

В свою чергу, літературні дані щодо психологічних особливостей хворих на вперше діагностований ТЛ є досить суперечливими. Психологічний стан у зазначеного контингенту хворих має низку особливостей і потребує детального дослідження у зв'язку з різноманітністю етіологічних чинників та патогенетичних механізмів, а його прогноз значною мірою визначається ефективністю антибактеріальної терапії й рівнем якості життя (ЯЖ) пацієнтів (М. Т. Fullilove, 1993; Р. Ш. Валієв, 1999; М. Г. Бобро, Л. М. Юр'єва, 2005). Остання, як підкреслює низка авторів (Р. W. Jones, 1999; Є. І. Шмельов, Г. М. Кукліна, 2001; М. Є. Гурилева та ін., 2005), значною мірою залежить від доведеної кореляції між наявним психологічним станом та клінічною динамікою ТЛ, його прогресуванням (у деяких випадках), зниженням рівня функціональних можливостей організму. Слід зазначити, що факт первинної діагностики ТЛ у переважній частині хворих супроводжується відчуттям повного життєвого краху, страхів, постійних хвилювань, нав'язливої турботи про наслідки захворювання.

Останнім часом окремі вчені (Е. Н. Лукашова, 2002; Е. В. Гнездилова, 2002; В. М. Сухов, 2002) намагаються вивчати психологічні особливості хворих на туберкульоз та проводити їх корекцію. Проте й на сьогодні є не вивченою психологія хворого на ТЛ та членів його родини як в ситуації лікування пацієнта, так і при відмові хворого від терапії. Це потребує наукового обґрунтування та розроблення технології попередження і психологічної корекції відмов від лікування у хворих на туберкульоз і поліпшення якості їх життя, а також соціальної реадптації членів родин хворих.

Проте, на даний час в Україні вказані питання перебувають поза увагою науковців та клініцистів через переважання у фізіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування ТЛ згідно з стандартизованою програмою його терапії, яка не передбачає участі лікаря-психолога при наданні медичної допомоги таким пацієнтам. Це зумовлює практично відсутність досліджень щодо психологічного стану соціально благополучних осіб, що страждають на ТЛ, та способів його поліпшення (існує лише декілька окремих повідомлень щодо самостійних спостережень лікарів-фізіатрів) (В. Г. Макієва та ін., 1999; Н. А. Долгих, 2000).

У свою чергу, створення оптимальних умов для одужання від туберкульозу (зокрема, досягнення комплайєнсу) є неможливим без урахування психологічних та психосоціальних особливостей функціонування, оцінки сфери якості життя зазначеного контингенту, а також розроблення й впровадження на цій основі заходів їх медико-психологічного супроводження.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Є. В. Кришталь, К. В. Шкода

*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків),
Харківський обласний психоневрологічний диспансер (м. Харків)*

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ СІМЕЙ З ПСИХІЧНО ХВОРИМ РОДИЧЕМ

Згідно з даними сучасних досліджень, кожна четверта родина у світі має одного члена, який страждає на психічний розлад (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, 2007). Психічний розлад (зокрема, шизофренія або захворювання шизофренічного спектра) — серйозний психосоціальний стрес для хворого та його родини. Не викликає сумніву, що родина, в якій хтось із її членів психічно хворий, страждає від становища свого родича.

Наприклад, С. Я. Броніна (1998) відзначає, що «совместное проживание с душевнобольными и лицами с грубой психической патологией является уделом и важным невротизирующим фактором большей части населения». На його думку, психічна дезадаптація членів родини психічно хворого обумовлена низкою чинників: а) хронічним стресом у членів родини, що пов'язаний з тягарем співмешкання з хворим родичем та доглядом за ним; б) почуттям провини щодо хворого; в) тенденцією до захисту від зовнішнього оточення шляхом соціальної ізоляції.

Наявні в науковій літературі дані свідчать про високу частоту емоційного стресу і невротичних станів у родичів хворих з психозами, зокрема шизофренією (М. R. Sallah, 1994; D. I. Ukpong, R. O. Makanjuola, 2003; K. L. Subotnik, R. F. Asarnow, K. H. Nuechterlein, 2005). Це, вочевидь, пояснюється високою мірою психологічного і фізичного навантаження, від якого потерпають особи, що піклуються про хворого (Т. А. Солохіна, 2003). Дослідниками доведено, що члени сім'ї психічно хворого страждають від емоційного виснаження, відчувають тривогу і гнів, а в деяких випадках характеризують себе як «повністю знищених» (S. Noh, R. J. Turner, 1987; S. Brown, J. Wistle, 1998). Серед батьків психічно хворих

превалюють відчуття дистресу, втрати, страху і провини, а сибси нерідко відчувають збентеження і сум (L. M. Gerace, D. Camilleri, L. Ayres, 1993; M. Ferriter, N. Huband, 2003).

За даними Schultz зі співавторами (1995), більш ніж третина осіб, що опікають своїх родичів з деменцією, відчувають надмірне напруження, страждають від депресії або іншого психічного розладу непсихотичного регістру.

У шведському дослідженні М. Ostman, L. Kjellin (2002), в якому брали участь 162 родичів психічно хворих, встановлено, що серед членів сім'ї психічно хворої людини 40 % обстежених вважали, що психічне захворювання у їх родича привело до психічних порушень у них самих, у 30 % спостерігалися суїцидальні думки, а у 26 % інколи виникали думки, що краще б помер психічно хворий член родини.

Наступні суб'єктивні навантаження членів сім'ї хворого на шизофренію впливають багато чинників, серед яких D. G. Dusk, R. Short, P. P. Vitaliano (1999) особливо виділено такі, як вираженість у хворого на шизофренію негативних симптомів, схильність родича стримувати свій гнів і звинувачувати себе в тому, що відбувається, а також рівень соціальної підтримки сім'ї.

В багатьох випадках члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення. Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмату, амбівалентності, неправильним відношенням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Створення системи заходів психосоціальної підтримки для сімей з психічно хворим родичем є необхідною умовою нівелювання негативного впливу психологічних факторів, пов'язаних зі стигматизацією та психогеніями у членів сімей осіб, які страждають на психічні розлади.

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

І. Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНІ ОНКОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО НА ЕТАПІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження. Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дезадаптацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах.

Вивчення динаміки психологічного реагування на онкологічне захворювання, процесу адаптації сімейної системи до ситуації захворювання одного з членів родини, факторів, що сприяють чи перешкоджають пристосуванню на всіх етапах розвитку хвороби не лише пацієнта, але і членів його родини, є пріоритетними завданнями сучасної психоонкології у світовій практиці.

Метою дослідження було на основі ідентифікації психопатологічних, психологічних і психосоціальних причин формування дезадаптивних станів у родичів інкурабельних онкохворих розробити систему медико-психологічної допомоги членам сім'ї, які здійснюють догляд в умовах паліативної медицини.

На основі інформованої згоди з дотриманням медичної етики та деонтології на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2009—2011 рр. було проведено психологічне обстеження 150 родичів інкурабельних онкологічних хворих.

Так, були встановлені особливості психоемоційного стану та дистресу родичів інкурабельних онкохворих, ідентифіковані «пускові чинники» дезадаптації членів родини, визначені деструктивні та стабілізуючі інтрапсихічні та поведінкові патерни