

11. **Макарова Г.А.** Клиника и спорт. – Краснодар: КГАФК. – 1997. – 176 с.
12. **Макарова Г.А.** Практическое руководство для спортивных врачей. – Краснодар: КГАФК. – 2000. – 678 с.
13. **Мищенко В.С.** Функциональные возможности спортсменов. - К.: Здоров'я, 1990. - 200 с.
14. Спортивная медицина: руководство для врачей / Под ред. **А.В. Чоговадзе, Л.А. Бугченко.** – М.: Медицина, 1984. – 383 с.
15. Спортивная медицина: руководство для врачей / **В.Н. Сокрут, В.Н. Казаков, Е.С. Поважная и др.;** под ред. **В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова.** - Донецк: Каштан, 2009. - 919 с.
16. **Уилмор Дж. Х., Костил Д.Л.** Физиология спорта и двигательной активности. – Киев: Олимпийская литература. – 1997. – 500 с.
17. Физиологическое тестирование спортсмена высокого класса / Под ред. **Дж.Д. Мак-Дугалла, Г.Э. Уэнгера, Г.Д. Грина.** – Киев: Олимпийская литература. – 1998. – 431 с.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

© Мерліч С.В., 2013.

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Мерліч С.В.

Одеський національний медичний університет.

Мерліч С.В. Особливості особистості та міжособистісних відносин онкологічних хворих // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 14 – 17.

В статті наведено аналіз літературних джерел з проблеми психологічних особливостей та особливостей соціального функціонування хворих на онкопатологію. Також розглянуто проблему медико-психологічного супроводу онкологічного хворого на передопераційному, стаціонарному та амбулаторному етапах лікування, яка є недостатньо розробленою в сучасній науці. Обґрунтовано роль медичних працівників, психологів, соціальних працівників, родичів в процесі лікування та реабілітації хворих на онкопатологію. Доведено необхідність системного та комплексного підходу до медико-психологічного супроводу онкологічного хворого.

Ключові слова: онкологічний хворий, медико-психологічний супровід, особливості особистості.

Merlich S.V. Особенности личности и межличностных отношений онкологических больных // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 14 – 17.

В статье приведен анализ литературных источников по проблеме психологических особенностей и особенностей социального функционирования больных с онкопатологией. Также рассмотрена проблема медико-психологического сопровождения онкологического больного на предоперационном, стационарном и амбулаторном этапах лечения, которая является недостаточно разработанной в современной науке. Обоснована роль медицинских работников, психологов, социальных работников, родственников в процессе лечения и реабилитации больных онкопатологией. Доказана необходимость системного и комплексного подхода в медико-психологическом сопровождении онкологического больного.

Ключевые слова: онкологический больной, медико-психологическое сопровождение, особенности личности.

Merlich S.V. Features of personality and interpersonal relations in oncologic patients // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 14 – 17.

The analysis of literary sources on the problem of psychological features and features of the social functioning of cancer patients is resulted in the article. The problem of medical-psychological accompaniment of oncologic patient is also considered on different stages of treatment: before operation, on stationary and ambulatory stages, which is not developed enough in modern science. It is explained the role of medical workers, psychologists, social workers, relatives in the process of treatment and rehabilitation of cancer patients. It is well-proven the necessity of systematic and complex approach in medical-psychological accompaniment for oncologic patient.

Keywords: oncologic patient, medical-psychological accompaniment, features of personality.

Актуальність проблеми. Згідно зі статистичними даними, число онкологічних хворих у всьому світі стрімко росте [1, 3, 11]. У сучасній медицині і психології помітний явний інтерес до різних пси-

хологічних аспектів онкологічних захворювань [2, 6, 13]. Дослідження проводяться в різних напрямках. Один з напрямів – психологічні детермінанти виникнення даного захворювання. Сюди відно-

сять вивчення психологічної схильності до важких захворювань і дослідження впливу стресу на виникнення та перебіг раку [10, 12]. Другий напрям пов'язаний з вивченням психологічних особливостей онкологічних хворих і їх реакції на захворювання [6, 9]. І, нарешті, третій напрям здійснює пошук шляхів надання соціально-психологічної допомоги онкохворим. Оцінки поширеності психічних розладів у онкологічних пацієнтів варіюють в широких межах - від 24 до 60 % [12, 14]. Не дивлячись на велику кількість досліджень в психоонкології, результати залишаються суперечливими, зважаючи на недолік комплексних досліджень, що різнобічно розкривають психічні особливості пацієнтів. Так, часто досліджуються окремі психопатологічні розлади - депресивні стани і психогенні реакції у відповідь на виявлення злякисного новоутворення, а також окремі психологічні чинники - стани безнадійності і безпорадності, рівні дистимності і тривожності, зміряні за допомогою спеціальних опитувальників. Разом з тим, практично не зустрічається робіт, присвячених комплексному дослідженню психічного життя онкологічного хворого, психопатологічних чинників, які враховують великий спектр психологічних станів і особистісних характеристик.

