

В. І. Коростій, Г. М. Кожина

Харківський національний медичний університет
(м. Харків)**Можливості досягнення стійкої ремісії
при лікуванні тривожно-депресивних розладів,
коморбідних психосоматичним захворюванням**

Стаття присвячена оцінці можливості досягнення стійкої ремісії у пацієнтів з тривожними та депресивними розладами, коморбідними психосоматичним розладам. Запропоновані диференційовані схеми лікування Міртастадіном і Депрівоксом в залежності від переважаючого психопатологічного синдрому та нозологічної приналежності захворювання, показана їх ефективність.

Ключові слова: депресія, тривога, ремісія, психофармако-терапія, міртастадін, депривокс.

V. I. Korostiy, A. M. Kozhina

Kharkiv National Medical University
(Kharkiv)**The possibility of achieving sustained remission
in the treatment of anxiety and depressive disorders,
comorbid psychosomatic diseases**

The article is devoted to assessing the possibility of achieving sustained remission in patients with anxiety and depressive disorders, comorbid psychosomatic disorders. Proposed differential treatment regimens Mirtastadin and Deprivox according to a leading psychopathological syndrome and nosology of disease, shown the effectiveness.

Key words: depression, anxiety, remission, psychopharmacotherapy, Mirtastadin, Deprivox.

УДК 159.923:615.851-055: 616.89-008.48

І. Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)**СИСТЕМА СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН ТА ПСИХОДИНАМІКА РОДИНИ
З ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ**

На основі обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих був встановлений вплив змісту та характеру психологічних переживань, пов'язаних з хворобою, та типу сімейної системи на процес адаптації до стресової ситуації (термінальної стадії онкологічного захворювання). Клініко-психологічна дезадаптація частіше виникала у сім'ях з розрізненим, розділеним та зчепленим ригідним типами сімейної системи та проявлялася моделями гіперопіки або дистанціювання, супроводжувалася гіпертрофованим почуттям провини, порушенням етапності психологічного реагування на летальне захворювання. Вищезазначені критерії мають бути використані у клінічній практиці з метою прогнозування ризику порушення адаптації, проведення психокорекції та психопрофілактики.

Ключові слова: родина, інкурабельні онкологічні хворі, хоспіс, мотивуючі чинники догляду, тип сімейної системи.

Діагноз онкологічного захворювання у одного з членів родини стає складним випробуванням для всієї сім'ї. Хвороба спричиняє страждання не лише пацієнту, але і його рідним та близьким [1—10]. У своєму прагненні допомогти хворому родина стикається зі складними психологічними проблемами. Захворювання зачіпає інтереси всіх членів сім'ї, змінюючи їх життя, плани на майбутнє, впливає на стосунки у родині, часто породжуючи конфлікти — порушується усталена система відносин, змінюються виконувані ролі та перерозподіляються обов'язки. Тяжке захворювання одного з членів родини впливає не лише на психологічний клімат у сім'ї та змінює звичний уклад, але відображається на соціальних зв'язках, фінансовому становищі. Сучасні дослідження показують, що сімейне оточення — це один з основних факторів, що впливає на якість життя пацієнта, який страждає на тяжке соматичне чи психічне захворювання [2—4].

Члени сім'ї онкологічних пацієнтів проходять ряд психологічних етапів переживання хвороби, що співвідносяться з психологічними стадіями реагування на

летальне захворювання у пацієнта [8]. Психологічний зміст переживань відображає процес адаптації до наявності онкологічного захворювання у хворого, в тому числі формуються навиків, спрямованих на забезпечення емоційної підтримки хворого та регуляцію власного психоемоційного стану. Характер, інтенсивність переживання родича та його поєднання з психологічною реакцією пацієнта впливають на характер сімейних взаємин і тип адаптації родини до онкологічної хвороби [8, 9].

З огляду на вищезазначене, вивчення впливу онкологічного захворювання у одного з членів родини на функціонування сімейної системи, а також значення системи сімейних відносин у процесі адаптації до стресової ситуації (термінальна стадія захворювання) є одним з головних завдань медично-психологічної служби у наданні допомоги інкурабельним онкологічним хворим та членам їх сім'ї.

