

В предоперационный (предлечный) этап, увы, интенсивность большинства психогенных расстройств снова нарастает. При известии о предстоящей операции, казалось бы, столь долгожданной, у некоторых больных возникает негативное к ней отношение. Появляются мысли об отказе от оперативного лечения, о недостаточно реализованных «иных» возможностях терапии. Такого рода переживания нередко усугубляются контактами с другими, уже прооперированными больными, которым такое лечение едва ли помогло.

Типичным для этого периода является оживление суеверий, рост внимания к сновидениям, приметам. Подобные переживания не стоит подавлять путем разубеждений. Однако, не стоит допускать на данном этапе лечения народными методами, обращений к колдунам и знахаркам.

После операции выраженность всех отрицательных переживаний опять снижается. Для большинства пациентов операция становится временным психологическим облегчением.

Но родные могут столкнуться с послеоперационным истощением больного, когда тот вяло и безучастно повторяет, что «нет даже сил радоваться успешному исходу операции». Тревожно-депрессивная симптоматика, столь часто встречающаяся на предыдущих этапах, после операции наблюдается редко.

На этапе выписки из стационара люди, как правило, испытывают чувство облегчения, когда после всех потрясений они наконец-то уходят домой. Поэтому неудивительно, что в указанный момент учащаются эйфорические проявления, которые достаточно редко требуют специального лечения. Тем не менее, и в этот период представлена вся гамма отрицательных переживаний больных.

Пациентам может не хватать уверенности в своем будущем. Они переживают, смогут ли возобновить работу, как примут их домашние.

Самыми мучительными становятся мысли о неполном выздоровлении, отсутствии радикальных средств излечения. Больных учет в онкодиспансере, а также необходимость повторных курсов терапии. Сведения об этих мероприятиях должны даваться в максимально щадящей форме.

Возвращение домой – данный этап отличается гораздо большей эффективностью психотерапии, чем психофармакологического лечения.

Близкие могут столкнуться со стремлением больного к самоизоляции. Меняется отношение к любимым прежде развлечениям. Утрачивается интерес к внутрисемейным делам. В переживаниях больных постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой женской привлекательности, импотенцией у мужчин. Переживания, относящиеся к сфере интимной жизни, особенно болезненны. Однако в семьях, где отношения базируются на глубоких, искренних чувствах, это преодолимо.

Куда можно обратиться за помощью

БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница Минздрава УР»

📍 г. Ижевск, ул. 30 Лет Победы, 100.

☎ (3412) 58-67-87 - Регистратура диспансера

🌐 perezagruzistress.pf

✉ perezagruzi-stress@yandex.ru

☎ 8-800-100-09-06 - телефон доверия

Составитель К.К. Батохина. Верстка К.А. Зеленян

Отпечатано в типографии ИП Колячин В.В

427960 г. Саранул ул. Пузгачева д. 130

Тираж 500 экз.

Психические и психологические проблемы при онкологических заболеваниях

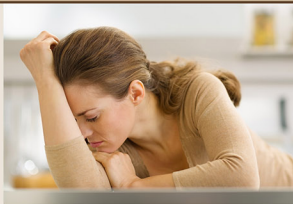


Психические нарушения у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, во многом типичны для любого тяжелого телесного страдания, но при этом ни одно заболевание не несет в себе столь мощной стрессующей нагрузки, как рак. Несмотря на разительные успехи современной онкологии, для большинства людей само это слово все еще является синонимом обреченности.

Борьба с психическими нарушениями – задача не только врача, но и его родных и близких. Многие могут сделать и сам больной, если специалист подскажет ему правильные пути.

При всем многообразии симптомов наиболее часто встречаются:

- тревога, страх, апатия;
- плохое настроение (до выраженной тоски);
- астения (характеризуется слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями сна, плаксивостью);
- ипохондрия (ипохондрия отличается от депрессии тем, что причина угнетенного настроения здесь – исключительно собственная болезнь, на которой целиком сосредоточивается пациент);
- дисфория (преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение, нередки проявления вспыльчивости, агрессивности).



Начальный, диагностический этап.

Именно в этот момент человеку требуются максимальная забота и участие близких. Самая характерная для данного этапа симптоматика – тревожно-депрессивная. Для такого состояния типичны беспокойство, тревога, ощущение безнадежности существования, мысли о скорой смерти. Человек жалуется на головные боли, разбитость, усталость, бессонницу или сонливость. У некоторых пациентов возникают навязчивые мучительные представления о смерти, собственных похоронах и т.п. Они постоянно ищут, но не могут найти свою гипотезу возникновения заболевания, перебирают в памяти всю предшествующую жизнь, сомневаются в правильности диагноза. Такие больные нуждаются в особой заботе и участии со стороны родных, а их лечение потребует от врача немалых усилий.

Особого внимания заслуживают апатический и астенический синдромы. Пациенты отличаются вялостью, заторможенностью, безучастностью, утратой какого-либо интереса к своей судьбе, в том числе и к таким вопросам, как сроки госпитализации, характер лечения. Они нуждаются в назначении общеукрепляющей и стимулирующей психофармакотерапии. Именно в этом случае бывает необходима консультация специалиста психиатра или психотерапевта.

При поступлении в клинику тяжесть психических нарушений обычно уменьшается (хотя не всегда). Это связано с тем, что наконец-то запускается система психологической защиты: «Теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь». Постоянное подкрепление таких установок – важнейшая психотерапевтическая задача, решать которую должны лечащий врач и близкие пациента.

Иключительную роль играют беседы лечащего врача, осмотры, энергичное проведение различных исследований. Словом, все, что создает у больного впечатление активного и тщательного изучения его состояния. Частые посещения родных и близких, их ободряющие беседы («У тебя отличный врач, нам повезло!», «Ты выглядишь лучше» и т.п.) также крайне важны. Если больной остается предоставленным самому себе, это ухудшает его состояние. Каждая минута, не посвященная больному, кажется ему непростительной тратой времени.

По-прежнему может отмечаться *тревожно-депрессивная симптоматика*. Но ее характер меняется. Тревога теперь связана с желанием как можно скорее подвергнуться лечению, человек боится упустить время. Желательна на данном этапе работа с психологом или психотерапевтом.

Возможны проявления *агрессии*. Больные, находясь в тоскливо-злобном настроении, зачастую требуют замены лечащего врача. Нередко острые гнева направлены на родственников, к чему необходимо относиться с терпимостью. При лечении этих расстройств необходимо применение седативных средств.

Апатические расстройства учащаются на этом этапе почти вдвое. На это указывает продолжающееся истощение у таких больных. Целесообразно применение антидепрессантов, а вот психотерапия показана только при достижении повышения активности пациентов.

