



The psychological distress and psychic phenomena in cancer patients during palliative care

Mukharovska I.^a

^a*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

Abstract

Background. The diagnostic cancer in incurable stages, the transition to palliative care because of disease progression are significant psychological challenge for the patient. Psychological help for cancer patients during palliative treatment are no less important than medical therapy.

Methods. The study conducted at the Kyiv City Clinical Cancer Center during the 2012 - 2013 years in two phases. In first phase provided psychological investigation psychological condition of incurable cancer patients and its dynamics during palliative therapy with followed qualitative analysis of the data - participated 436 patients. Second phase included determining factors of psychological maladjustment and evaluation intensity of mental distress - participated 63 palliative cancer patients. The SCL-90r used for assessment of psychic distress.

Results. The prominent psychopathological symptoms in incurable cancer patients were somatization, depression and nonspecific symptoms. Less pronounced signs of mental distress in descending order of severity were anxiety, hostility, paranoid ideation, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive, psychoticism and phobic anxiety. Factors of psychological distress in cancer patients during palliative care include high physical distress; the impossibility of total control on physical and psychological symptoms; chronic pain; progressive deterioration of physical well-being; need to use opioids for relief pain; need for help; existential nature of stress; individual psychological characteristics. In patients identified psychological phenomena related to the palliative phase of treatment: psychological induction "pendulum externalizing of mental stress, decentralization.

Conclusions. Cancer patients in the palliative stage of treatment experiencing intensive psychological distress and clinically constitute a special group with specific psychological needs, which need to be consider in providing psychological care.

1. Актуальність

В Україні спостерігається неухильна тенденція до росту онкологічних хвороб. Онкологічна захворюваність у 2014 році становила 384,9 нових випадків на 100 тис. населення (<1>). Летальність онкопатології досягає 50% та близько 1/3 хворих не проживає 1 року після встановлення хвороби. Онкологічний діагноз на некурабельній стадії, перехід на паліативне лікування внаслідок прогресування захворювання стають складними психологічними випробуваннями для хворого. Психологічними факторами, асоційованими з дистресом у пацієнтів з прогресуючою онкопатологією, називають виражений стан безнадії, порушення емоційного фону та зміни образу тіла (<2>). Онкологічне захворювання змінює життєві цілі хворих, лікування та боротьба з хворобою стають провідними життєвими завданнями

(<3>).

На якість життя інкурабельних онкологічних пацієнтів впливають фізичні та психологічні симптоми, наявність духовної підтримки (<4>). Найбільш поширеними психопатологічними проявами у паліативних хворих є тривога та депресія (<5>;<6>). На етапі паліативного лікування вкрай важливим стає нормалізація фізичного стану та в особливості больового синдрому (<7>;<8>). Визначення індивідуальних цілей щодо контролю соматичного дистресу та приведення рівня фізичного дискомфорту до прийняттого для пацієнта рівня важливий компонент паліативної допомоги (<9>).

Психологічна допомога онкологічним хворим на етапі паліативного лікування не менш важлива, ніж медикаментозна терапія. Поряд з пацієнтом на увагу психолога заслуговують члени родини, які також пере-

живають інтенсивний стрес (<10>;<11>). Для сімей з онкологічним хворим рекомендованим є застосування систематичного сімейно-орієнтованого психологічного підходу, який дозволяє покращувати сімейне функціонування на етапі лікування пацієнта та запобігає розвитку ускладненого горювання у членів родини після втрати (<12>). Виявлення особливостей психологічного стану хворих на онкологічну патологію на етапі паліативного лікування обумовлене практичними потребами клінічної практики та є важливим завданням психоонкології.

Мета дослідження – визначити вираженість психічного дистресу, виявити провокуючі фактори та провідні клініко-психологічні феномени у хворих на онкопатологію на етапі паліативного лікування.

