

*А.Ю. Васильева***ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: эмоциональное состояние, родственники больных злокачественными новообразованиями

Проблема онкологической патологии в структуре общей заболеваемости занимает лидирующее положение в силу значительной распространенности и, обусловленной ею, высокой смертности среди населения [1-3, 5, 7, 8, 11]. На современном этапе развития медицины большое внимание уделяется не только соматическому, но и эмоциональному состоянию пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Факт наличия онкологического заболевания оказывает негативное психотравмирующее воздействие не только на самих пациентов, но и на родственников онкологически больного, вследствие

чего резко меняется функционирование всей семьи в целом [1, 4-6, 8-11]. Большинство близких родственников онкобольных испытывают сильнейший стресс, но в то же время лишь немногие из них обращаются за психологической и психокоррекционной помощью [12]: они слишком заняты вниманием, которое оказывается онкобольному, в то время как сами нуждаются в поддержке.

Цель настоящего исследования – изучение эмоционального состояния родственников пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие близкие родственники и члены семей пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. В работе с изучаемым контингентом были использованы методики: HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [13] для скринингового исследования с целью выявления эмоциональных нарушений в виде тревожной и депрессивной сим-

птоматики, диагностики самооценки психических состояний по Айзенку [14], диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана [14] и оценки самочувствия, активности, настроения [14]. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных статистических методов в пакете программ «STADIA» (критерий Стьюдента, линейная корреляция).

Результаты исследования и их обсуждение

Было исследовано 117 членов семей пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, которые осуществляли уход за больными в пред- и послеоперационный периоды. Среди обследованных лиц преобладали женщины – 106 человек (90,6%) и мужчин соответственно – 11 человек (9,4%). Распределение респондентов по возрастным группам было следующим: в возрасте до 20 лет – 1 родственник (0,8%), 21–25 лет – 10 родственников (8,5%), 26–30 лет – 12 родственников (10,3%), 31–35 лет – 12 родственников (10,3%), 36–40 лет – 18 человек (15,4%), 41–45 лет – 17 родственников (14,6%), 46–50 лет – 18 родственников (15,4%), 51–55 лет – 15 человек (12,8%) и 56–60 лет – 14

родственников (11,9%). В зависимости от степени родства: большинство из обследованных лиц, осуществляющих уход за больными, составили дети пациентов – 50 человек (42,7%) (46 дочерей (39,3%) и 4 сыновей (3,4%)), 37 супругов (31,6%) (30 жен (25,6%) и 7 мужей (6,0%)), 10 сестер (8,5%), 8 матерей (6,8%) и 12 дальних родственников (невестки, свекрови, племянницы и внуки) (10,2%). Имели среднее и среднее специальное образование 63 человека (53,8%), высшее образование – 54 родственника (46,2%). 67 членов семей онкобольных (57,3%) были удовлетворены своим материальным положением, 50 (42,7%) – не удовлетворены. Имели собственную семью (состояли в официальном или

гражданском браке) 62 человека (52,9%), холосты или не замужем – 31 ухаживающий (26,5%), в разводе – 24 человека (20,5%). Доброжелательными семейные взаимоотношения описывали 93 близких родственников пациентов (79,5%); спокойными, эмоционально-холодными – 12 человек (10,3%); конфликтными – 2 респондента (1,2%). Уход за пациентами со злокачественными новообразованиями длительностью менее 6 месяцев осуществляли 25 родственников (21,4%), от 6 месяцев до 1 года – 59 человек (50,4%), от 1 года до 3-х лет – 27 членов семей онкобольных (23,1%) и 6 человек (5,1%) – более 3-х лет.

Из 117 обследованных родственников пациентов со злокачественными новообразованиями эмоциональные нарушения в виде тревожной и депрессивной симптоматики по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) были выявлены у 81 человека (69,2%): у 33 (40,7%) близких родственников пациентов, которым предстоит оперативное вмешательство, (I группа) и у 48 (59,3%) членов семей пациентов, уже перенесших операцию (II группа). 36 родственников онкобольных, у которых эмоциональные расстройства не были выявлены, составили группу

сравнения.