Метою дослідження було встановлення впливу типу сімейної системи та етапності психологічних змін у родичів інкурабельних онкологічних хворих в аспекті формування клініко-психологічної адаптації членів сім'ї.

Для досягнення поставленої мети на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2009—2011 років проведено клініко-діагностичне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих (середній вік $43,58 \pm 1,05$).

На основі клінічних критеріїв розладу адаптації за шифром F43.2 МКХ-10 обстежених було поділено на дві групи. До групи 1 ($n_1 = 91$) увійшли члени родини, що мали клінічно значимі (за критеріями МКХ-10, шифр F43.2) прояви дезадаптації, до групи 2 ($n_2 = 59$) було віднесено членів родини, у яких форма, зміст та тяжкість симптомів за МКХ-10 відповідали критеріям культурально обумовленої «нормальної реакції горя» з ситуативно обумовленими моносимптомами (Z 71.9 або Z 73.3) [11]. З метою аналізу значення та ролі

міжособистісних відносин у родині, типу функціонування сімейної системи кожну групу (1 та 2) було додатково поділено на дві підгрупи в залежності від ступеня рідства. До підгрупи 1А увійшли діти пацієнтів ($n_{1A} = 49$), а до підгрупи 1Б — подружжя ($n_{1B} = 42$), у яких було діагностовано розлад адаптації. Відповідно, підгрупу 2А становили діти ($n_{2A} = 26$) та підгрупу 2Б — подружжя ($n_{2B} = 33$) з культурально обумовленою «нормальною реакцією горя».

Методичний інструментарій дослідження складала опитувальник «Шкала любові та симпатії» З. Рубіна у модифікації Л. Я. Гозмана та К. Є. Альошиної (1985) [12], методика «Індекс провини» PGI (Perceived guilt index) John R. Otterbacher та David C. Munz [13], методика «Шкала совісності» В. В. Мельникова та Л. Т. Ямпольського [13], Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3) [12] та методика «Сімейна соціограма» (Ейдемільер Е. Г., Черемисін О. В., 1990; Ейдемільер Е. Г., 1996) [14].

Родичі інкурабельних онкологічних хворих пережили широкий спектр почуттів. Негативні та позитивні почуття та переживання перепліталися: провина, тривога, гнів та роздратування поєднувалися з відчуттям спільності з близькою людиною, відповідальності за неї, причетності до допомоги їй на завершальному етапі життя. Почуття та переживання відображали актуальний психоемоційний стан родича, з одного боку, та були внутрішніми сигналами, що спонукали до дії, певного стилю поведінки. Почуття провини, любов та обов'язок формували тріаду основних мотивуючих факторів поведінки родичів у процесі переживання термінального періоду онкологічного захворювання.

Опитувальник «Шкала любові та симпатії» З. Рубіна у модифікації Л. Я. Гозмана та К. Є. Альошиної дозволяє вимірювати два параметри емоційних відносин: любов та симпатію. Любов (шкала любові) на основі теоретичних уявлень про внутрішню структуру даного феномену характеризується трьома складовими: прив'язаність, турбота та близькість відносин. Шкала симпатії визначає ступінь поваги, захоплення та суб'єктивного відчуття подібності значимого іншого з опитуваним.

«Шкала совісності» В. В. Мельникова та Л. Т. Ямпольського вимірює міру поваги до соціальних норм та етичних вимог. Вважається, що для осіб з високим значенням фактора совісності характерними є такі особливості особистості, що впливають на мотивацію особистості, як почуття обов'язку, добросовісність, стійкість моральних принципів. У своїй поведінці вони керуються почуттям обов'язку, дотримуються етичних стандартів, завжди намагаються дотримуватися соціальних вимог.

Методика «Індекс провини» PGI (Perceived guilt index) John R. Otterbacher та David C. Munz складається з двох шкал, які вимірюють емоційне переживання почуття провини як стану (G-state) і як генералізованої Я-концепції (G-trait). Дана методика є корисною у разі спостереження за реакцією вини опитуваного у відповідь на специфічні події та ситуації. Опитуваному пред'являють список слів та фраз, які люди використовують для того, щоб описати свої почуття у різних ситуаціях (осудливий, невинний, пригнічений, ганебний, спокійний, недостойний, розчарований, стриманий, у стані занепаду, роздратований, що не заслуговує прощення) та просять вибрати у першому випадку вислів,

що зазвичай описує їх переживання провини (G-trait), у другому — фразу, яка описує переживання на даний момент (G-state). Різниця у рівнях переживання зазвичай (G-trait) та на даний момент (G-state) характеризує інтенсивність реакції почуття провини вище звичного рівня.