2. Методи та матеріали

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2012 – 2013 років та проходило у 2 етапи. На першому етапі здійснювалося психологічне спостереження за психологічним станом онкохворих та його динамікою у процесі терапії з наступним якісним аналізом отриманих даних. Другий етап був зосереджений на визначенні факторів психологічної дезадаптації та оцінці психічного дистресу. На першому етапі у дослідження прийняло участь – 436, другому – 63 пацієнтів з онкопатологією, які проходили паліативну терапію. Вираженість психопатологічної симптоматики досліджувалася за допомогою клінічної методики SCL-90r. Для статистичної обробки даних було використано MS Excel v.8.0.3.

3. Результати

Провідними психопатологічними проявами у онкохворих на етапі паліативного лікування були соматизація {0,68±0,04 балів} та симптоми депресивного кола (0,45±0,05 балів), що доповнювалися різноманітною неспецифічною симптоматикою (0,56±0,06 балів), табл. 1. Соматизація проявлялася запамороченням, відчуттям слабкості у різних частинах тіла, алгіями (головні болі, кардіоалгії, люмбалгії, міалгії), розладами травлення, парестезіями, тяжкістю у кінцівках. Депресивна симптоматика виражалася у пригніченому настрої, втраті інтересу до звичних справ, відчутті, що дії потребують прикладення надмірних зусиль, самотності, упадку сил та загальмованості. Неспецифічні психопатологічні прояви були представлені у вигляді розладів сну, погіршення апетиту, почуття провини, думок про смерть (Табл. 1).

Були присутніми, однак менш вираженими, прояви тривоги - 0,36±0,04 балів, ворожості - 0,37±0,08 балів та паранояльності - 0,35±0,08 балів. Психопатологічна

тривога проявлялася у нервовості, напруженості, почутті страху, очікуванні поганого, страхітливих думках, ворожість – легко виникаючій досаді та роздратуванні, спалахах гніву, суперечках, паранояльність – відчутті недовіри до оточення, що інші за ними спостерігають, обговорюють їх, звинуваченні людей у своїх неприємностях, були присутні ідеї, які інші не поділяли. Ворожість та паранояльність можна було змістовно пов'язати з психологічним етапом переживання хвороби – стадією гніву, коли людина, яка постала перед складним діагнозом, перебувала у пошуку причин та винних, що часто проявлялося агресивними висловами, вимогами, недовірою та конфліктами з оточенням, як способу спроектувати внутрішню напругу та винести її за межі свого Я.

Вираженість міжособистісної сензитивності становила – 0,25±0,03 балів, обесивності-компульсивності - 0,23±0,03 балів, психотизму – 0,23±0,05 балів та фобічної тривожності – 0,08±0,02 балів. Симптоматика щодо міжособистісної сензитивності включала відчуття, що інші не розуміють та не співчують хворим, ставляться до них недоброзичливо, незручність бути в центрі уваги, а також такі прояви, як незадоволеність оточенням та сором'язливість. Провідними проявами психотизму були – відчуття самотності поряд з іншими людьми, відсутність близькості, відчуття покараності, психічної неадекватності, думки, що з тілом негаразди, фобічної тривожності – нервозність на самоті, потреба уникати лякаючих ситуацій та страх втратити свідомість. Повторні нав'язливі думки щодо хвороби, труднощі прийняття рішень, легка втрата думки, труднощі у концентрації уваги, потреба перевіряти власні дії складали обесивно-компульсивну симптоматику.

Основними чинниками психічної дезадаптації у пацієнтів з онкопатологією на етапі паліативного лікування були: високий рівень соматичного дистресу; неможливість тотального контролю фізичних та психічних симптомів; хронічний больовий синдром; прогресуюче погіршення фізичного здоров'я; потреба у застосуванні наркотичного знеболення; необхідність у сторонній допомозі; екзистенційний характер стресу; індивідуально-психологічні особливості відреагування. Також було виявлено ряд клініко-психологічних феноменів, пов'язаних з паліативним етапом лікування: психологічної індукції, «маятника», екстерналізації психічної напруги, децентралізації.