У 8 человек (24,2%) I группы выраженность тревожной симптоматики соответствовала субклиническому уровню расстройств, у 25 родственников (75,8%) выраженность тревоги достигала клинического уровня; 12 членов семей онкобольных (36,4%) обнаруживали субклинически выраженную депрессию, 21 человек (63,6%) – выраженность депрессивной симптоматики достигала клинического уровня. В группе родственников, вошедших во II группу, тревожная симптоматика субклинического уровня выявлена у 31 человека (64,6%), клинически выраженная тревога была обнаружена у 17 членов семей онкобольных (35,4%); субклинически выраженная депрессивная симптоматика выявлена у 21 близкого родственника (43,7%), достигающая клинической выраженности депрессия была обнаружена у 27 человек (56,3%). Выраженность тревожной симптоматики у родственников пациентов, готовящихся к оперативному лечению, (I группа) достоверно интенсивнее, чем у членов семей пациентов, перенесших операцию (II группа), в то время как депрессивные расстройства оказались достоверно тяжелее у родственников онкобольных II группы (табл.1.)

Таблица 1

Средние значения по шкалам методики HADS у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	M ± m	M ± m	M ± m	p ₁	p ₂	p ₃
Тревога	15,7±0,358	13,5±0,393	4,75±0,467	0,0002*	0,003*	0,038*
Депрессия	13,9±0,649	16,2±0,877	3,17±0,411	0,0004*	0,0001*	0,043*

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p₂ – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p₃ – достоверность различий между I и II группами; * - p<0,05

При исследовании близких родственников и членов семей онкобольных с помощью методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку выявлено, что

показатели по всем шкалам методики в I и II группах достоверно превышали аналогичные показатели группы сравнения (p<0,05) (табл.2).

Таблица 2

Средние значения по шкалам методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	M ± m	M ± m	M ± m	p ₁	p ₂	p ₃
Тревожность	19,6±0,627	14,2±0,228	5,08±0,845	0,0007*	0,0005*	0,003*
Фрустрация	17,6±0,607	16,6±0,147	5,29±0,896	0,00014*	0,0011*	0,0093*
Агрессивность	14,21±0,594	19,3±0,594	6,54±0,659	0,00028*	0,0003*	0,038*
Ригидность	13,7±0,599	18,9±0,599	7,71±0,896	0,0004*	0,0001*	0,0013*

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p₂ – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p₃ – достоверность различий между I и II группами; * - p<0,05

Наиболее высокие показатели в I группе были выявлены по шкале «Тревожность», во II группе – по шкалам «Агрессивность» и «Ригидность», что говорит о доминировании тревожного радикала в структуре эмоциональных расстройств у близких родственников пациентов с онкологической патологией I группы и преобладании астено-депрессивных нарушений в эмоциональном состоянии членов семей пациентов II группы. Высокие показатели по шкале «Фрустрация» в обеих группах свидетельствуют о низком уровне адаптации к создавшейся ситуации.

Уровень невротизации в I группе оказался достоверно ниже, чем во II группе: $34,2 \pm 1,17$ и $36,8 \pm 1,04$ баллов соответственно ($p=0,033$), при низком уровне невротизации в группе сравнения ($13,5 \pm 1,26$ балла; $p_1=0,00001$, $p_2=0,00001$). Полученные результаты свидетельствуют о высокой эмоциональной значимости для родственников пациентов со злокачественными новообразованиями психотравмирующей ситуации наличия неизлечимой болезни у близкого человека: возникновение негативных переживаний в виде тревожности, напряженности, беспокой-

ства, растерянности уже на диагностическом этапе и утяжеление эмоциональных нарушений в виде тревоги и депрессии, достигающих клинически очерченных расстройств, на следующих этапах противоопухолевого лечения.

При анализе данных, полученных с помощью методики САН, было выявлено, что достоверно самые низкие показатели по всем шкалам методики были выявлены у респондентов II группы (табл. 3). В I группе средний балл по каждой из категорий был выше, чем во II группе, однако все же был значительно ниже нормальных значений, в то время как в группе сравнения показатели по всем шкалам соответствовали нормальным. Обращает на себя внимание неравномерное снижение результатов по шкалам методики во II группе: минимальные результаты по шкалам «Самочувствие» и «Активность» при относительно более высоких показателях по шкале «Настроение» говорит о нарастании астенического компонента в структуре эмоциональных нарушений у родственников, осуществляющих уход за онкологически больными в послеоперационном периоде.

