

І. Р. Мухаровська

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

mukharovska.i@gmail.com

Актуальність. Пацієнти з онкологічною патологією внаслідок особливостей розвитку хвороби, її діагностики та лікування часто на тривалий час виключаються зі звичного ритму соціального життя, змінюється якість їх взаємодії з оточенням, порушується сімейний гомеостаз в родині.

Мета – на підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування пацієнтів з онкологічними захворюваннями визначити мішені медико-психологічної допомоги.

Матеріали та методи дослідження. На базі Київського міського клінічного онкологічного центру впродовж 2014–2016 рр. з використанням спеціально розробленого опитувальника та даних клініко-психологічного інтерв'ю обстежено 422 онкологічних пацієнти. Сформовано три групи: пацієнти Г1 (n=80) перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування, пацієнти Г2 (n=187) отримували первинну терапію, пацієнти Г3 (n=155) звернулися до онкологічного центру через прогресування онкологічної патології.

Результати. Психосоціальні проблеми хворих з онкологічними захворюваннями на різних етапах лікувального процесу мають різне змістове наповнення. У хворих на діагностичному етапі та при первинному зверненні більшу вираженість мали прояви психогенно обумовленої дезорганізації соціальної активності, самостигматизація та труднощі комунікації з приводу хвороби. У пацієнтів з прогресуючою онкологічною патологією зниження соціального функціонування було пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я, рівнем адаптивності стилю протидії нозогенному стресу. Важливим аспектом психосоціальної адаптації онкохворих були ознаки стигматизації та самостигматизації. Виявлено дезадаптивні моделі сімейного функціонування у вигляді дистанціювання чи гіперопіки.

Висновки. На підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування пацієнтів з онкологічними захворюваннями визначено мішені медико-психологічної допомоги як важливої складової комплексної терапії досліджуваного контингенту.

Ключові слова:
психосоціальне
функціонування,
онкологія, медико-
психологічна допомога,
психосоціальна
взаємодія, стигматизація,
психоонкологія.

Актуальність. В Україні спостерігається неухильна тенденція до збільшення захворюваності на онкологічні хвороби. Цей показник у 2014 році становив 384,9 нових випадків на 100 тис. населення [1]. Онкопатологія має серйозні психологічні та психосоціальні наслідки, адже спричиняє часткову чи повну втрату працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного шостого пацієнта, летальність становить 51,3 %, смертність до 1 року після встановлення діагнозу складає 31,4 % [1]. Кожного онкохворого оточують від 3 до 7 членів сім'ї чи близьких, які залучені до допомоги та підтримки пацієнта й переживають інтенсивний психологічний стрес у зв'язку з діагнозом близької людини [2, 3].

Пацієнти з онкологічною патологією внаслідок особливостей розвитку хвороби та її лікування часто на тривалий час виключаються зі звичного ритму соціального

життя: перебувають на лікарняному, звільняються з роботи, менше спілкуються з друзями та іншими людьми поза сім'єю. Змінюється також і якість взаємодії з оточенням, адже тема хвороби зазвичай є травматичною для пацієнтів, що часто посилюється соціальними міфами та установками щодо онкологічних захворювань у суспільстві.

Найгостріше хвороба відображається на родині онкологічного хворого. Захворювання спричиняє «коливальний ефект», що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушенні планів та зміні звичного способу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційної тривоги, зрушення у функціонуванні родини та посиленні сімейного напруження [4]. Члени родини відіграють важливу роль у підтримці хворого, що ставить перед сім'єю значні вимоги, відповідно рівень стресу та дистресу серед

опікунів є високим [4, 5]. У родичів хворого виникають порушення у психічній сфері, які досягають клінічно значимого рівня [6]. З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що вивчення особливостей психосоціального функціонування онкопацієнтів є пріоритетним завданням сучасної психоонкології.

Мета дослідження – на основі оцінки особливостей психосоціального функціонування хворих з онкологічними захворюваннями визначити мішені медико-психологічної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру впродовж 2014 – 2016 рр. В опитуванні взяли участь 422 онкологічні пацієнти, з них 80 хворих перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (Г1, n=80), 187 опитуваних отримували первинну терапію (Г2, n=187) та 155 осіб звернулися в онкологічний центр у зв'язку з прогресуванням онкологічної патології (Г3, n=155).