4. Обговорення

Значне збіднення у поступленні зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності, звуження кількості особистісних контактів, хронічного больового синдрому звужували інтереси хворого, сприяли заглибленню у себе. Відбувалося скорочення періодів активної психічної діяльності, пацієнти швидко втомлювалися, часто ставали пасивними та апатичними. Хворі були занепокоєні прогресуючою

Табл. 1: Вираженість психопатологічних симптомів у пацієнтів з онкопатологією на паліативному етапі лікування, $x \pm m$

Психопатологічні прояви	Рівень вираженості, бали
Соматизація	0,68±0,04
Додаткові скарги	0,56±0,06
Депресія	0,45±0,05
Ворожість	0,37±0,08
Тривога	0,36±0,04
Паранояльність	0,35±0,08
Міжособистісна сензитивність	0,25±0,03
Обсесивність-компульсивність	0,23±0,03
Психотизм	0,23±0,05
Фобічна тривожність	0,08±0,02

втратаю фізичного здоров'я та здатності до самообслуговування. У психоемоційному статусі часто домінували негативні емоції, що у значному ступені обумовлювалося наявним соматичним дистресом, а також переживаннями стосовно прогнозу захворювання. Психічний стан хворих був тісно пов'язаний з рівнем соматичного благополуччя, можливостями контролювати фізичні симптоми хвороби. Спостерігалася амбівалентність внутрішньоособистісних переживань щодо захворювання та його перебігу – реалістичне бачення ситуації поєднувалося з надією видужати. Значимим етапом ставав розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичного знебоління в комплекс лікувальних заходів. Особистісні реакції у хворих відображали психологічний феномен «переживання втрати» у відповідь на скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

Потреба у сторонній допомозі у зв'язку з погіршенням фізичного стану та обмеженням власних можливостей самообслуговування зростала, що обумовлювало появу виражених психологічних реакцій. Основними психологічними проблемами у пацієнтів, пов'язаними з доглядом були:

- прогресивна втрата контролю над власним тілом та функціями організму нагадувала про летальність захворювання і відповідно викликала появу психологічних симптомів;
- необхідність звернення за сторонньою допомогою активізували аспекти, пов'язані з сором'язливістю, страхом відмови у допомозі, установкою «покладатися лише на себе», звичкою «не обтяжувати інших», запереченням потреби у сторонній допомозі;
- власне інтенсивна психоемоційна реакція на соматичний дистрес та спричинені ним обмеження.

Виділено два типи дезадаптивних реакцій у онкохворих, пов'язаних з ситуацією паліативного лікування: дисимулятивний та гіперактивний варіанти. При дисимулятивному типі пацієнти переживали інтенсивне почуття провини за свою хворобу, вважали себе тя-

гарем для родини і відповідно намагалися обмежити участь родичів у догляді за собою, практично не пред'являли скарг або приховували симптоми захворювання під час лікарських оглядів {дисимулювали}, в них домінували емоції пригнічення, апатії. Гіперактивний тип проявлявся посиленою активністю хворого щодо лікування та догляду, пацієнти вимагали до себе уваги, наголошували на особливості своєї ситуації, на огляді лікаря пред'являли численні скарги, були схильні звинувачувати як рідних так і медичний персонал у бездіяльності, домінували емоції гніву та роздратування.

Для інкурабельних онкохворих був властивий ряд клініко-психологічних феноменів, які відображали особливості переживання паліативного етапу лікування.

4.1. Клініко-психологічний феномен «маятника»

Будь-яка незначна зміна у фізичному та психічному стані хворого викликала інтенсивний емоційний відгук, погіршення стану пацієнта супроводжувалося негативними емоціями, покращення – позитивними. Завершальний етап онкологічного захворювання характеризувався високим рівнем напруження, мінливістю, прогресивним погіршенням, невідоротністю наслідків та невідконтрольністю ситуації, виснаженням фізичного та психічного ресурсу, вітальним характером переживань. Враховуючи неухильність прогресування хвороби в процесі паліативної допомоги постійно виникали ситуації погіршення стану хворого та відносні його покращення на фоні лікування, що формувало «ефект маятника» - коливання психоемоційного стану від «полюсу надії» до «полюсу розпачу». Відсутність інших механізмів адаптації поза суто емоційним відреагуванням спричиняло швидке виснаження, що було однією з ознак дезадаптації.

