

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Пюнтковська

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ**

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

У роботі було проведено інтегральну оцінку психологічного статусу дітей та виявлено, що у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми. Також встановлено, що діти з сімей, в яких виявлялися порушення сімейного функціонування, переживали більш інтенсивний психологічний дистрес, який виражався у підвищеній тривожності, агресивних тенденціях, зниженні соціальної адаптації.

Ключові слова: онкохворі діти, сімейне функціонування, психологічний стан

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків захворювання на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей. Перше місце у структурі злоякісних новоутворень (ЗН) займають лейкози (29%), друге – ЗН головного мозку (16%), третє – лімфоми (13%), четверте – ЗН нирок (7%), п'яте – ЗН кісток, суглобових хрящів та ЗН сполучної та м'яких тканин – по 4% [1; 2]. Близько 4% усіх хворих на ЗН дітей виявляють на IV стадії захворювання.

Онкологічна патологія є досить рідкісною серед дитячого населення, однак смертність від злоякісних новоутворень у структурі дитячої смертності в Україні посідає 5-е місце, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродженим аномаліям, хворобам нервової системи.

Онкологічна хвороба супроводжується особливо інтенсивною психотравматичною складовою, що поєднує наявність високого рівня соматичного дистресу,

складного та важкого лікування та усвідомлення потенційної загрози для здоров'я, соціального функціонування та життя в цілому [3–7]. Несформований дитячий організм та психіка протягом перебігу захворювання та лікування піддаються дії різних стресорів, а саме тривалі, фізично виснажуючі, а іноді і болісні процедури та діагностика, деформуючі та інвалідизуючі операції, когнітивні порушення на фоні хіміотерапії, відрив від соціуму (дитячий садок, школа, друзі), перерви у навчанні, психоемоційна напруженість у родині, споглядання страждань інших пацієнтів у відділеннях та лікарняних закладах [8; 9].

У дітей присутність такого стресору, як хвороба, має більш важливе і визначальне значення, ніж у дорослих [8]. Захворювання змінює психосоціальну ситуацію розвитку дитини, тоді, коли дитячий організм та психіка перебувають у стані формування. Відповідно, патогенні чинники саме у дитячому віці можуть різко порушити, сповільнити або навіть викривити особистісний

розвиток, спричинити появу патохарактерологічних змін, особистісних девіацій, психічних розладів [9].

Проінформованість та аналіз у кожній конкретній ситуації сутнісних аспектів впливу онкологічного захворювання та дитину та її значуще оточення, в особливості родину, необхідне для розуміння механізмів психологічної адаптації чи дезадаптації до захворювання і, відповідно, створення ефективних програм психологічної допомоги та психореабілітації.

Метою роботи було оцінити психологічний стан дітей з онкологічним захворюванням під час госпіталізації у стаціонар задля протипухлинного лікування.

З метою вирішення поставленого завдання протягом 2011–2012 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків) за інформованої згоди батьків було проведено психологічне обстеження 214 дітей зі злякисними новоутвореннями, які були вперше госпіталізовані у стаціонар задля протипухлинного лікування. Розподіл дітей за віком був наступним: до 1 року – 13 дітей, 1–3 роки – 35 осіб, 4–6 років – 55, 7–17 років – 111 дітей.

Психологічна діагностика дітей проводилася з врахуванням сімейного функціонування. Так опитувані родини було розділено на групи за методикою PARI [10] у залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини. Група 1 – 80,8% сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 – 19,2% (41) родин сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

Психологічна діагностика залежала від віку обстежуваних дітей та включала спостереження (за поведінкою, в тому числі ігровою), опитування батьків та збір анамнезу – ретроспективні дані щодо психоемоційного стану дітей та його змін під час діагностики, а також психодіагностику з використанням проективних методик (завдання – «Дерево у негоду» та «Моя сім'я», складання розповіді за малюнком) [10].

Вибір проективних методик для психологічної діагностики дітей був обумовлений:

- віковими особливостями психічного розвитку опитуваних, а саме переважанням чуттєво-образного представлення внутрішньої реальності на відміну від раціонально-вербального;
- ігрова, а отже, і психологічно близька для дитячого віку, необтяжуюча форма взаємодії;
- багаторівневістю оцінки психічного стану дитини (тенденції у розвитку особистості, емоційний фон, система відносин, конфліктні зони особистості та інше);

- зміст та характер досліджуваного об'єкту – травматичні чи мало усвідомлювані елементи реальності;
- можливість поєднання діагностики та проведення психокорекційної роботи.

