

# Актуальные аспекты психоонкологии

## Фокус внимания на группы особого риска

**НА** протяжении последних 40 лет были достигнуты значительные успехи в понимании психологической коррекции у пациентов с онкологическими заболеваниями. Большинство клиницистов признают важность психосоциальных факторов в лечении и реабилитации онкологических больных. Сегодня, вне зависимости от ожидаемой продолжительности жизни пациента, хорошее качество его жизни становится одним из ключевых параметров успеха лечения, а оно, в свою очередь, в значительной степени связано с психологическим состоянием больного.

Психоонкология является молодой и достаточно многогранной наукой, которая изучает как влияние онкологического заболевания на психологическое здоровье пациента, так и воздействие ряда психологических и социальных факторов на канцерогенез и течение онкологического процесса (Holland, 1992). Кроме того, психоонкология рассматривает когнитивные нарушения, возникающие вследствие химиотерапии и лучевой терапии, а также эффекты плацебо и ноцебо (Dolbeault S. et al., 1999).

В последние десятилетия существенно углубилось понимание специфики психологических состояний, которые сопровождают онкологический диагноз. Выраженный психологический стресс и психические расстройства, такие как тревога, депрессия и когнитивные нарушения, признаны частыми коморбидными состояниями у онкологических больных. При этом подчеркивается значимость воздействия на такие расстройства для обеспечения общего успеха лечения (Dolbeault S. et al., 1999). Масштабные клинические исследования показали, что психологические методы являются эффективными, улучшая не только качество жизни онкологических пациентов, но и результаты лечения (Moorey S., 2012).

Очевидно, что в Украине развитие психоонкологии находится в зачаточном состоянии, а возможности психологических интервенций ограничены. В штате онкологических учреждений предусмотрены ставки медицинских психологов, однако современные западные подходы и технологии, которыми располагает психоонкология, все еще на пути к внедрению. В Национальном плане «50 шагов борьбы с раком» указана необходимость расширения штата медицинских психологов в онкологических учреждениях, подчеркивается значимость обеспечения психологической поддержки больных с впервые обнаруженным диагнозом. Ощутимую помощь в обучении и оказании психологической помощи украинским пациентам оказывают волонтерские и общественные организации, представители духовенства. В то же время современные возможности психоонкологии выходят далеко за пределы отдельных консультаций психолога или социального работника и предполагают внедрение целостных программ психосоциальной помощи больному, характеризующихся последовательностью и непрерывностью оказания помощи от момента постановки диагноза и до завершения периода реабилитации, а также обеспечение консультативной поддержки ближайшему окружению пациента. В разных западных странах функционируют различные модели психологической службы, однако вне зависимости от выбранной модели используется мультидисциплинарный подход: психоонколог входит в состав лечебной бригады, являясь неотъемлемой ее частью, и при выборе интервенций учитывает не только индивидуальные особенности самого больного, но и специфику текущего этапа лечения.

Современная психоонкология располагает отработанным арсеналом методик и конкретных психологических интервенций, эффективность которых подтверждена научными исследованиями. При этом мероприятия, связанные с психологической диагностикой, коррекцией и реабилитацией онкологических пациентов, ориентированы не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые.

В текущем обзоре сделана попытка рассмотреть некоторые аспекты, касающиеся психологических интервенций у онкологических больных, в частности очертить круг наиболее психологически уязвимых категорий пациентов, а также представить некоторые простые стратегии снижения стресса, подкрепленные убедительной доказательной базой.

### Онкологические больные: разные потребности в психологических интервенциях

Исследования показали, что выраженность потребностей в психологической помощи у разных пациентов неодинакова. Эта информация может представлять ценность с точки зрения координации усилий медицинского психолога.

Какие же категории лиц нуждаются в особом внимании и должны рассматриваться как кандидаты для обязательных психологических интервенций? Анализ данных литературы показывает, что основными факторами, от которых зависит необходимость психологических интервенций для онкологических больных, являются:

- особенности заболевания (локализация опухоли, симптомы);

- особенности и побочные эффекты лечения;
- возраст;
- уровень функциональной активности пациента.

