

Для цитирования: *Мустафин Р.Н.* Проблемы психологической помощи онкологическим пациентам. Сибирский онкологический журнал. 2024; 23(6): 159–167. – doi: 10.21294/1814-4861-2024-23-6-159-167
For citation: *Mustafin R.N.* Problems of psychological assistance to cancer patients. Siberian Journal of Oncology. 2024; 23(6): 159–167. – doi: 10.21294/1814-4861-2024-23-6-159-167

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

Р.Н. Мустафин

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Россия, 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Аннотация

Цель исследования – оценить проблему психологической помощи онкологическим пациентам и пути ее разрешения. **Материал и методы.** Поиск соответствующих источников проводился в системах Scopus, Web of Science, PubMed, Elibrary с включением публикаций с февраля 2005 г. по декабрь 2023 г. Из 534 найденных научных статей 53 были использованы для написания систематического обзора. **Результаты.** Онкологические больные характеризуются высокой частотой встречаемости тревожных состояний, депрессивных расстройств и суицидальных мыслей. Проведенные в последние десятилетия исследования свидетельствуют о том, что, хотя более трети онкологических пациентов испытывают стресс и более половины – депрессию и тревогу в связи с диагнозом злокачественного новообразования, многие из них не обращаются за психологической помощью, которая могла бы решить их проблемы. Стресс приводит к повышенному риску сопутствующих психологических расстройств и неоптимальному соблюдению противоопухолевой терапии, что потенциально приводит к ухудшению их здоровья и шанса выздороветь. Кроме того, психологическое благополучие является необходимым составляющим для восстановления организма пациента после проведенной терапии, особенно при благоприятном прогнозе. Исследования показали, что в психологической помощи нуждаются также ухаживающие за терминальными онкологическими больными родственники. Активное привлечение психолога к лечению онкологических пациентов позволит улучшить его результаты, повысить качество оказываемой помощи и соответствовать принципам персонализированной медицины. Для оптимизации оказания психологической помощи необходимо принять меры по ее расширению и доступности, для чего необходимо ее включение в план лечения онкологических больных. **Заключение.** На современном уровне развития здравоохранения необходимо широкое внедрение консультаций психологов при лечении злокачественных новообразований, повышающих эффективность проводимой терапии и выживаемость пациентов. Задачей онколога является выявление пациентов с психологическими расстройствами, особенно склонных к суицидальному поведению, тревоге и депрессии, разъяснение им необходимости получения психологической помощи, благодаря которой пациент не только сможет избавиться от своих эмоциональных проблем, но также утвердиться в необходимости продолжить назначенное врачом лечение.

Ключевые слова: депрессия, злокачественные новообразования, онкологический пациент, психологическая помощь, стресс, тревога.

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CANCER PATIENTS

R.N. Mustafin

Bashkir State Medical University
3, Lenin St., Ufa, 450008, Russia

Abstract

Purpose of the study: to assess the problem of psychological assistance to cancer patients and ways to resolve this problem. **Material and Methods.** The search for relevant sources was carried out in Scopus, Web of Science, PubMed, Elibrary, including publications from February 2005 to December 2023. Of the 534 scientific articles found, 53 were used to write the systematic review. **Results.** Cancer patients are characterized by a high incidence of anxiety, depressive disorders and suicidal thoughts. Research in recent decades has shown that although more than a third of cancer patients experience stress and more than half experience depression and anxiety due to a cancer diagnosis, many do not seek psychological help to address their problems. Stress leads to an increased risk of comorbid psychological disorders and suboptimal compliance with anticancer therapy, potentially leading to decreased health and chance of recovery. In addition, psychological well-being is a necessary component for the recovery of the patient's body after therapy, especially with a favorable prognosis. Research has shown that relatives caring for terminal cancer patients also need psychological help. Active use of the work of a psychologist in the treatment of cancer patients will improve treatment results, improve the quality of care provided and comply with the principles of personalized medicine. To optimize the provision of psychological assistance, it is necessary to take measures to expand and make it accessible, for which the optimal methods are to regulate it in the treatment plan for cancer patients. **Conclusion.** In the current healthcare system, it is necessary to widely introduce consultations with psychologists in the treatment of cancer patients, which will increase the effectiveness of therapy and patient survival. The task of the oncologist is to identify patients with psychological disorders, especially those prone to suicidal behavior, anxiety and depression, and to correctly explain to them the need to receive psychological help, thanks to which the patient will not only be able to get rid of his emotional problems, but will also make sure that he needs to continue the treatment prescribed by the doctor.

