

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ДІАГНОСТИЧНОМУ ЕТАПІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

За результатами дослідження встановлено високі рівні тривоги та депресивних проявів, що вказувало на наявність гострої психічної реакції на стрес, пов'язаної з онкологічним захворюванням та особливостями діагностичного етапу. У жінок реєструвалися вищі показники тривоги та депресії порівняно з чоловіками. Високе стресове навантаження та психічний дистрес зумовлювали важливість організації та надання медико-психологічної допомоги онкологічним хворим на даному етапі.

Ключові слова: онкологічні хворі, тривога, депресія, психоемоційний стан, діагностичний етап, психоонкологія.

На сьогодні онкологічні захворювання становлять значну медико-соціальну проблему. Незважаючи на нові підходи та методи у діагностиці та лікуванні онкологічної патології, відбувається неухильне зростання цієї захворюваності. В Україні онкологічна захворюваність у 2014 р. становила 384,9 нових випадків на 100 тис. населення [1]. Онкопатологія належить до категорії хвороб із високим стресовим потенціалом, вона спричиняє часткову чи повну втрату працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного шостого пацієнта (79,0 на 100 тис. населення), летальність становить 51,3%, не проживає і року після встановлення діагнозу 31,4% хворих, смертність становить 188,4 на 100 тис. населення (40,0% захворілих та 39,2% померлих — особи працездатного віку серед чоловіків; 26,6 та 19,9% — серед жінок) [1]. Це формує певне ставлення до захворювання, яке сприймається хворими як вкрай загрозливе для життя, що і спричиняє розвиток у них широкого спектра порушень психологічної адаптації та розвитку психічних розладів [2–4].

Про високий рівень психічного травмування пацієнтів свідчать показники поширеності психічних розладів непсихотичного та психотичного спектрів (депресивний розлад — від 9,6 до 25,6%, тривожний — 8,6–20,4%, фобічний — 6,9%, розлад адаптації — 22–75%, розлад особистості — 7%; психотичні розлади — 28–48% на термінальній стадії; органічні психічні розлади — 8%, підвищений ризик суїциду, необхідність психофармакотерапії в осіб з онкопатологією — 22–80%) [5–7].

Мета дослідження — визначити вираженість та особливості прояву симптомів тривоги, особистісної та ситуативної тривожності, депресії в онкологічних хворих на діагностичному етапі лікування, визначити специфіку психопатологічної симптоматики залежно від статі.

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 рр. В опитуванні взяли участь 80 онкологічних пацієнтів, які перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (ЗГ — група загалом), із них 45 жінок (підгрупа 1, ПГ1) та 35 чоловіків (підгрупа 2, ПГ2). Пацієнти на діагностичному етапі з великою ймовірністю знали, що мають онкологічне захворювання, однак питання щодо стадії хвороби та відповідно тактики лікування й прогнозу вирішувалися після повного обстеження.

Як діагностичний інструментарій було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS) [8] та Опитувальник самооцінки рівня особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [9]. Статистична обробка даних проводилася з використанням MS Excel v. 8.0.3.

На діагностичному етапі хворі переживали виражений психоемоційний стрес. Невідомість прогнозу та методів лікування супроводжувалася тривожністю, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. На цьому етапі лікування у порушенні психосоціальної активності психогенна реакція на нозогенний стрес відіграла таку ж важливу роль, як і погіршення фізичного здоров'я. Онкологічні хворі у діагностичному періоді були виключені із соціальної взаємодії через необхідність медичного обстеження та підготовки до лікування. Коло їх спілкування часто звужувалося до сім'ї та медичних працівників, обговорювати свій діагноз із більш віддаленим оточенням було для них вкрай травматично. Хворі перебували у стані емоційної нестабільності та когнітивної невизначеності, усі психологічні ресурси були спрямовані на внутрішнє подолання стресової ситуації та налаштування на лікування. Пацієнти були дуже вразливими до ставлення та дій оточуючих, потребували підтримки з боку сім'ї. Найгострішими були потреба

Таблиця 1

Вираженість проявів тривоги та депресії в обстежених пацієнтів за HADS, $\bar{x} \pm \sigma$

Прояви	ЗГ	ПГ1	ПГ2
Відчуття напруження і тривоги	2,81±0,39	2,82±0,39	2,80±0,41
Втрата відчуття задоволення	2,68±0,47	2,64±0,48	2,71±0,46
Страх та очікування поганого	2,40±0,61	2,64±0,48*	2,09±0,61*
Втрата почуття гумору	2,43±0,61	2,53±0,59	2,29±0,62
Неспокійні думки	2,45±0,55	2,58±0,50	2,37±0,60
Зниження відчуття бадьорості	2,19±0,78	2,11±0,86	2,29±0,67
Неможливість розслабитися	2,23±0,86	2,42±0,72*	1,97±0,95*
Прояви загальмованості	0,96±0,74	0,93±0,65	1,0±0,84
Внутрішнє напруження, тремтіння	2,78±0,44	2,80±0,40	2,69±0,47
Догляд за зовнішністю	1,13±0,88	1,40±0,91*	0,77±0,69*
Непосидючість, потреба у русі	0,80±0,82	0,84±0,85	0,74±0,78
Задоволення від власної діяльності	1,61±0,67	1,80±0,55*	1,37±0,73*
Відчуття паніки	0,68±0,87	0,73±0,91	0,60±0,81
Зниження відволікання	1,44±0,91	1,58±0,89	1,26±0,92
Рівень тривоги	14,2±3,31	14,8±3,34*	13,3±3,08*
Рівень депресії	12,4±2,8	13,0±3,09*	11,7±2,22*

* $p < 0,05$. Те саме у табл. 3.

