Тольяттинский государственный университет

Заочное отделение

Факультет физической культуры и спорта

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине:

Психология болезни и инвалидности

Тема:

Психологические нарушения у онкологических больных

Студентки группы АФКз-0801

Преподаватель:

Тольятти - 2013

Оглавление

[1. Общее понятие об онкологических заболеваниях](#_Toc348121390)

[2. Психические нарушения у онкологических больных](#_Toc348121391)

[2.1 Психические нарушения на диагностическом этапе](#_Toc348121392)

[2.2Психические нарушения на предоперационном этапе](#_Toc348121393)

[2.3 Психические нарушения на послеоперационном этапе](#_Toc348121394)

[2.4 Психические нарушения на «домашнем» этапе](#_Toc348121395)

[Литература](#_Toc348121396)

# 1. Общее понятие об онкологических заболеваниях

Само слово **«онкология»** приводит человека в шок. Больные ничего не знают о причинах, симптомах и методах лечения. Люди от страха идут к экстрасенсам, проводят самолечение, тем самым упуская драгоценное время. Они не верят современным традиционным методам лечения и обращаются к нетрадиционной медицине. Спустя некоторое время улучшения не наступает, и тогда они обращаются к врачу, где диагностируется запущенная стадия.

В диагностике и лечении **онкологических заболеваний** принимают участие врачи разных специальностей. Онкологические больные, как правило, впервые обращаются в поликлинику к врачу общелечебной сети - терапевту, хирургу, гинекологу, отоларингологу и педиатру; главная их задача - заподозрить опухоль и направить больного в соответствующее лечебное учреждение. Каждый врач должен знать клинические признаки заболевания и методы лечения.

В настоящее время различают:

1. предраковые состояния,
2. предраковые изменения.

К первым относят заболевания, которые увеличивают риск образования опухоли, ко вторым - морфологические изменения, при которых рак возникает с большей вероятностью.

К **предраковым состояниям** относят хронические воспалительные процессы (с атрофией или гиперплазией слизистой), полипоз, хронические язвы, миомы, фиброаденомы, кисты.

**Рак** - это группа опухолей, произрастающих только из клеток эпителиальной ткани (слизистые оболочки, кожа).

Опухоли из мышц, костей, хрящей, жировой клетчатки называются **саркомами**.

Любая злокачественная опухоль обладает **рядом особенностей**:

* способность к автономному (самостоятельному), быстрому нерегулируемому организмом росту;
* способность к метастазированию (по лимфатическим и кровеносным сосудам);
* местно отмечается разрушающий инфильтрирующий рост.

Рак возникает под влиянием химических веществ, ультрафиолетового облучения, гормонов, вирусов, радиации. Все эти факторы называют канцерогенными.

К **факторам риска возникновения** онкологических заболеваний относятся следующие:

* хронические стрессы, отрицательные эмоции, депрессия, которые способствуют возникновению рака. Стрессорным гормоном является кортизол;
* курение является причинным фактором около 30% всех форм злокачественных опухолей. Хотя не у каждого курильщика развивается рак легкого, но частота возникновения составляет 90%. Пассивные курильщики за один час поглощают 2,3 мг золы. Курение повышает частоту рака гортани, глотки, пищевода. У курящих отцов и матерей дети в 4 раза чаще болеют раком;
* употребление алкоголя способствует возникновению рака пищевода, желудка, толстой и прямой кишки. Он увеличивает риск возникновения рака и цирроза печени;
* нарушения питания. Чрезмерное употребление продуктов, содержащих большое количество насыщенных жирных кислот (сало, жирное мясо, сливки, сливочное масло), увеличивает риск возникновения рака кишечника, молочной железы, поджелудочной железы, яичников и прямой кишки. Ограничение жира может замедлять развитие опухолевого процесса;
* к канцерогенам относятся мышьяк, асбест, тяжелые металлы, полихлорвинил. Сильные канцерогены обнаружены в выхлопных газах автомобилей. Недостаток витаминов усиливает действие канцерогенов;
* аборты и солнечное облучение в больших дозах также могут привести к злокачественному процессу.

При беседе с больным, когда подозревается злокачественная опухоль, врач должен выяснить, присутствуют ли вышеперечисленные факторы.

На ранних стадиях онкологический больной никогда не жалуется на боли, не считает себя больным, продолжает работать, вести обычный образ жизни. В дальнейшем появляются общая слабость, утомляемость, сонливость, снижение работоспособности. Нет удовлетворения от принятой пищи, извращен или отсутствует аппетит, отмечается чувство тяжести в животе.