Таблица 3

Средние значения по шкалам методики САН у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	p_1	p_2	p_3
Самочувствие	$3,74 \pm 0,108$	$2,35 \pm 0,302$	$5,25 \pm 0,169$	0,0001*	0,0005*	0,0108*
Активность	$3,76 \pm 0,0949$	$2,71 \pm 0,409$	$5,32 \pm 0,157$	0,00012*	0,0001*	0,0023*
Настроение	$3,79 \pm 0,0871$	$3,11 \pm 0,021$	$5,27 \pm 0,11$	0,0002*	0,00011*	0,008*

Примечание: p_1 – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p_2 – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p_3 – достоверность различий между I и II группами; * - $p < 0,05$

Корреляционный анализ полученных результатов позволил выявить значимые связи между выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики (HADS) у родственников пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, и некоторыми их социально-демографическими особенностями. Так, в I группе были выявлены значимые корреляции между выраженностью тревоги и гендерными особенностями обследованного контингента (женский пол) ($r=0,352$ при $p=0,032$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,236$ при $p=0,048$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,352$ при $p=0,032$), длительностью ухода (менее 6 месяцев) ($r=0,442$ при $p=0,05$), внутрисемейными взаимоотношениями, в том числе с онкологически больным родственником, (доброжелатель-

ные) ($r=0,386$ при $p=0,0012$). Во II группе достоверно значимые связи были обнаружены между выраженностью депрессивной симптоматики и полом обследованного контингента (женский пол) ($r=0,318$ при $p=0,045$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,148$ при $p=0,013$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,318$ при $p=0,045$), длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года) ($r=0,328$ при $p=0,031$), внутрисемейными взаимоотношениями, в том числе с онкологически больным родственником, (доброжелательные) ($r=0,295$ при $p=0,017$).

Также выявлены достоверно значимые корреляции между выраженностью некоторых шкал методики самооценки психических состояний по Айзенку в обеих клинических группах и половой принадлежностью, возрастом, уровнем

образования, степенью родства и длительностью ухода. В I группе родственников обнаружены значимые связи между половой принадлежностью (женский пол), тревожностью ($r=0,351$ при $p=0,002$) и фрустрацией ($r=0,264$ при $p=0,045$); уровнем образования (высшее образование) и тревожностью ($r=0,353$ при $p=0,0015$); степенью родства (дочери и жены), тревожностью ($r=0,582$ при $p=0,045$) и фрустрацией ($r=0,279$ при $p=0,0001$); длительностью ухода (менее 6 месяцев), тревожностью ($r=0,431$ при $p=0,047$) и фрустрацией ($r=0,384$ при $p=0,0032$). Во II группе достоверно значимые связи выявлены между гендерными особенностями (женский пол), фрустрацией ($r=0,368$ при $p=0,003$), агрессивностью ($r=0,113$ при $p=0,003$) и ригидностью ($r=0,248$ при $p=0,0061$); уровнем образования (высшее образование) и фрустрацией ($r=0,256$ при $p=0,006$); степенью родства (дочери и жены) и фрустрацией ($r=0,183$ при $p=0,036$); длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года), агрессивностью ($r=0,328$ при $p=0,031$) и ригидностью ($r=0,295$ при $p=0,017$).

Достоверно значимые связи установлены при анализе уровня невротизации и некоторыми социально-демографическими показателями. Так, в I группе выявлены значимые корреляции между уровнем невротизации и полом (женский пол) ($r=0,435$ при $p=0,004$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,113$ при $p=0,0015$), степенью

родства (дочери и жены) ($r=0,482$ при $p=0,0001$) и внутрисемейными взаимоотношениями (доброжелательные) ($r=0,531$ при $p=0,03$). Во II группе были обнаружены следующие связи: уровень невротизации коррелировал с половой принадлежностью исследуемого контингента (женский пол) ($r=0,494$ при $p=0,0001$), возрастом ($r=0,215$ при $p=0,00045$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,254$ при $p=0,0004$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,119$ при $p=0,0003$) и длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года) ($r=0,381$ при $p=0,045$).

