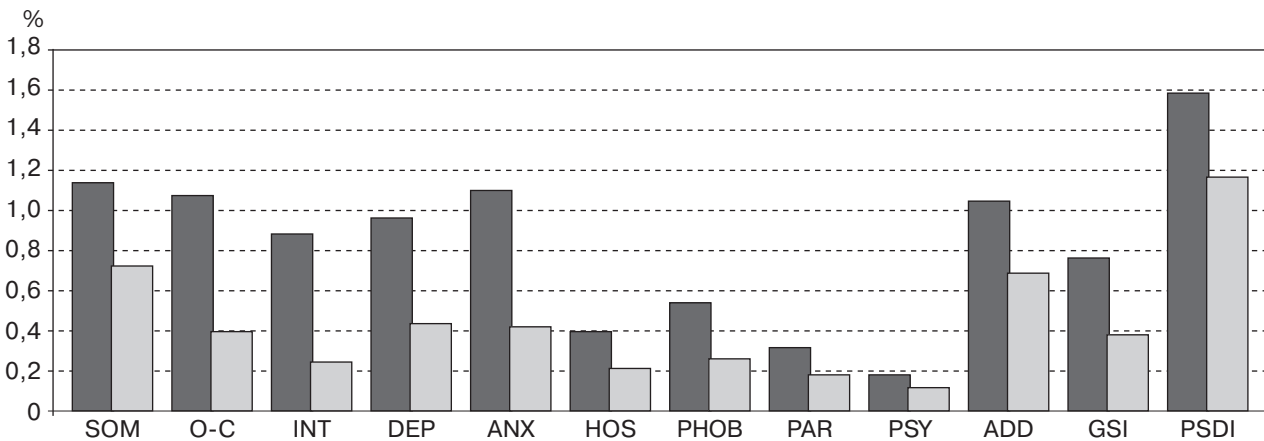


Рис. 1. Психопатологічні прояви в опитуваних групи 1: ■ — підгрупа 1а (жінки); □ — підгрупа 1б (чоловіки)

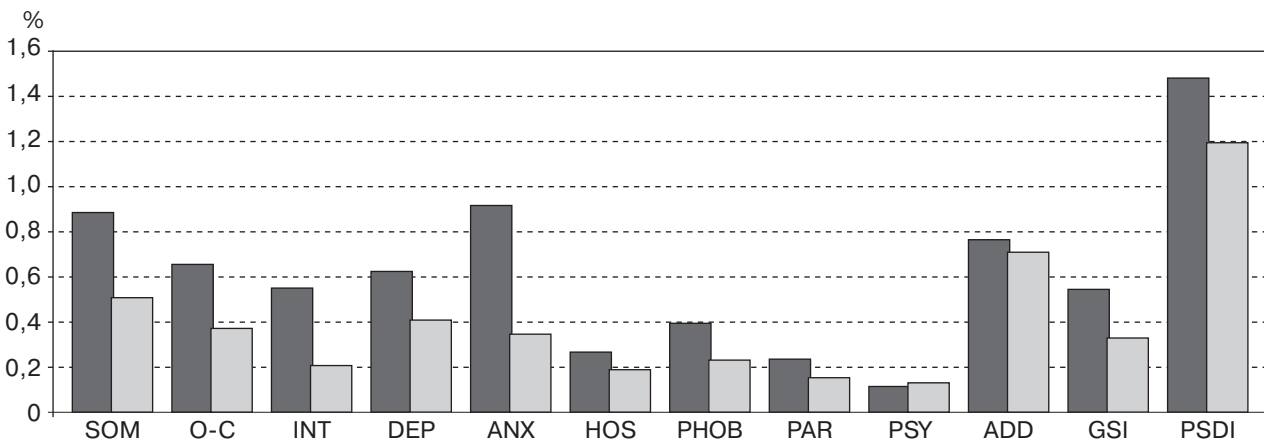


Рис. 2. Психопатологічні прояви в опитуваних групи 2: ■ — підгрупа 2а (жінки); □ — підгрупа 2б (чоловіки)

показник за шкалою депресії (Depression) серед жінок становив $0,96 \pm 0,06$ бала, чоловіків — $0,44 \pm 0,02$ бала, а в групі 2 — $0,61 \pm 0,02$ та $0,40 \pm 0,02$ бала відповідно. Депресивний стан характеризувався гіпотимією, втратою звичних інтересів, заборону на задоволення, зниженням життєвої енергії, концентрації уваги, підвищеною втомлюваністю, появою відчуття безвихідності, самозвинуваченнями, зниженням упевненості в собі.

