

# Изменения в психике онкобольного: вердикт или надежда

**Известно, что тяжелое заболевание способно спровоцировать изменения в психике пациента, которые зачастую осложняют течение такого состояния и требуют особого внимания и подхода. Эта проблема наиболее актуальна в онкологической практике, поскольку осознание наличия неизлечимой патологии способно повергнуть пациента в тяжелые депрессивные состояния и даже обусловить формирование социально опасного поведения. Понимание психологических процессов, которые происходят с онкобольным, позволяют врачу адекватно и вовремя предупредить тяжелые расстройства и значительно облегчить состояние пациента, что позитивно скажется на доверии к лечению и выздоровлении, а также облегчит медицинскому персоналу общение с таким больным.**

Какие изменения происходят в сознании человека, у которого обнаруживают онкологическое заболевание? Большинство переживают острое состояние горя и утраты — здоровья, планов на будущее, привычного образа жизни. Ведущую роль при этом играет дефицит информации, который сам по себе является травмирующим: при отсутствии возможности прогнозировать дальнейшее развитие событий у больного формируется представление о безысходности.

Как правило, ощущение утраты проходит в несколько этапов.

- **Отрицание и изоляция.** Пациенты могут убеждать себя и окружающих, что результаты исследования «перепутались», это ошибка, этого не может быть; могут отказываться начать лечение в надежде найти другого врача, который не подтвердит страшный диагноз. Отрицание, во всяком случае, частичное, присутствует почти всем пациентам не только на первых стадиях болезни, но и впоследствии, когда оно проявляется время от времени. Подобная тактика играет роль буфера, смягчающего неожиданное потрясение. На этой стадии важно дать пациенту время, чтобы собраться с мыслями.

- **Гнев.** Когда пациент уже не в силах отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, зависть и негодование. Возникает закономерный вопрос: почему именно я? В противовес первому этапу с этапом гнева и ярости семье больного и медицинскому персоналу справиться весьма сложно, поскольку возмущение и гнев пациента выплескиваются на окружающих. Пациент может обвинять врача, что тот «недостаточно хороший специалист», медсестру — в равнодушии и черствости, родственников — в недостаточной заботе. Наблюдается парадокс: в этот момент человек с диагностированной онкопатологией отчаянно хочет внимания и сочувствия, но агрессивно настроен по отношению к каждому из своего окружения. Сложность заключается в том, что медперсонал и родственники не задумываются об истинных причинах раздражения больного и часто принимают его на свой счет, хотя в действительности такое поведение совершенно не связано с теми, кто становится мишенью гнева. Тем не менее врачи и члены семьи тоже начинают испытывать раздражение и только укрепляют враждебное отношение больного. Они могут избегать его, сократив частоту посещений

и осмотров, либо же начинают спорить, пытаясь отстоять свою точку зрения, не понимая, что выбранный больным предлог не имеет непосредственной связи с настоящими причинами его поведения. В этот период оптимальные действия лечащего врача, медсестры, родственников — дать возможность выговориться, не уменьшая значимости трагедии для пациента и признавая за ним право на такие эмоции.

- **Торговля.** Третий этап, хоть краткосрочный, но очень полезен для больного. Пациент пытается «договориться» — с Богом, обстоятельствами, болезнью. При этом он искренне верит, что если будет вести себя хорошо и все делать правильно, то болезнь отступит, попытается «выторговывать» себе здоровье в обмен на обещания посвятить всю оставшуюся жизнь хорошим делам, отдать деньги нуждающимся и т. д. С психологической точки зрения обещания могут указывать на скрытое чувство вины. Поэтому важно, чтобы сотрудники больницы с пониманием относились к подобным заявлениям пациентов, в частности, постарались выяснить, с чем связано чувство вины на самом деле, и попытались избавить больного от иррациональных страхов.

- **Депрессия.** В процессе длительного и тяжелого лечения, которое может сопровождаться болями, тошнотой, слабостью, пациент страдает также от множества других факторов. Для женщин это эстетические дефекты, особенно при раке молочной железы. Для многих пациентов значительную проблему составляет нехватка денежных средств, что усугубляется потерей работы из-за долгого отсутствия или нетрудоспособности. Депрессия может также ассоциироваться с предстоящими потерями. В этот момент чрезвычайно важна поддержка и искреннее участие, направленные на причину депрессии. Так, женщине можно сделать комплимент по поводу улучшения ее внешности. Следует любого пациента уверять в том, что после выздоровления он сможет вернуться к активной жизни и работе, максимально положительно обрисовать дальнейшие перспективы.