Корреляционный анализ выраженности тревожной и депрессивной симптоматики методики HADS и шкал методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку в группах родственников пациентов (табл.4) выявил в I группе значимые корреляции между уровнем тревоги, тревожности ($r=0,321$ при $p=0,000204$) и фрустрации ($r=0,279$ при $p=0,045$) при незначимой корреляции между уровнем тревоги, ригидности и агрессивности; значимая корреляция между уровнем депрессивной симптоматики и фрустрации ($r=0,362$ при $p=0,0254$). Во II группе – значимые корреляции между уровнем тревоги и фрустрации ($r=0,376$ при $p=0,0004$); между уровнем депрессивной симптоматики и фрустрации ($r=0,358$ при $p=0,0254$), агрессивности ($r=0,454$ при $p=0,0459$) и ригидности ($r=0,574$ при $p=0,0001$) при незначимой связи с тревожностью.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа шкал методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку и шкалами методики HADS у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	HADS							
	I группа				II группа			
	Тревога		Депрессия		Тревога		Депрессия	
	г	р	г	р	г	р	г	р
Тревожность	0,321	0,000204*	0,241	0,0841	0,224	0,06	0,124	0,0841
Фрустрация	0,279	0,045*	0,362	0,0254*	0,376	0,0004*	0,358	0,0254*
Агрессивность	0,172	0,226	0,348	0,059	0,248	0,09	0,454	0,0459*
Ригидность	0,233	0,08	0,534	0,07	0,534	0,052	0,574	0,0001*

Примечание: *- $p<0,05$

Анализ связей между выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики (HADS) и уровнем невротизации Л.И. Вассермана позволил установить значимую умеренную корреляцию между этими показателями: $r=0,294$ при $p=0,034$ между тревогой и уровнем невротизации в I группе и $r=0,316$ при $p=0,0223$ между депрессией и уровнем невротизации во II группе.

Корреляционный анализ выраженности тревоги и депрессии по методике HADS и шкал методики САН установил достоверную умеренную отрицательную корреляцию между уровнем тревожной симптоматики и самочувствием ($r=-0,235$ при $p=0,004$) и активностью ($r=-0,422$ при $p=0,0034$) в I группе. Во II группе была установлена умеренная отрицательную связь между

уровнем депрессивной симптоматики и самочувствием ($r=-0,383$ при $p=0,0001$), активностью ($r=-0,335$ при $p=0,045$) и настроением ($r=-0,453$ при $p=0,0011$).

Анализ взаимосвязи уровня невротизации со шкалами методики диагностики психических состояний по Айзенку позволил выявить в I группе значимые корреляции между уровнем невротизации и тревожностью ($r=0,525$ при $p=0,0004$) и фрустрацией ($r=0,0558$ при $p=0,0001$) при незначимой связи с агрессивностью и ригидностью. Во II группе были обнаружены достоверно значимые связи между уровнем невротизации и фрустрацией ($r=0,269$ при $p=0,005$), агрессивностью ($r=0,228$ при $p=0,0104$) и слабую связь с ригидностью ($r=0,113$ при $p=0,03$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой эмоциональной значимости для членов семьи пациента со злокачественным новообразованием психотравмирующей ситуации наличия неизлечимой болезни у близкого человека. Также выделены основные факторы риска возникновения тревожной и депрессивной симптоматики у членов семьи. Установлено, что развитию эмоциональных расстройств в большей степени подвержены женщины. Тревно-депрессивные расстройства возникают чаще у лиц, состоящих в близком родстве с онкологически больным человеком (жены и дочери пациентов), имеющих высшее образование, описывающих внутрисемейные взаимоотношения спокойными и доброжелательными, ухаживающих за больным родственником до 1 года. Кроме того, обнаружены значимые корреляционные связи между тревожной и депрессивной симптоматикой HADS и уровнем невротизации Л.И. Вассермана, выраженностью тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности по методике диагностики самооценки психических состояний по Айзенку, выраженностью шкал методики САН.