З метою оцінки впливу типу сімейної системи на стан клініко-психологічної адаптації родича інкурабельного хворого для подружжя було застосовано FACES-3, а для дітей пацієнтів — методику «Сімейна соціограма». «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» базується на основі теоретичної «кругової моделі» функціонування сім'ї, що визначається параметрами сімейної згуртованості та адаптації. Сімейна згуртованість визначала зв'язок між членами родини, тоді як сімейна адаптація — гнучкість системи під впливом стресорів. Діагностика сімейної згуртованості включає показники «емоційного зв'язку», «сімейні межі», «прийняття рішення», «час», «друзі», «інтереси» та «відпочинок», сімейної адаптації — «лідерство», «контроль», «дисципліна», «правила», «ролі у родині». Розрізняють по чотири рівні сімейної згуртованості та адаптації в межах від екстремально низького до екстремально високого. Сімейна згуртованість описується розрізним, розділеним, зв'язаним та зчепленим рівнями, а сімейна адаптація — ригідним, структурованим, гнучким та хаотичним рівнями. Також виділяють помірні (збалансовані) та крайні (екстремальні) рівні сімейної згуртованості та адаптації. Вважається, що власне збалансовані рівні характеризують успішність функціонування системи. Для сімейної згуртованості цими рівнями є розділений та зв'язаний, для адаптації — структурований та гнучкий. Екстремальні рівні трактуються як проблематичні та такі, що ведуть до порушення функціонування сімейної системи. Комбінування чотирьох рівнів згуртованості та адаптації визначають 16 типів сімейних систем. Відповідно, 4 є помірними по обом рівням та називаються збалансованими, 4 типи — екстремальними, 8 типів належать до середніх, де один з параметрів екстремальний та один збалансований.

«Сімейна соціограма» — це рисункова проективна методика. Вона дозволяє виявити становище суб'єкта у системі міжособистісних відносин та характер комунікації у родині (прямої чи опосередкованої). Критеріями оцінки є кількість членів сім'ї, зображених на малюнку, величина зображень, їх розташування один відносно одного та дистанція між ними.

Клінічні дані та результати психодіагностичних досліджень було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows [15]. В основі статистичного аналізу, який проводився, було використання процедур описової статистики окремих показників на підставі визначення середніх арифметичних величин (M), стандартних відхилень (σ) і стандартних помилок середніх величин (m). Ступінь достовірності отриманих даних визначався із застосуванням як параметричних (критерій Стюдента (t)), так і непараметричних методів (точний метод Фішера — ТМФ) [16].

На термінальній стадії захворювання хворий та його родина стикалися з рядом практичних проблем — потреба у спеціалізованій медичній допомозі, зміна звичного графіку роботи родича або звільнення у зв'язку

з доглядом за хворим, виникнення емоційних проблем та конфлікти в родині на фоні стресової ситуації, збільшення фінансових витрат. У зв'язку з погіршенням соматичного стану хворого (зростанням соматичного дистресу) пацієнт потребував спеціалізованої медичної допомоги, особливо такої, що стосувалася наявності вираженого больового синдрому, легеневої недостатності, психотичних психічних розладів. Також зростала потреба у сторонній допомозі у зв'язку зі зменшенням здатності до самообслуговування хворого. Важливим мотивом звернення до хоспісу була наявність «соціальних показань» — надання родині хворого часу для «відпочинку», вирішення нагальних питань або ж обмеження «найбільш вразливих членів сім'ї» (дітей, людей похилого віку) від «споглядання страждань, пов'язаних з хворобою та вмиранням». Однак, незважаючи на складність догляду, для більшості обстежених сімей (87 %) звернення до стаціонару було вимушеним заходом. Домінуючими мотивами звернення до спеціалізованого лікувального закладу (хоспісу) та подальшої госпіталізації хворого у стаціонар для більшості сімей (92 %) були неефективність лікувальних заходів на дому (виражений больовий синдром, дихальна недостатність), прогресивне погіршення фізичного стану хворого та відповідно особливості догляду за тяжкохворим, психічні розлади, страхи та переживання «не справитися з ситуацією дома». Під час інтерв'ювання 2/3 опитуваних членів родини висловлювали сумніви щодо правильності власних дій відносно рішення про госпіталізацію пацієнта, відчували провини, тиск та часом осуд з боку близького оточення.