В якості діагностичного інструментарію було використано спеціально розроблений опитувальник та дані клініко-психологічного інтерв'ю. Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

На діагностичному етапі хворі переживали виражений психоемоційний стрес. Невідомість прогнозу та методів лікування супроводжувалися тривожністю, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, драгівливістю, психічним виснаженням. На даному 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 включені з соціальної взаємодії через необхідність медичного обстеження та підготовку до лікування. Коло їх спілкування часто звужувалося до контактів з сім'єю та медичними працівниками, обговорювати свій діагноз з більш віддаленим оточенням було вкрай травматично. Хворі перебували у стані емоційної нестабільності та когнітивної невизначеності, всі психологічні ресурси були спрямовані на внутрішнє подолання стресової ситуації та налаштування себе на лікування. Пацієнти були дуже вразливими до ставлення та дій оточуючих, потребували підтримки з боку сім'ї. Близькі хворого також переживали виражений психічний стрес через онкологічну хворобу в родині. Найгострішою на даному

етапі була потреба в інформації стосовно хвороби та її лікування, визначення тактики реагування та поведінки в ситуації хвороби.

Онкологічні захворювання викликали появу ряду значимих психосоціальних труднощів у хворих. Психосоціальні проблеми, пов'язані з онкологічною патологією, були згруповані у змістовні блоки та включали:

- зміну соціальної активності щодо трудової діяльності: тимчасова чи постійна втрата працездатності, обумовлена зниженням фізичного здоров'я та як наслідок нозогенної реакції;
- зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною та близьким оточенням;
- зменшення інтенсивності та зміна якості соціальної взаємодії – спілкування з друзями, колегами, оточенням;
- труднощі комунікації на тему онкологічної хвороби;
- обмеження можливості активного відпочинку як наслідок погіршення фізичного здоров'я, прив'язаності до медичних закладів (діагностика, лікування), фінансових витрат на протипухлинну терапію;
- стигматизацію та самостигматизацію хворих з онкологією як результат персистування соціальних міфів щодо онкопатології.

Клініко-психологічне інтерв'ю не виявило виразних відмінностей у інтенсивності проявів психосоціальної дезадаптації онкологічних пацієнтів, водночас у різних групах хворих мав місце ряд тенденцій (табл.).

Повернення та прогресування захворювання обумовлювали зниження соціальної активності та звуження кола спілкування, що було тісно пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я. У хворих, які зверталися повторно, виявлено дихотомічний розподіл змін характеру стосунків у сім'ї, а саме відмічалось збільшення частки опитуваних як з низькою, так і з високою міжособистісною напруженістю. Це вказувало на рівень пристосування до хвороби, формування стану адаптованості чи дезадаптованості сімейної системи до стресових вимог, обумовлених онкологічним захворюванням. Персоніфікованими індикаторами пристосування були вираженість труднощів комунікації з приводу хвороби та самостигматизація. Пацієнти, які мали більший досвід лікування онкологічного захворювання, були більш обізнані у своїх переживаннях, вчилися проговорювати емоції та думки стосовно онкологічної патології, що дозволяло встановити контроль над комунікацією з оточуючими, уникати гострих психотравматичних тем, керувати діалогом та прогнозувати наслідки свого стану на основі

Таблиця. Психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів, %

Параметри	Г1, n=80			Г2, n=187			Г3, n=155		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Зниження активності	27,5	55,0	17,5	20,9	62,0	17,1	16,8	58,1	25,1
Міжперсональне напруження у сім'ї	13,8	76,2	10,0	12,8	73,8	13,4	20,6	59,4	20,0
Збіднення спілкування	25,0	61,3	13,7	23,5	58,3	18,2	19,4	47,1	33,5
Труднощі комунікації з приводу хвороби	-	56,3	43,7	-	59,9	40,1	15,5	47,1	37,4
Стигматизація та самостигматизація	76,3	17,4	6,3	61,5	28,9	9,6	49,0	34,8	16,2

Примітка. 1 – незначно, 2 – помірно та 3 – суттєво виражене за суб'єктивною оцінкою хворого.