Как уже указывалось, семьи онкологических больных находятся в так называемом «эмоциональном кризисе» с поэтапной сменой эмоциональных реакций в виде отчаяния, тревоги, депрессии и т.п.. Довольно часто в высказываниях родственников лейтмотивом звучит навязчивая тема обреченности, неизбежного приближения смерти. В процессе пребывания в этой непрос-

той ситуации вырабатываются своеобразные психологические защитные механизмы восприятия негативной информации, связанной с заболеванием близкого человека. Эмоциональные нарушения у близких родственников онкобольных неоднородны по своей структуре и зависят от этапа лечебно-диагностического процесса: вначале доминируют тревожно-фобические расстройства, непосредственно связанные с диагностическим процессом и неопределенностью ситуации, затем тревога сменяется депрессией на этапе верификации диагноза. На этапе госпитализации у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями видоизменяются эмоциональные нарушения – интенсивность становится несколько меньше и переживания связаны, прежде всего, с предстоящим оперативным вмешательством, а также надеждой на скорое выздоровление. В послеоперационном периоде к ведущей тревожно-депрессивной симптоматике присоединяются астенические расстройства, обусловленные как истощением механизмов психологической защиты и адаптивных ресурсов личности, так и физическими перегрузками, связанными с необходимостью осуществлять уход за послеоперационным больным.

Развившиеся тревожные и депрессивные расстройства у членов семьи говорят об истощении адаптационных механизмов психологической защиты и требуют не только коррекции, но также проведения психопрофилактических мероприятий. Как видно из вышеизложенного, перед больным и его семьей стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психологических проблем сначала на этапе приспособления к болезни, а затем — и в роли реконвалесцента. Ранняя психологическая, в некоторых случаях психотерапевтическая коррекция, а также психопрофилактическая помощь, оказываемая родственникам пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, может предотвратить или существенно уменьшить выраженность эмоциональных расстройств, возникающих как реакция на длительную фрустрирующую психотравмирующую ситуацию — наличие онкологического больного в семье.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЧЛЕНІВ СІМЕЙ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведено попередні дані про особливості психоемоційного стану родичів онкохворих. Отримано дані про фактори, які впливають на формування й виразність тривожних та депресивних розладів у осіб, які здійснюють догляд за онкохворим родичем. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 80-85)

A.Yu. Vasylyeva

A PECULIARITIES OF AN PSYCHOEMOTIONAL STATE OF THE RELATIONS OF THE ONKOLOGICAL PATIENTS

Donetsk state medical university by M.Gorky

The provisional data of the emotional conditions of the relatives and caregivers of onkological patients are in the article. The facts about the factors, which influence on manifestation and expression of the anxious and depressive disorders in the onkological patient's relatives, are given. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 80-85)

Литература

1. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? // Psychiatric Bulletin. — 1999. - Vol. 23. - P. 431-435.
2. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1996. — Т. 42. — № 5. — С.86-89.
3. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // Psycho-oncology. — 1994. - Vol. 3. — P. 87-102.
4. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях // Методические рекомендации. — Ленинград, 1987. — 21 с.
5. Герасименко В.Н., Дорогова Е.В., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Медико-психологические аспекты реабилитации онкологических больных // Вест. Хир. — 1981. - № 8. - С. 110-113.
6. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артюшенко Ю.В. К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных // Вестн. АМН СССР. — 1981. - № 8. - С. 90-92.
7. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. — М.: Медицина, 1988. — 272 с.
8. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психологические и психосоматические проблемы онкологии // Клиническая медицина. - 2003. - № 8. — С. 57-59.
9. Руководство по профилактической медицине. Рекомендации по психической помощи онкобольным / Пер. с англ. И. В. Левандовского. — М.: Медицина, 1995. — С. 49-55.
10. Greer S., Baruch J.D.R. et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial // British Medical Journal, 1992, 304. — P. 675-680.
11. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001 — 288 с.
12. Дудниченко А. С., Дышлевая Л. Н., Дышлевой А. Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Проблемы медицинской науки та освіти. — 2003. — № 3. - С.36-39.
13. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: «Торнадо», 2003. — 352 с.
14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Ред.-сост. Райгородский Д.Я. — Самара: БАХРАХ, 2001. — 672 с.

Поступила в редакцию 18.03.2007