

# Эпидемиологические аспекты онкологической патологии, нервно- психические заболевания

Станюль В.В. Тарасевич А.А.  
А81МЕЭ2.2

В процессе лечения врач непосредственно вступает в психологическое взаимодействие с больным. При онкологическом заболевании это взаимодействие даже больше, чем при любом другом, имеет значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию. Врач оказывается именно тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации болезни. От его слов и действий во многом зависит сама жизнь больного. Согласно исследованию, направленному на выявление социально-психологических нужд онкологических больных, наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между врачом и пациентом и только потом — психотерапевтическое и психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств — на третьем месте.

# ПОНИМАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Врачу-онкологу при взаимодействии с онкологическим больным необходимо понимать и учитывать ситуацию онкологического заболевания. При диагностировании злокачественной опухоли у человека разрушается «иллюзия бессмертности», возникает реальная угроза жизни, страх смерти является ядром переживаний онкологического больного. В связи с этим у него происходит разрушение привычной картины мира, которая содержит представления и убеждения человека о себе и окружающем мире, складывающиеся в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечающие потребности жить в безопасном для него мире. Иначе говоря, информация об онкологическом заболевании разрушает безопасное существование больного. При этом он ощущает утрату контроля над ситуацией, болезнью, лечением и жизнью в целом при неопределенном будущем. С позиций клинической психологии, ситуацию онкологического заболевания можно охарактеризовать не просто как стрессовую, а как экстремальную или кризисную ситуацию, для которых характерными являются сверхсильные предельные переживания. Именно предельность переживаний онкологического больного создает угрозу его психической травматизации, одним из проявлений которой является посттравматическое стрессовое расстройство, наблюдаемое примерно у пятой части всех онкологических пациентов.

Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных может включать следующие признаки:

- навязчивые повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием; любая боль или другие непонятные больному физические ощущения вызывают у него

невротические и психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов;

- больной не может говорить о своем заболевании; встреча со специалистами, которые его лечили, вызывает слезы; пациент выражает желание «все забыть», при этом он склонен изолироваться от других людей, не видит жизненной перспективы;

- трудности с засыпанием, раздражительность и вспышки гнева; затруднения с концентрацией внимания, повышенный уровень настороженности

# ПРОЯВЛЕНИЕ ЭМПАТИИ (сочувствие и сострадание, безоценочное отношение)

Врачу-онкологу в своей профессиональной деятельности приходится взаимодействовать не с обычным, а с глубоко страдающим пациентом, нуждающимся в эмоциональной поддержке, что становится возможным при наличии у врача эмпатии, которая является одним из основных коммуникативных качеств врача. Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится — не нравится), эмпатия — это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет. Эмпатия позволяют врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведения пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется. Она может выражаться как на вербальном, так и на невербальном уровне.

# АДЕКВАТНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ О БОЛЕЗНИ (обследовании, диагнозе, лечении, возможных осложнениях)

Важнейшим аспектом взаимодействия врача с онкологическим больным является информирование больного, особенно в тех случаях, когда больной действительно хочет иметь информацию о болезни. Наличие достаточной информации помогает больному в формировании адекватного отношения к болезни. Скучная информация о заболевании (например, больному сообщается только диагноз), избегание вопросов, касающихся лечения и состояния больного, усиливают его тревогу, порождают страхи и могут создавать или усиливать симптомы болезни. По нашим данным, практически все больные признают руководящую роль врача в лечении — это и есть признак того, что больные сами не контролируют ситуацию заболевания и лечения. Врач, предоставляя больному адекватную информацию не только о диагнозе, но и обсуждая с ним план лечения, информируя его о целях проводимых исследований и процедур, создает у больного ощущение, что и сам больной участвует в лечении и тем самым в некоторой степени контролирует ситуацию. Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления и формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Многочисленные исследования свидетельствуют о положительном влиянии психологических методов терапии на улучшение эмоционального состояния больных, замедление прогрессирования заболевания, улучшения качества их жизни. Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержке больного и его членов семьи в кризисной ситуации, обусловленной онкологическим заболеванием. Психологическая помощь направлена на принятие пациентом болезни, адаптации к ней и выработке соответствующих моделей поведения. Таким образом, психологическая помощь направлена на улучшение качества жизни больного.

Выраженность психогенной реакции на стрессовую ситуацию зависит от многих факторов: возраста, пола, личностных особенностей, социального положения больного, а также от своевременности оказания психологической помощи. Выделяют, как правило, несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: диагностический, этап поступления в стационар, предоперационный этап, послеоперационный этап, этап выписки, катамнестический этап. На каждом из этих этапов цели и задачи психологической помощи, а также методы работы разные. Во время проведения психологической работы целесообразно использовать комплексный подход, включающий психологическую диагностику, психологическое консультирование и психологическую коррекцию (индивидуальную и групповую), а также психологическую помощь семье больного.

**Диагностический этап** один из важнейших по выраженности реакций и по возможности определять их дальнейшую динамику. На этом этапе больной впервые сталкивается с фактом подозрения или наличия у него онкологического заболевания и необходимостью дать согласие на обследование и лечение. На этом этапе у большинства больных (до 90%) выявляются тревожно-депрессивные расстройства тяжелой и средней степени тяжести, причем у части пациентов отмечаются острые шоковые реакции. Для снижения у больных эмоциональных расстройств и положительного влияния на соблюдение больными дальнейшего режима противоопухолевого лечения, используются следующие психокоррекционные мероприятия: для индивидуальной коррекции применяются личностно-ориентированные методы, которые включают, прежде всего, убеждение. Этот метод применяется к больным, обладающим высоким уровнем интеллектуального развития и способным самостоятельно или с незначительной помощью справиться с дистрессом, связанным с болезнью. На данном этапе эффективны методы когнитивной терапии, основной целью которой является изменение дезадаптивных убеждений относительно болезни и лечения, изменение дисфункционального поведения во время предстоящего лечения.

