

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

О. В. БУДКІНА
Н. В. ВОЛИНЕЦЬ

В умовах сьогодення онкологічні захворювання становлять значну медико-психосоціальну 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. 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]. Статистичні дані стосовно онкологічних захворювань формують певне ставлення до захворювання загалом, яке сприймається онкологічними хворими як вкрай загрозливе для життя, що і спричиняє розвиток у них широкого спектру порушень психологічної адаптації та розвитку різноманітних психологічних розладів.

З розвитком онкології стали особливо актуальними стали питання психоемоційного стану онкологічних хворих. Безсумнівно, злоякісні пухлини (рак) – це одне з захворювань, яке містить потужне психоемоційне стресове навантаження. Ця виняткова тяжкість пояснюється тим, що для більшості пацієнтів та їх родичів слово „рак” є прямим синонімом приреченості, смертельним вироком. Необхідно зазначити, що емоційне життя сучасної людини є насиченим, його визначає частота та інтенсивність емоційних навантажень, обумовлена: стрімкою зміною соціального та фізичного середовища, підвищення темпів життя та зростання його вартості, руйнування традиційних сімейних структур, соціальні та екологічні катаклізми. Людина реагує на ці особливості сучасного буття переживаннями страху, тривоги, безпорадності, туги і відчаю. Онкологічні захворювання у багатьох хворих викликають психологічний хронічний стрес. Онкологічних хворих хвилюють думки про те, як буде проходити хвороба і, наскільки вона є небезпечною для життя, оскільки серед людей існує помилкова думка, що рак – це хвороба невиліковна. Психологічний стрес онкохворих супроводжують негативні емоції, відчуженість або депресія, що можуть погіршити перебіг хвороби. Наявні у світовій науковій літературі відомості про вплив психологічного стресу на онкологічних хворих свідчать, що не тільки перебіг захворювання, а й соціально-психологічна реабілітація хворого, повернення його до активного повноцінного життя в сім'ї та суспільстві, зниження ризику повторного захворювання, переважно залежить від ставлення людини до хвороби, її душевного стану, волі, активної позиції, спрямованої на боротьбу з недугою.

Однією з важливих психологічних проблем в онкологічній клініці є також проблема реакції особистості на хворобу. Від того, як хворий ставиться до свого захворювання, залежить загальний успіх лікування. І психологічна підтримка на перших етапах терапії несприятливих емоційних впливів, є одним з найважливіших завдань на шляху безпосереднього лікування соматичного захворювання.

Завдяки дослідженням, проведеним в руслі нового напрямку сучасної психосоматики „психоонкології” (С. Грір, М. Давидов, Т. Левін, В. Кисан, Дж. Холланд), було показано, що якість життя онкологічних хворих має велику прогностичну значущість щодо виживання. В останні роки російськими вченими аналізуються дані про взаємозалежність між важкими соматичними захворюваннями і патопсихологічними і психічними розладами, які впливають на тяжкість стану, прихильність до традиційних методів лікування, ступінь дезадаптації і тривалість життя (Н. Билкіна, М. Блінов, В. Васіянова, В. Гузев, Т. Дорохова, Т. Марілова, В. Менделевич, Р. Овчарова, В. Семко, В. Чулкова). Багато наукових наробок присвячено виявленню психологічних чинників, пов'язаних з особливостями перебігу хвороби, що сприяють продовженню періодів ремісії і зниження ризику рецидиву хвороби. Недостатня увага приділяється психосоціальним чинникам, що визначають успішну адаптацію до хвороби, виявленню психологічних ресурсів подолання рецидивів, тобто тим індивідуально-психологічним та соціально-психологічними характеристикам хворого, які можуть стати опорою в їхньому психологічному супроводі лікувально-реабілітаційного процесу [2].

Аналіз нечисленних (в основному зарубіжних) публікацій, присвячених медико-психологічним аспектам онкології, дозволяє виділити три основних напрямки, в яких ведуться дослідження цієї проблематики: 1) роль психосоціальних чинників у виникненні і маніфестації онкологічних захворювань; 2) вплив психічних і соціальних чинників на перебіг раку; 3) психосоматичні зв'язки між психосоціальними чинниками, особистістю хворого і злоякісними новоутвореннями.

Мета статті полягає у розкритті особливостей психоемоційних станів онкологічних хворих.

