

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ МЕРЕЖІ НА ПРИКЛАДІ ОНКОЛОГІЇ

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ МЕРЕЖІ НА ПРИКЛАДІ ОНКОЛОГІЇ – Для розуміння медичних, психологічних та соціальних проявів хвороби необхідна умова організації та надання медико-психологічної допомоги. Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. Проведено клініко-психологічний аналіз 1148 випадків консультацій онкологічних пацієнтів центру. Особливості надання медико-психологічної допомоги у загальносоматичній мережі в цілому та у сфері онкології зокрема, визначають значна поширеність донозологічних форм психічних порушень на противагу класичним клінічно окресленим розладам, низька мотивація соматичних хворих до корекції психічної сфери, вагомий вплив нозогенно-органічного чинника у формуванні психічних порушень серед пацієнтів із соматичними хворобами. Зрушення у психічній сфері онкологічних хворих свідчать про важливість надання медико-психологічної допомоги, необхідність розроблення стандартних протоколів, удосконалення організаційних заходів.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ НА ПРИМЕРЕ ОНКОЛОГИИ – Для понимания медицинских, психологических и социальных проявлений болезни необходимо условие организации и оказания медико-психологической помощи. Исследование проводилось на базе Киевского городского клинического онкологического центра. Проведено клинико-психологический анализ 1148 случаев консультаций онкологических пациентов центра. Особенности оказания медико-психологической помощи в общесоматической сети в целом и в сфере онкологии в частности, определяются через значительную распространенность донозологических форм психических нарушений в противовес классическим клинически очерченным расстройствам, низкую мотивацию соматических больных относительно коррекции психической сферы, существенное влияние нозогенно-органического фактора в формировании психических сдвигов среди пациентов с соматическими болезнями. Нарушения в психической сфере онкологических больных свидетельствуют о важности оказания медико-психологической помощи, необходимости разработки стандартных протоколов, совершенствования организационных мероприятий.

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL HELP IN GENERAL HEALTH SERVICE ON AN EXAMPLE OF ONCOLOGY – The understanding medical, psychological and social signs of the disease is necessary part of organization and conducting psychological help. The study conducted at the Kyiv City Clinical Cancer Center, provided a clinical-psychological analysis 1148 cases of consulting cancer patients. Features of psychological help in general health service network and in oncology in particular included the high prevalence pre-nosological forms of psychological conditions in contrast to the classical clinical mental disorders, low motivation of somatic patients to correction psychic sphere, significant influence nozogenic-organic factor in forming mental conditions in patients with somatic illnesses. The decreasing in mental health of cancer patients indicate the importance of providing psychological help, the need to develop standard protocols, improve organizational measures.

Ключові слова: онкологічні хворі; медико-психологічна допомога; психоонкологія; психологічна дезадаптація.

Ключевые слова: онкологические больные; медико-психологическая помощь; психоонкология; психологическая дезадаптация.

Key words: cancer patients; psychological help; psychooncology; psychological maladjustment.

ВСТУП На сьогодні психічне здоров'я стало однією з провідних проблем медичної галузі. У Європі поширеність психічної патології на 2010 р. становила 38,2 %: тривожні розлади склали 14 %, порушення сну – 7 %, депресія – 6,9 %, соматоформні розлади – 6,3 %, алкогольна та хімічна залежності – 4 %, синдром дефіциту уваги та гіперактивності – 5 %, деменція – 1 % [1]. В огляді ЄСНР підкреслено, що хвороби мозку та психічні розлади спричиняють втрату працездатності у 26,6 % населення Європи [2]. Поширеність психічних і поведінкових розладів продовжує повільно збільшуватися – на 2,9 % кожні 10 р. Неухильно зростаюча кількість хворих із психічними розладами вказує на необхідність розробки нових організаційних підходів до збереження, підтримання та відновлення психічного й психологічного здоров'я.

Основні потужності системи охорони психічного здоров'я спрямовані на лікування "класичних" психіатричних пацієнтів, однак досвід надання медичної допомоги пацієнтам загальносоматичного профілю чітко вказує на наявність значної кількості хворих – від 25 до 70 %, у яких розвивається широкий спектр психічних змін, що потребують фахового втручання спеціаліста з психічного здоров'я [3–5]. Пацієнти з психічними порушеннями, що виникли у зв'язку з діагностуванням, перебігом та лікуванням соматичного захворювання, складають окрему категорію осіб, які потребують психологічної, психотерапевтичної чи психіатричної допомоги [6].

