

*О. В. Піонтковська, канд. мед. наук, доцент*  
КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків)

## ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОНКОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ

У роботі було проведено дослідження внутрішньої картини хвороби у дітей з онкологічними захворюваннями під час первинної госпіталізації у стаціонар задля протипухлинного лікування. Виявлено вікові відмінності внутрішньої картини хвороби, психопатогенні чинники для онкохворих дітей різного віку, встановлено взаємозв'язок між переживаннями щодо захворювання у батьків і дітей.

*Ключові слова:* онкохворі діти, внутрішня картина хвороби, медико-психологічна допомога.

Вплив хвороби на психіку різниться залежно від наслідків, які захворювання спричиняє у житті людини [1, 2]. Іноді хвороба настільки сильно емоційно вражає, фізично і психічно травмує, що стає значимою життєвою подією та в подальшому визначає особливості поведінкових та емоційних реакцій протягом всього життя.

З переліку хвороб особливого значення набувають хронічні захворювання, що мають несприятливий чи летальний прогноз, і вплив яких є найбільш тривалим та травмуючим. Психічними негативними проявами хвороби є виникнення психопатологічної симптоматики та клінічно окреслених психічних розладів, що обтяжують перебіг захворювання і знижують якість життя хворого [3—6].

У дітей присутність такого стресору як хвороба має більш важливе і визначальне значення, ніж у дорослих. 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 [7—9].

Онкологічна патологія 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 [10]. 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 [11—14].

Психологічним відображенням дії хвороби на психіку є внутрішня картина хвороби (ВКХ). У структурі ВКХ виокремлюють такі компоненти: чуттєвий (сенситивний), емоційний, інтелектуальний (когнітивний) та мотиваційний [8].

Чуттєвий рівень містить весь спектр тілесних (фізичних) хворобливих і болісних відчуттів, які переживає людина під час захворювання. Емоційний — включає різноманітні емоції, що виникають у зв'язку з хворобою, тоді як інтелектуальний — уявлення, знання і оцінку щодо захворювання. Мотиваційний складник належить до усвідомленого ставлення індивіда до своєї хвороби, й особливо — зміни власної поведінки та стилю життя в умовах захворювання.

Формування ВКХ — це взаємодія зовнішніх та внутрішніх факторів, а саме, характеру нозології (тривалість, тяжкість, прогноз, симптоматика), життєвого досвіду, віку, рівня освіти і культури, інтелектуальних здібностей, особистісних властивостей хворого. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку ВКХ переважно формується на основі афективно-чуттєвої складової, тоді як у підлітковому віці інтенсивно включаються інтелектуальний та мотиваційний компоненти [8].

Емоційний рівень ВКХ постає найбільш мобільним та чутливим індикатором психологічного стану онкохворих дітей.

Високий ризик патогенного впливу онкологічного захворювання на психіку та особистісний розвиток дитини обумовлюють різнопланове вивчення сприйняття, оцінки та переживання хвороби дитиною. Актуальність та важливість даної проблеми обумовлена медичними, психологічними та психосоціальними наслідками захворювання для дитини та її оточення під час лікування і у період ремісії чи видужання.

Метою роботи було дослідити ВКХ у дітей з онкологічними захворюваннями під час первинної госпіталізації у стаціонар задля протипухлинного лікування.

За інформованої згоди батьків було проведено психологічне обстеження 214 дітей зі злоякісними новоутвореннями, які були вперше госпіталізовані у стаціонар задля протипухлинного лікування. Розподіл дітей за віком був таким: до 1 року — 13 дітей, 1—3 роки — 35 осіб, 4—6 років — 55 дітей, 7—17 років — 111 дітей.

Психологічна діагностика залежала від віку обстежуваних дітей та включала спостереження (за поведінкою, в тому числі ігровою), опитування батьків та збирання анамнезу — ретроспективні дані щодо психоемоційного стану дітей та його змін під час діагностики, а також психодіагностику з використанням проєктивних методик (завдання — «Дерево у негоду», складання розповіді за малюнком).