Варто окремо підкреслити, що проективні можливості методик обмежені віком дітей, а саме їх недоцільно застосовувати як проективні методики у дітей молодше 5 років.

Батьки онкохворих дітей, незалежно від їхнього віку, зазначали зміни у їх психоемоційному стані та поведінці, які виникали ще під час періоду діагностики і посилювалися з накопиченням досвіду перебування у лікувальних установах з метою обстеження та консультування. Діти потрапляли у нову та незвичну для них обстановку з незнайомими людьми, апаратурою і обладнанням невідомого для них призначення. Для дітей були незрозумілими та часто фізично неприємними безліч виконуваних процедур і медичних досліджень. Також психологічно напруженою була атмосфера навколо дітей, внаслідок присутності інших хворих і особливо через прояв негативних емоцій у батьків (тривога, роздратування, втомленість).

Зміни у психоемоційному стані та поведінці дітей корелювали зі складністю і тяжкістю діагностичних процедур, тривалістю обстеження. Встановлення діагнозу і необхідність госпіталізації до стаціонару задля протипухлинної терапії були стресовими подіями для дітей, що об'єктивно супроводжувалася відривом від звичної обстановки, розлукою з батьками, болісними та неприємними діагностичними та лікувальними процедурами, ізоляцією від соціального оточення (школа, друзі). На емоційному і поведінковому рівні перебування у стаціонарі по-різному проявлялося у вікових групах.

У онкохворих дітей до 1 року негативні зміни у психоемоційному стані батьки описували через проблеми зі сном, який був поверхневим і чутливим, відмовами від їжі, зниженням або навпаки посиленням рухової активності, діти часто плакали, менше цікавилися іграшками. Також батьки відмічали, що діти ставали неспокійними при вигляді медичних працівників («білих халатів») у разі частого застосування болісних чи дискомфортних процедур, могли плакати, кричати, штовхатися.

Діти дошкільного та молодшого шкільного віку реагували зростанням тривожності, особливо прив'язаної до медичних процедур, відмовлялися на них йти, скаржилися на обмеження у їжі та активності, проявляли сум за своїми друзями у дитсадочку чи двору. Поведінка та відношення дітей, їх зміна під час лікування, визначалися конкретикою, бажанням уникати негативних стимулів.

Виникнення побічної дії хіміотерапії (загальний дискомфорт, диспепсичні явища, випадіння волосся) викликали у дітей зниження настрою, подальшу тривогу перед наступним введенням хіміопрепаратів, відмову від лікування. Хірургічне втручання у дітей також спричиняло зростання тривожності, особливо при високому її рівні у батьків. Зростання соматичного дистресу у дітей супроводжувалося зниженням активності, настрою,

**Основні психопатогенні чинники та психологічні проблеми у дітей різних вікових груп,
які страждають на онкологічне захворювання**

Вікова група	Психопатогенні чинники	Прояви психологічної дезадаптації	Психологічні проблеми
До 1 року	Нестабільність та агресивність оточуючого світу Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Порушення сну Харчові проблеми Сповільнення психомоторного розвитку	Оточуючий світ сприймається як небезпечне місце
Дошкільний вік	Відрив від звичного оточення, у тому числі друзів Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Ситуативна тривожність Хвороба як вина Страх медпроцедур Зміна ігрової поведінки Неслухняність Афективні та невротичні реакції та стани Сповільнення психічного розвитку Страх смерті	Порушення соціалізації Невротизація Пато-характерологічні зміни
Молодший шкільний вік			
Підлітковий вік	Відрив від референтної групи Майбутнє, поставлене під загрозу Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Афективні та невротичні реакції та стани Протестні реакції Аутоагресивна поведінка Гострі конфлікти з батьками Специфічні страхи Страх смерті	Порушення соціалізації Невротизація Пато-характерологічні та особистісні зміни

обмеженням ігрової діяльності, рідше дратівливою слабкістю, вербальною агресією.

У підлітків психоемоційний стан характеризувався більш різноманітним та диференційованим спектром переживань. Психологічно виникав конфлікт у сфері залежності/самостійності, що проявлявся бажанням бути повно обізнаним щодо хвороби, приймати рішення і одночасно необхідність мати емоційну підтримку близьких, їх розуміння. У частини дітей навпаки спостерігався психологічний регрес з перекладанням відповідальності на інших.

