УДК 159.23:616.89+616-006.6]-036-07-08-084

Є. В. Кришталь, М. В. Маркова*, Т. П. Яворська*,***
Харківська медична академія післядипломної освіти,*
*Харківська обласна клінічна лікарня** (м. Харків)*

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ СКЛАДОВИХ ПСИХОЛОГІЧНОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПРОГНОЗУ ОНКОХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ, В АСПЕКТІ ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вплив онкологічного захворювання на особистість обумовлений поєднанням соматичного та психогенного факторів, інтенсивність дії яких визначається у кожному випадку індивідуально та залежить від нозології, стадії процесу, компенсаторних фізичних та психічних можливостей організму. Соматичний дистрес, який переживає онкологічний хворий, включає як наслідки захворювання (ураження органів та систем), так і лікування хвороби (напр., інвалідизація, косметичні дефекти після оперативного втручання, «хіміотерапевтичний мозок» та ін.), тоді як психічний дистрес виражається в широкою гаммою психологічних реакцій або клінічно окреслених психічних розладів.

Хірургічне лікування є одним з основних методів лікування онкологічних пацієнтів з колоректальним раком (КРР). Оперативне втручання з приводу КРР з формуванням стоми стає стресовою подією для хворого та супроводжується високим рівнем фізичного дискомфорту, інтенсивними психоемоційними переживаннями, несприятливим впливом на соціальне життя. Хворі вкрай важко переживають стан наявності стоми, особливо це виразно у перші тижні після оперативного втручання. Зміна образу тіла часто сприймається як потворність, призводить до відчуття фізичної і психологічної неповноцінності, формування заниженої самооцінки, високого ступеня незадоволеності життям.

Вплив оперативного етапу надання онкологічної допомоги на стан психологічної адаптації стомованого хворого є вагомим фактором, тому що саме в цьому періоді започатковуються основні уявлення про хворобу, формується внутрішня картина хвороби, мобілізуються резервні можливості особистості. Відкидання або ігнорування психологічних проблем пацієнтів і відсутність медико-психологічної допомоги веде до підвищення ризику формування психічної дезадаптації або розвитку її патологічних форм як у передопераційному, так і в ранньому і віддаленому післяопераційному періодах.

Враховуючи світову тенденцію зростання 5-річної виживаності онкологічних пацієнтів, в тому числі із КРР, зорієнтованість сучасної медицини на підтримання високої якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями (до яких зараховують і онкопатологію) важливими стають завдання забезпечення подовження тривалості життя після хвороби у поєднанні з якістю життя, «вільних від хвороби інтервалів» та «*quality-adjusted life years*» («роки життя з високим рівнем адаптації та якості життя»), що, на думку спеціалістів в галузі онкологічної допомоги та психоонкології зокрема, нерозривно пов'язано з необхідністю лікування не тільки захворювання, але і асоційованих з ним порушень станів та чинників, а саме, питань медичної реабілітації, орієнтованої на відновлення фізичної функції, психореабілітації, психологічного консультування чи психологічного супроводу для поновлення психоемоційної рівноваги, повернення до активного соціального життя.

Метою роботи було визначення психологічного адаптаційного потенціалу (ПАПТ) та прогнозу (ПАПР) онкологічних пацієнтів, яким була проведена хірургічна операція з приводу онкопатології товстого кишечнику з накладенням кишкової стоми, в аспекті сприяючих і перешкоджаючих успішній психологічній адаптації до «післяопераційного статусу» факторів у площині індивідуально-психологічних та психосоціальних патернів. Ідентифікація складових ПАПТ і ПАПР та диференціація їх на сприятливі та перешкоджаючі, було необхідною умовою побудови індивідуальної програми медико-психологічної допомоги на етапі перебування у стаціонарі.

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди та з дотриманням принципів медичної етики та деонтології на базі Харківського обласного клінічного онкологічного центру протягом 2010—2012 років проведено анкетування, інтерв'ювання та психодіагностичне обстеження 120 онкологічних пацієнтів (62 чоловіки та 58 жінок), яким проведена хірургічна операція з приводу КРР з накладенням кишкової стоми.

На нашу думку, ПАПТ — це комплекс психологічних характеристик людини, а також психосоціальних факторів, які дозволяють у різному ступені реалізувати її потенційні можливості, сукупність збережених особистісних особливостей психіки, які необхідно підтримувати та розвивати у процесі заходів психологічної допомоги чи психореабілітації. Між тим, ПАПР — вірогідність відновлення чи оборотність психічних порушень і психосоціальних ускладнень, ступінь реалізації адаптаційного потенціалу.

Аналіз соціально-демографічних даних, анкетування, інтерв'ювання, психодіагностичного обстеження був використаний для визначення критеріїв оцінки ПАПТ та ПАПР. У оцінці ПАПТ та ПАПР враховували актуальний психоемоційний стан та його зміна у процесі медико-психологічної допомоги, інтрапсихічні та поведінкові патерни в аспекті їх потенційного впливу на психологічну адаптацію, психосоціальний ресурс, що було покладено в основу побудови диференційованих та індивідуалізованих заходів МПД на етапі перебування у стаціонарі (табл.).