Викладення основного матеріалу. Проблема первинної і вторинної профілактики є актуальною для всієї медицини, але, перш за все, для тих областей, методи лікування в яких знаходяться на етапі вдосконалення. У ряді таких областей знаходиться й онкологія. Одним з наймолодших напрямів дослідження причин злякисних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого на передопераційному, стаціонарному та амбулаторному етапах лікування, яка є недостатньо розробленою в сучасній науці [7, 15].

Традиційно онкологічна патологія відноситься до сфери однієї з найбільш психотравмуючих. Шокуючий діагноз раку, необхідність звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощі спілкування з оточуючими стають для багатьох

пацієнтів перешкодою на шляху відновлення здоров'я або компенсації хвороби.

У не менш складному психологічному стані можуть знаходитися лікарі і родичі. Вони не завжди здатні налагодити емоційно відкриті відносини з онкохворими, і самі нерідко відчувають важкі переживання. Важливим для оточуючих хворого осіб стають готовність і уміння налагодити позитивний контакт, проявити усвідомлене переживання (емпатію).

Виділяють три аспекти позначеної проблеми: 1) особливості системи відносин, які полегшують виникнення онкологічної патології; 2) особливості системи стабілізації особистості онкологічного пацієнта в ситуації хвороби; 3) специфіка відносин в системі онкологічної медичної допомоги між лікарями, середнім медичним персоналом і пацієнтами [6, 9, 10].

Найбільш часто згадуваною особливістю системи відносин онкологічного пацієнта з близькими і значущими людьми, як до, так і після захворювання, є патерн співзалежності [13]. Це означає, що людина сильно поглинена і стурбована потребами інших людей, а також украй залежна (емоційно, соціально, а іноді і фізично) від іншої людини. Основна межа співзалежної системи відносин полягає в тому, що її учасники піклуються про потреби іншої людини, деколи вгадуючи її стан і бажання, і при цьому ігнорують власні потреби і можуть довго терпіти або не помічати дискомфорт. У відносинах з партнером онкохворі схильні до ідеалізації відносин з одночасним запереченням себе і власних інтересів.

Інші особливості родини, що полегшують виникнення онкологічної патології у своїх членів, описуються за допомогою теорії сімейних систем М. Боуена [14]. Для таких сімей характерні наявність хронічної тривоги в декількох поколіннях, зміщення функціональних ролей, блокування процесів, сепарацій. Частий випадок - псевдосепарація дитини, що подорослішала, через одруження або народження дітей. З боку такі сім'ї можуть виглядати дружними і нагадувати клани, де закони системи завжди є більш первинними і важливішими за індивідуальні потреби її

членів. У результаті зростає особа з низьким рівнем диференційованості від сімейної системи, незавершеними процесами психологічного відділення від батьків, порушеними або взагалі несформованими особистісними межами.

Серед механізмів психологічних захистів, характерних для онкологічних пацієнтів, багато авторів називають заперечення, за допомогою якого потенційно тривожна інформація ігнорується. Також характерні заперечення і придушення роздратування, інших негативних емоцій і реакцій, які можуть образити оточуючих або викликати конфлікт. Високе заперечення призводить до того, що симптоми захворювання ігноруються, а діагноз ставиться зі запізненням [1, 5].

В області копінг-стратегій поведінки в ситуації хвороби для онкологічних пацієнтів характерні пошук інформації, звернення за соціальною підтримкою до близьких і медичного персоналу, осмислення захворювання в життєвій перспективі з релігійною орієнтацією або без неї [4]. Реалізація цієї стратегії часто приводить людину до релігії і підсилює віру. Пошук інформації у разі її дефіциту призводить до того, що, дізнавшись про онкологічний діагноз, пацієнт задіює всі доступні джерела, часто без належної критики сприймаючи і відверто помилкові теорії, концепції і схеми зцілення. Деякі автори вказують на виразність стратегії уникнення онкохворими рішення проблем [3].

Що стосується прогностичної компетентності онкологічних хворих, то вона не є високою [7]. Прогнози щодо можливого майбутнього за аналогією з рисами особистості, властивими цій групі пацієнтів, також, певною мірою, інфантильні. Так, в даній групі пацієнтів спостерігається небажання думати про неприємності і відкладання в часі несприятливої події; невисоке і слабко диференційоване емоційне забарвлення прогнозованих подій; екстернальний локус контролю - неготовність визнавати свою відповідальність і можливість впливу на результат ситуації [11].

Особливості відносин онкологічного пацієнта дзеркально відображаються

в системі медичної онкологічної допомоги – між лікарями, середнім медичним персоналом і пацієнтами [13].