Онкологічна захворюваність в Україні становила у 2014 р. 384,9 на 100 тис. населення та характеризується тенденцією до неухильного зростання, що формує гостру потребу в розвитку психологічної служби у медичних закладах, які надають допомогу онкологічним хворим [7].

Онкологічні захворювання відносяться до категорії хвороб із високим стресовим потенціалом. Онкопатологія спричиняє часткову чи повну втрату працездатності унаслідок хронічного прогресивного перебігу в кожного 6 пацієнта (79,0 на 100 тис. населення), летальність становить 51,3 %, не проживає й одного року після встановлення діагнозу – 31,4 %, смертність складає 188,4 на 100 тис. населення (40,0 % захворілих та 39,2 % померлих осіб працездатного віку серед чоловіків, і 26,6 та 19,9 % – жінок) [7]. Це формує певне відношення до захворювання, яке сприймається як вкрай загрозове та відповідно викликає розвиток широкого спектра психічних порушень. Про високий рівень психічного травмування пацієнтів з онкологічними захворюваннями свідчать показники поширеності психічних розладів: депресивний розлад – 9,6–25,6 %, тривожний – 8,6–20,4 %, фобічний – 6,9 %, розлад адаптації – 22–75 %, особистості – 7 %, психотичні стани – 28–48 % на термінальній стадії, органічні психічні розлади – 8 % [3, 8].

Розуміння медичних, психологічних та соціальних аспектів захворювання – необхідна умова організації та надання медико-психологічної допомоги.

Метою дослідження було виявити особливості надання медико-психологічної допомоги в сфері онкології.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Дослідження проводили на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2012–2016 рр. Проведено клініко-психологічний аналіз 1148 випадків консультацій онкологічних пацієнтів,

які проходили протипухлинне (n=880) та паліативне лікування (n=268). Обробку даних проводили з використанням методів описової статистики на платформі MS Excel v.8.0.3.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На основі багаторічного досвіду надання медико-психологічної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями було визначено ряд специфічних проблем, значимих для надання медико-психологічної допомоги хворим даного соматичного профілю:

- значна поширеність донозологічних форм психічних порушень на противагу класичним клінічно окресленим психічним розладам;

- низька мотивація соматичних хворих до корекції психічної сфери;

- вагомий вплив нозогенно-органічного чинника у формуванні психічних порушень серед пацієнтів із соматичними, в тому числі онкологічними хворобами.

Психічні порушення, що досягнули клінічного рівня, є досить вираженими та помітними, і не виникає сумніву в необхідності їх лікування. Проте поряд з ними існує широкий спектр донозологічних станів, які мають негативний вплив на психологічне та психосоціальне функціонування хворого, однак вони залишаються поза увагою як лікарів, так і самих хворих.

Реєстрація психодезадаптивних станів у пацієнтів загальносоматичного профілю є складною у зв'язку з рядом наступних обставин:

- відсутністю достатньої кількості окладів спеціалістів із психічного здоров'я (лікаря-психолога, лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта) у лікувально-профілактичному закладі, або їх неуплектованістю;

- неналагодженою взаємодією загальносоматичної, медико-психологічної і психіатричної служб, переважності останньої "класичними" психіатричними хворими;

- урізаністю посадових можливостей лікаря-психолога щодо діагностики та лікування пацієнтів з ознаками психічного неблагополуччя;

- нестачею знань та практичних навичок діагностики станів психологічної дезадаптації у лікарів-спеціалістів (онкологів), які не можуть вчасно розпізнати і направити пацієнта до спеціаліста з психічного здоров'я;

- переважно реалізацією медичної моделі допомоги, орієнтованої на лікування хвороби, на противагу медико-психосоціальної, яка враховує психологічні та психосоціальні аспекти;

- соціальною стигматизацією людей із психічними змінами, внаслідок чого пацієнти дисимують психопатологічні симптоми або ігнорують їх, соромляться та бояться звертатися за психологічною допомогою;

- недостатнім фінансуванням медичної галузі, що змушує перерозподіляти витрати у більш пріоритетну сферу збереження життя на відміну від підвищення його якості.