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 й 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 дітей в даний час 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 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. Дані ознаки виникали ще до госпіталізації, однак перебування у стаціонарі їх додатково посилювало. Варто зазначити, що для дітей до 3 років особливо важливим було створення стабільної спокійної обстановки навколо них, що підтримувало в них відчуття безпеки, відгороджувало від сторонніх стресорів та психологічно закладало основи базової довіри до світу. Такий стресор, як тотальна зміна оточуючого навколо дитини з наповненням негативними подразниками, мав патогенний і несприятливий вплив на їх подальший розвиток. Також батьки відмічали, що діти ставали неспокійними при виді медичних працівників («білих халатів») у разі частого застосування болісних чи дискомфортних процедур, могли плакати, кричати, штовхатися, іноді на висоті бурхливої афективної реакції виникали порушення дихання та блювання (у 2 з 13 пацієнтів). Таким чином, провідними психопатогенними чинниками у дітей до 3 років були різка зміна життєвого стереотипу (звичної обстановки, режиму дня, оточення) і дискомфортні соматичні подразники (фізичні симптоми хвороби та болісні медичні маніпуляції).

Усі діти дошкільного та молодшого шкільного віку реагували підвищенням тривожності, особливо прив'язаною до медичних процедур, відмовлялися на них йти, тому що там «роблять боляче» або вони «не можуть так довго лежати», скаржилися на обмеження у їжі та активності («не можна їсти все що хочеться і коли хочеться», «не можна бігати та галасувати як вдома»), проявляли сум за своїми друзями по садочку чи двору. Міра прояву подібних реакцій та поведінки у дітей була різною. У 78% дітей виникали думки, що їх хвороба виникла через їх непослух, погану поведінку. Причини, з якими діти пов'язували виникнення свого захворювання, характеризувалися фантазійними уявленнями і були невідповідними до реальних обставин. Більшість дітей (86,7%) позитивно реагували на пояснення та вмовляння батьків та медичного персоналу щодо необхідності медичних процедур та обмежень, тоді як у 13,3% пацієнтів виникали більш інтенсивні психоемоційні реакції, що супроводжувалися високою

тривожністю й агресивністю. Батьки зазначали, що діти цікавилися в основному такими аспектами щодо лікування як «скільки уколів чи крапельниць мені робитимуть», «коли можна буде повернутися додому» і сприймали ситуацію лікування через конкретні обмежуючі їхнє функціонування факти. Відповідно і 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) спричиняли у дітей зниження настрою, подальшу тривогу перед наступним введенням хіміопрепаратів, відмову від лікування. Зростання соматичного дистресу у дітей супроводжувалося зниженням активності, настрою, обмеженням ігрової діяльності, рідше — дратівливою слабкістю, вербальною агресією.

Хірургічне втручання у дітей також спричиняло підвищення тривожності, особливо при високому її рівні у батьків. У передопераційному періоді не оцінюючи повністю ступеня ризику діти асимілювали відношення та побоювання і страхи батьків. У післяопераційному на психоемоційний стан суттєво впливали рівень фізичного дискомфорту та наслідки хірургічного втручання, в особливості якщо це були втрати кінцівки, видимі дефекти. Подібні тілесні зміни спричиняли зниження настрою, неслухняність, плаксивість, образу на батьків чи лікарів, які так з ними вчинили.

Отже, провідними психопатогенними чинниками у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку залишалися зміна звичної обстановки з переміщенням у наповнену стресовими стимулами ситуацію. Однак особистісні властивості дітей починали обумовлювати індивідуальний стиль реагування на захворювання, і в тому числі визначали психологічні проблеми, які виникали під час онкологічного захворювання та його лікування.

У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку психологічний образ захворювання більшою мірою вибудовувався на основі сенситивного та емоційного компонентів ВКХ, інтелектуальна складова характеризувалася фантазійністю і міфологізацією, з одного боку, формувалася і була міцно пов'язаною з батьківським уявленням про хворобу з іншого, тоді як мотиваційна складова визначалася через конкретику змісту ситуації.