4.2. Клініко-психологічний феномен екстерналізації психічної напруги

Онкохворі на паліативному етапі лікування переживали інтенсивний фізичний та психічний стрес. Одним зі способів зменшення внутрішнього напруження було

винесення причини його виникнення поза межі власного «Я», передача відповідальності комусь або чомусь сторонньому, наприклад, списування погіршення стану на побічну дію препаратів, «невірно» вибрану тактику лікування, неправильно призначені лікарські засоби, халатність медперсоналу. Об'єктом зміщення могло стати будь-що, однак найчастіше ним були нещодавно призначені ліки та проведені процедури, і відповідно медичний персонал відповідальний за їх призначення чи виконання.

4.3. Клініко-психологічний феномен психологічної індукції

Суть індукції полягала у формуванні співзалежності психоемоційного стану у діаді «хворий – родич». Індуктором міг виступати як пацієнт, так і член сім'ї. Важливими умовами реалізації індукції були конформність, залежні стосунки та високий рівень переживання почуття провини у одного з учасників діади. Дезадаптивний характер індукування був обумовлений розмитістю персональної відповідальності за ситуацію, непрозорістю та складністю міжперсональних стосунків, зазвичай частими конфліктами з медичним персоналом.

4.4. Клініко-психологічний феномен децентралізації

Феномен децентралізації - концентрування уваги на вторинних менш значимих ознаках. Прикладами застосування даного механізму у онкологічних хворих на паліативному етапі лікування були ситуації, коли на основі покращення лише одного з симптомів, несуттєвих змін лабораторних показників, незважаючи на картину в цілому, робився висновок щодо суттєвого покращення стану, або ж поява нових чи посилення раніше присутніх симптомів захворювання приписувалася не пов'язаним з хворобою чинникам {погода, застуда, порушення дієти, фізичне перевантаження, побічна дія препаратів чи їх передозування, інші хвороби}. Таким чином, ознаки прогресування хвороби нівелювалися та розривався причинний зв'язок з захворюванням. Чим більше психоемоційне напруження переживав хворий, тим більшою була потреба у викривленні реальності. Позитивні зрушення у соматичному та психічному стані хворого викликали більший психологічний відгук, що проявлялося перебільшенням їх значення, тоді як негативна {психотравмуюча інформація} трансформувалася у більш прийнятну форму {знецінення значимості симптому} або ігнорувалася.

Варто окремо відмітити психологічні реакції пацієнтів на призначення наркотичного знеболення у випадку розвитку вираженого больового синдрому. Хронічний больовий синдром – це потужний чинник психічного дистресу. Хронічний біль часта причина розвитку депресивного стану, суїцидальних думок та дій у онкологічних пацієнтів. Однак поряд з тим призначення опіатів у хворих часто викликало появу ряду психологічних бар'єрів, які спричиняли відмову від застосування

препаратів або їх прийом у неадекватних дозах. Психологічними причинами зниження прихильності до прийому наркотичного знеболення у онкологічних хворих на термінальній стадії захворювання були: побічна дія {седатія, нудота, свербіння шкірних покривів} та/або закріпленням негативного досвіду призначення опіату - 43,6%; страх виникнення залежності від наркотику – 40,3%; асоціювання призначення опіатів з переходом на термінальну стадію хвороби, що викликало внутрішній протест та відмову від лікування - 46,8%; переживаннями «зміни свідомості або особистості» під впливом знеболюючого – 19,4%.

Таким чином, поряд з наявністю онкологічного захворювання у хворих на паліативному етапі лікування мали місце особливі психологічні стани, що обумовлювало застосування специфічного психологічного підходу у відповідності до потреб пацієнтів.