Отже, незважаючи на широкий спектр станів психічної дезадаптації у соматичних пацієнтів, дана категорія хворих не отримує необхідної психологічної та психотерапевтичної допомоги. На сьогодні відсутні клінічні протоколи надання медико-психологічної допомоги пацієнтам соматичного профілю, які для інших спеціальностей вже стали звичним стандартом.

Досвід надання медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного центру показав, що у кожного консультованого пацієнта були наявні ознаки психодезадаптивного стану, які включали:

- порушення у психологічному стані: інтенсивну тривогу, онкоасоційовані страхи, зниження чи лабільність настрою, дратівливість, порушення сну, поведінкову дезорганізацію – 100 %;

- болісні екзистенційні переживання (загроза смерті) – 100 %;

- надмірну активність чи навпаки пасивність у лікувальному процесі – 78,4 %;

- вибіркове сприйняття психотравмуючої інформації – 75,3 %;

- зростання напруженості у сімейних відносинах – 64,7 %;

- звуження кола спілкування до сім'ї та близьких друзів, дистанціювання від оточення – 58,1 %;

- невпевненість у правильності призначеного лікування, часті, повторні консультації у профільних спеціалістів – 47,1 %;

- інтенсивне почуття провини за хворобу, відчуття себе тягарем для родини – 34,3 %;

- звернення до нетрадиційної медицини – 13,5 %.

Вищезазвані прояви суттєво знижували якість життя хворих, негативно відображалися на лікувальному процесі, затримували психологічне відновлення після протипухлинної терапії.

Іншим важливим чинником у наданні медико-психологічної допомоги хворим соматичного профілю є мотивація до корекції психічної сфери, яка у даній категорії пацієнтів досить низька. Це зумовлено тим, що усвідомлення наявності у себе психологічного неблагополуччя та потреби у психологічній допомозі часто тривалий внутрішньоособистісний процес, що пов'язано з:

- соціальною стигматизацією людей із порушеннями психічного функціонування;

- переживанням болісного відчуття власної неадекватності, інаковості;

- сприйняттям психічних змін як власної особистісної некомпетентності вирішувати проблеми, втратою контролю над життям;

- страхом стати залежним, підпорядкованим.

У медико-психологічному просторі є базовим принципом поглиблювати усвідомлення пацієнта щодо особливостей його психологічного стану, мотивувати на лікування, тоді як в загальносоматичних закладах основні зусилля спрямовуються на лікування хвороби, а не на діагностику чи корекцію психічної сфери хворого. Тобто пацієнти з соматичними захворюваннями орієнтовані на відновлення фізичного здоров'я, тоді як психологічні прояви відкидають. Так, з нашого досвіду, самостійно зверталися за психологічною допомогою лише 14,3 % онкологічних хворих, хоча при проактивній поведінці лікаря-психолога частка осіб, охоплених допомогою, зростала до 92,2 %, тобто відмовлялися від участі в медико-психологічних заходах лише 7,8 % пацієнтів. Дані результати вказували на наявність проблем у презентації та організації психологічної допомоги в загальносоматичній мережі.

Особливістю психічних порушень у хворих із соматичною патологією є мультифакторний характер та значне вираження органічного радикалу. В основі нозогенно-органічного чинника лежать структурні, патофізіологічні й метаболічні зміни в організмі хворого, що в онкологічній практиці викликані: пухлинами та метастазами у головний мозок, високодозовою хіміотерапією, опроміненням голови і шиї, загальним опроміненням тіла, хірургічними втручаннями на головному мозку, при якому ділянки мозку можуть бути ушкоджені або зруйновані під час біопсії або видалення пухлин, гормональною терапією та імунотерапією, лікарськими засобами (антибіотики, знеболювальні, імунодепресанти, антидепресанти, серцеві препарати), супутніми станами, пов'язаними з раком або лікуванням онкології, такими, як анемія, втома, стрес, депресія, безсоння, гіперкальціємія, електrolітний дисбаланс, органна недостатність, дефіцитом поживних речовин, особливо заліза, вітаміну В, фолієвої кислоти.