Эти **симптомы объединены в синдром малых признаков**, синдром дискомфорта.

Если больной указывает на неожиданную тошноту без причин, рвоту, необычные ощущения при прохождении пищи по пищеводу, кашель с примесью крови, кровь и слизь в кале, то такие симптомы должны насторожить врача в отношении онкологических заболеваний. Врач обязан обследовать лиц, страдающих хроническими заболеваниями - туберкулезом, язвой желудка, гипоацидным гастритом, мастопатией, эрозией шейки матки. При запущенных опухолях симптоматика скудная. Высокий процент врачебных ошибок объясняется во многом отсутствием у врачей поликлиник условий для должного сбора анамнеза, оценки особенностей жизни, труда, привычек, течения заболевания.

Знание врачом образа жизни больного, наследственности имеют огромное значение.

Онкологические больные угнетены, вялы, кожа бледная с желтушным оттенком, тургор ее снижен. Во время осмотра врач выявляет припухлость, асимметрию и ряд других симптомов, характерных для различных новообразований. Опухоли легких могут вызывать западение грудной стенки, отставание одной половины грудной клетки при дыхании от другой. Молочная железа при осмотре подтянута, сосок втянут, кожа имеет вид лимонной корки.

При пальпации определяются зоны регионарного лимфооттока (подмышечная, паховая, надключичная, подчелюстная области). Например, рак матки метастазирует в шейные лимфоузлы, рак легкого - в лимфоузлы подмышечной области.

**Обязательным при обследовании** любого онкологического больного является пальпация живота, особенно печени, где обычно локализуются метастазы (рак легкого, опухоли желудочно-кишечного тракта и т. д.).

При лабораторном анализе крови отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ); определенное диагностическое значение придают анемиям, изменениям белой крови.

В качестве **распространенных методов диагностики рака** можно назвать:

1. эндоскопическую диагностику,
2. рентгенодиагностику,
3. эхолокацию,
4. биопсию.

**Методы лечения** онкологических больных:

* хирургический метод;
* лучевая терапия;
* химиотерапия.

Каждый из перечисленных методов претерпел изменения.

Своевременная операция повышает процент излечения людей при опухолях матки, желудка, а сочетание хирургического и лучевого методов повышает шансы на выздоровление у больных с опухолями легких. Лучевая терапия используется при лимфогранулематозе, лимфосаркоме. При раке желудка используется хирургический метод - субтотальная, дистальная и проксимальная резекция желудка; гастрэктомия. Резекция 2/3 или 3/4 желудка - паллиативное вмешательство.

**Результаты лечения рака** зависят от того, на какой стадии процесса начато лечение.

# 2. Психические нарушения у онкологических больных

**Психические нарушения** у онкологических больных во многом типичны для любого тяжелого телесного страдания. И все же некоторые особенности существуют. Дело в том, что ни одно заболевание не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как рак. Ведь, несмотря на разительные успехи современной онкологии, для большинства людей само это слово все еще является синонимом обреченности.

Бороться с психическими нарушениями необходимо не только для того, чтобы уберечь человека от крайнего отчаяния, но и для того, чтобы **укрепить защитные силы организма**. Ведь психические нарушения усугубляют течение злокачественного недуга, угнетают активность иммунной системы, что обезоруживает человека перед развитием опухоли.

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

У всех больных на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся по клиническим проявлениям и степени выраженности. Практически нет ни одного больного, который остался бы равнодушным к тому, что в его теле выявлен опухолевый процесс.

Интересный факт: нередко у людей, у которых диагноз рака не подтвердился, обнаруживаются точно такие же психические расстройства, как и у пациентов со злокачественными опухолями!

**При всем многообразии синдромов наиболее часто встречаются:**

* тревога,
* страх,
* 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),
* апатия,
* дисфория (преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение, нередки проявления вспыльчивости, агрессивности).

Именно эти симптомы служат ориентиром для оценки степени выраженности психогенной реакции и для выбора лечебного воздействия. Подобные расстройства могут возникать с момента первого контакта больного с онкологической службой до выписки из стационара и пребывания больного дома.

##

## ****2.1 Психические нарушения на диагностическом этапе****

**Наиболее психотравмирующий начальный, диагностический этап.** Именно в этот момент человеку требуются максимальная забота и участие близких. Самый характерный для данного этапа – тревожно-депрессивный синдром. Для такого состояния типичны сильнейшее беспокойство, тревога, ощущение безнадежности существования, мысли о скорой смерти. Эти явления могут сочетаться с истощением, неспособностью ни к физической, ни к психической активности. 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 пациенты нуждаются в особой заботе и участии со стороны родных, а их лечение потребует от врача немалых усилий.

