

О важности психологической помощи онкологическим больным и их близким

Галактионова Анастасия Викторовна
АНО «Проект СО-действие»
Ассоциация онкопсихологов России



Диагноз - рак

- Диагноз «онкологическое заболевание» является сильнейшим стрессом для человека. Это влияет на все структуры его психической деятельности, и зачастую вызывает страх, панику, депрессию, потерю смысла, приводит к изменению структуры ценностно-смысловых представлений пациента. Кроме этого, онкозаболевание затрагивает всю систему отношений человека, его образ жизни, профессиональную деятельность.
- Зарубежная практика включает помощь психолога в обязательный стандарт работы с онкологическими пациентами.
- В России система оказания психологической помощи пациентам пока развита довольно слабо. И к сожалению, большинство пациентов по-прежнему не может получить полноценной психологической поддержки, что позволило бы им успешнее пройти курс лечения, а также могло бы способствовать их социальной реадaptации, повышению качества жизни, личностному росту, обеспечило изменения в отношении к своему здоровью.

Онкопсихология и психоонкология

- Онкопсихология – *oncos, psyche, logos*
- Онкопсихология является предметной областью психологии, а психоонкология – медицины (психиатрии)
- **Онкопсихология** – сравнительно молодая область междисциплинарного знания, возникшая на стыке психологии, психотерапии, онкологической медицины и этики.
- **Основные задачи онкопсихологии:**
 - изучение психологических особенностей онкологических больных: эмоциональных, когнитивных, поведенческих, особенностей ценностно-смысловой и мотивационной сферы
 - изучение особенностей реагирования пациента на заболевание и способов совладания с этой кризисной ситуацией
 - разработка методов диагностики, психотерапии и комплексной реабилитации пациентов
 - оказание помощи всем лицам, вовлеченным в процесс лечения онкобольного: родственникам, врачам, медицинским сестрам, психологам.

Психологические аспекты в онкологии

- Обычно в исследованиях рассматривают два вида факторов возникновения онкологических заболеваний – психогенно-стрессовый и психогенно-личностный
- **Теории:**
 - Психологический профиль онкологического больного (*психологическое реагирование на стресс по типу выученной беспомощности и отказа от борьбы, зависимые или наоборот – дистанцированные, холодные отношения в семье, сохранение "пуповины" с кем-либо из родителей, стремление к гармонизации и идеализации отношений с одновременным отрицанием себя, пессимистическая жизненная позиция, рациональная ориентация с подавлением эмоций, потеря интереса к жизни, экстернальный локус контроля («я ничего не решаю, все зависит не от меня»), у женщин часто - наличие дискомфортных отношений в семье, жертвенное отношение в ущерб себе, подавление половых инстинктов и пр.*)
 - Тревожные и депрессивные расстройства
 - Алекситимия, отрицание и подавление негативных эмоций
 - Теории утраты субъекта
 - Теории посттравматического стрессового расстройства
 - Социальные факторы (профессиональная нестабильность, непостоянство взаимоотношений)
 - Исследования в области психонейроиммунологии

Этапы переживания известия о диагнозе

Е. Кюблер-Росс установила, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции:

- 1) Отрицание или шок
- 2) Гнев
- 3) Торг
- 4) Депрессия
- 5) Принятие

Фаза отрицания заболевания. Она очень типична: человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках.

Фаза протеста или дисфорическая фаза. Характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, агрессией, обращённой на врачей, общество, родственников, гневом, непониманием причин болезни: «Почему это случилось именно со мной?» «Как это могло произойти?» Больному очень важно выговориться.

Фаза торга или ауто суггестивная. Для этой стадии характерны попытки «выторговать» как можно больше времени жизни у самых разных инстанций, резкое сужение жизненного горизонта человека: «если я сделаю это, продлит ли мне это жизнь?» В этом случае важно предоставить человеку позитивную информацию, поддержать его веру в успех лечения.

Фаза депрессии. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестаёт бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. В этой ситуации нужно дать человеку уверенность, что в этой ситуации он не один, что за его жизнь продолжается борьба.