Key words: depression, malignant neoplasms, cancer patient, psychological assistance, stress, anxiety.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются растущей проблемой здравоохранения во всем мире. Общие методы лечения ЗНО включают химиотерапию, хирургическое вмешательство и лучевую терапию, которые приводят к множеству физических и психологических побочных эффектов [1]. Об этом свидетельствуют разные уровни психологического благополучия (ПБ) у онкологических больных в зависимости от вида лечения. Так, при исследовании больных раком простаты психическое состояние было наиболее позитивным у получавших брахитерапию по сравнению с пациентами, получавшими гормональные препараты [2]. Хирургические вмешательства, такие как ампутация конечности или удаление органа, также вызывают у пациента не только физические, но и душевные страдания. У онкологических больных женщин детородного возраста эмоциональный стресс вызывает экстирпация матки в связи с последующим бесплодием [3]. Причиной неблагоприятного воздействия на ПБ онкобольных являются не только особенности ЗНО, его фармакологического и хирургического лечения, но и сам диагноз, являющийся сильнейшим стрессором для психики людей. С момента диагностики ЗНО у пациента и членов его семьи возникают негативные психологические последствия от полученной информации [4]. Онкологические больные нуждаются в психологической помощи (ПП) уже с момента обращения в медицинское учреждение и при ожидании постановки диагноза [5]. Проведенный метаанализ показал, что онкологам необходимо дополнительное обучение для

правильного сообщения больным диагноза ЗНО, что позволило бы снизить риск психологических расстройств [6].

Психологическая помощь необходима не только онкологическим больным в терминальной стадии болезни и нуждающимся в паллиативной помощи, но и всем пациентам со ЗНО. В зависимости от стадии болезни требуются разные виды ПП, связанные с преодолением межличностных, экономических и эмоциональных стрессов, а также разработкой программы обучения, направленной на активацию личных и социальных ресурсов с целью достижения ПБ [4]. Психологическая помощь онкологическим больным является сложной и многогранной задачей, в решении которой должны принимать участие психологи, онкологи, пациенты, их родственники и друзья, а также общество в целом. Поэтому широкое освещение и анализ психологических проблем пациентов со ЗНО, их нуждемости в ПП могут стать основой для комплексного и более эффективного их лечения. Помощь, осуществляемая онкологом и медицинским психологом, – это разные виды ПП, которые не заменяют, а дополняют друг друга [7]. Персонализированная медицина нацелена не только на клинические и генетические особенности отдельных пациентов, но и на когнитивные, семейные, социальные и психологические факторы, влияющие на различные клинические решения [8].

Благодаря улучшению качества лечения количество выживших пациентов неуклонно растет. Так, выживают более 60 % взрослых онкологических больных. Однако возвращение онкобольных трудоспособного возраста к полноценной жизни и рабо-

те связано также с необходимостью финансового обеспечения, что является существенным фактором, определяющим ПБ, зачастую превышающим физический дискомфорт. В данном отношении важна квалифицированная ПП, благодаря которой пациенты могут быстрее пройти профессиональную реабилитацию [9]. Необходимо отметить, что проблемами ПП онкологических больных занимаются не только психологи и онкологи, но и психотерапевты, психиатры и врачи смежных специальностей во всем мире. В России создана и действует Ассоциация онкопсихологов, ежегодно проводятся всероссийские съезды, на которых было принято Коллективное обращение к Минздравсоцразвития России с предложением ввести в штат каждого онкологического учреждения страны ставку психолога [10]. В 2002 г. на кафедре онкологии с курсом клинической радиологии МАПО впервые в России был разработан курс психоонкологии для онкологов [11]. В 2013 г. прошла первая в нашей стране Школа психосоциальной онкологии [10]. В отечественных публикациях освещена роль «пререабилитации» пациентов, т.е. оказания ПП в период от момента постановки диагноза до начала терапии, что позволит снизить повторные госпитализации и осложнения от проводимого лечения [12]. Были описаны основные причины, приводящие к ухудшению ПБ онкологических больных: недостаточность информации, вера в чудесное исцеление, гнев от ощущения бессилия, отсутствие желания бороться за свою жизнь [13].

