

**Переживання ситуації  
захворювання  
хворими на онкологічні  
хвороби.**

**Психологічний супровід  
термінальних хворих**

**РАК** - це загальна назва, яка налічує біля 200 злоякісних новоутворень, при яких на шкірі, слизових оболонках або в різних органах людини починається безперервний поділ клітин. Пухлина швидко збільшується у різних напрямках до значних розмірів, вражаючи здорову тканину органа людини. Продукти розпаду пухлини всмоктуються, викликаючи інтоксикацію та виснажуючи організм.

Латинське слово канцер (cancer) - рак, давньогрецьке каркинас (karkinas) - краб. За аналогією між виростами злоякісної пухлини в навколишні її тканини (метастазами) й кінцівками рака, краба, назвали це захворювання раком.

- **Пухлиною** називають надлишкові патологічні розростання тканин, що складаються з якісно змінених, таких що втратили диференціацію клітин організму.
- **Доброякісні пухлини** - tumor benignum, ростуть повільно, можуть існувати роками, не збільшуючись. Вони оточені власною оболонкою. Під час росту, збільшуючись, пухлина відсуває навколишні тканини, не руйнуючи їх. Видалення доброякісної пухлини з її оболонкою веде до повного виліковування хворого.
- **Злоякісні пухлини** - tumor malignum, ростуть значно швидше. Оболонки не мають. Пухлинні клітини і їхні тяжі проникають у навколишні тканини (інфільтративний ріст), ушкоджуючи їх. Проростаючи у лімфатичну або кровоносну систему, вони струменем крові чи лімфи можуть переноситися в лімфатичні вузли або віддалений орган і утворювати там вторинне вогнище пухлинного росту - метастаз.

# Чотири стадії злоякісних новоутворів

- **I стадія** — пухлина займає обмежену ділянку органа, не проростає в сусідні органи, не дає метастазів;
- **II стадія** — пухлина великих розмірів, може проростати в стінку органа, але не виходить за його межі, можливі поодинокі метастази в регіонарні лімфатичні вузли першого порядку;
- **III стадія** - пухлина великих розмірів, виходить за межі ураженого органа, проростає в навколишні тканини, дає множинні метастази в регіонарні лімфатичні вузли другого порядку;
- **IV стадія** — метастази пухлини у віддалені органи і лімфатичні вузли.

# Психологічні зміни у хворих до встановлення діагнозу:

- Агнозія, як психологічний захист;
- Депресія, безсоння, тривога;
- Дратівливість, плаксивість, зниження працездатності;
- Іпохондрія, фіксація на своїх соматичних відчуттях.

# Психологічні особливості при підтвердженні діагнозу:

- Шокові психогенні реакції, пов'язані зі страхом смерті;
- Психопатологічні синдроми, що відповідають преморбідним особливостям особистості.

# Синдроми:

- **Тривожно-депресивний синдром** – найчастіше проявляється у перші три періоди, в основному середнього та важкого ступеню – занепокоєння, страх перед „безнадійним захворюванням”, пригніченість, думки про безперспективність, близьку смерть, поява суїцидальних думок. Стенічні особи - переважає тривога; астенічні – депресія. При поступленні в стаціонар: втрата зв'язку зі звичайним способом життя, контакт з іншими хворими, обмін інформацією – ВКХ сприяє переживанню ситуації як екстремальної. У передопераційному періоді: травмуючим є очікування; важливо дати можливість пацієнтам висловити свої страхи, переживання, „вилити” почуття, навіть виплакати. Тривожно-депресивний синдром супроводжує в тій чи іншій мірі всі періоди переживання хвороби.
- **Дисфоричний синдром** – друга за частотою вияву реакція – дратівливість, незадоволення оточуючим, пошуки причин захворювання, зокрема звинувачення на адресу медиків, родичів. Частіше виявляється у хворих з переважанням рис збудливості, вибуховості, епілептоїдності. За фасадом агресії часто фіксується пригнічена тривога і страх.

**Тривожно-іпохондричний синдром** – зниження напруженості порівняно з попередніми, інтровертованість, зверненість на себе; емоційна напруженість з фіксацією уваги на своєму здоров'ї, страх перед операцією, її наслідками; знижене загальне тло настрою.

**Обсесивно-фобічний синдром** – нав'язливі дії і страхи; переживання брудливості, нав'язливого страху забруднення, зараження „раковими мікробами”, важкі уявлення смерті під час операції чи після неї; тривога з приводу мимовільного „випускання газів”, нетримання сечі. Частіше спостерігається у хворих з переважанням тривожно-помисливих та психастенічних рис характеру. Лише на етапі поступлення інколи фіксується легкий ступінь переживання обсесивно-фобічних реакцій.