Психологічний стан членів сім'ї на термінальній стадії розвитку онкологічного захворювання пацієнта вирізнявся послідовністю та етапністю особистісного реагування. Переживання виникали у відповідь на неспецифічні та специфічні симптоми захворювання, що свідчили про прогресування хвороби та несприятливий прогноз захворювання. Неспецифічними симптомами погіршення стану хворого були слабкість, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, зниження активності та здатності до самообслуговування. Специфічні ознаки хвороби включали кровотечі, жовтяницю, асцит, деформації, пухлинний розпад, патологічні переломи, виражений больовий синдром, розлади дихальної та травної системи та ін. Звістка про неможливість проведення специфічної протипухлинної терапії та переведення хворого на паліативне лікування для 100 % сімей ставала психотравмуючим фактором. На фоні прогресування онкологічного захворювання та погіршення фізичного стану хворого, що виражалось у поновленні симптомів хвороби та появи ускладнень, у поведінці членів родини спостерігалася модель гіперопіки. У переважній більшості випадків хворого «оберігали» від правди про діагноз, нав'язували очікування позитивної перспективи щодо лікування та видужання. Мотивами такої поведінки з боку сім'ї називали уявлення, що знання про тяжкість захворювання і, відповідно, страх перед стражданнями та очікування неминучої смерті були гіршими за саму смерть, висловлювалися побоювання щодо вчинення пацієнтом суїциду. Тобто, така поведінка, на думку членів родини, оберігала самого хворого. Однак, з часом прогресування захворювання та відсутність очікуваного ефекту лікування створювали дисонанс. В родині та у взаємодії з медичним персоналом наростало напруження, виникали конфлікти.

Усвідомлення родичами, що «легкої смерті» не відбудеться, запитання хворого відносно перспектив лікування та видужання на фоні прогресивного погіршення соматичного стану, зростання емоційних та фізичних потреб хворого, зіткнення з власними суперечливими та амбівалентними переживаннями відносно хвороби та екзистенційна криза, приводили до бажання вийти з даної ситуації з переходом до моделі дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуженості та дистанціювання від хворого викликали почуття провини, що, у свою чергу, було вторинним психотравмуючим чинником. Так, незважаючи на виснаження емоційних та фізичних сил родичів, на передній план виступали усвідомлення потреби здійснення догляду за важкохворим та почуття обов'язку. За умови формування адаптації родичі навчалися справлятися з власними переживаннями та перебудовували відносини, перерозподіляли ролі у родині — відбувалося повернення до «нейтральних» взаємин. Усвідомлення власної смертності давало можливість рідними та хворими визначити для себе життєві пріоритети та пізнати себе, пережити своє життя у всій повноті, тоді стосунки між сім'єю та пацієнтом ставали партнерськими.

Стани психологічної дезадаптації відображали зупинку на будь-якому з вищезазначених етапів: домінуванням моделей гіперопіки або дистанціювання, проявлялися у вимогах проведення спеціального лікування (хіміотерапії, променевої терапії), звинуваченнями медичного персоналу у погіршенні стану хворого незважаючи на лікування, приписуванні погіршення соматичного стану пацієнта побічній дії ліків, відмові від призначення наркотичного знеболення.

Аналіз основних мотивуючих факторів поведінки (почуття провини, любов та обов'язок) родичів на завершальній стадії розвитку онкологічного захворювання у хворого виявив таке. Так, у подружжя обох підгруп рівень емоційних відносин у родині переважно вказував на присутність розуміння, турботи, повагу один до одного, сприймання партнера як такого, що мав схожі життєві цінності, відчуття спільності ($44,64 \pm 0,74$ та $46,42 \pm 1,26$ бала у підгрупах 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 та шкала симпатії $21,6 \pm 0,42$ і $22,58 \pm 0,76$ бала у підгрупах 1 та 2 відповідно). Суттєвої різниці у ставленні до соціальних норм та етичних вимог, а отже, і почуття обов'язку між підгрупами не виявлено ($6,97 \pm 0,23$ та $6,53 \pm 0,31$ бала у підгрупах 1 та 2) (табл. 1).