Проблемы ограничения психологической помощи онкологическим больным

Несмотря на актуальность оказания ПП пациентам со ЗНО, имеются проблемы ее ограничения, связанные не только с врачебной деятельностью, но и с индивидуальными особенностями психики самих пациентов, их родственников, друзей, коллег, доступностью ПП, организацией здравоохранения в регионе проживания пациента. Вопрос о введении в штат каждого онкологического учреждения страны ставки психолога [10] остается открытым. Кроме того, растущая распространенность онкологической патологии и нуждаемость пациентов в ПП свидетельствуют о необходимости более глобальных мер в системе здравоохранения, касающихся данного вопроса. Перспективно введение большего количества ставок психологов в штаты онкологических учреждений, а также пересмотр медико-экономических стандартов с включением обязательных консультаций психологов в лечение онкологических больных. Важным фактором ограничения ПП являются индивидуальные особенности самих онкологических больных, которые часто не говорят об эмоциональных проблемах, считая, что помощь в их решении не входит в обязанности врача [14].

Помимо индивидуальных особенностей онкологических больных, влияния их окружения, до-

ступности ПП, наличия психологов, определенную роль в ПП онкологическим имеет психологическая грамотность лечащего врача, который находится в непосредственном контакте с пациентами и может влиять на их состояние своим отношением и способом сообщения нужной информации. Прежде всего, это касается сообщения больному диагноза ЗНО и понимания типа реакции с последующим определением необходимости подключения ПП. Психологические барьеры могут ограничивать понимание пациентами своего прогноза и вариантов лечения, а значит и получение высококачественной помощи. Неспособность уделять внимание эмоциональному стрессу пациента может подорвать усилия врача, направленные на лечение ЗНО [15]. Однако формальное обучение онкологов эффективным коммуникативным стратегиям ведения пациентов в условиях стационара не может полностью подготовить медработников к сложным вопросам ПП онкологическим больным [16]. Поэтому важную роль играет своевременное направление пациента на консультацию психолога. В данном отношении перспективным является также предоставление всей необходимой информации пациентам и их родственникам, особенно в отношении доступности ПП и ее эффективности в преодолении психологических проблем у пациентов. Действительно, клинический опрос позволил определить долю пациентов с психологическими проблемами, нуждающихся в ПП, и выявить значительный процент больных, не отвечающих на вопросы анкеты о психологическом состоянии. В результате по итогам такого клинического опроса 44,1 % больных, которые ранее не просили встречи с психологом через анкетирование, получили ПП [5]. Такая парадоксальная ситуация свидетельствует о сложности и многогранности проблемы ограничения оказания ПП, которая не сводится только к особенностям деятельности врача-онколога.

Для выявления эмоционального стресса используются активное слушание, открытые вопросы и эмоциональные слова, адекватное реагирование на эмоциональные сигналы пациентов и ориентированный на пациента стиль консультирования. Могут быть полезными инструменты скрининга психологического дистресса и листы с вопросами для больных, которые задаются перед консультацией [14]. Для количественной оценки психологического дистресса онкологических больных используются 3 наиболее часто используемые шкалы: «Профиль состояния настроения – короткая форма» (POMS-SF), «Термометр дистресса» (DT), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) [17]. Предложена модель, ориентированная на онкологического больного для решения эмоциональных проблем, в качестве помощи врачам при решении проблем распознавания, изучения и управления эмоциональным стрессом. Данная концептуальная модель, помогающая врачам более эффективно решать

вопросы распознавания (первый этап), изучения (второй этап) и управления (терапевтического воздействия – третий этап) эмоциональным стрессом пациентов, ориентирована на внимательность, ситуативную осведомленность, активное слушание и фасилитирующее общение [18].