Відносини в онкологічному стаціонарі будуються за співзалежною моделлю, згідно якої прийнято здогадуватися про потреби іншого і проявляти опіку. До хірургів хворі відчують безумовну довіру, формують теплу прихильність і схильні підтримувати з ними відносини через велику кількість часу після операції, часто звертаються до них за підтримкою [7]. До хіміотерапевтів пацієнти відносяться з деяким побоюванням, неприязню, образою, агресією, часто вважають їх черствими і малокомпетентними. Хіміотерапевтичне лікування починається після операції, і цей час приходиться на період відносин, для яких характерні прояви накопиченої агресії, яка до того ж легко провокується у пацієнта травмуючими наслідками хіміотерапії. Агресія рідко пред'являється хірургам, оскільки до цього часу хворий, як правило, вже виписаний з хірургічного відділення [8, 11].

Неоднозначність і навіть суперечливість деонтологічних позицій, відносно інформування пацієнта про його захворювання, вносять багато невизначеності у відношення пацієнта до своєї хвороби [3]. У ряді випадків лікарі не схильні надавати пацієнту максимально повну об'єктивну інформацію про захворювання і можливі результати; у онкостационарі не вимовляється слово «рак», і учасники медичного процесу уникають безпосередньо обговорювати якнайгірші варіанти перебігу хвороби. Тактика замовчування страшної правди і трансльована позиція «не хвилюйтеся, все буде добре», яка мотивується помилковим намаганням зберегти в хворого надії на одужання, насправді є фактором, який підтримує заперечення хвороби, як наслідок, анозогнозію [11, 15].

Висновки. Підводячи підсумок, можна зробити наступний висновок. Система медичної онкологічної допомоги експлуатує і підтримує ті базові патерни пацієнта, які колись слугували родючим ґрунтом для виникнення онкологічної патології. В цілому, підтримуються інфан-

тільність, заперечення і співзалежна модель відносин, властивих онкохворому. Можливо тому, не дивлячись на сучасні досягнення медицини у сфері онкології, вірогідність рецидиву захворювання залишається достатньо високою, продовжує загрожувати життю пацієнта навіть після успішного лікування, зберігає високу тривогу і знижує якість життя.

Альтернативою такому положенню справ могли б бути такі тактики взає-

модії з онкологічним хворим, в яких поєднувалися б розумна соціальна підтримка і автономія, правдивість і емпатія, реалістичні прогнози і надія на одужання. Тому в побудові взаємовідносин з онкологічним пацієнтом важливо апелювати до зрілих структур особистості, на яких засновані суб'єктність і особиста відповідальність за одужання, і прагнення до партнерських відносин.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Галиуллина С. Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.14, 14.00.18 / С. Д. Галиуллина. Уфа, 2000. – 23 с.
2. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // *Практ. онкол.* – 2001. – № 1. – С. 5 – 13.
3. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А. В. Гнездилов. С-Пб.: Речь, 2004. – 162 с.
4. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов // *Кардиология.* – 2004. – № 1. – С. 48 – 54.
5. Заридзе Д. Г. Эпидемиология и профилактика рака / Д. Г. Заридзе // *Вестник РАМН.* – 2001. – № 9. – С. 6 – 14.
6. Рассказова Е. И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации / Е. И. Рассказова // *Гуманитарные проблемы современной психологии. Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета.* – 2005. – № 7. – С. 124 – 126.
7. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. – М.: 2006. – 568 с.
8. Терентьев И. Г. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы / И. Г. Терентьев, А. В. Алясова, В. Д. Трошин // Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. – 264 с.
9. Тиганов А. С. Психические расстройства при соматических заболеваниях (аспекты психопатологии и клиники) / А. С. Тиганов // *Материалы 1 Всероссийского конгресса «Психические расстройства в онкологии»*, 2008. – 26 с.
10. Тухтарова И. В. Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» / И. В. Тухтарова, Т. З. Биктимиров // Ульяновск: УлГУ, 2005. – 87 с.
11. Dubocovich M. L. Agomelatine targets a range of major depressive disorder symptoms / M. L. Dubocovich // *Curr. Opin. Investig. Drugs.* – 2006. – Vol. 7, – № 7. – P. 67 – 80.
12. McElroy J. A. Duration of sleep and breast cancer risk in a large population-based case-control study / J. A. McElroy et al. // *J. Sleep Res.* – 2006. – Vol. 15. – № 3. – P. 241
13. Butow P. N. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer / P. N. Butow et al. // *J. Psychosom. Res.* – 2000. – Vol. 49, № 3. – P. 169 – 181.
14. Eybl V. Comparative study of natural antioxidants curcumin, resveratrol and melatonin - in cadmium-induced oxidative damage in mice / V. Eybl, D. Kotyzova, J. Koutensky // *Toxicology.* – 2006. – Vol. 225, № 2–3. – P. 15 – 16.
15. Figueiro M. G. Does architectural lighting contribute to breast cancer? / M. G. Figueiro, M. S. Rea, J. D. Bullough // *J. Carcinog.* – 2006. – Vol. 10, № 5. – P. 20 – 22.