Пятая стадия — **стадия принятия.** Это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до неё доходит далеко не каждый. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких.

Психологическое реагирование на заболевание

Типология реагирования на заболевание Личко и Иванова:

- **Гармоничный** - трезвая оценка состояния, содействие лечению
- **Эргопатический** - уход от болезни в работу
- **Анозогнозический** - отбрасывание мысли о болезни, отрицание очевидных проявлений
- **Тревожный** - непрерывное беспокойство и мнительность в отношении течения болезни
- **Ипохондрический** - сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях
- **Неврастенический** - поведение по типу "раздражительной слабости"
- **Меланхолический** - удрученность болезнью, неверие в выздоровление
- **Эйфорический** - необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению
- **Апатический** - безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения
- **Обсессивно-фобический** - тревожная мнительность страх маловероятных осложнений болезни, неудач лечения
- **Сенситивный** – страх стать обузой, быть неполноценным в глазах окружающих
- **Эгоцентрический** – уход в болезнь, требование исключительной заботы
- **Паранойяльный** – подозрительность, поиск злого умысла со стороны врачей и близких
- **Дисфорический** - тоскливо-озлобленное настроение

Реакции пациентов на разных стадиях лечения. Нозогении.

Исследование, проводившееся под руководством А.Б. Смулевича на базе РОНЦ им. Блохина и НИИ Гематологии показало:

58,6% всех онкологических больных имеют различные психические расстройства

41,4% - психически здоровые лица с адекватными, психологически понятными реакциями

Среди психических расстройств 62% занимают нозогенные реакции

38% - другие расстройства (в том числе 3% - шизофрения)

На формирование нозогении влияют следующие **факторы:**

- Деморализация вследствие болезни
- Семантика самого диагноза (представление об опасности болезни)
- Ситуация необычной обстановки
- Тяжелые соматические симптомы
- Потенциальные социальные последствия

Под влиянием стресса, вызванного болезнью, в 52% онкологических больных возникают патологические реакции, 41% - адекватные, в 6% - патологическое отсутствие реакции.

Типология нозогений:

- Тревожно – фибические реакции
- Тревожно-диссоциативные реакции
- Аффективные реакции
- С выявленными сверхценными идеями (сенситивная, сутяжная (жалобы во все инстанции), эквитная (бред нанесения вреда врачами и мед.персоналом), с реформированием терапии (поиск альтернативных методов, начинают лечиться по-своему)

Нозогения - (греч. *nosos* — болезнь, *genos* — рождение) — психическое расстройство, возникающее вследствие осознания угрозы для существования, исходящей от соматического заболевания как такового.

Психогенные реакции

Выявляются отчетливые различия психогенных реакций на разных этапах диагностики и лечения онкологического заболевания (Иванов С.В.)

1. Домедицинский период заболевания
2. Диагностический период
3. Стационарный/предоперационный
4. Послеоперационный
5. Катамнестический

Домедицинский период заболевания

- Обычно на предмедицинском этапе больной **старается не придавать своей болезни значения, он не обращает на нее внимания, «бежит» от нее.**
- **Пониженное настроение** не достигает выраженной степени депрессии, но **ощущение полноты жизни утрачивается.**
- Внимание приковано к подозрениям о болезни. Все окружающее и собственное ощущение оценивается исходя из этого подозрения.
- Появляется некоторая **отгороженность от окружающих.** Больной становится более подверженным внушениям со стороны.
- В этот период **обостряются и особенности личности.**

Диагностический период

- Наиболее характерным для диагностического этапа является **гипернозогнозическая реакция – тревожно-депрессивный синдром (более 50% больных)**. Типичным является общее **беспокойство, выраженная тревога**, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти.
- Пациенты с **гипонозогнозическим типом реакции** неохотно и нерегулярно посещают поликлинику. Эта реакция может выражаться в патологическом спокойствии, пассивности, фантазировании вплоть до замены действительности представлениями о соматическом благополучии.
- Нередко тревожно-депрессивное состояние протекает с выраженными **ипохондрическими расстройствами**. Стойкая тревога сопровождается фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на телесных ощущениях. В некоторых случаях клиническая картина дополняется выраженными признаками дисфорического аффекта с тоскливо-злым настроением. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются острые вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение.