- **Смирение и надежда.** Если в распоряжении пациента достаточно времени и окружающие помогают ему преодолеть вышеописанные этапы, он достигнет той стадии, когда депрессия и гнев отступают. Постепенно возникает принятие собственной болезни и попытки организовать жизнь с учетом своего состояния.

Затем формируются взаимоотношения с врачом в зависимости от личностных характеристик больного.

- **Сотрудничающие.** Как правило, это интеллигентные пациенты, пунктуальные и неагрессивные, которые благодарны врачам за оказанную помощь.

- **Спокойные.** Эмоционально стабильные пациенты с не очень высоким культурным уровнем. Пунктуально исполняют указания врача, однако не всегда осознают тяжесть заболевания.

- **Несознательные.** Возвращаются к стадии отрицания, игнорируют назначения врача.

- **Преследующие.** Даже при благоприятном прогнозе постоянно ожидают рецидива. После выписки многократно возвращаются в больницу и требуют дальнейших анализов и обследования.

- **Негативные.** Как правило, настроены подозрительно, не верят врачам и медсестрам, могут грубить медперсоналу. Единственный способ общения с такими пациентами — установление авторитарных отношений.

- **Панические.** Подвержены фобическим реакциям, плаксивы, не доверяют врачам, быстро поддаются аффекту. Могут «проверять» врачебные назначения у нескольких специалистов.

- **Разрушительные.** Такие больные не выполняют назначений, отказываются от

лекарств, операции. Если такое поведение связано с особенностями характера, справиться с ним достаточно просто — необходимы твердость, контроль и последовательность. Однако иногда такое поведение может быть связано с пассивным суицидальным намерением. В таком случае пациента следует направить к психоневрологу или психиатру.

## Особенности психического состояния детей с онкопатологией

Более чем у трети детей с онкологическими заболеваниями развиваются различные психологические нарушения, сопровождающиеся снижением настроения. Они плаксивы или угрюмы, утрачивают интерес к играм и общению со сверстниками. Нередко маленькие пациенты проявляют повышенный интерес к своей болезни — не по возрасту ориентируются в медицинской терминологии, мероприятиях, связанных с лечением; интересуются ходом лечения; прислушиваются к разговорам окружающих о заболевании; высказывают опасение за свое здоровье. Нередко у таких детей развиваются очень сложные отношения с родителями: находясь в стационаре, они ждут их прихода, но постоянно недовольны тем, как те выполняют их просьбы; конфликтуют с родителями, обвиняют их или себя в своем недуге. Для детей характерны функциональные, не объяснимые основным заболеванием нарушения функций внутренних органов, стойкие нарушения аппетита и сна, ночные страхи, истерические припадки.

На форму и тяжесть психических расстройств, которые возникают у ребенка с онкопатологией, оказывает влияние комплекс внешних и внутренних факторов. Когда внезапно развивается серьезная болезнь, ребенок воспринимает это как «трагическое лишение всего», поскольку наступает длительная, порой многомесячная госпитализация с отрывом от учебы, друзей, дома; тяжелое лечение, которое сопровождается не только частыми болезненными процедурами, но и изменением внешнего вида (ожирение или резкое снижение веса, выпадение волос и бровей). Психотравмирующим фактором для больных детей являются страдания других пациентов, их смерть. Ранее считалось, что восприятие смерти доступно лишь детям начиная со школьного возраста, однако последние исследования доказали, что даже самые маленькие пациенты могут испытывать тревогу, связанную со страхом смерти.

Длительная болезнь изменяет не только психическое состояние, но и общее развитие ребенка и приводит к формированию патологических реакций, таких как «бегство в болезнь» и различные стрессовые расстройства, которые проявляются в виде многократно повторяющихся кошмарных снов и наплывов воспоминаний об особенностях жизни до болезни; страха лечебных процедур; повышенной раздражительности, агрессивного поведения. В течение болезни у таких детей нарушается формирование социальных и коммуникативных навыков. Они с трудом выражают собственные мысли, часто неадекватно реагируют на обращение врача или медсестры; постепенно сужается круг их интересов и исчезает интерес к общению.