У підлітків психоемоційний стан характеризувався більш різноманітним та диференційованим спектром переживань. Усі батьки відмічали складність спілкування на тему хвороби з власними дітьми, які задавали безліч запитань щодо хвороби та прогнозу. Підлітки цікавилися хворобою не лише у теперішньому статусі («яке лікування», «що означають ті чи інші процедури»), але й у перспективі, тобто впливі на їх подальше майбутнє, в особливості соціальне життя — можливість навчатися, будувати стосунки. Негативні наслідки протипухлинної терапії, які починали з'являтися або очікувалися (облисіння, слабкість, диспепсичні прояви, видимі дефекти, відсутність кінцівки та ін.), фізично неприємні діагностичні та лікувальні процедури, необхідність підкорятися лікарняному режиму, відірваність від референтної групи (друзів, однокласників)

патогенно діяли на психіку підлітків. Психологічне відчуття втрати, що з'являлося у зв'язку з хворобою, спричиняло появу зниженого настрою, невідомість та невизначеність майбутнього викликали тривогу та страхи, перешкоди та обмеження — появу роздратування і гніву. Психологічно виникав конфлікт у сфері залежності/самостійності, що проявлявся бажанням бути повно обізнаним щодо хвороби, приймати рішення й одночасно — необхідність мати емоційну підтримку близьких, їхнє розуміння. У частини дітей навпаки спостерігався психологічний регрес з перекладанням відповідальності на інших.

Провідними психопатогенними чинниками для підлітків були безпосередні та віддалені наслідки онкологічного захворювання та його лікування: відлучення від соціального оточення з подальшим порушенням соціалізації, інвалідизуючі операції, формування фізичних дефектів, когнітивна дисфункція як наслідок курсів хіміотерапії, втрата перспективи і позитивного уявлення про майбутнє.

Таким чином, у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми, які потребували вирішення (таблиця).

**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 Молодший шкільний вік	Відрив від звичного оточення, в 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 Патохарактерологічні зміни
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 Патохарактерологічні та особистісні зміни

Варто окремо відмітити, що психоемоційний стан дітей був міцно пов'язаний з переживаннями, які виникали у батьків. За нашими спостереженнями у батьків з рисами тривожності у характері, схильними вбачати загрозу практично у кожному зовнішньому стимулі, діти також виявляли високі рівні тривожності, настороженості до нового, залежності від дорослих. У батьків, які мали проблеми в емоційній сфері, що проявлялися в невідповідних ситуації по силі чи змісту емоційних реакціях, діти мали різноманітні труднощі у сприйнятті та пред'явленні емоцій, наприклад, були присутніми одні види емоцій та відкидалися інші («заборона на негативні емоції», стереотипне емоційне відреагування), дітям було складно диференціювати та ідентифікувати емоції та інше.

Діти засвоювали модель батьківської поведінки, формували взаємозалежні або протилежні до батьківських психологічні реакції. Однак у будь-якому зі зазначених випадків порушення у емоційному реагуванні дітей негативно впливали на психологічну адаптацію.

У когнітивному аспекті ставлення до хвороби у дітей також мало кореляти з уявленнями про захворювання з боку батьків. Найбільш наглядно це проявлялося у висловах і формулюваннях дітей про свою хворобу словами батьків та розповідями про хворобу на основі «легенди», розказаної батьками. Невідповідність уявлень

дітей щодо свого захворювання, дефіцит інформації створювали конфлікт при зіткненні з реальністю і були одним з джерел психологічного дистресу.

Уявлення щодо захворювання у дітей також досліджувалися за допомогою проєктивних методик. Як стимул дітям дали завдання намалювати малюнок на тему «Дерево у непогоду». Після того як малюнок був готовий, дітей просили його описати та скласти розповідь.