В опитуваних обох груп були високими показники за шкалою додаткових запитань (ADD, підгрупа 1a — $1,05 \pm 0,06$ бала, підгрупа 1б — $0,68 \pm 0,04$ бала, підгрупа 2a — $0,75 \pm 0,05$ бала та підгрупа 2б — $0,70 \pm 0,02$ бала), що відображала неспецифічні прояви психічного дистресу, представлені внутрішніми переживаннями, які ще не набули визначеної форми конкретного розладу, однак при зростанні стресового навантаження потенційно могли трансформуватися у психопатологічні порушення. Найбільшої вираженості зазначені прояви набули у матерів із групи 1.

Симптоми міжособистісної сенситивності (Interpersonal Sensitivity) були значно більш вираженими у жінок (підгрупа 1a $0,88 \pm 0,07$ та підгрупа 2a — $0,54 \pm 0,02$ бала) порівняно з чоловіками (підгрупа 1б — $0,24 \pm 0,02$ бала та підгрупа 2б — $0,20 \pm 0,02$ бала). Міжособистісна сенситивність виражалася у самозвинуваченнях, занепокоєнні, дискомфорті під час міжособистісної взаємодії, почутті особистісної неадекватності та неповноцінності порівняно з іншими людьми, негативними очікуваннями щодо комунікацій із оточуючими, в тому числі медичним персоналом, підвищеної чутливості до дій та висловлювань інших, відчуття, що вони не розуміють чи не співчують або ставляться недружелюбно до них.

Менш вираженими порівняно з іншими психопатологічними проявами серед опитуваних були показники ворожості (Hostility) (підгрупи 1a і 1б — $0,38 \pm 0,05$ та $0,20 \pm 0,02$ бала, 2a та 2б — $0,25 \pm 0,02$ і $0,18 \pm 0,02$ бала відповідно). Однак у жінок із групи 1 показники ворожості були найвищими порівняно з опитуваними групи 2. Ворожість характеризувалася афективним станом злості, легко виникаючої досади або роздратування, спалахів гніву.

Рівні параноїдальних проявів (Paranoid Ideation) серед опитуваних були такі: підгрупа 1a та підгрупа 1б — $0,31 \pm 0,06$ і $0,17 \pm 0,02$ бала, підгрупа 2a та підгрупа 2б — $0,22 \pm 0,02$ і $0,14 \pm 0,04$ бала відповідно, тобто, подібно до симптомів ворожості, не були особливо вираженими. При порівнянні підгруп найбільшої інтенсивності вони досягали у підгрупі 1a (матерів дітей зі злостивими новоутвореннями). Параноїдальна симптоматика виражалася у недовірі до людей, звинуваченнях інших

у неприємностях, в тому числі хворобі дитини, відчуттях, що інші спостерігають або недоброчливо відгукуються про обстежуваного. Подібна поведінка виникала внаслідок порушення мислення з проекцією думок, ворожістю, підозрілістю, страхом втрати незалежності, ілюзіями. Для батьків хворої дитини з високими показниками за цією шкалою було притаманним поступове вибудовування власної суб'єктивної концепції захворювання, його причин, перебігу.

Психотизм (Psychoticism) характеризувався замкненим стилем життя, дистанціюванням від оточення, почуттям самотності навіть у присутності інших людей, думками про наявну ситуацію як про покарання за гріхи. У цілому, серед обстежуваних обох груп рівень психотизму був низьким (підгрупа 1a — $0,17 \pm 0,05$ бала, підгрупа 1б — $0,12 \pm 0,02$ бала, підгрупа 2a — $0,10 \pm 0,02$ бала та підгрупа 2б — $0,12 \pm 0,02$ бала).

Порушення у вигляді фобічної тривожності (Phobic Anxiety) виражалися у потребі уникати місць чи дій, пов'язаних із відчуттям небезпеки, спостерігались знервованість та страх знепритомніти на людях. Рівень прояву зазначених симптомів був вищим у жінок, особливо в підгрупі 1a, порівняно з чоловіками (підгрупа 1a — $0,53 \pm 0,05$ бала та $0,26 \pm 0,02$ бала у підгрупі 1б, а також $0,38 \pm 0,02$ бала у підгрупі 2a і $0,22 \pm 0,02$ бала у підгрупі 2б).

За інтегральними показниками було отримано такі результати. Рівень психічного дистресу в чоловіків був нижчим порівняно з жінками, вищим у батьків із групи 1 порівняно з обстежуваними групи 2 ($0,37 \pm 0,04$ та $0,32 \pm 0,04$ бала, $p > 0,05$). Також були виявлені відмінності у широті діапазону симптоматики (PST): матері у групі 1 дали позитивні відповіді на $43,5 \pm 1,9$ запитання опитувальника порівняно з $32,4 \pm 1,4$ відповіді у жінок групи 2. Більшу кількість симптомів виявлено й у чоловіків із групи 1 — $29,4 \pm 1,2$ відповіді на відміну від групи 2 — $24,4 \pm 1,2$.