Злоякісні пухлини залишаються однією з основних причин смерті в світі. У багатьох онкологічних хворих, особливо у тих, які знають про злоякісності свого захворювання, розвиваються психічні розлади. Онкологічні хворі не звертаються за допомогою до психіатра, так як вважають небезпека психічного розладу несуттєвою порівняно з небезпекою для життя злоякісного процесу.

Пов'язане з успіхами хірургічного, хіміотерапевтичного і радіологічного лікування збільшення тривалості життя онкологічних хворих вимагає підвищення якості їх життя і корекції психічного стану. Якість життя онкологічних хворих в період лікування і подальшої реабілітації багато в чому залежить від впливу візуалізації злоякісного процесу і наслідків його лікування (алопеція, стома, мастектомія, сліди на шкірі в місцях проведення променевої терапії) на психіку хворого.

Дані досліджень психічного стану онкохворих осіб показали важливість створення психоонкології як нерозривної частини онкології і психіатрії, яка вивчає особистість хворої людини за наступними аспектами: якість життя онкологічного хворого; характерні риси хворої людини; ставлення до хвороби; зміни, що відбуваються з пацієнтом. Психоонкологія об'єднує ряд дисциплін – психологія, психіатрія, психотерапія, психонейроіммунологія, соціальна робота з метою підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями і підвищення якості життя у цих хворих. Лікування психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями не тільки покращує якість їхнього життя, але і підвищує ефективність лікування злоякісного процесу. За даними дослідників, які проводять вивчення епідеміології психічних розладів у онкологічних хворих, 47% онкологічних хворих мають психічні розлади [3].

При описі клінічної картини онкологічних хворих може бути виділено два основних психологічних варіанти, що відображають полярні типи внутрішньої картини хвороби. Перший тип, який визначається терміном гіпернозогнозія, показує ставлення до хвороби через високу значущість переживання тілесного неблагополуччя і переконаність в неможливості самостійно впоратися з симптомами соматичного захворювання. У клінічній картині виявляється тривога, депресія, іпохондрія, часто хворий звертається за медичною допомогою, потребує тривалих госпіталізацій, застосовує у лікуванні невиправдане комбінування ліків та нетрадиційну медицину. Другий тип, який визначається терміном гіпонозогнозія, показує ставлення до хвороби через зниження відповідних переживань, недооцінку значущості соматичного захворювання, переконаність в можливості самостійно впоратися з ним. Для поведінки цих хворих характерними є: несвоєчасне звернення за медичною допомогою, невиконання рекомендацій, небажання виключати контакти з шкідливими чинниками, відмова від довгострокової терапії. У хворих з вираженими проявами гіпернозогнозії і гіпонозогнозії можна прогнозувати серйозні проблеми на етапі діагностики, вибору антибластомної терапії, профілактичного протирецидивного лікування, ускладнення в післяопераційному періоді тощо [4; 5].

В клінічній онкології виділяють 4 групи онкологічних хворих: 1) хворі з передраковими захворюваннями; 2) хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають радикальному лікуванню; 3) особи, які вилікувались від раку; 4) хворі із запущеною формою раку, які підлягають симптоматичному лікуванню [6]. О. Сімонтон та С. Сімонтон виокремили якості та риси особистості, небезпечні для виникнення раку, який називається С-тип особистості (від лат. cancer – рак і typos – образ), який включає: схильність до придушення негативних емоцій і приховану залежність від інших, підвищену тривожність, гнівливість, ворожість (особливо свідомо приглушена), аутоагресія, емоційна збудливість, песимістичне ставлення до життєвої ситуації, замкненість, виражена доброзичливість і зайва щирість, надмірна готовність допомогти, схильність до депресивних реакцій, релігійність, низька соціальна активність тощо [7].

В онкологічних хворих на всіх етапах лікувального процесу спостерігаються психогенні реакції, що розрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Ступінь виразності реакції коливається від легкої (комплекс нерізько виражених розладів, що наближаються до невротичного рівня) до важкої (сила переживань набуває значної інтенсивності, досягаючи майже психотичного рівня). Проміжне положення займає середній ступінь виразності реакції, що відповідає невротичному рівню. До провідного розладу при цих реакціях відносяться тривога, що досягає іноді рівня страху чи навіть жаху, зниження настрою (від безрадінного, сумного – до глибокої туги), апатія, іноді дисфорія (тужно-злісний настрій). Ступінь виразності реакцій та її симптоматика пов'язані насамперед з тим чи іншим етапом лікувального процесу й преморбідними особливостями особистості хворих [8].