У жінок були вищими показники страху (2,64±0,48 бала у ПГ1 і 2,09±0,61 бала у ПГ2), нездатності розслабитися (2,42±0,72 і 1,97±0,95 бала), відчуття, що вони стали гірше слідкувати за своєю зовнішністю (1,40±0,91 і 0,77±0,69 бала), втрати задоволення від діяльності (1,80±0,55 і 1,37±0,73 бала), $p < 0,05$ (табл. 1).

Щодо відмінностей у психоемоційному стані залежно від статі пацієнта, то необхідно пам'ятати про ряд важливих моментів. HADS — це суб'єктивна методика самооцінки власного

в інформації щодо хвороби та її лікування, визначення тактики реагування та поведінки в ситуації захворювання.

У пацієнтів на діагностичному етапі вираженість психопатологічної тривоги та депресивних проявів досягала клінічного рівня, тривожний стан переважував над депресивним (ЗГ): 14,2±3,31 і 12,4±2,8 бала; 14,8±3,34 і 13,0±3,09 бала у ПГ1 та 13,3±3,08 і 11,7±2,22 бала у ПГ2, $p < 0,05$) (табл. 1). Рівні тривоги (14,8±3,34 бала у ПГ1 і 13,3±3,08 бала у ПГ2) та депресії (13,0±3,09 і 11,7±2,22 бала) у жінок були вищими порівняно з чоловіками, $p < 0,05$.

Провідними проявами тривоги були відчуття внутрішнього напруження, страх, очікування, що трапиться щось погане, тривожні думки, нездатність розслабитися; менш частими — непосидючість, напади паніки. Депресивний стан характеризувався переважно ангедонією та втратою почуття гумору (вміння позитивно розглянути ситуацію), зниженням життєвого тону та бадьорості, рідше виявлялися симптоми втрати задоволення від власної діяльності, неможливість відволікатися, порушення догляду за зовнішністю та загальмованість.

Страхи хворих зосереджувалися на факті остаточного та безповоротного підтвердження онкологічного діагнозу, болю та страждань, які несли хвороба, травматичному лікуванні, втраті жіночності, наслідках лікування (спотворенні зовнішності), соціальній стигматизації, втраті працездатності та здатності до самообслуговування при прогресуванні хвороби, смерті.

В основі депресивних проявів крилася втрата життєвої перспективи, крах планів, різка зміна звичного стилю життя. Усвідомлення безпосередньої загрози для існування запускало психологічні переживання, спрямовані на тотальний перегляд особистісних цінностей та пріоритетів, актуалізувало наявні внутрішні протиріччя, виснажувало психічні ресурси.

Невизначеність ситуації була сильним психотравмуючим фактором, оскільки пацієнти не знали, яким чином себе поводити, на що налаштуватися. Хворі виказували думку, що навіть негативні новини будуть кращими, ніж невідомість, тому що в такому випадку можна вибудувати план дій та впливати на ситуацію. Занурення в лікарняне середовище, що було незвичним для пацієнтів, контакт із онкологічними хворими, які перебували у стані психічного стресу, часто супроводжувалися психотравмуючим впливом. Взаємодія з пацієнтами мала подвійний ефект: з одного боку, вони могли психологічно підтримати та підбадьорити, вселити надію, що із онкологічним захворюванням можна боротися, з іншого — заражати своїми особистісними переживаннями щодо онкології.

Таблиця 2

**Структура тривоги та депресії
в онкохворих на діагностичному етапі, %**

Групи	Тривога			Депресія		
	Н	СК	К	Н	СК	К
ЗГ	0	23,8	87,5	0	28,8	71,3
ПГ1	0	11,1	88,9	0	28,9	71,1
ПГ2	0	14,3	85,7	0	28,6	71,4

Примітка. Н — норма, СК — субклінічний рівень,
К — клінічний рівень прояву симптоматики.