Рівень поточного симптоматичного дистресу (PSDI) був високим у матерів обох груп із показниками $1,58 \pm 0,04$ бала у жінок групи 1 та $1,47 \pm 0,02$ — групи 2 і свідчив про схильність опитуваних до перебільшення інтенсивності проявів. У чоловіків симптоматичний дистрес був нижчим, ніж у жінок: відповідно $1,17 \pm 0,02$ та $1,18 \pm 0,02$ бала в групах 1 та 2.

За допомогою опитувальника SCL-90r також було проведено вивчення психопатологічної симптоматики серед батьків дітей зі злостивими новоутвореннями на момент первинної госпіталізації та вдруге — під час повторного курсу протипухлинного лікування у стаціонарі (табл. 4).

На основі аналізу середніх показників у опитуваних жінок виявлено зростання інтенсивності

Психопатологічна симптоматика за SCL-90r серед батьків онкохворих дітей зі злякисними новоутвореннями під час первинної та повторної госпіталізації, бал±m

Шкали	Жінки, n = 214		Чоловіки, n = 214	
	первинна госпіталізація	повторна госпіталізація	первинна госпіталізація	повторна госпіталізація
Som	1,13±0,08*	1,09±0,08*	0,74±0,03	0,88±0,03
Anx	1,10±0,05	1,02±0,04	0,42±0,04*	0,43±0,04*
O-C	1,07±0,06*	1,05±0,06*	0,38±0,02	0,42±0,04
Add	1,05±0,06	1,0±0,06	0,68±0,04	0,84±0,04
Dep	0,96±0,06	1,02±0,06	0,44±0,02	0,68±0,02
Int	0,88±0,07*	0,90±0,06*	0,24±0,02	0,32±0,04
Phob	0,53±0,05	0,58±0,05	0,26±0,02	0,34±0,02
Hos	0,38±0,05	0,43±0,05	0,20±0,02	0,29±0,04
Par	0,31±0,06	0,36±0,05	0,17±0,02	0,26±0,04
Psy	0,17±0,05	0,22±0,05	0,12±0,02	0,16±0,04
GSI	0,76±0,04	0,80±0,04	0,37±0,04	0,45±0,04
PST	43,5±1,9	41,10±1,6	29,4±1,2	35,5±1,2
PSDI	1,58±0,04	1,68±0,04	1,17±0,02	1,29±0,02

Примітка. Значущість різниці між показниками за всіма шкалами у жінок становила $p > 0,05$, окрім шкал O-C, Int і Som*, та у чоловіків — Anx*.

психопатологічних симптомів при повторній госпіталізації дитини за шкалами депресії (0,96±0,06 та 1,02±0,06 бала), фобічної тривожності (0,53±0,05 та 0,58±0,05 бала), ворожості (0,38±0,05 та 0,43±0,05 бала), паранояльних тенденцій (0,31±0,06 та 0,36±0,05 бала) і психотизму (0,17±0,05 та 0,22±0,05 бала), $p > 0,05$; зменшення вираженості психопатологічної симптоматики за шкалами тривожності (1,10±0,05 та 1,02±0,04 бала) та додаткових скарг (1,05±0,06 та 1,0±0,06 бала), $p > 0,05$; відсутність суттєвої різниці для показників соматизації, obsесивності-компульсивності та міжособистісної сензитивності.

У чоловіків спостерігалось підвищення показників за шкалами соматизації (0,74±0,03 та 0,88±0,03 бала), obsесивності-компульсивності (0,38±0,02 та 0,42±0,04 бала), додаткових скарг (0,68±0,04 та 0,84±0,04 бала), депресії (0,44±0,02 та 0,68±0,02 бала), міжособистісної сензитивності (0,24±0,02 та 0,32±0,04 бала), фобічної тривожності (0,26±0,02 та 0,34±0,02 бала), ворожості (0,20±0,02 та 0,29±0,04 бала), паранояльних тенденцій (0,17±0,02 та 0,26±0,04 бала) та психотизму (0,12±0,02 та 0,16±0,04 бала), $p > 0,05$; не відзначено змін за шкалою тривожності.

Порівнюючи вираженість психопатологічних симптомів у жінок та чоловіків, ми виявили, що у батьків із групи 2 інтенсивність проявів була нижчою, ніж у матерів групи 1 за всіма шкалами ($p > 0,05$).