Ситуація зустрічі з онкологічним захворюванням є для кожного хворого безумовно конфліктною, причому цей конфлікт має суто психологічний характер, оскільки, насамперед, він пов'язаний з безпосередньою загрозою для життя. Хворий, потрапляючи в подібну ситуацію, перед обличчям небезпеки відчуває тривогу, страх, що найчастіше призводить до фіксації психічних порушень та дезорганізації поведінки. Загроза для життя призводить до високого рівня емоційної напруги і порушення значущих відносин особистості. У подібній ситуації формуються механізми психологічного захисту спрямовані на усунення чи значне зменшення почуття тривоги, пов'язаного з наявністю усвідомленого конфлікту. Психологічний захист покликаний немов би відмежовувати свідомість хворого від тих переживань, які своєю змістовною стороною травмують психіку. Психологічний захист при своєму виникненні і подальшому розвитку має ряд конкретних механізмів, форм і типів, а саме: „заперечення”, „придушення”, „проекція”, „ідентифікація”, „регресія”, „ізоляція”, „раціоналізація”, „конверсія” тощо. Психологічний захист може бути як успішним, так і неуспішним. Вибір онкологічними хворими компенсаторних механізмів відбувається, як правило, на неусвідомлюваному рівні і пов'язаний з тими чи іншими преморбідними особливостями особистості [9].

Виділяється п'ять фаз реагування на злоякісне новоутворення і рак:

1 фаза (анозогнозична): з'являється слідом за першим припущенням з наявності в пацієнта злоякісного новоутворення. Вона характеризується запереченням наявності в себе онкологічної патології, зменшенням важкості свого стану, анозогнозією, переконаністю, що діагноз є помилковим;

2 фаза (дисфорична): настає після підтвердження діагнозу, виявляється бурхливим протестом, дисфорією, схильністю робити агресивні дії у ставленні оточуючих людей чи себе (наприклад, суїцидальні);

3 фаза (аутосугестивна): характеризується прийняттям фактів про наявність у пацієнта злоякісного процесу і необхідності тривалого лікування в сполученні з „веденням торгу” – „головне, щоб не було болю”;

4 фаза (депресивна): настає після тривалого періоду терапії та проявляється поступовою втратою надії на видужання, появою песимізму, пригніченості і пасивності;

5 фаза (апатична): з'являється на останніх етапах захворювання, виражається „примиренням” хворого з долею, прийняттям будь-якого результату, супроводжується байдужістю стосовно зовнішніх і внутрішніх процесів [10].

Зіткнення з діагнозом „онкологічне захворювання” найчастіше є сильним стресом для будь-якої людини і активізує різні психологічні реакції. Процес переживання ситуації хвороби має кілька закономірних етапів, кожен з яких диктує необхідність організації взаємодії з пацієнтом відповідно до його індивідуальності, тому розуміння фаз переживання хвороби є важливим інструментом налагодження контакту в системі „лікар-пацієнт”. Виділяють наступні фази: переддіагностична фаза, фаза встановлення діагнозу, фаза лікування, фаза післяопераційного догляду (реабілітація), прогресуюча. Психічні переживання і поведінка онкологічних пацієнтів в період кожної фази лікування індивідуальні, дуже різні і залежать від різних чинників (особистісних характеристик, попереднього досвіду, ранимості пацієнта, віку, статі, соціального положення, лікування і перебігу захворювання, прогнозу тощо). Комплекс лікувальних, у тому числі психотерапевтичних, впливів повинен здійснюватися на всіх етапах до останнього моменту життя хворого [11].