**Астено-депресивний синдром** – пригніченість, тужливість з переживанням безнадійності захворювання, помітне депресивне тло. Частіше виявляється у циклоїдів. У діагностичній фазі – 11% (легкого ступеню – 50%, важкого і середнього – 50%), в період поступлення 9%, на інших етапах – зниження його ролі.



- **Апатичний синдром** – свідчить про виснаження компенсаторних механізмів; переважання в'ялості, деяка загальмованість, байдужість, відсутність інтересів. На діагностичному етапі – 2% хворих. У післяопераційному періоді – зростання частоти вияву (20%), що відображає реакцію на перенапруження всіх душевних сил в попередні етапи. Частіше зустрічається у астенічних особистостей.

Позиція при лікуванні: апатичний синдром – це реакція, яка цілком своєрідно адаптує пацієнта до обставин, що склалися; кожен організм володіє своїм резервом часу і своїм ритмом, тому не варто поспішати стимулювати нервову систему пацієнта призначенням відповідних препаратів, а дати організму можливість набрати силу й самотужки відновитися.

- **Астено-іпохондричний синдром** – на постопераційному етапі виходить на перше місце серед інших реакцій (26%). В переживаннях хворого виступають на передній план страх ускладнення, тривога з приводу загоєння операційної рани, занепокоєння у зв'язку із каліцтвом внаслідок операції.
- **Параноїдний синдром** – маячне трактування оточуючого, яке супроводжується ідеями ставлення, переслідування чи й обманами сприйняття; характерна агресивність, спрямована на оточуючих. Пов'язаний з шизоїдними рисами у преморбіді. Частіше проявляється у важких формах. На різних етапах переживання хвороби займає, як правило, останнє місце серед інших реакцій, однак у

- **Деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром** – скарги на втрату реальності, відчуття оточуючого і свого тіла, смакових відчуттів і апетиту, задоволення від здійснення тих чи інших фізіологічних актів; хворі вимагають снодійного, хоча засинають без нього. За важкістю – в основному середній ступінь переживання.
- **Ейфоричний синдром** – реакція „надії”, „полегшення”, „успіху” – підвищений настрій, переоцінка свого стану й можливостей, радість, яка здається немотивованою. Частіше виявляється в осіб циклоїдного типу на постопераційному етапі (6%); в період виписки – 14%.
- **Синдром самоізоляції** – пригніченість, почуття самотності, безперспективності, втрата інтересів, відмежування й уникання оточуючих, втрата активності. Частіше зустрічається і важче протікає в хворих з преморбіними шизоїдними рисами (може призвести до суїциду). Напрямку залежить від міри каліцтва і втрати зовнішньої привабливості внаслідок операції. Виявляється у 64% хворих. Чинники: страх рецидив захворювання і метастазів, соціальна дезадаптація, викликана інвалідністю, думки про заразність захворювання тощо.

# Психологічні особливості онкохворих на етапі госпіталізації

- Зниження інтенсивності переживання;
- Поява деякої впевненості

# Особливості психологічного стану онкохворих на етапі госпіталізації

- Наростання інтенсивності переживань;
  - Можливе виникнення негативного ставлення до самої операції
- \* на даному етапі ефективною може виявитися групова робота за участю пацієнтів, яким подібна операція допомогла

# Психологічні особливості онкохворих у післяопераційний період:

- Різко знижується ступінь всіх негативних переживань;
- Переважають астеничний і апатичний синдроми;
- Зміна мотиваційних установок;
- Звужується діапазон подій, які мають емоційну значущість;
- Обмежуються контакти.

# Етапи роботи психолога з

## ОНКОХВОРИМИ

- **Першим етапом** психологічної допомоги в умовах онкологічного стаціонарного відділення може стати *діагностична бесіда* з хворим. Цей етап передбачає збирання інформації та описання життєвої історії хворого. Результатом такої роботи є *психологічний портрет* пацієнта: його поведінка, звички, інтереси, специфічні прояви характеру.
- **Другим етапом** може виступати спеціальна робота з почуттями та реакціями (гіперреакціями) пацієнта. Для цього особливо важливо сформувати взаємну довіру, використовуючи техніки розпитування, емпатійного слухання, техніки емоційного приєднання до клієнта шляхом відзерклювання, повторів, виразних емоційних реакцій, безоцінного прийняття самої особистості як неповторної і такої, що потребує особливого ставлення.
- **Третім етапом** в умовах клініки може стати робота зі знаходження *основних смислів* існування та налаштування на прийняття важливих життєвих рішень – пошуки сил для боротьби за життя чи відмова від існування як такого, що не має сенсу.