У пациентов, которых раньше отличала высокая жизненная активность, чаще преобладают тревога и страх. У пассивных же людей на первый план выступает депрессия.

Есть категория больных, которые все время находят особые «неполадки» в организме, ссылаясь при этом на неопределенные ощущения и ошибочно оценивая их как симптомы стремительного распространения опухоли по всему телу. К такому виду отклонений тяготеют больные, ранее отличавшиеся тревожной мнительностью.

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 незамедлительном назначении общеукрепляющей и стимулирующей психофармакотерапии.

Применение мощных психофармакологических средств на этом этапе практикуется во всех развитых странах. Надо быть готовым к тому, что курс терапии будет длиться долго (6–9 месяцев).

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 врач и близкие пациента.

Исключительную 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-депрессивный синдром. Но его характер меняется. Тревога теперь связана с желанием как можно скорее подвергнуться лечению, человек боится упустить время. Необходимость в психофармакотерапии, как правило, на данном этапе отпадает. На первый план выступают психотерапевтические методы.

Возможны проявления агрессии. Больные, находясь в тоскливо-злобном настроении, зачастую требуют замены лечащего врача. Нередко острие гнева направлено на родственников, к чему необходимо относиться с терпимостью. Нередки отказы от свиданий. При лечении этих расстройств необходимо применение седативных средств. Психотерапию лучше направить на уменьшение негативной активности больных путем замены объекта. Можно рекомендовать больному вести дневник самонаблюдений, принести увлекательные книги, видеофильмы и т.п.

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. В состоянии выраженной апатии она бесполезна.

##

## ****2.2 Психические нарушения на предоперационном этапе****

**В предоперационный (предлечебный) 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.

##

## ****2.3 Психические нарушения на послеоперационном этапе****

**После операции** выраженность всех отрицательных переживаний опять снижается. Ведь для большинства 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-депрессивный синдром, столь часто встречавшийся 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 этот 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 травмирует прием на учет в онкологический диспансер, а также предупреждение врачей о повторных курсах терапии. Сведения об этих мероприятиях должны даваться в максимально щадящей форме. Смысл разъяснений подобных назначений должен иметь психотерапевтическую направленность.

##

**2.4 Психические нарушения на «домашнем» этапе**

**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. Попытки со стороны близких как-то расшевелить больного часто кончаются ничем. 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.

На фоне общей подавленности больные, многие из которых прежде никогда не обращались к так называемым сверхпроблемам, начинают задумываться: «зачем живет человек» или «есть ли Бог?».

Есть категория больных, которые начинают стремиться к расширению контактов с докторами («Врачи мне стали ближе, чем семья, где я чужой»). В этом случае специалистам иногда удается выяснить такие особенности их переживаний, о которых родственники и не подозревают. Подобная позиция больных подчеркивает их потенциальную доступность психокоррекционным воздействиям.

Важно отметить, что весь комплекс описанных выше расстройств был весьма незначительным у тех пациентов, которые и во время пребывания в стационаре, и после выписки встречали в семье тактичное, ненавязчивое сочувствие, понимание своего состояния и всех проблем, связанных с ним!

К сожалению, борьба со всеми этими расстройствами на «домашнем» этапе представляет значительные трудности. Это связано с отсутствием в штатах нашей онкологической службы психоневрологов и медицинских психологов, которые могли бы проводить специальную работу с больными, а особенно с их семьями. Специалист мог бы взять на себя миссию подготовки семьи больного, разъяснения особенностей психического состояния, выбора и рекомендации оптимального стиля поведения. Но делать это в системе общедоступного здравоохранения России практически некому. Важным фактором реабилитации является не только семейная среда.

Действенным способом борьбы с самоизоляцией служит **возвращение (если позволяет состояние больного) в производственный коллектив.** Это создает у человека чувство уверенности, нужности, способствует развитию оптимистических взглядов.

# Литература

1. Алиев М.Д. Медицинская, психологическая и социальная адаптация детей, излеченных от онкологических заболеваний. – М., 2010.
2. Ведехина С.А. Клиническая психология. – М., 2006.
3. Евдокименко П.В. О чем догадываются, но не говорят врачи, или Все болезни от нервов? – СПб., 2008.
4. Основы клиническойпсихологии / Под ред. Н.В. Репиной. – М., 2007.
5. Малкина-Пых И.Г. Психотерапия онкологическихзаболеваний. – СПб., 2009.
6. Онкологические заболевания. Профилактика и методы лечения / Под ред. В.В. Маршака. – СПб., 2009.
7. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – Киев, 2011.