Стационарный / предоперационный период

- Самыми тяжелыми являются для больных первые дни пребывания в стационаре, когда происходит знакомство с новыми условиями и первичная адаптация к ним. Затем отмечается некоторое **снижение тяжести (интенсивности) тревожных и депрессивных симптомов**.
- Интенсивность реакций пациентов вновь повышается по мере приближения даты хирургического вмешательства. Вновь наиболее типичной является **тревожная реакция – так называемый «невроз ожидания»**.
- На высоте тревоги даже у пациентов, с нетерпением ожидавших ранее назначения конкретных сроков операции, возможны выраженные **сомнения вплоть до мыслей об отказе от оперативного лечения** с предположением о недостаточно реализованных «иных» возможностях терапии.
- Типичным для этого периода является оживление **всякого рода суеверий**, вплоть до появления религиозных представлений о жизни и смерти, либо **защитных ритуальных действий**, особого внимания к содержанию сновидений, различным приметам и пр.

Послеоперационный период

- Этот этап характеризуется отчетливым **снижением эмоциональных нарушений**. Для большинства больных операция является временным психологическим облегчением состояния, своего рода рубежом, за которым, возможно, их ждет вполне благоприятная жизненная ситуация.
- На первом месте по частоте возникновения в послеоперационном периоде находится **астеноипохондрический синдром**, связанный, в первую очередь, с соматогенными факторами – **истощением после хирургического вмешательства**.
- При этом отмечается некоторое **снижение внимания, памяти**, а также **тревожные проявления** – преувеличенные опасения за исход послеоперационного периода, страх перед осложнениями, неуверенностью по поводу того, наладятся ли нарушенные операционным вмешательством функции организма.

Катамнестический период

- Среди патологических реакций на этом этапе **преобладают гипернозогностические реакции в форме затяжных депрессий с определенным содержанием мыслей и поведением.**
- Даже в случае «позитивного» исхода терапии на катамнестическом этапе у большинства больных отмечается депрессия, которая длится много лет. Пациенты обнаруживают стремление к самоизоляции.
- Другой вариант – гипонозогностические реакции по типу «отрицания болезни».
- Наблюдаемые реакции отрицания значимости болезни обычно носят компенсаторный характер, связанный с непереносимой для пациента стрессогенной нагрузкой факта онкологического заболевания.

Главные цели оказания психологической помощи онкологическим больным и их близким:

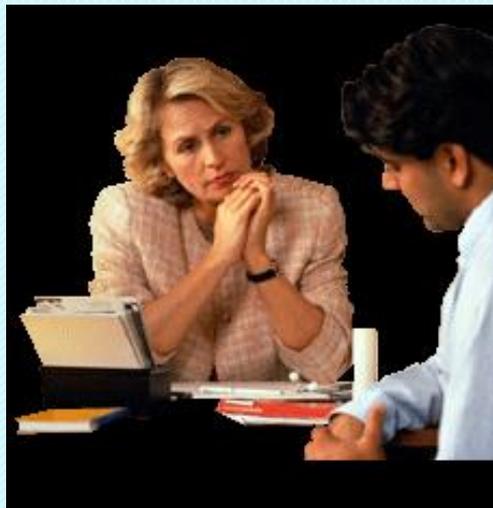
- Повышение качества жизни онкологических больных и членов их семей;
- Коррекция эмоциональных нарушений и неадаптивных психологических реакций на болезнь;
- Обеспечение условий для полноценной психологической реабилитации и общего улучшения самочувствия пациентов;
- Нахождение ресурсов и укрепление мотивации для борьбы за свое здоровье;
- Преодоление сложностей в семейных взаимоотношениях, в общении с медицинским персоналом, рабочим коллективом, друзьями;
- Работы с эмоциональным выгоранием семей, ухаживающих за больным;
- Поддержка пациентов, находящихся на терминальной стадии заболевания и их родных, а также поддержка семей после смерти их близких.



