

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

**Коркішко А.В.**

*студентка,*

*Науковий керівник: Підгорна О.М.*

*викладач предметно-циклової комісії природничих дисциплін,*

*практичний психолог,*

*Миколаївський базовий медичний коледж*

### **АНАЛІЗ ТИПІВ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ТА ЙМОВІРНОСТІ СУЇЦИДНОГО ПРОГНОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ**

Дослідження основних форм суїцидальної поведінки в онкологічній клініці актуальне в наш час. Україна займає друге місце по темпам розповсюдження раку загалом серед дієздатних осіб. У медицині особливу роль відіграє психоемоційний стан пацієнта, за яким лікарі роблять свій прогноз. На фоні важких соматичних патологій неминуха зміна структури особистості людини, внаслідок чого її уявлення про себе та деформований образ – «Я», ускладнюючись складними больовими синдромами та іншими типами фізичного дискомфорту, у багатьох пацієнтів онкологічного профілю, зокрема, знижують життєві сили, суб'єктивне бажання жити та становлять ризики суїцидальної поведінки [2, с. 56].

Розглядаючи психологічні особливості девіантної поведінки онкохворих звертаємо увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

а) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;

б) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;

в) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб поживавити захисні механізми [3, с. 113-114].

Психічні зміни онкологічних хворих умовно розділяють на три групи:

- а) чисто психогенні;
- б) змішані психогенно-соматогенні;
- в) переважно соматогенні.

Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогеннообумовлені форми нервово-психічних розладів, тому що вони є головним дезадаптованим фактором у пацієнтів онкологічної клініки. Психогенні реакції (нозогенії) – психічні розлади, пов'язані зі звісткою про важке захворювання. Думки про невиліковність раку й майбутню смерть не можуть не турбувати людину, яку доправили до онкологічного стаціонару.

Т. Ю. Мерилова, яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзека, Тейлор), визначила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки. Виникненню депресії сприяють втрата соціального стану, престижу, відчуття безпорадності і спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, гранична перспективність життя. У процесі лікування онкологічного захворювання хворого переслідують страждання, страхи: перед хворобою, болем, перед будь-чим новим, перед змінами, страх самотності, страх смерті [3, с. 109-110]. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння.

Коротко зупинимося на основних типах суїцидальної поведінки, які можуть виникати у людей з тяжкими захворюваннями (у онкохворих, зокрема). Суїцидальна поведінка завжди полімотивована. Така полімотивація не виключає, а припускає ієрархію мотивів. В. А. Тихоненко виділяє п'ять типів суїцидальної поведінки, тобто п'ять типів провідних мотивів: протест, заклик (до жалю), уникнення (щиросердечних або фізичних страждань), самопокарання й відмова від життя (капітуляція) [1, с. 25-27].



Одним із важливих психологічних наслідків переживання наявності важкої хвороби є почуття ізольованості від людей, які не мають подібного досвіду, переживання своєї іншості, існування в зоні відчуження (інкапсуляція).

Онкологічні хворі відмічають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої рівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і витривалості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності

Цікавий матеріал можемо помітити у педіатричній онкологічній клініці. Так, психологічний статус дітей характеризується численними страхами, високим рівнем тривожності, почуттям провини, нерідко підвищеною агресією й аутоагресією, елементами посттравматичного синдрому. Крім того, у них порушені комунікативні функції у зв'язку з дефіцитом спілкування зі здоровими однолітками, має місце певна педагогічна занедбаність, девіантність поведінки. У 10% дітей шкільний вік відстає від паспортного, але й у тих, хто формально не відстав від своїх

однолітків у навчанні, виявляється дефіцит знань, умінь, навичок [3, с. 112].

Сім'ї, які виховують дітей із обмеженими можливостями, мають характерологічні симптомокомплекси, що негативно впливають на психологічний стан здорових і хворих дітей. Більшості батьків властиве специфічне ставлення до дитини. Воно пов'язане з побоюваннями за її здоров'я. Батьки пред'являють поступливі, а насправді – інфантильні вимоги до дитини. При цьому всі їх зусилля концентруються на збереженні здоров'я дитини, і, як наслідок, недостатність особистісного розвитку.

Всі психічні реакції людини на звістку про важку хворобу можна розділити на певні етапи [4, с. 524-526].

#### Етапи психічних реакцій людини (за Ф. Є. Василюком)

Етап	Характеристика етапу
I	Заперечення поставленому діагнозу, хвороби ( <i>Батьки на цьому етапі відмовляються приймати наявність онкологічної хвороби у їхньої дитини, часто, при цьому, відмовляючись і від необхідного лікування.</i> )
II	Етап протесту, гніву ( <i>батьки можуть бути дуже агресивними, збудженими, злими. Злість і гнів у такій ситуації досить закономірні, тому що завжди вказують на неможливість задовольнити свою потребу – потребу мати здорову дитину</i> ). Необхідні підтримка, емоційний контакт, адже проговорювання почуттів значно зменшує їхню інтенсивність.
III	Етап «торгу», або «переговорів». В цей час може спостерігатися відмова батьків від різноманітних життєвих подій, чи дій, що приносять задоволення і радість – це своєрідний компроміс, спосіб неначе відкласти вирок долі.
IV	Етап депресивного стану ( <i>різкі перепади настрою, переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю</i> ). В цей час діти і батьки можуть дещо регресувати у своїй поведінці; заторможеність фізичної і психічної реакції, апатія.
V	Етап прийняття реальної дійсності, прийняття поставленого діагнозу ( <i>переживають емоційну напругу, тривогу, відчай, гнів, страх перед майбутнім, неможливість керувати ситуацією, хаос найрізноманітніших почуттів.</i> ) Часто цей стан супроводжується гострим переживанням можливості межі, порогу, кінця.

Як зазначає І. Г. Малкіна-Пих: «Перебуваючи у близькому контакті з важкою хворобою, людина стикається з екзистенційними питаннями: питаннями життя та смерті, активністю і пасивністю, питаннями сенсу, вибору, відповідальності. Таке враження, що в подібній ситуації людина нічого не може зробити, від неї начебто нічого не залежить. Їй так здається. І це дійсно так. Але тут приховується парадокс – людина не здатна змінити минуле, але вона може стати господарем теперішнього, може так спробувати побудувати, організувати своє сьогоденне життя, щоб стати його творцем» [5, с. 250].

Отже, своєчасна психологічна допомога є важливим кроком у превенції психогенного дефіциту вітальності у осіб з онкологічною клінікою. У свою чергу, психологічна некомпетентність та взаємоізолюваність хворого і суспільства виступають предиктором ускладнень та знижують суб'єктивну опірність, тобто становлять суїцидальний преморбід.

#### **Список використаних джерел:**

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суїцидального поведіння: Методические рекомендації. – М., 1980. – 70 с.
2. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов на Дону: Феникс, 2000. – 300 с.
3. Полякова И.В. О некоторых аффективных реакциях у суїцидентов// Научные и организационные проблемы суїцидологии. – М., 1983. – С. 109-114.
4. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Составитель К.В. Сельченков. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2001 – 480 с.
5. Старшенбаум Г.В. Суїцидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.