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

- у 2/3 малюнків діти чітко вимальовували та підкреслювали лінію основи, як символічне вираження необхідності опори та потреби у стабільності;
- більш акцентованими та промальшованими 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 протипагу 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 негоді, 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.

З вищесказаного можна зробити такі висновки:

- формування внутрішньої картини хвороби у дітей відрізнялося залежно від віку, що обумовлювалося особливостями розвитку емоційної, пізнавальної та вольової сфери. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку сприйняття хвороби здійснювалося на основі афективно-чуттєвої складової, тоді як у підлітковому віці активно задіявалися інтелектуальний та мотиваційний компоненти;

- у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми;

- психоемоційний стан дітей та їх уявлення були міцно пов'язаними з переживаннями, які виникали у батьків;

- проєктивні методики — цінне джерело інформації щодо психоемоційного стану дітей та їх уявлень щодо актуальної стресової ситуації;

- медико-психологічна допомога дітям з онкопатологією має включати психологічні заходи, спрямовані на формування адаптивної ВКХ щодо онкологічного захворювання та перспектив лікування у дітей, а також їх батьків.

#### Список літератури

1. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. — Ніжин: Міланік, 2007. — 115 с.
2. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / Н. Ф. Шевченко // Матеріали ІІ Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г. С. Костюка (19—20 квітня 2010 року). Т. ІІ. — К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. — С. 347—350.
3. К вопросу о психических расстройствах у больных со злокачественными новообразованиями / [С. И. Табачников, А. Ю. Васильева, С. Г. Бугайцов и др.] // Архив психиатрии. — 2005. — Т. 11, № 3(42). — С. 8—15.
4. Ambigga D. K. Depression and anxiety among family caregivers of cancer patients in an oncology clinic / D. K. Ambigga, M. S. Sherina, A. Suthahar // Malaysian Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 13 (1). — P. 35—42.
5. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. — М.: Медиа Медика, 2009. — №1. — С. 4—11.

6. Ronson A. Psychiatric disorders in oncology: recent therapeutic advances and new conceptual frameworks / A. Ronson // Curr Opin Oncol. — 2004. — Vol. 16. — Issue 4. — P. 318—323.

7. Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study / [Li H. C., Chung O. K., Ho K. Y. et al.] // Psychooncology. — 2011. — Vol. 20. — Issue 9. — P. 969—976.

8. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.

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

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

11. Исаев Д. Н. Внутренняя картина болезни у детей с острыми лейкозами / Д. Н. Исаев, И. К. Шац // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 35—39.

12. 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.

13. Eiser C. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology / C. Eiser, J. J. Hill, Y. H. Vance // J Pediatr Psychol. — 2000. — № 25(6). — P. 449—460.

14. Li H. C. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being / H. C. Li, O. K. Chung, S. Y. Chiu // Cancer Nurs. — 2010. — Vol. 33. — Issue 1. — P. 47—54.

Надійшла до редакції 29.03.2013 р.

**О. В. Пionтковская**

КЗОЗ «Областная детская клиническая больница № 1»  
(г. Харьков)

#### Особенности внутренней картины болезни у детей разного возраста, страдающих онкологической патологией

В работе было проведено исследование внутренней картины болезни у детей с онкологическими заболеваниями во время первичной госпитализации в стационар для противоопухолевого лечения. Выявлены возрастные различия внутренней картины болезни, психопатогенные факторы для онкобольных детей разного возраста, установлена взаимосвязь между переживаниями касательно заболевания у родителей и детей.

*Ключевые слова:* онкологически больные дети, внутренняя картина болезни, медико-психологическая помощь.

**О. V. Piontkovska**

Kharkiv Regional Clinical Hospital № 1 (Kharkiv)

#### Features internal picture of disease in children of different ages, suffering of oncologic pathology

In this paper was studied internal picture of disease in children with cancer during the initial hospitalization for anticancer treatment. We found age-related differences in internal picture of disease, psychopathogenic factors for children with cancer in different ages, revealed a relationship between feelings about disease in parents and children.

*Keywords:* children with cancer, internal picture of disease, psychological care.