**При поступлении в стационар** происходит некоторое снижение переживаний, больной постепенно начинает адаптироваться к новой жизненной ситуации. На этом этапе на психологические реакции больного оказывают влияние различные факторы, как положительные, так и отрицательные. Положительными факторами являются начало лечения, внимание медицинского персонала, примеры выздоровления других пациентов. Отрицательным фактором является отрыв от семьи, чувство одиночества, рассказы других больных о неблагоприятном течении заболевания, осложнениях лечения. С эмоциональными нарушениями тесно связаны изменения в когнитивной сфере, в которую входят внимание, умственная гибкость, скорость информационных процессов, зрительная память, моторные функции. У больных дистресс ассоциируется со снижением когнитивной функции, потерей концентрации, инсомнией. Начатая ранее психологическая работа продолжается и направлена на снижение психического напряжения, коррекцию тревожно-депрессивного состояния, нормализацию настроения. Для коррекции депрессивного состояния с успехом применяются арт-терапия, прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации, бинауральные ритмы, «символдрама».

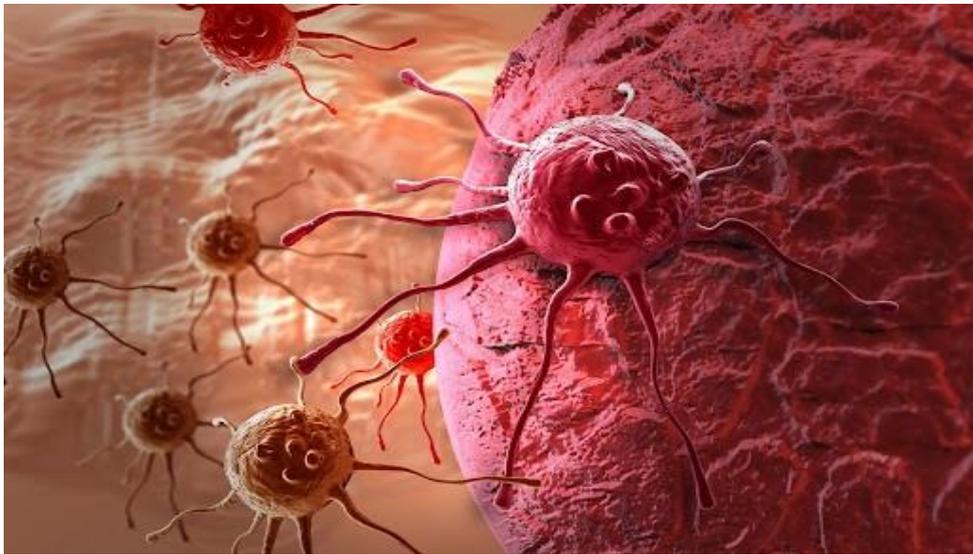
**В предоперационном периоде** наиболее серьезным травмирующим фактором является ожидание самой операции. До операции у всех больных, как правило, уровень тревоги повышен, что является в данном случае нормой. Как известно, в рамках предоперационного стресса существенную роль выполняет тревога. Вполне реальный риск непредвиденного летального исхода, страх «наркоза», страх «не проснуться» и т. д. ставят больного в особую травматичную ситуацию. На этом этапе несомненно важна психологическая работа. Основная задача психолога — изменить отношение больного к предстоящей операции и принять факт необходимости операции как единственную возможность спасти жизнь.

**В послеоперационном периоде** происходит некоторое облегчение всех переживаний больного. На этом этапе преобладают астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы. В сознании больного на передний план выступают страх осложнений, беспокойство в связи с последствиями операции, общая физическая утомляемость. Особые переживания вызывает ожидание гистологического заключения, которое определяет тактику дальнейшего лечения. Безусловно, в этот период важно психологически подготовить пациента к дальнейшему лечению, для чего используются все перечисленные методы психотерапии

**На этапе выписки** значимых психопатологических состояний, как правило, не наблюдается. Иногда встречаются отдельные больные, которые испытывают высокий уровень тревоги и страх, которые связывают с отсутствием врачебного контроля в домашних условиях. В этот период важнейшим и принципиальным фактором, способствующим благоприятной адаптации больного, является семейная поддержка. Исследования, связанные с более отдаленной динамикой онкологического заболевания, выделяют два основных варианта адаптации больного: благоприятный и неблагоприятный. Благоприятный вариант проявляется в случае раннего обнаружения опухоли и своевременного лечения без косметических и функциональных нарушений, завершившего выздоровлением. В этом случае после незначительного восстановительного периода пациенты возвращаются к прежнему образу жизни, не обнаруживая признаков нервно-психических расстройств. Неблагоприятный вариант развивается в случае длительного лечения, сопряженного тяжелыми осложнениями, косметическими дефектами (калечащие операции, алопеция (облысение) после химиотерапии и др.), анатомо-функциональными нарушениями вследствие хирургического вмешательства.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Важно быть естественными, говорить с пациентом о его болях, страхах, переживаниях, только так можно помочь и поддержать больного. Главное, чтобы больной ощущал, что близкие все время рядом, помогают вместе, шаг за шагом, преодолеть болезнь.



Спасибо за внимание!