Кроме того, идентифицированы точечные моменты терапевтического процесса, в которые каждый больной является наиболее психологически уязвимым. К ним относятся: постановка диагноза, начало любого нового вида лечения, болезненные медицинские процедуры, ожидание результатов анализов, получение информации о том, что предстоящая терапия оказалась неэффективной. Специалисты подчеркивают значимость разработки и повсеместного внедрения валидных инструментов оценки, отражающих индивидуальную потребность в психологических интервенциях и помогающих в их выборе (Dolbeault S. et al., 1999).

Особенности локализации опухоли являются существенным фактором, определяющим уровень стресса у онкологических пациентов. Зафиксирован более высокий уровень стресса и необходимость в психологической помощи при опухолях половой системы. Так, показаны особые психосоциальные потребности женщин, получавших лечение по поводу рака яичников (РЯ), особенно переживших заболевание в возрасте до 45 лет (Roland K.V. et al., 2013). Специфика РЯ как наиболее опасного среди онкогинекологических заболеваний, лечение которого приводит к физическим осложнениям и сопровождается серьезными побочными эффектами (включая бесплодие), оказывает существенное влияние на психосоциальное состояние больных. По завершении лечения пациентки сталкиваются с высоким уровнем стресса, депрессии и беспокойства, указывают на низкий уровень сексуальной активности и удовлетворенности, что свидетельствует о потенциальных сложностях в личных отношениях. При этом больные более молодого возраста испытывают более выраженный психологический дискомфорт и ниже оценивают свое качество жизни. Тем не менее некоторые пациентки заявляли об укреплении личных отношений и духовном росте, связывая эти явления с перенесенным лечением. Авторы исследования делают вывод, что доступ к службам социальной помощи является критическим для адаптации лиц, переживших РЯ, поскольку чувство изоляции является общим для этой категории больных.

Диагноз рака грудной железы (РГЖ) у женщин и необходимость его хирургического лечения является известным фактором, указывающим на необходимость психосоциальной реабилитации. Значимость данной проблемы усугубляется высокой распространенностью заболевания. Мета-анализ девяти исследований, опубликованных до ноября 2011 г., продемонстрировал высокий уровень стресса среди пациенток с РГЖ и эффективность психологических интервенций, направленных на снижение стресса (mindfulness-based stress reduction, MBSR) в снижении депрессии и тревожности у таких больных (Zainal N.Z., Booth S., Huppert F.A., 2013). Авторы метаанализа утверждают, что MBSR оказывает положительный эффект на психическое состояние пациенток с РГЖ, интенсивность которого колеблется от умеренного до выраженного.

В то же время на сегодня накоплено недостаточно данных относительно связи психологических интервенций с качеством жизни больных онкогематологическими заболеваниями. Анализ, проведенный P. Allart и соавт. (2013), указывает на необходимость дальнейших исследований в данной области, на значимость социальной поддержки и потенциальную пользу психологических интервенций, направленных на осознание пациентами глобальных индивидуальных смыслов и духовности — как факторов, улучшающих качество жизни.

Для разных возрастных групп характерны отличия в восприятии диагноза и психологической реакции на него. В частности, показано, что психологические интервенции имеют особое значение при лечении подростков с онкологическими заболеваниями и необходимо уделять особое внимание исследованию возможностей психоонкологии у этой возрастной категории больных (Jones P. et al., 2013).

Резкое снижение социальной активности, связанное с заболеванием (потеря трудоспособности и способности к самообслуживанию, потребность в уходе со стороны других лиц и т.п.), также является критерием, указывающим на особую потребность в психологических интервенциях, которая должна распространяться и на родственников, осуществляющих уход. Также очевидно, что подобное обучение и

специальные психологические интервенции необходимы на этапе паллиативного лечения (Li Q., Loke A.Y., 2013).