реалістичних уявлень, на противагу соціальним міфам щодо онкології. Хворі, які зіштовхувалися з діагнозом вперше, мали мінімальні навички протидії нозогенному стресу, що проявлялося в унікальні розмови про хворобу або ж в інтенсивних емоційних висловлюваннях тривожно-депресивного характеру. Саме тому у пацієнтів на початкових етапах лікування була більш вираженою самотигматизація, приписування собі статусу приреченої людини, безперспективності, самозвинувачення. Відмічено, що у випадку застосування неефективних стратегій протидії стресу та психопатогенному впливу оточення самотигматизація при повторних зверненнях хворих також залишалась високою.

Важливим для онкологічного пацієнта є соціальне оточення (сім'я, друзі), яке забезпечує хворому емоційно сприятливе середовище для прояву переживань, їх інтеграції, мотивує до дій та створює зовнішній ресурс підтримки. Онкологічні хворі відзначали значну потребу у підтримці сім'ї та близьких і одночасно виражали інтенсивні негативні переживання, пов'язані з тим, що для рідних їх хвороба стала значним стресом, емоційним та фінансовим тягарем. На період діагностики та лікування пацієнти ставали центром сімейного функціонування. Члени сім'ї перебували під потрійним навантаженням: переживали власний психічний дистрес у зв'язку з онкологічною хворобою близької людини, виконували сімейні обов'язки хворого, займалися його психоемоційною підтримкою та брали участь в організації заходів по лікуванню. Вираженими були комунікативні проблеми у сім'ях з онкологічними хворими. Бесіди на тему онкологічного діагнозу були емоційно болісними для обох сторін: хворі боялися додатково травмувати родину своїми переживаннями та роздумами щодо захворювання, могли проектувати свою дратівливість та гнів на оточуючих, тоді як члени сім'ї відчували свою безпорадність та некомпетентність у питаннях підтримки пацієнта, не знали, як відповідати та реагувати на страхи та депресивні висловлювання. Пригнічення негативних переживань призводило до емоційного дистанціювання, накопичення нерозрішеного психічного напруження, неузгодженості дій. Іншим варіантом поведінки була ситуація, коли онкологічні пацієнти інтенсивно виражали негативні емоції, потужно фруструючи родину, що також викликало бажання відгородитися від ситуації. На первинному етапі зіткнення з захворюванням члени родини часто були схильними проявляти гіперопіку, яка мала на меті максимально віддалити хворого від психотравмуючої ситуації та забезпечити йому комфорт і спокій. І дистанціювання, і гіперопіка були проявами порушення психологічної адаптації. Дистанціювання характеризувалося порушенням міжособистісного контакту з притаманними йому почуттями самотності, покинутості, безпорадності. Гіперопіку, навпаки, можна описати як співзалежність з розмиттям особистісних меж, перекладанням відповідальності на родича.

Важливим психосоціальним аспектом онкологічних захворювань була стигматизація та самотигматизація. Підозра на онкопатологію майже у всіх людей викликає емоційну реакцію шоку внаслідок існуючих у суспільстві уявлень щодо онкологічних захворювань. Онкологічні хвороби чітко асоціюються зі смертельним завершенням

та сильними стражданнями. Навіть найменша можливість бути онкохворим спричиняє тривогу та страхи, що діють на дезорганізують поведінку особистості. Проявами соціальної стигматизації щодо онкологічних пацієнтів є відчуження та дистанціювання оточення або навпаки, поява нетактовного інтересу. Психопатогенетичними складовими подібного міжособистісного явища є провокування власних переживань та страхів, пов'язаних зі смертю та стражданнями; недостатні навички взаємодії з людьми у стресі, коли відсторонення від онкохворого було результатом побоювань зробити чи сказати щось зайве, дискомфортні відчуття поряд з хворим; психологічна незрілість; соціальна байдужість, небажання мати справу з чужими проблемами; особистісні деформації.