За інтегральними показниками було отримано такі результати. В опитуваних жінок при повторному курсі протипухлинного лікування дитини у стаціонарі діагностовано вищий рівень психічного дистресу (GSI) — 0,80±0,04 бала порівняно з первинною госпіталізацією — 0,76±0,04 бала ($p > 0,05$), що свідчило про зростання тяжкості поточного стану та поглиблення розладів серед обстежених даної групи. Рівень психічного дистресу в чоловіків був нижчим порівняно з жінками та вищим при повторній госпіталізації дитини (0,37±0,04 та 0,45±0,04 балів, $p > 0,05$), що також свідчило про погіршення психоемоційного стану.

Виявлено відмінності у широті діапазону симптоматики (PST), а саме — у жінок кількість позитивних відповідей при повторній госпіталізації дитини в середньому по групі зменшилася (43,5±1,9 та 41,10±1,6, $p > 0,05$), тоді як у чоловіків збільшилася (29,4±1,2 та 35,5±1,2, $p > 0,05$). Однак серед обстежуваних жінок показник PST залишався вищим порівняно з чоловіками.

Рівень поточного симптоматичного дистресу (PSDI) підвищився й у жінок, й у чоловіків (1,58±0,04 та 1,68±0,04 бала і 1,17±0,02 та 1,29±0,02 бала відповідно, $p > 0,05$) з більш високими показниками в опитуваних матерів.

Таким чином, було встановлено, що: діагностування злякисного новоутворення у дитини спричиняє психічний дистрес у обох батьків онкохворої дитини;

психоемоційний стан батьків дітей із діагностованим новоутворенням характеризувався різни-ми за інтенсивністю проявами тривожності (си-туативної й особистісної) та депресивного стану з більш високими показниками у жінок;

провідними психопатологічними проявами незалежно від статі у батьків дітей із онкопато-логією на етапі первинної та повторної госпіта-лізації є соматизація, тривожність, депресія, об-сесивність — компульсивність та неспецифічні симптоми; міжособистісна сенситивність, фобічна тривожність, ворожість, паранояльні тенденції та психотизм виражені значно менше;

у батьків дітей зі злякисними новоутворення-ми (і жінок, і чоловіків) рівні психічного та по-точного симптоматичного дистресу були вищими порівняно з батьками, у яких діти мали добро-якісні пухлини;

у матерів інтенсивність психічного дистресу вища, ніж у чоловіків, незалежно від характеру патологічного процесу (добро- чи злякисного);

у матерів інтенсивність психічного дистресу вища, ніж у чоловіків як на початку лікування, так і надалі у терапевтичному процесі;

батьки дітей з онкопатологією переживають психічний дистрес, однак його джерела різні та залежать від характеру патологічного процесу (до-бро- чи злякисного) й особливостей лікування (оперативне втручання, хіміотерапія тощо).

Виявлені гендерні відмінності та особливос-ті психологічних та психопатологічних проявів дистресу у батьків онкохворих дітей, по-перше,

вказують на необхідність організації та надання їм медико-психологічної допомоги, а по-друге, дозволяють визначити та диференціювати меди-ко-психологічні заходи.

Література

1. Рак в Україні, 2010–2011 / З. П. Федоренко, А. В. Гай-сенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України.— 2012.— № 13.— 118 с.
2. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [et al.] // Psychooncology.— 2008.— Vol. 17, Iss. 5.— P. 448–459.
3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]— Oxford University press, 2010.— 745 p.
4. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.— 1998.— № 3.— С. 39–41.
5. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журн. практ. психолога.— 2009.— № 2.— С. 87–102.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина.— СПб.: Питер, 2001.— С. 146–181.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

О. В. ПИОНТКОВСКАЯ

Выявлены факторы психического дистресса, проявления и уровни психопатологической симптоматики у родителей детей с онкопатологией в зависимости от характера процесса (добро- или злокачественного) и гендера на этапах первичной и повторной госпитализаций онкобольного ребенка в стационар. Психологический стресс у родителей онкобольных детей обуславливает необходимость организации и проведения мероприятий медико-психологической помощи.

Ключевые слова: гендерные особенности, психопатологические проявления, психический дистресс, семья больного, детская онкология, медико-психологическая помощь.

GENDER ASPECTS OF MENTAL AND EMOTIONAL STATE OF THE PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

O. V. PIONTKOVSKAYA

The factors of mental distress, manifestations and levels of psychopathology in parents of children with cancer, depending on the nature of the process (benign or malignant) and gender at primary admission and re-admissions to the hospital of the child with cancer were revealed. Psychological stress in parents of children with cancer necessitates organization of activities for medical and psychological care.

Key words: gender characteristics, psychiatric manifestations, mental distress, family, patient, pediatric oncology, medical and psychological assistance.

Надійшла 11.04.2013