Возможности оказания психологической помощи онкологическим больным и их близким:



Индивидуальная психотерапия



Семейная психотерапия



Групповая психотерапия

- Терапевтические группы для онкопациентов
 - по нозологиям, либо смешанные
 - для пациентов, находящихся в стационаре, либо на постгоспитальном этапе
- Группы поддержки для родственников
- Группы самопомощи для больных.



Обучение методам релаксации, визуализации и аутотренинга

Самостоятельное выполнение методик пациентами помогает организму повысить выносливость, улучшить работу иммунной системы, увеличивает энергию, уменьшает чувство страха и тревоги, восстанавливает контакт со своим внутренним миром.



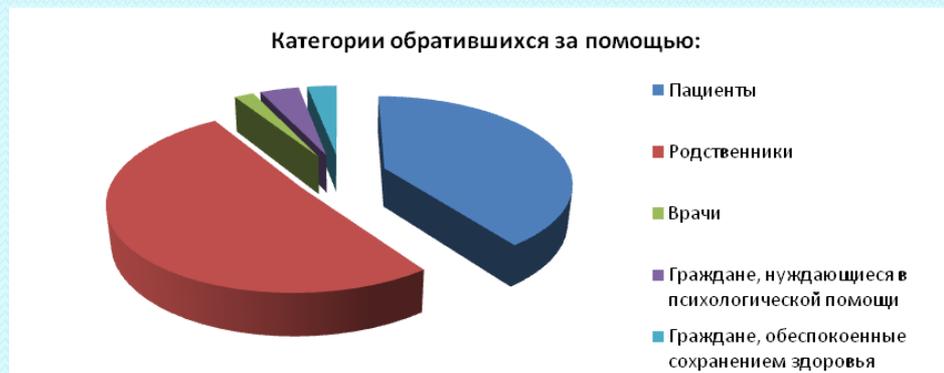
Арттерапия

- Методы арттерапии способствуют раскрытию внутренних возможностей и способностей человека, развитию присущей ему способности творить (креативности), гармонизации и развитию личности, помогающей человеку обретать свою личностную силу и целостность для решения любых возникающих проблем.
- Арттерапия в онкологии способствует активизации внутренних креативных резервов и возможностей пациента, и непосредственно связана с улучшением его психоэмоционального и душевного состояния.
- Виды арттерапии: собственно арттерапия (визуальные виды искусства), музыкальная терапия, танце-терапия, драматерапия, сказкотерапия, библиотерапия, маскотерапия, этнотерапия, игротерапия, цветотерапия, фототерапия, куклотерапия, оригами, песочная терапия и др.



Телефон бесплатной круглосуточной психологической помощи для пациентов и их родственников – 8-800-100-01-91.

- В общей сложности горячая линия работает около 3 лет и за это время приняла более 20 тысяч обращений.
- Работа телефона психологической помощи для онкологических больных и их родственников ведется **круглосуточно**. Звонки поступают на **бесплатный телефонный номер 8-800-100-01-91**.
- Каждый человек, обратившийся на Горячую линию, может получить профессиональную психологическую помощь, юридическую консультацию, дополнительную информацию справочного и информационного характера, узнать порядок обращения в государственные и муниципальные органы власти, местные и федеральные ЛПУ соответствующего профиля.
- Вот уже третий год горячая линия работает без перерыва, независимо от времени суток, выходных и праздников, независимо от удаленности населенного пункта нашей страны, психологи Горячей линии всегда готовы выслушать абонентов, оказать психологическую поддержку, помочь справиться со страхами, паническими реакциями, обсудить ситуацию, получить квалифицированную рекомендацию.
- География общения абонентов - более 140 городов России, практически все края, области, республики.





*Мы желаем вам здоровья и успехов !
Спасибо за внимание!*