Самотигматизація проявлялася у самовільному психологічному тавруванні себе як приреченої людини, поєднувалася з невиправдано песимістичними прогнозами щодо результатів лікування, знецінюванням себе як особистості та корисного члена суспільства, який, не зважаючи на хворобу, є повноцінним соціально активним індивідом. Очікування небажаної реакції з боку оточення – дистанціювання чи навпаки, надмірної опіки, – могло призводити до приховування свого діагнозу від оточення, яке мало на меті мінімізування міжособистісного фактора.

Базовими психосоціальними мішенями медико-психологічного впливу в онкології є зниження соціальної активності хворих у рамках нозогенної реакції на хворобу (психологічний компонент дезорганізації), труднощі комунікації з приводу онкологічного діагнозу, звуження кола спілкування, порушення міжособистісної взаємодії у сім'ї пацієнта, дезадаптивні моделі поведінки членів родини хворого у вигляді дистанціювання та гіперопіки, прояви стигматизації та самотигматизації хворого.

Висновки

1. Онкологічні захворювання відображалися на психосоціальному функціонуванні хворих. Основні психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів включали зниження соціальної активності, зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною, зменшення інтенсивності та зміну якості соціальної взаємодії, труднощі комунікації на тему онкологічного діагнозу, стигматизацію та самотигматизацію хворих.

2. Психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів різнилися залежно від етапу лікувального процесу. У хворих на діагностичному етапі та при первинному зверненні більшу вираженість мали прояви психогенно обумовленої дезорганізації соціальної активності, самотигматизація та труднощі комунікації з приводу хвороби. У пацієнтів з прогресуючою онкологічною патологією зниження соціального функціонування було пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я, рівнем адаптивності стилю протидії нозогенному стресу.

3. Онкологічне захворювання провокувало порушення сімейного функціонування у родині онкологічного пацієнта, дезадаптивними моделями якого були дистанціювання чи гіперопіка.

4. Важливим психосоціальним аспектом онкологічних захворювань була стигматизація та самотигматизація. Проявами соціальної стигматизації були відчуження та

дистанціювання оточення, поява нетактовного інтересу, самостигматизації – самовільне таврування як причреченої людини без соціальних перспектив.

5. На підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування хворих з онкологічними захворюваннями визначено мішені медико-психологічної допомоги як важливої складової комплексної терапії для досліджуваного контингенту.

Список використаної літератури

1. Федоренко З. П. *Рак в Україні 2013–2014* [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін.; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm
2. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford University press, 2015. – 808 p.
3. Маркова М. В. *Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології* / М. В. Маркова, О. В. Пionтківська, І. Р. Кужель // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86–91.
4. Edwards B. *The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety* / B. Edwards, V. Clarke // *Psychooncology*. – 2004. – Vol. 8. – Issue 13, – P. 562–576.
5. Likhmana S. *Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi* / S. Likhmana, S. K. Bhasin, M. S. Bhatia // *Indian Journal of Cancer*. – 2015. – Vol. 52. – Issue 1. – P. 146–151.

6. *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. – Issue 7. – P. 3057–3067.

References

1. Kolesnik, O. O., Fedorenko, Z. P., Hulak, L. O., Mykhailovych, Yu. I., Horokh, Ye. L. B. Ryzhov, A. Yu., ... Kutsenko, L. B. (2015). *Rak v Ukraini 2013–2014* [Cancer in Ukraine 2013–2014]. Retrieved from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (Accessed 05.05.2016)
2. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology* (5th ed.). Oxford University Press, 808 p.
3. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). *Stan ta perspektivy rozvytku suchasnoi psykhoonkologii* [Status and prospects of contemporary psychooncology]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 4 (73), pp. 86–91.
4. Edwards, B., & Clarke, V. (2004). *The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety*. *Psychooncology*, vol. 8. issue 13, pp. 562–576.
5. Likhmana, S., Bhasin, S. K., & Bhatia, M. S. (2015). *Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi*. *Indian Journal of Cancer*. Vol. 52, issue 1, pp. 146–151.
6. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). *Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study*. *Support Care Cancer*, vol. 24, issue. 7, pp. 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И. Р. Мухаровская

Актуальность. Пациенты с онкологической патологией вследствие особенностей развития болезни, ее диагностики и лечения часто на длительное время исключаются из привычного ритма социальной жизни, меняется качество взаимодействия с окружающими, нарушается семейный гомеостаз.