Так, переживання почуття провини як актуального (поточного) стану (G-state) у родичів з групи 1 було вищим у порівнянні з членами родини групи 2 ($4,27 \pm 0,21$ та $3,28 \pm 0,14$ бала, $p < 0,001$), тоді як генералізованої Я-концепції (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 та вказувала 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. Почуття провини у членів сім'ї хворого було одним з базових психотравмуючих чинників як на етапі стаціонарного лікування, так і після втрати близької людини.

Таблиця 1

**Тріада мотивуючих чинників догляду
(любов, провина, обов'язок)**

Мотивуючі чинники	Група 1, n = 91 (бал ± m)	Група 2, n = 59 (бал ± m)
Фактор «любов»*		
Рівень емоційних відносин	44,64 ± 0,74	46,42 ± 1,26
Шкала любові	23,0 ± 0,39	23,79 ± 0,56
Шкала симпатії	21,6 ± 0,42	22,58 ± 0,76
Фактор «провина»		
S (ситуативний рівень переживання провини)	4,27 ± 0,21	3,28 ± 0,14
T (особистісний рівень переживання провини)	5,15 ± 0,17	5,35 ± 0,29
Інтенсивність переживання провини	9,02 ± 0,24	7,7 ± 0,3
Фактор «обов'язок»		
Шкала обов'язку	6,97 ± 0,23	6,53 ± 0,31

Примітка: *діагностика проводилася для подружніх пар (у підгрупі 1Б n = 42 та у підгрупі 2Б n = 33).

Було виявлено ряд відмінностей у сімейному функціонуванні. У підгрупі 1Б була більшою кількість родин з розрізненим та зчепленим рівнями згуртованості (14,3 ± 3,5 % і 6,1 ± 2,4 % та 30,9 ± 4,6 % і 12,1 ± 3,3 %), на відміну від підгрупи 2Б, де переважно спостерігалися родини зі зв'язаним рівнем згуртованості (26,2 ± 4,4 % та 48,5 ± 5,0 %) (табл. 2).

Таблиця 2

**Функціонування сімейної системи
за параметрами згуртованості та адаптації**

Параметри шкали		Підгрупа 1Б, n = 42 (% ± m)	Підгрупа 2Б, n = 33 (% ± m)
«Згуртованість»			
Рівні згуртованості	Розрізнений	14,3 ± 3,5	6,1 ± 2,4
	Розділений	28,6 ± 4,5	33,3 ± 4,7
	Зв'язаний	26,2 ± 4,4	48,5 ± 5,0
	Зчеплений	30,9 ± 4,6	12,1 ± 3,3
«Адаптація»			
Рівні адаптації	Ригідний	26,2 ± 4,4	12,1 ± 3,3
	Структурований	52,4 ± 5,0	42,4 ± 4,9
	Гнучкий	21,4 ± 4,1	45,5 ± 5,0
	Хаотичний	0	0

Тобто, у сім'ях з підгрупи 1Б емоційний зв'язок між членами родини характеризувався дистанціюванням або ж, навпаки, емоційною залежністю один від одного, «сімейні межі» були розмитими. У разі дистанціювання — розрізнений та, менше, розділений рівень — виявлялися розбіжності в інтересах, способі проведення вільного часу (часто відпочинок проводили поза межами родини), труднощі у прийнятті спільного сімейного рішення. Тоді як зчеплений та, менше, зв'язаний рівні, навпаки, характеризувалися злиттям інтересів, прихильністю до родини — співзалежністю, високим ступенем залежності від прийнятих на сімейній раді рішень, відстороненості від оточення. Сім'ї з підгрупи

1Б також вирізнялися меншою гнучкістю у стресових ситуаціях, переважали структурований (52,4 ± 5,0 %) та ригідний рівні адаптації (26,2 ± 4,4 %), тоді як серед родин з підгрупи 2Б була більшою частка сімей з гнучким рівнем адаптації (45,5 ± 5,0 %). У сім'ях з підгрупи 1Б відзначалися наявність одного незмінного лідера у родині, схильність до гіперконтролю поведінки в родині, жорсткості сімейних правил, чіткої розподіл ролей. Особливого травмування родина зазнавала у тому випадку, коли хворим був сімейний лідер та ситуація вимагала зміни звичного чіткого розподілу ролей, збільшення автономії та відповідальності кожного з її членів.