Таблиця 3

**Рівень особистісної та ситуативної тривожності
в онкохворих на діагностичному етапі, $x \pm \sigma$**

Група	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
ЗГ	44,8 \pm 7,2*	55,5 \pm 6,2*
ПГ1	45,4 \pm 7,6	56,7 \pm 6,3
ПГ2	44,4 \pm 6,7	53,9 \pm 5,8

психологічного стану, тому на відповіді опитуваних впливають особистісні та гендерні установки щодо того, яким чином жінка чи чоловік повинні переживати стрес та які прояви соціально прийнятні з позиції статево-рольової поведінки. Жінки зазвичай демонструють більшу емоційність, чутливість, відкритість щодо прояву почуттів, тоді як чоловіки слідує образі мужності, невразливості, стійкості, контролю. Оскільки жінкам притаманне більш дбайливе ставлення до свого зовнішнього вигляду, то навіть найменші зміни для них можуть мати значне суб'єктивне відображення.

У 100% онкологічних пацієнтів на діагностичному етапі лікування виявлено посилення психопатологічної симптоматики до субклінічного (23,8 та 28,8%) та клінічного рівнів вираженості (87,5 та 71,3%) (табл. 2).

Зафіксовано високий рівень ситуативної тривожності з вищими показниками у жінок (ЗГ: 55,5 \pm 6,2 бала; 56,7 \pm 6,3 бала у ПГ1 та 53,9 \pm 5,8 бала у ПГ2, $p < 0,05$), що вказувало на інтенсивну реакцію психіки на стрес, пов'язаний із онкологічним захворюванням (табл. 3).

Рівень особистісної тривожності порівняно із ситуативною був нижчим та перебував у межах середнього показника (ЗГ: 44,8 \pm 7,2 бала, 45,4 \pm 7,6 бала у ПГ1 та 44,4 \pm 6,7 бала у ПГ2) (табл. 3).

Медико-психологічна допомога на етапі діагностики була спрямована на виявлення та моніторинг тривожних й депресивних проявів у пацієнтів, визначення специфічних страхів, пов'язаних з онкологічним захворюванням, корекцію психо-емоційної сфери, в тому числі шляхом навчання хворих методів саморегуляції психічного стану та релаксації, інформування щодо основних питань психонкології. Під час проведення психологічних інтервенцій були враховані гендерні особливості реагування на стрес, зумовлений загрозою онкопатології. Після підтвердження діагнозу завданнями медичних психологів було зниження психічного дистресу у хворих, навчання їх способів зниження психоемоційного напруження, формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захво-

рювання та адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу.

Проведене дослідження дало змогу зробити такі висновки:

1) в онкологічних хворих на етапі діагностики прояви тривоги і депресивні переживання досягали субклінічного та клінічного рівнів вираженості;

2) високі рівні психопатологічної тривоги, ситуативної тривожності та депресивних проявів вказували на наявність гострої психічної реакції на стрес, пов'язаної з онкологічним захворюванням та особливостями діагностичного етапу;

3) у жінок реєструвалися вищі показники тривоги та депресії порівняно з чоловіками, що свідчило про гендерні особливості психологічного відреагування на хворобу і лікування;

4) діагностичний етап лікування характеризувався високим стресовим навантаженням та супроводжувався психічним дистресом, що зумовлювало важливість організації та надання медико-психологічної допомоги онкологічним хворим. Заходи медико-психологічної допомоги враховували гендерні особливості прояву психологічного дистресу у відповідь на онкологічне захворювання.

Список літератури

1. Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.]; за ред. О. О. Колеснік.— К.: Національний інститут раку, 2015.— Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm
2. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med.— 2007.— Vol. 27.— P. 57–71.
3. Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study / M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen [et al.] // Support Care Cancer.— 2016.— Vol. 24(7).— P. 3057–3067.
4. Кукушкина А. А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы

- в реабилитации онкологических больных / А. А. Кукушкина, Д. А. Верещагина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.— 2015.— №3.— С. 28–34.
5. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University press, 2010.— 720 p.
6. Савин А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых.— Eruditio Juvenium.— 2015.— № 3.— С. 82–86.
7. Зотов П. Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов / П. Б. Зотов // Суицидология.— 2011.— № 4.— С. 18–25.
8. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

И. Р. МУХАРОВСКАЯ

По результатам исследования установлены высокие уровни тревоги и депрессивных проявлений, что указывало на наличие острой психической реакции на стресс, связанной с онкологическим заболеванием и особенностями диагностического этапа. У женщин регистрировались более высокие показатели тревоги и депрессии по сравнению с мужчинами. Высокая стрессовая нагрузка и психический дистресс обуславливали важность организации и оказания медико-психологической помощи онкологическим больным на данном этапе.

Ключевые слова: онкологические больные, тревога, депрессия, психоэмоциональное состояние, диагностический этап, психоонкология.

PECULIARITIES OF EMOTIONAL CONDITION OF CANCER PATIENTS AT DIAGNOSTIC STAGE

I. R. MUKHAROVSKA

High levels of anxiety and depressive manifestations were determined as the result of the investigation, which indicated to the presence of acute mental stress reactions associated with cancer and features of the diagnostic stage. In women, higher parameters of anxiety and depression were registered compared with men. High stress load and mental distress determined the importance of the organization and provision of psychological help to cancer patients at this stage.

Key words: cancer patients, anxiety, depression, psychoemotional condition, diagnostic stage, psychooncology.

Надійшла 27.06.2016