У сучасному світі швидкими темпами розвивається порівняно молода, але дуже значуща наука – онкопсихологія. Фахівці в цій галузі надають психологічну підтримку людям з онкологічними захворюваннями, а також їх родичам і лікарям. В Європі та США соціально-психологічна підтримка онкологічних пацієнтів давно є стандартом лікування. В Україні при лікуванні онкохворих не враховується вплив їхнього емоційного стану на рак. Проте, необхідність інтегрувати у цю сферу спеціалістів психологічного профілю обґрунтована наступними чинниками: 1) психологічні причини виникнення будь-якого тяжкого соматичного захворювання, зокрема онкологічного, є досить впливовими, що підтверджено численними дослідженнями, які доводять: дуже велике значення має так звана передісторія людини, у якій виникла онкологічна хвороба (певні драматичні події, зміна життєвого сценарію, до якого людина була не готовою, втрата важливих стосунків, деструктивний психологічний стан, що передує хворобі тощо); 2) після закінчення лікування в медичному закладі пацієнт опиняється сам на сам із життям, яке відчутно змінило свій формат, з огляду на те, що його ресурси (фізичні та психологічні) зазнали суттєвої трансформації, він потребує тривалої ремісії. А, отже, психологічна допомога онкологічному хворому в реінтеграції його життєвої історії, стабілізації емоційного та когнітивного стану, активізації внутрішніх ресурсів, які надають силу лікуватися та планувати своє майбутнє, незамінна, вона є важливою складовою класичного онкологічного лікування. Також саме психолог надає психологічну підтримку родичам (близьким людям) онкологічних хворих, які також потребують допомоги, так як і сам пацієнт [12]. Найбільше в сім'ї онкохворої людини страждає той,

хто бере на себе відповідальність за догляд, пошук лікарів і ліків. Ця людина вже не живе власним життям і дуже швидко вигорає емоційно.

Онкологічне захворювання призводить до виникнення більш серйозних психосоціальних наслідків, ніж будь-яке інше захворювання. У реабілітаційних заходах виділяють три складові: медичну або тілесну реабілітацію, соціальну реабілітацію та професійну (трудова) реабілітацію.

Психосоціальна онкологія розглядається як мультидисциплінарний субспеціальності розділ в онкології. В онкологічних клініках Америки, Європи, Австралії існують постійно діючі програми з надання соціальної та психологічної допомоги онкологічним хворим та їхнім родинам. Психосоціальна онкологія є спеціальністю в лікуванні раку, пов'язана з розумінням і лікування соціальних, психологічних, емоційних, духовних, якість їхнього життя і функціональні аспекти раку, від профілактики до допомоги при важкій втраті. Це цілісний підхід до лікування раку, який усуває ряд дуже важливих потреб людини, який може поліпшити якість життя людей, які страждають від раку.

Психосоціальна онкологія є спеціальністю в лікуванні раку, пов'язана з розумінням і лікуванням соціальних, психологічних, емоційних, духовних і функціональних аспектів раку на всіх стадіях захворювання – траєкторія від профілактики до втрати. Психосоціальна онкологія включає в себе всебічний підхід до людини до онкологічної допомоги, що розглядається весь діапазон людських потреб, які можуть поліпшити або оптимізувати якості життя людей і їх мереж, які постраждали від раку. Вплив хвороби може також посилити проблеми повсякденного життя, наприклад, в подружніх стосунках і труднощі або питання сімейної комунікації.

Постановка онкологічного діагнозу найчастіше в корені змінює світогляд людини, її ставлення до себе, до оточуючих людей, до життя. Завдяки зміні життя і праці в сучасному суспільстві можна констатувати виразний приріст хронічних соматичних захворювань з різною етіологією, патогенезом, симптоматикою і прогнозом. Часті психічні реакції на ракове захворювання – це депресії, сильне почуття страху і втрата впевненості. При цьому депресію в цьому випадку важливо розглядати не тільки як болісний процес, але і як останній можливий вихід з безвихідної ситуації. Тоді депресивна реакція постає як захисна реакція і змінює позицію щодо депресивного хворого. Часті психічні реакції на ракове захворювання – це депресії, сильне почуття страху і втрата впевненості.

Данський психотерапевт Й. Бекман запропонував оцінювати особливі риси характеру пацієнта, складаючи психологічну карту. Він запропонував 10 головних причин розвитку хвороб, в тому числі і раку: 1) негативне ставлення до себе і оточуючих; 2) впертість і негнучкість характеру; 3) розчарування і підозрілість; 4) злопам'ятність і нездатність прощати; 5) почуття провини і самобичування; 6) вразливість і уразливість; 7) заклопотаність і невпевненість; 8) ослаблений контроль за своїми почуттями; 9) нестабільність і агресивність; 10) збудливість і нервозність. Й. Бекман довів, що наявність будь-якої із зазначених рис характеру знижує опірність організму і призводило до хвороб [2].