Проведенный в 2022 г. анализ психологического профиля пациентов в первые недели после постановки диагноза ЗНО показал, что лишь 20 % из них выразили желание получить ПП. Эти пациенты были моложе по возрасту, в анамнезе имели расстройства настроения и сообщали о более высоком уровне разочарованности и трудностях в преодолении жизненных проблем [19]. В 2023 г. многоцентровое лонгитюдное обсервационное исследование показало, что ПП воспользовались 28,4 % больных, хотя положительное отношение к ПП отметили 41,6 %. Уровень обращения за ПП был в 3,79 раза выше среди пациентов с позитивным отношением к ПП. Более того, вероятность использования ПП была в 4,21 раза выше среди пациентов, которым она была рекомендована врачом [20]. Поэтому лечащие врачи и медперсонал должны прикладывать активные усилия для оказания ПП пациентам со ЗНО. Проведенный опрос онкологических больных показал, что их положительные эмоциональные достижения были основаны на «нахождении в надежных руках» и на коллективных усилиях по лечению ЗНО. Предоставление врачом информации для уменьшения страха считается одним из доминирующих способов, с помощью которых пациенты могут справиться с ситуацией. Необходимо развивать у больных ряд личных ресурсов: позитивный настрой, жизнестойкость, чувство информированности и ответственности за заботу о себе [21].

В современной персонализированной медицине предоставление информации можно адаптировать в соответствии с характеристиками пациента, при этом области функционирования могут контролироваться как пациентом, так и врачами. Для расширения участия пациентов в консультациях своих врачей и повышения удовлетворенности в принятии решения могут быть разработаны персонализированные средства ПП [8]. Рекомендуется ежегодный аудит информации, предоставляемой пациентам и ухаживающим за ними, приглашение к обсуждению вариантов лечения и соотнесения возможных результатов с сохранением или утратой функции для обеспечения ориентированного на пациента подхода. Необходимо обучение клинического персонала на всех уровнях коммуникативным навыкам, проверка ими своих систем оценки, которые должны быть достаточно чувствительными и гибкими для выявления пациентов с психологическими проблемами. Рекомендованы мультидисциплинарные (многопрофильные) команды для ПП [22].

Депрессия, деморализация и риск суицида онкологических больных

Нуждаемость в ПП определяется показателями тревоги и депрессии у значительной части онкологических больных, получающих амбулаторное лечение, которые являются клинически значимыми [23]. Клинические исследования показали, что 54 % больных испытывают тревогу и депрессию от легкой до тяжелой степени. Однако лишь 22 % пациентов предпочитают получать профессиональную ПП [24]. Проведенное в 2020 г. изучение онкологических больных женщин показало повышение риска тревоги в 4,2 раза, депрессии – в 4,1 раза [25]. Согласно отечественным публикациям, глубокая депрессия определяется у 21 % больных, выраженная – у 29 %, легкая – у 26 %, минимальная – у 19 % [13]. Пожилой возраст является важным фактором депрессии [23]. Большинство больных, независимо от возраста, переживают потерю первичного контроля, а сосредоточение внимания только на восстановлении первичного контроля над своим телом посредством лечения рака приведет к большему психологическому стрессу. Было установлено, что практика осознанности оказывает положительное влияние на снижение психологического стресса у людей, переживших рак, поскольку она активизирует вторичные стратегии контроля человека. Практика осознанности определяется как восприимчивое внимание и осознание текущих событий и опыта [26]. Снижение стресса на основе осознанности эффективно для устранения тревожных и депрессивных симптомов у онкобольных [27]. Но взаимосвязь между осознанностью и психологическим дистрессом ослабляется с возрастом, в особенности после 65 лет. Поэтому применяемая практика осознанности наиболее эффективна для более молодых онкологических больных [26].

Метаанализ показал, что снижение морального духа и самоконтроля, что способствует развитию мыслей о самоубийстве у онкологических больных, тесно связано с депрессией. Однако также необходимо оценивать и риск суицида у деморализованных пациентов без депрессии, чтобы выявить высокий риск самоубийств [28]. Согласно масштабному исследованию по определению риска суицида после диагностики ЗНО, стандартизированный коэффициент смертности (SMR) составляет 1,20. Наибольший риск выявлен для больных мезотелиомой (в 4,51 раза выше), раком поджелудочной железы (в 3,89 раза), пищевода (в 2,65 раза), легких (в 2,57 раза), желудка (в 2,2 раза). Самым высоким риском самоубийства был в первые 6 мес после постановки диагноза [29]. Исследование больных показало, что программы обучения пациентов с применением ПП повышают вероятность их выживания [30].