На взаємодію між родичем та пацієнтом впливав фактор того, хто з них займав домінуючу (провідну) позицію у спілкуванні. У разі домінування пацієнта у сімей з ознаками клініко-психологічної дезадаптації та зчепленим рівнем згуртованості і ригідним рівнем адаптації виникав феномен взаємного індукування.

Це проявлялося не лише вираженою емоційною залученістю до ситуації, але і тим, що член родини сприймав сумніви та уявлення хворого як свої власні переживання без критичної оцінки реальної ситуації. Найбільш помітним був вплив на піках соматичного і, відповідно, психоемоційного дистресу, пов'язаного з хворобою. Присутня раніше критичність до стану хворого та прогнозу знижувалася, відповідно, до ступеня психологічної індукції. У родин з розрізненим і розділеним рівнями згуртованості в поєднанні з ригідним чи структурованим рівнями адаптації, де пацієнт був сімейним лідером, спостерігалось подальше дистанціювання один від одного, провоковане самим пацієнтом. Тоді як у родин з зв'язаним рівнем згуртованості та гнучким рівнем адаптації існувала можливість зміни ролей, перерозподілу обов'язків, більша відкритість комунікації. Присутність «резерву мінливості» і надавала можливість пристосуватися до стресогенної ситуації.

Аналіз «Сімейної соціограми» також виявив низку відмінностей у характері взаємовідносин у родині та структурі сімейної системи між членами родини (дітьми та батьками) у підгрупах 1А та 2А. У родичів (дітей пацієнтів) з підгрупи 1А малюнок відрізнявся стереотипністю деталей, відсутністю їх диференціації, зображення, що символізували членів родини, у підгрупі 1А розташовувалися окремо один від одного, або навпаки були сконцентровані навколо одного з її членів (лідера). Тоді як у родичів з підгрупи 2А структура малюнка виглядала більш гармонійною, розміри зображень суттєво не різнилися, були присутніми з'єднувальні деталі. Тобто, родини з підгрупи 1А 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).

Таким чином, психоемоційний стан родичів інкурабельних онкологічних хворих характеризувався закономірною етапністю та відображав психологічний зміст переживання втрат та перешкод, викликаних хворобою. Зміни у соматичному (неспецифічні і специфічні симптоми) та психологічному стані пацієнта для членів родини відігравали роль пускових факторів у психологічному реагуванні.

Порушення етапності психологічного реагування у членів родини проявлялося полярними моделями поведінки (гіперопіки або дистанціювання), активним втручанням в лікувальний процес (вимоги проведення спеціального лікування, відмові від призначення наркотичного знеболення, застосування методів нетрадиційної медицини), приписуванні погіршення соматичного стану пацієнта побічній дії ліків, конфлікти з медичним персоналом.

У тріаді основних мотивуючих факторів догляду (любов, обов'язок, провина) у родичів з групи 1 домінуючою причиною психологічної травматизації було почуття провини, яке було одним з базових психотравмуючих чинників на етапі стаціонарного лікування та ускладнювало переживання втрати в подальшому.

На ступінь адаптації сім'ї до стресової ситуації (термінальної стадії хвороби) впливав тип сімейної системи та характер взаємовідносин у родині. У родичів з сімей, у яких визначалися розрізнений та розділений ригідний типи сімейної системи спостерігалися симптоми порушення клініко-психологічної адаптації. Тобто, патогенетичними факторами були характер зв'язку між членами родини (міцний або, навпаки, слабкий) та міра мінливості сімейної системи під впливом стресору (гнучкість чи ригідність).

Отже, інтегральна оцінка змісту та характеру психологічних переживань, типу функціонування сім'ї в аспекті адаптації до стресової ситуації (термінальна стадія захворювання) дозволило прогнозувати ризик розвитку стану клініко-психологічної дезадаптації у родичів інкурабельних онкохворих та надавати медично-психологічну допомогу пацієнтам та їхнім сім'ям.