- **Четвертий етап роботи психолога-консультанта** має бути присвячений вивільненню необхідних життєвих ресурсів для боротьби зі стресогенними факторами (усвідомленням діагнозу захворювання; різкою зміною обстановки; депривацією значущих потреб; руйнівною дією хімічної та променевої терапії). Цей етап можливий тоді, коли нам все-таки вдається вивести пацієнта з стану повної безпорадності та безнадійності
- **Етап відновлення (п'ятий етап)** можна характеризувати як активну психологічну роботу з подолання наслідків стресу та посттравматичним синдромом (ПТСР). Головне завдання такої діяльності психолога – здійснювати можливу психологічну підтримку.

# Принципи паліативної медицини:

- Контроль симптомів хвороби;
- Організація догляду за хворими;
- Створення відповідних умов життя для хворого;
- Створення якості вмирання пацієнта як індивіда, людини, особистості;
- Орієнтація на підтримку родини термінального хворого.



# Що таке ХОСПІС

## Заповіді хоспісу:



Паліативна та  
хоспісна  
медичина

1. Хоспіс - не будинок смерті. Це гідне життя до кінця. Ми працюємо з живими людьми. Тільки вони вмирають раніш нас.
2. Основна ідея хоспісу - полегшити біль і страждання, як фізичні, так і душевні. Ми мало можемо самі по собі і тільки разом із пацієнтом і його близькими ми знаходимо величезні сили й можливості.
3. Не можна квапити смерть і не можна гальмувати смерть. Кожна людина живе своїм життям. Час її не знає ніхто. Ми лише попутники на цьому етапі життя пацієнта.
4. За смерть не можна платити. Як і за народження.
5. Якщо пацієнта не можна вилікувати, це не значить, що для нього нічого не можна зробити. Те, що здається дріб'язком, незначним у житті здорової людини - для пацієнта має величезний сенс.
6. Пацієнт і його близькі - єдине ціле. Будь делікатний, входячи в родину. Не суди, а допомагай.
7. Пацієнт ближче до смерті, тому він мудрий, побач його мудрість.
8. Кожна людина індивідуальна. Не можна нав'язувати пацієнту своїй переконань. Пацієнт дає нам більше, ніж ми можемо дати йому.

# Що таке ХОСПІС



Паліативна та  
хоспісна  
медицина

## Заповіді хоспісу:

9. Репутація хоспісу - це твоя репутація.
10. Не поспішай, приходячи до пацієнта. Не стій над пацієнтом - посидь поруч. Як би мало часу не було, його досить, щоб зробити все можливе. Якщо думаєш, що не все встиг, то спілкування з близькими того, хто пішов від нас заспокоїть тебе.
11. Ти повинен прийняти від пацієнта все, аж до агресії. Перш ніж що-небудь робити - зрозумій людини, перш ніж зрозуміти - прийми його.
12. Говори правду, якщо пацієнт цього бажає і якщо він готовий до цього. Будь завжди готов до правди й щирості, але не поспішай.
13. "Незапланований" візит - не менш кошковий, ніж візит "за графіком". Частіше заходь до пацієнта. Не можеш зайти - подзвони; не можеш подзвонити - згадай і все-таки ... подзвони.
14. Хоспіс - будинок для пацієнтів. Ми - хазяї цього будинку, тому: перевзуйся й вимий за собою чашку.
15. Не залишай свою доброту, чесність і щирість у пацієнта - завжди носи їх із собою.
16. Головне, що ти повинен знати, що ти знаєш дуже мало.

# Люди неоднаково поводять себе в період очікування смерті:

1. Очікування смерті як звільнення від страждань;
2. Страждання від страху смерті;
3. Смерть у повній байдужості, апатії;
4. Піднесений настрій (до ейфорії та екстазу);
5. “Сильні” люди відчувають невгамовну жагу до життя і наполегливо борються до останнього.

# **Психогенні реакції хворих у ситуації близької смерті**

# Фаза шоку

ВКХ переповнена образами невідвортної загибелі; переживання невимовного психічного болю; відчуття вибуху, розриву: "Все обірвалося", „звістка вдарила, як сокира по голові”, „Я весь застиг, обледенів”. Нерідко – реактивний психоз зі ступором, рідше - зі збудженням

# Фаза заперечення

витіснення ситуації в підсвідомість; думки про лікарську помилку, про можливість знаходження чудодійних ліків. Порухення сну зі страхом заснути і не прокинутися. страх самотності і темноти, бачення уві сні покійників, спогади про ситуації загрози життю – все нерідко пронизано психологічним переживанням помирання. Може бути наявна психотична симптоматика: маячня переслідування чи чаклунства, відповідні галюцинації