Інтегральна оцінка психологічного статусу дітей, здійснена на основі бесіди з батьками і дітьми, спостереженням за поведінкою дітей, результатів психологічної діагностики, виявила, що у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми, які потребували вирішення (табл. 1) [11].

Перед початком психологічної діагностики за допомогою проєктивних методик з кожною дитиною (за попередньою згодою батьків) були проведені індивідуальні бесіди, спрямовані на формування достатнього контакту дитини та діагноста, мотивування на участь у дослідженні. Під час первинного контакту окреслювалися і основні психологічні проблеми дитини, особливості її взаємодії з близьким оточенням, що у подальшому передбачало і більш точну інтерпретацію результатів дослідження.

Дітей просили намалювати «Дерево у непогоду» та малюнок «Моя сім'я». Після того, як малюнки були готові, дітей просили їх описати та скласти розповідь.

У малюнках дітей з онкологічною патологією були виокремлені спільні риси, які були наступними:

- у 2/3 малюнків діти чітко вимальовували та підкреслювали лінію основи, як символічне вираження необхідності опори та потреби у стабільності;
- більш акцентованими та промальованими були деталі на лівій частині малюнка (минуле) у порівнянні з правою стороною, де лінії були більш переривчастими. Подібне вказувало на відчуття невизначеності і невідомості щодо майбутнього;
- на малюнках було багато об'єктів, намальованих контурними і нечіткими лініями або з численними штрихами, що свідчило про високу тривожність, невизначеність ситуації;
- непогода найчастіше зображувалася у вигляді дощу, хмар, використовували темні кольори (чорний, коричневий, фіолетовий), гілки дерев були зігнутими;
- на противагу негоді, у 40% малюнків, окрім деталей непогоди, були присутніми позитивні або захисні об'єкти – сонце, огорожа та ін.

Важливою була і сама розповідь дітей про те, як виникла непогода, що сталося, як було дереву під час лиха, що станеться потім. У розповідях звучали мотиви раптовості негоди, незахищеності, однак, негода сприймалася тимчасовою. Аналіз та інтерпретація малюнка

були цінним діагностичним матеріалом для оцінки психоемоційної відповіді дитини на стрес, способу її відреагування на актуальну стресову ситуацію та способу з нею справлятися.

Виявлено відмінності у малюнках дітей з групи 1 та 2. Рисунок дітей з групи 1 характеризувався:

- чітко підкресленою та акцентованою лінією основи як символічним відображенням потреби у рівновазі та стабільності;
- великою кількістю дрібних деталей, штрихів, рисок, що свідчили про прояви психічної напруги та високу тривожність;
- присутністю об'єктів, які несуть захисний чи відмежовуючий характер;
- схематичність зображення.

Інтерпретація малюнків дітей з групи 1 свідчила про переживання вираженого психологічного дистресу: стану тривожності, напруженість, відчуття небезпеки і загрози з актуалізацією психологічних механізмів захисту.

Малюнок «Моя сім'я» дозволив проаналізувати та виявити основні інтеракційні патерни у родині з онкохворою дитиною у групах 1 та 2. Так у малюнках дітей з групи 1 на відміну від дітей з групи 2 були наявними наступні риси:

- аналіз малювання рук (зображували руки в останню чергу, руки були широко розставленими, редуковані кисті, кулаки, штрихування на руках та ін.) вказував на труднощі у встановленні соціальних контактів і комунікативній сфері;
- у 18% дітей у малюнку були декорованими, з великими фігурами, що вказувало на риси демонстративності;
- 34% дітей у процесі малювання часто зверталися до особи, яка проводила дослідження, за порадою і схваленням, було наявне штрихування, деталізація, як ознаки підвищеної тривожності;
- у зображенні членів сім'ї між дітьми та батьками відзначалася дуже близька відстань, що свідчило про тісний емоційний зв'язок і залежність, або навпаки значна дистанція – ознака відстороненості, відчуття самотності, проблеми у дитячо-батьківських відносинах;
- діти витрачали багато часу на промальовування батьківських фігур, поверталися та коректували їх зображення, що вказувало на високу значимість для дітей зображення батьків та внутрішню напруженість і опір при їх відображенні;
- фігури батьків містили багато штрихованих ліній, що свідчили про психічний дискомфорт, тривогу, негативні емоції, пов'язані з батьками;
- між дітьми та батьками на малюнках були наявні різні предмети як бар'єри, що вказували на емоційну розрізненість та конфліктність сімейних відносин;
- присутні зображення членів розширеної сім'ї, які проживають окремо, що вказувало на дефіцит уваги, підтримки у родині від батьків;
- у 7% дітей за наявності у сім'ї братів чи сестер, вони були відсутніми на малюнках;

- присутні зображення м'яких іграшок, домашніх тварин – потреба у емоційній близькості, брак уваги і підтримки.