Список літератури

1. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home / [T. Tsigaropoulos, E. Mazaris, E. Chatzidarellis et al.] // International Journal of Nursing Practice. — 2009. — Vol. 15. — № 1. — P. 1—6.
2. McLean Linda, M. A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer / Linda M. McLean, Jennifer M. Jones // Psycho-Oncology. — 2007. — Vol. 16. — Issue 7. — P. 603—616.

И. Р. Кужель

*Киевский городской клинический онкологический центр (г. Киев),
Харьковская медицинская академия последипломного
образования (г. Харьков)*

Система семейных отношений и психодинамика в семьях с инкурабельным онкологическим больным

На основании обследования 150 членов семей инкурабельных онкологических больных было установлено влияние содержания психологических переживаний, связанных с болезнью, и типа семейной системы на процесс адаптации к стрессовой ситуации (терминальной стадии онкологического заболевания). Клинико-психологическая дезадаптация чаще возникала в семьях с разобщенным, разделенным и сцепленным ригидным типами семейной системы и проявлялась моделями гиперопеки или дистанцирования, сопровождалась гипертрофированным чувством вины, нарушением этапности психологического реагирования на летальное заболевание. Вышеперечисленные критерии должны быть использованы в клинической практике с целью прогнозирования риска нарушения адаптации, проведения психокоррекции и психопрофилактики.

Ключевые слова: семья, инкурабельные онкологические больные, хоспис, мотивирующие факторы ухода, тип семейной системы.

3. Fridriksdottir, N. Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs / N. Fridriksdottir // Palliative Medicine. — 2006. — Vol. 20. — № 4. — P. 425—432.

4. Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles / [Youngmee Kim, Frank Baker, Rachel L. Spillers et al.] // Psycho-Oncology. — 2006. — Vol. 15. — Issue 9. — P. 795—804.

5. Preparing Caregivers for the Death of a Loved One: A Theoretical Framework and Suggestions for Future Research / [Randy S. Hebert, Holly G. Prigerson, Richard Schulz et al.] // Journal of Palliative Medicine. — 2006. — № 9(5). — P. 1164—1171.

6. Clark Matthew, M. Quality of Life of Caregivers of Patients With Advanced-Stage Cancer / Matthew M. Clark, Teresa A. Rummans, Jeff A. Sloan // American Journal of Hospice and Palliative Medicine. — 2006. — Vol. 23. — № 3. — P. 185—191.

7. Erikssona, E. Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death / Elina Erikssona, Seija Arveb, Sirkka Lauric // European journal of Oncology Nursing. — 2006. — Vol. 10. — Issue 1. — P. 48—58.

8. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. — СПб.: Изд-во «Речь», 2004. — С. 139—146.

9. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. — Т. 2 / под ред. В. И. Чиссова, Г. А. Новикова, О. П. Модникова. — М.: Медицина, 2004. — 486 с.

10. Васильева, А. Ю. Особенности эмоционального состояния родственников онкобольных злокачественными образованиями / А. Ю. Васильева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 80—85.

11. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. — К.: Сфера, 2005. — С. 149—151.

12. Олифинович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифинович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. — СПб., 2006. — С. 196—197.

13. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.

14. Лидерс, А. Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений / А. Г. Лидерс. — 2-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 432 с.

15. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

16. Гланц, С. Медико-биологическая статистика (Пер. с англ.) / С. Гланц. — М.: Практика, 1999. — 459 с.

Надійшла до редакції 23.05.2011 р.

I. R. Kuzhel

*Kyiv City Clinical Oncology Center (Kyiv),
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Family caregivers of terminally ill cancer patients

It was investigated of 150 family caregivers of terminally ill cancer patients for measurement the influence of the content of psychological experiences associated with the disease and the type of family functioning in the process of adaptation to stressful situations (the terminal stage of cancer). Clinical and psychological maladjustment occurred more frequently in families with disengaged, separated, enmeshed rigid types of family that manifest models overprotective or distancing, accompanied by exaggerated feelings of guilt, violation of the phasing of psychological responses to the lethal disease. These criteria should be used in clinical practice to identify high-risk development of disadaptation, psychocorrection and psychoprophylaxis.

Key words: family, terminally ill cancer patients, hospice, motivating factors of care, type of family functioning.