5. Висновки

1. Провідними психопатологічними проявами у інкурабельних онкологічних пацієнтів були соматизація, депресивні та неспецифічні симптоми, що вказувало на суттєвий вплив фізичного самопочуття на формування психічного дистресу і важливості контролю соматичної симптоматики для психологічного благополуччя. 1. Провідними психопатологічними проявами у інкурабельних онкологічних пацієнтів були соматизація, депресивні та неспецифічні симптоми, що вказувало на суттєвий вплив фізичного самопочуття на формування психічного дистресу і важливості контролю соматичної симптоматики для психологічного благополуччя.
2. Факторами, які впливали на психологічний стан онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування, були соматичний дискомфорт та можливість його корекції, наявність хронічного больового синдрому, потреба у застосуванні наркотичного знеболення, екзистенційність стресу, особистісні особливості відреагування на ситуацію. 2. Факторами, які впливали на психологічний стан онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування, були соматичний дискомфорт та можливість його корекції, наявність хронічного больового синдрому, потреба у застосуванні наркотичного знеболення, екзистенційність стресу, особистісні особливості відреагування на ситуацію.
3. Для інкурабельних онкохворих був властивий ряд клініко-психологічних феноменів, які відображали особливості переживання паліативного етапу лікування: «маятника», екстерналізації психічної напруги, децентралізації, психологічної індукції. 3. Для інкурабельних онкохворих був властивий ряд клініко-психологічних феноменів, які відображали особливості переживання паліативного

етапу лікування: «маятника», екстерналізації психічної напруги, децентралізації, психологічної індукції.

4. Онкологічні пацієнти на паліативному етапі лікування переживали інтенсивний психічний стрес та складали особливу клінічну групу зі специфічними психологічними потребами, що було враховано при наданні їм медико-психологічної допомоги. 4. Онкологічні пацієнти на паліативному етапі лікування переживали інтенсивний психічний стрес та складали особливу клінічну групу зі специфічними психологічними потребами, що було враховано при наданні їм медико-психологічної допомоги.

12. Kissane D, Zaider T, Li Y, Hichenberg S, Schuler T, Lederberg M, Lavelle L, Loeb R, Gaudio F. Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *Journal of Clinical Oncology* 2016-apr;34(16):1921–7. doi:10.1200/JCO.2015.63.0582.

References

1. Fedorenko Z, Gulak L, Mihaylovich Y, Goroh E, Ruzhov A, Sumkina O, Kucenko L. Cancer in Ukraine in 2013 – 2014 years. *Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine* 2015;16. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm.
2. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Garcia-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care* 2016;25(5):608–15. doi:10.1111/ecc.12521.
3. Rand K, Banno D, Shea A, Cripe L. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Support Care Cancer* 2016-feb;24(7):2953–62. doi:10.1007/s00520-016-3113-6.
4. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care* 2015-jul;961–9doi:10.1111/ecc.12360.
5. Haun M, Sklenarova H, Villalobos M, Thomas M, Brechtel A, LÁšwe B, Herzog W, Hartmann M. Depression, anxiety and disease - related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer* 2014-nov;86(2):274–80. doi:10.1016/j.lungcan.2014.09.009.
6. Buzgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19(6):667–72. doi:10.1016/j.ejon.2015.04.006.
7. Syrjala K, Jensen M, Mendoza M, Yi J, Fisher H, Keefe F. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology* 2014-may;32(16):1703–11. doi:10.1200/JCO.2013.54.4825.
8. Lee YP, Wu CH, Chiu TY, Chen CY, Morita T, Hung SH, Huang SB, Kuo CS, Tsai JS. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC Palliative Care* 2015-dec;2(14):69. doi:10.1186/s12904-015-0067-2.
9. Hui D, Park M, Shamieh O, Paiva C, Perez-Cruz P, Muckaden M, Bruera E. Personalized symptom goals and response in patients with advanced cancer. *Cancer* 2016-mar;122(11):1774–81. doi:10.1002/cncr.29970.
10. Kissane D, McKenzie M, McKenzie D, Forbes A, O I, Bloch S. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the family focused grief therapy controlled trial. *Palliative Medicine* 2003-sep;17(6):527–37. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526887>.
11. Nipp R, El-Jawahri A, Fishbein J, Gallagher E, Stagl J, Park E, Jackson V, Pirl W, Greer J, Temel J. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Ann Oncol* 2016-may;27(8):1607–12. doi:10.1093/annonc/mdw205.