



Психические расстройства при онкологических заболеваниях

Н.М. Шаропова, Г.Б. Хасанова, М.С. Шаропова, З.Х. Нисанбаева

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа посвящена изучению психопатологического состояния онкологических больных, обратившихся за помощью в Республиканский клинический Центр психиатрии г. Душанбе по направлению врачей-онкологов, семейных врачей и других специалистов, за последние 3 года. Всего обследовано 50 взрослых больных (из них 32 женщины и 18 мужчин), в возрасте от 20 до 67 лет.

Отмечена необходимость и целесообразность проведения психотерапевтического воздействия и психологической реабилитации больных в связи с наличием психологического хронического стресса у онкологических больных.

Ключевые слова: рак, онкологические болезни, психопатологическая симптоматика, психологический хронический стресс, астенизация

Актуальность. В онкологии, по-прежнему, остаются актуальными проблемы психоэмоционального состояния пациентов. Это объясняется тем, что для большинства больных и их семей слово «рак» является синонимом обречённости, своего рода смертным приговором, поскольку среди людей широко распространено мнение, что рак – болезнь неизлечимая. Онкологические, как и все другие тяжёлые заболевания, у многих больных вызывают психологический хронический стресс. Имеющиеся в научной литературе сведения о влиянии последнего на онкологических больных свидетельствуют о том, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, – во многом зависит от его отношения к болезни и позиции, направленной на борьбу с недугом [1,2].

Цель исследования: изучение психопатологической симптоматики у больных, страдающих злокачественными новообразованиями, обратившихся за амбулаторной помощью в Республиканский клинический Центр психиатрии.

Материал и методы. Нами были изучены амбулаторные карты лиц, обратившихся за помощью в Республиканский клинический Центр психиатрии г. Душанбе, страдающих онкологической патологией и обратившихся к психиатру по направлению врачей-онкологов, семейных врачей и других специалистов, за последние 3 года. Всего было исследовано 50 взрослых больных (из них 32 женщины и 18 мужчин), в возрасте от 20 до 67 лет.

Применялся клинико-психопатологический метод исследования. Как известно специалистам [3,4],

одним из наиболее ранних симптомов онкологической патологии является астенизация, которая проявляется в общей слабости, быстрой физической утомляемости. Осведомлённость больного об истинном характере заболевания вызывает у него, как правило, тяжёлую эмоциональную реакцию. Некоторые больные теряют самообладание, не знают, что им предпринять, мечутся от одного врача к другому, часами копаются в интернете, бегают к народным целителям, знахарям, гадалкам, в поиске спасения от недуга. У других развивается хотя и кратковременное, но глубокое депрессивное состояние. Через несколько дней больные успокаиваются, приступают к лечению. Однако по мере ухудшения самочувствия, появления всё более стойких болей, может наблюдаться тяжёлое депрессивное состояние с постоянной мыслью о неизбежности смерти, «мрачного конца», с потерей интереса ко всему, что составляло смысл жизни. Временами больные застревают на незначительных мелочах, во всём видят безнадежность, обвиняют врача в невнимательном к ним отношении, родных в том, что они отвернулись от них, бросили их. Суицидальные мысли или суицидальные попытки наблюдались крайне редко.

Результаты и их обсуждение. Наши наблюдения показали, что постоянно думая о раке, даже будучи уверенным в его наличии, больной нередко отказывается идти к врачу, боясь услышать от него «о страшном диагнозе». Ни при каком другом заболевании (туберкулёз, ВИЧ/СПИД, сердечно-сосудистые заболевания) мы не встречали такого несерьёзного, неправильного отношения к болезни, как у заболевшего раком. В некоторых случаях такое отношение к болезни является выражением неправильного представления о характере болезни, недостаточной осведомлённости об излечимости рака в его



начальных стадиях. Негативное, даже легкомысленное отношение к возможности онкологического заболевания, по-видимому, связано с изменениями в эмоциональной сфере больного, с элементами лёгкой эйфории, невозможности критически оценивать все имеющиеся симптомы заболевания, которые вероятнее всего можно расценить как проявление начинающейся интоксикации.

Даже те больные, у которых убедительно констатировано наличие онкозаболевания, продолжают упорно уверять врача, что заболевание совсем другого характера и не имеет никакого отношения к раку. На амбулаторном приёме в РКЦ психиатрии в 2010 г. мы консультировали больную М., 39 лет (по направлению врача-онколога), страдавшую раком кожи, которая упорно убеждала лечащего врача в том, что у неё «банальный нейродермит» и что «к онкологу она попала по ошибке, от безграмотности врачей». Помнить об этой своеобразной настроенности онкологических больных должны врачи всех специальностей, чтобы не пойти на поводу у больного и не стать невольным виновником его последующих страданий или смерти.