Індивідуально-психологічні та психосоціальні фактори — складові психологічного адаптаційного потенціалу та психологічного адаптаційного ресурсу онкохворих пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формування кишкової стоми

Параметри	Перешкоджаючі фактори	Сприятливі фактори
Рівень особистісної тривожності	Високий	Середній, низький
Рівень ситуативної тривожності	Високий, низький	Середній
Зміна ситуативної тривожності під час МПД	Повільне або незначне зниження показників	Суттєве зниження показників
Рівень депресивних проявів	Високий	Середній (ситуативно обумовлений)
Тип акцентуації характеру	Застрягаючий*, збудливий*, педантичний*, демонстративний	Емотивний та гіпертимний*
Індекс життєвого стилю	Диспозиція психопатії, пасивна та агресивна	Диспозиція манії*
Стратегія стресдолаючої поведінки	Орієнтована на уникнення, емоційне відреагування	Орієнтована на рішення, соціальне відволікання
Соціальна підтримка	Оцінка як несприятливої, задовільної	Оцінка як досить сприятливої або сприятливої
Якість життя	Низькі показники фізичного та психічного компонентів здоров'я	Високі показники фізичного та психічного компонентів здоров'я

Примітка: * — у чоловіків

Діагностування та інтегральна оцінка індивідуально-психологічних та психосоціальних ресурсів ПАПТ і ПАПР дозволить прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів та комплексно оцінювати адаптаційний потенціал та прогноз особистості, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації онкохворим пацієнтам, що перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

УДК 616.89:616.24-002.5-039.1]-07-085.851+ 159.923

Є. В. Кришталь, Д. О. Кашуба*,**,*
Харківська медична академія післядипломної освіти, Міжрайонна фтизіатрична медико-соціальна експертна комісія Харківського обласного центру медико-соціальної експертизи** (м. Харків)*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Туберкульоз легенів (ТЛ) на сьогоднішній день є одним з найбільш розповсюджених інфекційних захворювань (R. Framer et al., 1996; Г. Л. Ридер, 2001; K. Styblo, 2001; М. И. Перельман, В. А. Корякин, И. В. Богадельникова, 2004). Збільшення рівня цієї патології зберігається в масштабах усього світу (H. L. Rieder, J. M. Watson 1998). Не є винятком і Україна, де за поточне десятиріччя захворюваність на ТЛ збільшилася вдвічі, а смертність — у 2,5 рази (Ю. І. Фещенко, 2005). Звертає на себе увагу той факт, що серед верств населення, які страждають на туберкульозну інфекцію, в сучасний період значну питому вагу складають соціально благополучні особи (переважно молодого й працездатного віку), кількість яких збільшується з кожним роком (В. С. Козакова, А. В. Євдокимов, 1997; Е. Н. Лукашова и др., 2002; Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, 2004).

В свою чергу, літературні дані щодо психологічних особливостей хворих на вперше діагностований ТЛ є досить суперечливими. Психологічний стан у зазначеного контингенту хворих має низку особливостей і потребує детального дослідження у зв'язку з різноманіттям етіологічних чинників та патогенетичних механізмів, а його прогноз значною мірою визначається ефективністю антибактеріальної терапії й рівнем якості життя (ЯЖ) пацієнтів (M. T. Fullilove, 1993; Р. Ш. Валієв, 1999; М. Г. Бобро, Л. М. Юр'єва, 2005). Остання, як підкреслює низка авторів (P. W. Jones, 1999; Є. І. Шмельов, Г. М. Кукліна, 2001; М. Є. Гурилева та ін., 2005), значною мірою залежить від доведеної кореляції між наявним психологічним станом та клінічною динамікою ТЛ, його прогресуванням (у деяких випадках), зниженням рівня функціональних можливостей організму. Слід зазначити, що факт первинної діагностики ТЛ у переважної частини хворих супроводжується відчуттям повного життєвого краху, страхів, постійних хвилювань, нав'язливої турботи про наслідки захворювання.

Останнім часом окремі вчені (Е. Н. Лукашова, 2002; Е. В. Гнездилова, 2002; В. М. Сухов, 2002) намагаються вивчати психологічні особливості хворих на туберкульоз та проводити їх корекцію. Проте й на сьогодні є не вивченою психологія хворого на ТЛ та членів його родини як в ситуації лікування пацієнта, так і при відмові хворого від терапії. Це потребує наукового обґрунтування та розроблення технології попередження і психологічної корекції відмов від лікування у хворих на туберкульоз і поліпшення якості їх життя, а також соціальної реадаптації членів родин хворих.

Проте, на даний час в Україні вказані питання перебувають поза увагою науковців та клініцистів через переважання у фтизіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування ТЛ згідно з стандартизованою програмою його терапії, яка не передбачає участі лікаря-психолога при наданні медичної допомоги таким пацієнтам. Це зумовлює практично відсутність досліджень щодо психологічного стану соціально благополучних осіб, що страждають на ТЛ, та способів його поліпшення (існує лише декілька окремих повідомлень щодо самостійних спостережень лікарів-фтизіатрів) (В. Г. Макієва та ін., 1999; Н. А. Долгих, 2000).