# Фаза агресії

отримана інформація визнається, і особистість реагує пошуком винних; агресія часто приховує афект страху; протест проти долі; ненависть до тих, хто, можливо, є причиною хвороби – все це має знайти вихід, інакше це може бути оберненим на себе; хворий не може залишатися насамоті, доки не вихлюпне своїх емоцій. Часто фаза агресії змінюється фазою "торгівлі", коли хворий вступає в переговори (з Богом, з лікарем, батьками, подружжям) за продовження життя

# Фаза депресії

повинна бути пережитою, щоб дати хворому нову якість життя; коли наноситься нова рана, починають боліти всі старі; почуття образи й провини, покаяння і прощення змішуються в психіці; власна совість, котру важко заспокоїти, виносить собі вирок; в стражданнях відбувається спокутування  
ВИНИ



# Фаза прийняття

примирення з долею; момент якісної перебудови життя, переоцінки цінностей заради істин духовних; віднайдений сенс життя заспокоює помираючого – нагорода за "хресний" шлях; хворий приймає на себе відповідальність за всі обставини своєї хвороби й існування; народжується цілісне сприйняття себе і світу

# **Психотерапія термінальних хворих**



# Основні етичні принципи паліативної служби

- ставлення до пацієнта як до особистості;
- страждання страшне, коли воно не має сенсу, тому сенс важливо віднайти в цінностях оточуючого світу (в пошуках істини, Бога, в красі, в любові і прощенні ворогів);
- робити добро;
- мінімум шкоди і травматичності для пацієнта — не можна, щоб лікування було важчим за саме захворювання;
- надання допомоги, коли її чекають чи просять;

# Основні етичні принципи паліативної служби

- використання всіх ресурсів пацієнта;
- виконання останнього бажання;
- намагання зберегти життя, але при біологічній неможливості – створення умов комфортного вмирання;
- пріоритет надається індивідуальним потребам пацієнта (навіть перед соціальними правилами\* – хворий повинен відчувати свободу);
- чим менше очікувань, тим вища якість життя;
- хворий і сім'я – єдине ціле; турбота про сім'ю – це продовження турботи про хворого.

# Основні принципи догляду за хворими

- вміння слухати;
- терапія присутністю;
- вміння служити;
- уміння жити з пацієнтом;
- важливість створення психотерапевтичного середовища;
- єдність персоналу і сім'ї в догляді за пацієнтом;

# Основні принципи догляду за хворими

- залучення волонтерської служби;
- індивідуальний підхід до пацієнта і його сім'ї;
- задоволення духовних потреб.

# Чинники "важкої смерті"

- брехня про діагноз і прогноз – ще в древніх книгах підкреслювалося, що хворий повинен відходити з цього світу при ясній свідомості і розумінні того, що з ним відбувається;
- очікування родичів, які не приходять;
- наявність болю, який неможливо зняти, при цьому часто переважає психологічний біль;
- відчайдушна боротьба за життя хворого, який не змирився чи не має інформації про смерть;
- передсмертна туга – відзначається у 40 – 50 % пацієнтів; вона не є еквівалентом депресії; в ній – прощання і печаль розлуки, в ній підсумок й оцінка життя;
- самотність – в момент наближення смерті людина часто оцінює свої взаєностосунки; помирати на самоті страшно і важко; але інколи хворим не хочеться бачити біля свого смертного ложа рідних – вони виявляються насправді неблизькими людьми

# Динаміка моделей взаємостосунків у сім'ях хворого

- ❖ період зіткнення з діагнозом – модель "гіперопіки", нав'язування хворому брехні про діагноз і прогноз;
- ❖ витративши всі сили і не дочекавшись позитивних результатів – модель "відторгнення" хворого; нестерпна сімейна ситуація викликала бажання "втекти";
- ❖ модель "нейтральних" взаємостосунків з'являється, коли розум і обов'язок змушують здійснювати догляд, але почуття родичів перебувають в партії, збоку від хворого;



# Динаміка моделей взаємостосунків у сім'ях хворого

- ❖ тісний контакт з хворим під час догляду зумовлює модель "партнерства", з поверненням емоційних переживань;
- ❖ рідко – модель "жертвовної любові" – випадки одиничні; часто закінчуються смертю родича хворого чи важкою хворобою, нерідко онкологічною.

## **Після смерті хворого – тривала підтримка спілкування (1 – 4 роки) з родичами:**

- ✓ купірування почуття провини через підкреслення вагомості того, що зроблено для хворого;
- ✓ підкреслення значущості померлого і для персоналу хоспісу;
- ✓ дати відчуття неформальності контакту.