В онкологічних пацієнтів частою причиною психічних порушень, що виникають на органічному підґрунті, є

пухлинні ураження головного мозку. Найчастіше метастазують рак легенів – 40–50 %, рак молочної залози – 15–20 %, меланома – 10–11 %, рак нирки – 6 %, пухлини травної системи – 5 %, матки – 5 %, яєчників – 2 %. За локалізацією у 85 % хворих метастази виявляють у півкулях головного мозку, 10–15 % – у мозочку, 3–8 % – в стовбурі. За кількістю патологічних ділянок виділяють солітарні – у 40–50 % та множинні ураження – в 50–60 % пацієнтів. Клініка пухлин головного мозку включає загально-мозкові симптоми (головний біль, нудота, блювання), неврологічні ознаки (геміпарез, атаксія), судоми (фокальні, генералізовані), нейропсихологічні (афазії, агнозії, порушення схеми тіла), психічні прояви (маячення, галюцинації, психомоторне збудження, порушення свідомості). Провідними симптомами метастазування у головний мозок є головний біль – 40–50 %, геміпарез – 20 %, когнітивна дисфункція – 14 %, судоми – 12 %, атаксія – 7 %.

Психічні порушення органічного генезу також може викликати протипухлинна терапія, зокрема у 25–33 % онкологічних хворих, які отримують хіміотерапію, визначаються зниження когнітивної функції на 10–12 %, що спричинено нейротоксичним впливом хіміотерапевтичних препаратів, підвищенням проникності гематоенцефалічного бар'єра, пов'язаним із розпадом пухлини та ушкодженням капілярів, патологічним імунним процесом, руйнуванням клітин гіпокампа, нейронних синапсів.

На термінальних етапах захворювання провідним нозогенно-органічним чинником виступають пухлинна інтоксикація, поліорганна недостатність, порушення метаболічного балансу, які стають причиною психомоторного збудження, делірію, станів виключення свідомості (оглушення, сопору, коми).

За нашими даними, пухлинні ураження реєструвалися у 8,3 % консультуванних хворих. З них у 73,7 % були наявні скарги на головний біль, 22,1 % – епізоди психомоторного збудження, 11,6 % – зниження пам'яті, 7,4 % – продуктивна симптоматика, 2,1 % – моторна афазія. На термінальній стадії онкологічного захворювання пухлинні ураження спричиняли порушення свідомості у вигляді періодів оглушення, з прогресивним поглибленням симптоматики до рівня сопору та коми.

Усвідомлення негативних наслідків захворювання лежало в основі нозогенно-психогенного чинника, що на психологічному рівні був представлений донозологічними психодезадаптивними станами, а на психічному – психопатологічними синдромами: тривожно-депресивним – 19,0 %, депресивним – 14,3 %, тривожно-фобічним – 6,5 %, тривожно-іпохондричним – 6,1 %, а також на термінальній стадії хвороби – порушенням свідомості за типом виключення (оглушення, сопор) – 85,8 %, деліріозному типі – 14,2 %, маячення – 6,3 %, амнестичний – 1,9 %.

Онкологія – це патологія з високою суїцидогенністю. Близько 0,32 % онкохворих здійснюють спроби (1 на 300 пацієнтів) та у 0,13–0,24 % суїцид стає завершеним (1–2 випадків із 3). Найбільше суїцидів припадає на перші 35 місяців після діагностування онкологічного захворювання. Суїцидальні думки починають формуватися ще на діагностичному етапі та актуалізуються при прогресуванні хвороби. Особливістю суїцидальної поведінки в онкології є застосування лікарських засобів для вчинення самогубства, відмова від лікування як форма пасивної аутоагресивної поведінки. Провідними суїцидальними мотивами стають припинення фізичного страждання – 88,9 %, сильний біль – 86,9 %, безперспективність існування – 78,1 %, неефективність лікування – 48,3 %, неможливість самообслуговування – 38,2 % та відчувати себе тягарем для близьких – 31,1%.

Дані нашого обстеження показали, що 7,0 % консультуванних пацієнтів проявляли самостійно та 22,7 % при

активному проясненні ідеаторні суїцидальні симптоми. Подібні думки мали вищу поширеність серед пацієнтів похилого та молодого віку, з хронічним больовим синдромом, інвалідизуючими наслідками операцій (стомами, ампутаціями). Це вказувало на переживання високого рівня стресу та потребу активного виявлення подібного роду переживань із метою профілактики суїциду.