Для помощи в такой ситуации важно наличие игровой комнаты, в которой дети могли бы общаться вне палаты. При осмотре больного ребенка необходимо вслух проговаривать названия частей тела, с которыми будут проводиться манипуляции, а также возможные ощущения маленького пациента при этом. Такая тактика способствует формированию схемы тела и усвоению лексики, с помощью которой ребенок мог бы выразить свои ощущения при общении с врачом. Распространенной ошибкой является нежелание родителей и медицинского персонала говорить о страхах, злости и других негативных эмоциях, которые

неизменно возникают у больных детей. Для ребенка крайне важно, чтобы его эмоции были поняты и приняты взрослыми, поскольку сам он не может с ними справиться. Если врач озвучивает негативные реакции и показывает возможные способы их выплеснуть (рисование, ведение дневника, беседа и др.), это во многом способствует облегчению психологического напряжения и стабилизации состояния ребенка.

## Нужны ли родители в стационаре?

Родители детей с онкопатологией переживают сильный стресс и беспомощность, ощущение того, что они недостаточно любят ребенка, не способны обеспечить элементарный уход за ним, правильно выполнять назначения врача. На фоне такого восприятия ситуации могут даже возникать отрывочные бредовые идеи, когда родителям кажется, что окружающие, в том числе медперсонал, смотрят на них с осуждением и неприязнью — «осуждают за глаза». Многие родители считают, что они «виноваты» в болезни ребенка: «поздно родили, не так кормили, плохо заботились». Нередко возникают состояния, когда родители думают, что их ребенка лечат «недостаточно эффективно, дешевыми лекарствами, а хорошие препараты отдают другим детям». Кроме того, у них наблюдаются снижение работоспособности, отсутствие аппетита, нарушения сна и функций внутренних органов, одышка, боли различной локализации. Часто ухудшение настроения родителей переходит в отчаяние, когда появляются различные нарушения поведения и утрата самоконтроля. Врачи, как правило, не подозревают об этих тяжелейших переживаниях, замечая только внешнюю сторону — раздражительность, агрессию по отношению к окружающим, в том числе к медработникам. Иногда родители отказываются от лечения ребенка у врачей, обращаются за помощью к знахарям, экстрасенсам, что резко ухудшает прогноз болезни. Для формирования у них адекватного отношения к болезни и лечению ребенка необходима коррекция психических нарушений.

Таким образом, возникает закономерный вопрос: нужно ли, чтобы родители находились в стационаре вместе с ребенком?

Родительское присутствие крайне необходимо больному ребенку для нормального процесса лечения. В отсутствие пап и мам многие дети «затишают», прекращают бесконечные распросы и капризы, однако такое поведение вызвано усугублением депрессивного состояния ребенка, погружением его в глубокую тревогу и тоску. Дети часто ощущают беспомощность и слабость, повышенную потребность в сочувствии, ласковом отношении, чего не могут обеспечить ни врач, ни медперсонал.

На конференции ВОЗ в г. Стокгольме в 1954 г. было единодушно вынесено решение о необходимости постоянного контакта больного ребенка с семьей во время затяжной болезни, что может предотвратить у него психические расстройства и многие осложнения заболевания.

Что может сделать врач стационара для оптимизации отношений с родителями больного ребенка? Как правило, родителям важно знать, что их малышу уделяется максимально возможное внимание. Поэтому в разговоре с родителями следует называть маленького пациента по имени, отмечать изменения в его состоянии за последнее время, что помогает почувствовать контроль и внимание со стороны врача. Также важно доступно и подробно объяснить родителям все процессы, которые протекают в организме больного ребенка: какие изменения происходят в органах и тканях, поврежденных онкологическим процессом; на какие механизмы патогенеза направлено лечение; какие осложнения и побочные реакции возникают при этом и чем опасно отсутствие лечения. Благодаря такому подходу можно значительно облегчить тревогу, неизменно возникающую при отсутствии информации, и уменьшить напряжение. Важно также вовремя определить наличие выраженной патопсихологической симптоматики и направить родителей на консультацию к психотерапевту или психиатру.