Цель – на основании оценки особенностей психосоциального функционирования больных с онкологическими заболеваниями определить мишени медико-психологической помощи.

Материалы и методы исследования. На базе Киевского городского клинического онкологического центра в течение 2014–2016 гг. с помощью специально разработанного опросника и данных клинико-психологического интервью обследовано 422 онкологических пациента. Сформировано три группы: пациенты Г1 (n=80) находились на этапе диагностики и выбора методов противоопухолевого лечения, пациенты Г2 (n=187) проходили первичную терапию, пациенты Г3 (n=155) обратились в онкологический центр в связи с прогрессированием онкологической патологии.

Результаты. Психосоциальные проблемы больных с онкологическими заболеваниями имеют различное содержательное наполнение на разных этапах лечебного процесса. Для больных на диагностическом этапе и при первичном обращении большую выраженность имели проявления психогенно обусловленной дезорганизации социальной активности, самостигматизация и трудности коммуникации по поводу болезни. У пациентов с прогрессирующей онкологической патологией снижение социального функционирования было связано с ухудшением физического здоровья, уровнем адаптивности стиля противодействия нозогенному стрессу. Важным аспектом психосоциальной адаптации онкобольных были признаки стигматизации и самостигматизации. Выявлены дезадаптивные модели семейного функционирования в виде дистанцирования или гиперопеки.

Выводы. На основании оценки особенностей психосоциального функционирования больных с онкологическими заболеваниями определены мишени медико-психологической помощи как важной составляющей комплексной терапии для исследуемого контингента.

Ключевые слова: психосоциальное функционирование, онкология, медико-психологическая помощь, психосоциальное взаимодействие, стигматизация, психоонкология.

FEATURES OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH ONCOLOGY I. R. Mukharovska

Background. Patients with oncology due to peculiarities of the disease, its diagnosis and treatment are often excluded from the normal rhythm of social life for a long time, changed their quality of interaction with others and disrupted family homeostasis.

Objective – based on an assessment of psychosocial functioning features of patients with oncology to determine the target of medical and psychological assistance.

Materials and methods. On the basis of the Kyiv City Clinical Oncology Center during 2014–2016 using a specially designed questionnaire and data clinico-psychological interview we surveyed 422 patients with oncology. Three groups were formed: patients of G1 (n=80) were at the stage of diagnosis and selection of anticancer treatments, patients of G2 (n=187) had the primary therapy, patients of G3 (n=155) appealed to the Oncology Center due to the progression of oncology.

Results. Psychosocial problems of patients with oncology have a different substantive content at different stages of the treatment process. In the diagnostic phase for patients and during the initial treatment had more severity of symptoms caused by psychogenic disorganization of social activity, self-stigma and the difficulty of communication about the disease. Decline of social functioning of patients with advanced oncology was associated with worsening physical health, level of adaptability style nozogenic counteract stress. Signs of stigma and self-stigma were an important aspect of psychosocial adaptation of patients with oncology. Disadaptive patterns of family functioning such as a distancing or overprotection were identified.

Conclusions. Based on the assessment of psychosocial functioning features of patients with oncology we identified target of medical and psychological care as an important component of complex therapy for the investigated population.

Key words: psychosocial functioning, oncology, medical and psychological care, psychosocial interactions, stigma, psycho-oncology.

Стаття надійшла до редакції 05.08.2016 р.

МУХАРОВСЬКА Інна Романівна, к. мед. н., лікар-психолог Київського міського клінічного онкологічного центру, м. Київ, e-mail: mukharovska.i@gmail.com

МУХАРОВСКАЯ Инна Романовна, к. мед. н., врач-психолог Киевского городского клинического онкологического центра, г. Киев, e-mail: mukharovska.i@gmail.com

MUKHAROVSKA Inna Romanivna, MD, PhD, Medical Psychologist of the Kyiv City Clinical Oncology Center, Kyiv, e-mail: mukharovska.i@gmail.com