Вищезазначені ознаки свідчили про різноманітні проблеми у взаємовідносинах між батьками та дітьми з групи 1. Важливими були спостереження щодо того, кого першим з родини малювала дитина, в якому порядку зображувала членів сім'ї, на якій відстані один від одного, наскільки промальовувала фігури.

У дітей з групи 2 у малюнках також були присутні прояви, що свідчили про підвищену тривожність, дискомфорт у дитячо-батьківських стосунках, однак їх інтенсивність мала менш виражений характер. Фігури, які символічно зображували членів сім'ї, на малюнку знаходилися близько одна від одної. Були присутні всі проживаючі разом члени родини. Ознак, які свідчать про стан тривожності, демонстративні і агресивні тенденції реєструвалося значно менше, у порівнянні з дітьми у групі 1.

З вищесказаного можна зробити наступні висновки:

1. госпіталізація та лікування спричиняли зміни у психоемоційному стані та поведінці дітей, що відмічалось батьками та реєструвалося під час проведення психологічної діагностики;
2. у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми;
3. діти з сімей, в яких виявлялися порушення сімейного функціонування, переживали більш інтенсивний психологічний дистрес, що виражалось у підвищеній тривожності, агресивних тенденціях, зниженні соціальної адаптації;
4. проєктивні методики – зручний і універсальний психодіагностичний інструментарій для вивчення психологічного стану дітей різного віку;
5. вивчення психологічного стану дітей з позиції провідного психопатогенного чинника розкрило можливість прогнозування очікуваних проявів психічної дезадаптації, а отже, їх попередження та прицільну психокорекцію.

Література:

1. Рак в Україні, 2010 – 2011 / 3. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного онкологічного центру України. – 2012. – № 13. – 118 с.
2. Піонтковська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Піонтковська // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 19, №4 (71). – С. 76 – 84.
3. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [et al.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.
4. Досимов А. Ж. Психологический статус детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии / А. Ж. Досимов, И. Г. Киян // Детская онкология. – 2008. - № 1. – С. 54 – 58.
5. Кенжегулова Р. Б. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии / Р. Б. Кенжегулова, К. О. Омарова, С. В. Складар // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). Тезисы докладов. – Томск, 2010. – С. 91 – 93.
6. Кравченко Н. Е. Психические расстройства у детей и подростков с гемобластомами во время первичной госпитализации

- в онкологический стационар / Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. - №2. – С. 23 – 27.
7. Алгоритм повідомлення діагнозу та «несприятливих» новин у клініці дитячої онкології. Методичні рекомендації / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Мухаровська. – Харків, 2013. – 26 с.
8. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
9. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журнал практического психолога. - 2009. - N 2. - С. 87-102.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
11. Піонтковська О. В. Особливості внутрішньої картини хвороби у дітей різного віку, які страждають на онкологічну патологію / О. В. Піонтковська // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75). – С. 88–91

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

А. В. Піонтковська

В работе была проведена интегральная оценка психологического статуса онкобольных детей и обнаружено, что в каждой возрастной группе существовали свои ведущие психопатогенные факторы и вызванные ими психологические проблемы. Также установлено, что онкобольные дети из семей с нарушениями семейного функционирования, переживали более интенсивный психологический дистресс, который выражался в повышенной тревожности, агрессивных тенденциях, снижении социальной адаптации.

Ключевые слова: онкобольные дети, семейное функционирование, психологическое состояние

PSYCHOLOGICAL STATE FEATURES OF CHILDREN WITH CANCER ACCORDING TO AGE AND FAMILY FUNCTIONING

О. В. Piontkovska

In paper, we conduct integrated assessment of psychological status of children with cancer and found that in each age group has its own leading psychopathogenic factors and psychological problems caused by them. Also, found that children with cancer from families with problems in family functioning experienced more intense psychological distress, which is express at elevated anxiety, aggressive tendencies, reducing social adaptation.

Keywords: children with cancer, family functioning, psychological condition.