У свою чергу, створення оптимальних умов для одужання від туберкульозу (зокрема, досягнення комплайєнсу) є неможливим без урахування психологічних та психосоціальних особливостей функціонування, оцінки сфер якості життя зазначеного контингенту, а також розроблення й впровадження на цій основі заходів їх медико-психологічного супроводження.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Є. В. Кришталь, К. В. Шкода
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків), Харківський обласний психоневрологічний диспансер (м. Харків)

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ СІМЕЙ З ПСИХІЧНО ХВОРИМ РОДИЧЕМ

Згідно з даними сучасних досліджень, кожна четверта родина у світі має одного члена, який страждає на психічний розлад (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, 2007). Психічний розлад (зокрема, шизофренія або захворювання шизофренічного спектра) — серйозний психосоціальний стрес для хворого та його родини. Не викликає сумніву, що родина, в якій хтось із її членів психічно хворий, страждає від становища свого родича.

Наприклад, С. Я. Бронін (1998) відзначає, що «совместное проживание с душевнобольными и лицами с грубой психической патологией является уделом и важным невротизирующим фактором большой части населения». На його думку, психічна дезадаптація членів родини психічно хворого обумовлена низкою чинників: а) хронічним стресом у членів родини, що пов'язаний з тягарем співмешкання з хворим родичем та догляду за ним; б) почуттям провини щодо хворого; в) тенденцією до захисту від зовнішнього оточення шляхом соціальної ізоляції.

Наявні в науковій літературі дані свідчать про високу частоту емоційного стресу і невротичних станів у родичів хворих з психозами, зокрема шизофренією (M. R. Salleh, 1994; D. I. Ukpong, R. O. Makanjuola, 2003; K. L. Subotnik, R. F. Asarnow, K. H. Nuechterlein, 2005). Це, вочевидь, пояснюється високою мірою психологічного і фізичного навантаження, від якого потерпають особи, що піклуються про хворого (Т. А. Солохіна, 2003). Дослідниками доведено, що члени сім'ї психічно хворого страждають від емоційного виснаження, відчувають тривогу і гнів, а в деяких випадках характеризують себе як «повністю знищених» (S. Noh, R. J. Turner, 1987; S. Brown, J. Wistle, 1998). Серед батьків психічно хворих превалюють відчуття дистресу, втрати, страху і провини, а сибси нерідко відчувають збентеження і сум (L. M. Gerace, D. Camilleri, L. Ayres, 1993; M. Ferriter, N. Huband, 2003).

За даними Schultz зі співавторами (1995), більш ніж третина осіб, що опікають своїх родичів з деменцією, відчувають надмірне напруження, страждають від депресії або іншого психічного розладу непсихотичного регістру.

У шведському дослідженні M. Ostman, L. Kjellin (2002), в якому брали участь 162 родичів психічно хворих, встановлено, що серед членів сім'ї психічно хворої людини 40 % обстежених вважали, що психічне захворювання у їх родича привело до психічних порушень у них самих, у 30 % спостерігалися суїцидальні думки, а у 26 % інколи виникали думки, що краще б помер психічно хворий член родини.

На ступінь суб'єктивного навантаження членів сім'ї хворого на шизофренію впливають багато чинників, серед яких D. G. Dyck, R. Short, P. P. Vitaliano (1999) особливо виділено такі, як вираженість у хворого на шизофренію негативних симптомів, схильність родича стримувати свій гнів і звинувачувати себе в тому, що відбувається, а також рівень соціальної підтримки сім'ї.

В багатьох випадках члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення. Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним відношенням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Створення системи заходів психосоціальної підтримки для сімей з психічно хворим родичем є необхідною умовою нівелювання негативного впливу психологічних факторів, пов'язаних зі стигматизацією та психогеніями у членів сімей осіб, які страждають на психічні розлади.

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

І. Р. Кужель
Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНІ ОНКОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО НА ЕТАПІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження. Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дезадаптацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах.

Вивчення динаміки психологічного реагування на онкологічне захворювання, процесу адаптації сімейної системи до ситуації захворювання одного з членів родини, факторів, що сприяють чи перешкоджають пристосуванню на всіх етапах розвитку хвороби не лише пацієнта, але і членів його родини, є пріоритетними завданнями сучасної психоонкології у світовій практиці.

Метою дослідження було на основі ідентифікації психопатологічних, психологічних і психосоціальних причин формування дездаптивних станів у родичів інкурабельних онкохворих розробити систему медико-психологічної допомоги членам сім'ї, які здійснюють догляд в умовах паліативної медицини.

На основі інформованої згоди з дотриманням медичної етики та деонтології на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2009—2011 рр. було проведено психологічне обстеження 150 родичів інкурабельних онкологічних хворих.

Так, були встановлені особливості психоемоційного стану та дистресу родичів інкурабельних онкохворих, ідентифіковані «пускові чинники» дезадаптації членів родини, визначені деструктивні та стабілізуючі інтрапсихічні та поведінкові патерни