Реабілітація онкологічних хворих повинна носити комплексний характер, включаючи використання різних методів лікування і впливу. Реабілітаційні заходи повинні починатися на діагностичному етапі, тривати в умовах стаціонару і після виписки з нього протягом не менше 1-5 років – періоду, протягом якого визначаються багато параметрів життя хворих в плані лікування за радикальною програмою. Лікувально-реабілітаційна робота з онкологічними хворими побудована на основі системи вимог про належну поведінку медичних працівників, відповідної медичної деонтології. В рамках біомедичного підходу розроблені такі основні терапевтичні принципи як поєднання радикалізму і дбайливого ставлення до органів і тканин на операційному етапі, профілактика післяопераційних ускладнень, заняття лікувальною фізкультурою за спеціальними програмами, виконання органозберігаючих, реконструктивно-пластичної операцій та ендопротезування, що попереджає лікарська корекція імунологічних та метаболічних порушень, що розвиваються в результаті проведення традиційного протипухлинного лікування [5].

Психічний стан хворих з онкологічною патологією характеризується зниженням настрою і активності в поєднанні з тривожним напруженням, пов'язаним з низьким контролем над хворобою, її рецидивуючим характером і невизначеністю прогнозу. Для хворих на онкологічні захворювання характерними є: обмежений репертуар долаючої стрес поведінки, знижений рівень соціально-особистісних компетенцій, особливо в сфері тілесності, соціальної активності, креативності та ціннісного (духовного) осмислення дійсності, а також низький рівень задоволеності соціально-психологічною підтримкою. Хворим на рак людям потрібна спеціалізована допомога онкопсихолога, який допоможе адаптуватися в ситуації хвороби та здійснювати їхній психологічний супровід в майбутньому.

Список використаних джерел:

1. Рак в Україні, 2014-2015. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.] // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – К., 2016. – № 17. – 144 с.
2. Холланд Дж. Психоонкологія. Історія розвитку / Дж. Холланд, Н. М. Ривкіна // Консультативна психологія і психотерапія. – 2014. – С. 14-23.
3. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы „СИНТЕЗ“) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрущенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 01. – С: 4-12. – Електронний ресурс. – Режим доступу: http://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditsine-01-2009/psikhicheskie_rasstroystva_v_onkologii_rezultaty_multitsentrovoy_programmy_sintez_.
4. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия; [4-е издание]. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.
5. Андрущенко А. В. Основные принципы реабилитации онкологических больных. В кн.: Сборник материалов VI Всероссийского съезда онкологов / А. В. Андрущенко. – М., 2005. – С. 39-40.
6. Нестеренко І. Онкологічні захворювання і психологічні фактори / Інна Нестеренко // персонал. – 2014. – № 6. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.personal.pp.ua/rubrics/poznavatelno/onkologchn-zaxvoryuvannya-psihologchn-faktori>
7. Simonton O. C. Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy / Simonton O. C., Simonton S. S. // J. of. Transpersonal Psychology. – 1975. – P. 29-47.
8. Мереуцэ І. Психосоматические исследования онкологических заболеваний / Ион Мереуцэ. – Электронний ресурс. – Режим доступу: <http://gisap.eu/ru/node/52572>.
9. Корушина Е. Особенности личности и психокоррекция онкологических больных / Елена Корушина. – Электронний ресурс. – Режим доступу: https://www.b17.ru/article/psihokorrekcija_onko_boln/
10. Урванцев Л. П. Психология соматического больного / Л. П. Урванцев. – Ярославль, 2000. – 215 с.
11. Психологическая тактика сопровождения онкологического больного: пособие для врачей [Электронний ресурс]. – Режим доступу: <http://revolution.allbest.ru/psychology/d00476752.html>
12. Березко І. В Україні онкопсихолог є швидше винятком, ніж частиною команди / Іванна Березко // Ваше здоров'я. – 02.06.2017. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/ivanna-berezko-v-ukrayini-onkopsiholog-ye-shvydshe-vynyatkom-anizh-chastynoyu-komandy/>