### Реально достижимые пути снижения стресса: эмпатия, обучение, ускоренная диагностика

Стресс на этапе диагностики онкологических заболеваний является серьезной медико-социальной проблемой. Один из методов снижения уровня стресса у пациентов — ускорение диагностики. Brocken P. и соавт. (2012) проанализировали данные ряда исследований, посвященных оценке влияния быстрых амбулаторно-диагностических программ. Авторы показали очень высокий уровень распространенности тревожности на этапе диагностики, который снижался в случае подтверждения доброкачественного процесса, однако повышался или удерживался неизменным при ожидании результатов диагностики или после постановки диагноза «рак». Однако большинство проанализированных авторами исследований включало больных с подозрением на РГЖ и, следовательно, имеет гендерное смещение результатов. По мнению авторов, быстрое снижение тревожности у пациентов, у которых в результате будет выставлен другой диагноз (не рак), свидетельствует в пользу быстрых диагностических программ.

Обучение больных, проходящих лечение по поводу онкологического заболевания и завершивших его, является важной частью терапевтической стратегии. Указывается, что в результате психологических интервенций повышается качество жизни, поскольку пациент оказывается психологически подготовленным к изменениям в разных сферах жизни, включая особенности комплексного ухода, диагностики и паллиативного ухода (Dolbeault S. et al., 1999). В обзоре J. McLoone и соавт. (2013) показано, что образовательные интервенции у лиц, леченных по поводу меланомы, способствуют повышению удовлетворенности уровнем оказания медицинской помощи, приводят к увеличению частоты проведения пациентами самоанализа кожных покровов. Участие в психологических мероприятиях в данном исследовании коррелировало со снижением уровня тревожности и стресса, связанных с заболеванием, и что особенно важно — с уменьшением частоты рецидивов меланомы. Поскольку больным, проходившим лечение меланомы, рекомендуется пожизненно осуществлять оценку кожных покровов всего тела под контролем специалистов, этап обследования может рассматриваться как важная «мишень» для проведения четко сформулированных психологических интервенций (Rychetnik L. et al., 2013).

Leloirain S. и соавт. (2012) по результатам анализа 39 исследований указывают на значимость эмпатии, проявляемой клиницистами, как фактора, существенно влияющего на восприятие пациентом терапевтического процесса. Эмпатия (понимание эмоционального состояния больного и способность сочувствовать ему) оценивалась преимущественно на основании самоотчетов пациентов. В ретроспективных исследованиях показано, что проявление клиницистами эмпатии ассоциировалось с меньшим уровнем стресса у больных, большей удовлетворенностью лечением. Немаловажно, что положительное влияние эмпатии не зависело от особенностей больных (например, уровня медицинских знаний и адаптивности к психологическим нагрузкам). В то же время авторы подчеркивают значимость дополнительных исследований для разработки конкретных рекомендаций для врачей. Действительно, эмпатия со стороны клиницистов признана основным компонентом медицинского сочувствия, однако часто оценивается только с точки зрения пациента.

В большинстве исследований указана польза от реалистичного информирования пациента о болезни и прогнозе. Показано, что нехватка информации со стороны медицинского персонала повышает частоту депрессий, особенно у больных женского пола (Fallowfield L. et al., 1990). Получены доказательства и того, что специальное обучение мужей/жен онкологических пациентов, которые осуществляют уход за больным в медицинском учреждении и за его пределами, важно и эффективно для успеха лечения и психологического состояния обеих сторон (Li Q., Loke A.Y., 2013).

Зарубежные специалисты указывают, что сегодня слишком мало онкологических пациентов получают основанные на фактических данных вмешательства в области психического здоровья. Если это справедливо для зарубежных стран, то для Украины тем более. Сегодня как за рубежом, так и в нашей стране рассматриваются возможности увеличения доступности психосоциальной помощи онкологическим больным.

Подготовила Катерина Котенко