Приведём одно из наших наблюдений. Больная Р., 48 лет, явилась на амбулаторный приём на кафедру психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино осенью 2011 г. с жалобами на навязчивый страх поперхнуться, на страх, что «у неё пища не проходит, застревает, стоит комком в горле», на тошноту и периодическую рвоту.

Краткий анамнез. Больная по характеру общительная, энергичная, вела помимо основной работы большую общественную деятельность. Никогда не обращалась ни к психиатру, ни к невропатологу. Около 6 месяцев назад пережила бракоразводный процесс, т.е. психотравмирующую ситуацию, которая до сих пор полностью не разрешилась. Затем через два месяца больная поперхнулась яблоком. С тех пор, «боясь повторных поперхиваний», перестала есть твёрдую пищу. Временами думала о том, что у неё «возможно рак», но «всячески гнала от себя эти ужасные мысли». Ела преимущественно протёртую или жидкую пищу, пила молоко, бульон. Стала худеть. К семейному врачу обратилась только с целью получить направление к невропатологу и сумела убедить его в том, что «у неё расшатана нервная система в виде навязчивого поперхивания» после перенесённых неприятностей личного характера.

Невропатолог, подойдя к заболеванию как к «истерии», продолжал своё лечение ещё несколько недель. Между тем, больная теряла в весе, появилась частая рвота. Убедившись в своей беспомощности и опять, идя на поводу больной, невропатолог направил её в психиатрическую клинику для проведения обследования и психотерапии.

Во время пребывания в клинике у больной отмечалась эмоциональная оживлённость, излишняя подвижность, многословность, она была убеждена в том, что «у неё только невроз, а рака нет». В отделении обстановкой не тяготилась. Никаких психотических расстройств у неё не наблюдалось. Первая беседа с больной дала серьёзные основания предположить органическое заболевание пищеварительного тракта, прежде всего пищевода. Проведённые рентгенологические обследования подтвердили это предположение. Больная была переведена в хирургическую клинику, где был установлен рак пищевода.

Приведённый нами случай лишний раз подтверждает необходимость помнить об особенностях психики болеющего раком и независимо от характера жалоб и диагностических предположений подвергать его всестороннему обследованию.

Таким образом, врач должен оказать психотерапевтическое воздействие на страдающего онкопатологией человека, вселив в него уверенность и надежду на выздоровление. Но как быть в тех случаях, когда больной, впервые пришедший на приём, требует от нас, медицинских работников, прямого ответа – есть у него рак или нет? Что должен ответить врач?

Мы считаем, что в подавляющем большинстве случаев врач не должен давать утвердительного ответа. Он может ограничиться рекомендацией обследования и оперативного вмешательства, которое показано при всякой опухоли, независимо от этиологии. Но во всех случаях требуется правильное разъяснение семье больного об истинном характере его заболевания. Если же больной одинок и недостаточная осведомлённость о серьёзности его состояния может послужить причиной отказа от операции, то необходимо, во избежание отсрочки хирургического лечения, предупредить его о возможности злокачественной опухоли, угрожающей его жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь /А.В.Гнездилов // С-Пб. - 2002. - 162с.
2. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии / Н.А.Русина // Научно-методический журнал. - М.- 2002. - №4.- С.152-160
3. Психиатрия и наркология /Н.Н.Иванец, В.В.Тюльпин, В.В.Чирков, М.А.Кинкулькина //Учебник для вузов. – М. -2006. - с.430
4. Чиссов В.И. Онкология / В.И.Чиссов. - М.: ГЭОТАР-Медиа. -2009. -409с.



Summary

Mental disorders in oncological diseases

N.M. Sharapova, G.B. Hasanova, M.S. Sharopova, Z.H. Nisanbaeva

Chair of Psychiatry and Narcology named after prof. M.G.Gulyamov Avicenna TSMU

This article devote to study of psychopathological state of oncologic patients who attended National Clinical Center of Psychiatry in Dushanbe city from oncologists, family physicians and other specialists in the last 3 years. We observed 50 adult patients (32 women and 18 men), aged 20 to 67 years.

The necessity and practicability of psychotherapy and psychosocial rehabilitation of patients due to presence of chronic psychological stress in oncologic patients was noted.

Key words: cancer, oncologic diseases, psychiatric symptoms, psychological chronic stress, asthenisation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шарапова Нигина Минхожевна – заведующая кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул.40 лет Победы – 3
E-mail: Sharopova@yandex.ru