Близько 70 % онкологічних пацієнтів зіштовхуються з появою больового синдрому різного характеру та ступенем вираження на етапах лікувального процесу. З нашого досвіду при первинному зверненні больові відчуття, як симптом хвороби, були наявні у 48,2 % хворих, при повторному – у 63,2 %, тоді як на паліативному етапі лікування у 82,1% онкологічних пацієнтів. Основними психологічними наслідками наявності больового синдрому були порушення у психоемоційному стані. У 73,6 % онкохворих був присутнім страх онкологічного болю різного ступеня вираження – від нечастих думок до нав'язливого стану. Пацієнти з болем (64,1 % усіх обстежених) відзначали зниження настрою – 100 %, тривогу очікування появи чергового нападу чи посилення больових відчуттів – 72,5 %, обмеження активності – 66,7 %, дратівливість – 57,4 %, емоційну лабільність – 44,0 %. Хронічний больовий синдром патогенетично пов'язаний із ризиком розвитку депресивного розладу та є соматогенним чинником ризику суїциду, що зумовлює важливість надання допомоги хворим із симптомом болю як медичної, так і психологічної.

У наданні медико-психологічної допомоги онкологічним пацієнтам були застосовані психоосвіта, індивідуальне консультування, психокорекція, психологічні групи.

Поширеність та вираження порушень у психічній сфері онкологічних хворих свідчить про важливість надання медико-психологічної допомоги в онкології, необхідність розроблення стандартних протоколів, удосконалення організаційних заходів.

ВИСНОВКИ Особливості надання медико-психологічної допомоги у загальносоматичній мережі в цілому та у сфері онкології зокрема, визначають значна поширеність донозологічних форм психічних порушень на противагу класичним клінічно окресленим розладам, низька мотивація соматичних хворих до корекції психічної сфери, вагомий вплив нозогенно-органічного чинника у формуванні психічних порушень серед пацієнтів із соматичними хворобами.

Шляхами налагодження психологічної допомоги у загальносоматичних лікувально-профілактичних закладах є такі кроки:

- забезпечити укомплектованість лікарями-психологами наявних окладів у медичних закладах, а також проаналізувати реальну потребу в спеціалістах даного профілю;
- налагодити взаємодію медичної, психіатричної та медико-психологічної служб;
- розширити посадові обов'язки лікарів-психологів щодо можливостей діагностики та лікування психічних порушень у соматичній клініці;
- розробити концепцію, стандарти, загальні та локальні протоколи, практично-орієнтований діагностичний інструментарій для медико-психологічної допомоги;
- змістити акцент з медичної моделі допомоги пацієнту на медико-психо-соціальну;
- підвищувати професійну підготовку лікарів-психологів шляхом модернізації знань та тренування практичних навичок на етапах додипломної та післядипломної освіти;
- розширити програму підготовки лікарів соматичного профілю з питань медичної психології;
- розробити тематику курсів тематичного удосконалення для лікарів загальносоматичного профілю з питань медичної психології;

- сформувати та наповнити медичне поле сучасною інформацією, отриманою на принципах доказової медицини стосовно психічного стану соматичних хворих, методів психологічної допомоги;

- переорієнтувати частину потужностей системи охорони психічного здоров'я на допомогу соматичним пацієнтам.

Перспективи подальших досліджень у даній сфері включають вивчення особливостей прояву психічних порушень в онкологічних хворих на етапах лікувального процесу та у взаємозв'язку з окремими нозологіями, визначення потреби в психофармакотерапії, підборі найбільш ефективних заходів медико-психологічної допомоги для різних категорій пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.

2. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 / H. U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm [et al.] // Eur. Neuropsychopharmacology. – 2010. – Vol. 21. – P. 655–679.

3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University press, 2010. – 745 p.

4. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. – 2007. – Vol. 27. – P. 57–71.

5. Маркова М. В. Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги пацієнтам з соматичними захворюваннями як необхідна умова оптимізації лікувального процесу / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Мухаровська // Медична психологія. – 2014. – № 3. – С. 3–6.

6. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – Т. 20, вип. 4 (73). – 2012. – С. 86–91.

7. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 16 : Рак в Україні 2013 – 2014 [Електронний ресурс] / за ред. З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.]. – К. : Національний інститут раку, 2015. – Режим доступу : http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm.

8. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample / G. Campbell, S. Darke, R. Bruno [et al.] // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 49(9). – P. 803–811.

Отримано 06.10.16