Для снижения психического напряжения, коррекции тревожно-депрессивного состояния, норма-

лизации настроения и улучшения качества жизни в системе ПП отечественными исследователями рекомендованы комплексные психокоррекционные мероприятия. К ним относятся арт-терапия, символдрама, рациональная психотерапия, методы когнитивной терапии и личностно-ориентированные методы [13]. При оказании ПП онкологическим больным используется метод совместного принятия решений, который включает в себя беседу с целью формирования у пациента разумной реакции на проблемную ситуацию, совместное создание плана ухода за больным интеллектуально, практически и эмоционально. Разговоры в совместном принятии решения должны проходить без перерывов, сбоев и спешки и сопровождаться, по возможности, инструментами, помогающими передавать соответствующие доказательства и поддерживать разработку плана. В качестве инструментов могут быть использованы вспомогательные методы лечения болезни и диагностические консультации специалистов по генетике и другим областям медицины [31]. В рамках ПП рекомендуется обучение пациентов различным психологическим приемам, таким как отвлечение внимания [1]. Большое значение имеет поддержание у онкологических больных надежды, позволяющее преодолеть негативные мысли и вдохновить на полноценную жизнь [32].

Особенно актуальна ПП для паллиативных пациентов, которые находятся на грани отчаяния из-за приближающейся смерти. «Душевная боль» распространена у паллиативных больных и ассоциирована с низким качеством их жизни. На данное состояние оказывают влияние низкие показатели по шкале Карновского, молодой возраст, выраженные физические расстройства; тревога и депрессия были ассоциированы с более низким качеством жизни [33]. Проведенное в 2023 г. валидное анкетирование, в котором анкеты заполнялись самостоятельно больными, показало, что в среднем у 62 % пациентов существуют проблемы, которые не были решены. У 75,1 % больных выявлена потребность в большем количестве информации о своем здоровье, у 72,9 % – финансовые проблемы, возникшие из-за болезни, и отсутствие возможности оплатить медицинскую помощь, у 67,1 % – психологические проблемы, такие как депрессия, тревога и стресс [34]. Психологическая помощь входит в рамки медико-социальной помощи, влияющей на качество жизни пациентов, в связи с чем в отечественной литературе высказываются мнения о целесообразности объединения работы нескольких ведущих и вспомогательных подразделений онкологического диспансера с целью улучшения качества оказания медико-социальной помощи. Особенно важно сопровождение паллиативных больных клиническим психологом с оценкой степени болевого синдрома и его медикаментозного лечения, проводимого врачом-онкологом и клиническим фармакологом [35].

Дистресс у онкологических пациентов

Дистресс у больных начинается с момента ожидания постановки диагноза и наиболее остро проявляется при его оглашении [5]. Данное состояние приводит к повышенному риску сопутствующих психологических расстройств, что способствует неоптимальному соблюдению режима лечения и потенциально приводит к ухудшению показателей здоровья. Поэтому скрининг и распознавание дистресса и его факторов риска являются важным аспектом комплексного лечения пациентов [36]. Эмоциональные проблемы, связанные с дистрессом, являются распространенной проблемой, с которой сталкиваются пациенты, страдающие ЗНО [37]. Психологический дистресс встречается у 33 % больных, которые характеризуются повышенной потребностью в медицинской помощи и во всех специализированных услугах [38]. В 2023 г. исследование больных показало, что 39,8 % из них находились в желтой зоне дистресса и не могли справиться со стрессом, нуждаясь в ПП. По мере нарастания психологической симптоматики ухудшалось их душевное благополучие, усиливались физические и психологические симптомы с показателями дистресса [39]. Ключевыми факторами, предсказывающими стресс, являются статус работоспособности, время ожидания химиотерапии с момента консультации врача и доход семьи. Пациенты с повышенным риском по данным критериям нуждаются в дополнительной ПП [36].

Проведенный в 2021 г. анализ с участием 2 421 пациента (62 % женщин) показал, что самый высокий уровень эмоционального стресса испытывают больные раком легких, молочной железы, гинекологическими и гастроэнтерологическими ЗНО. Уровень запрошенной помощи был выше среди пациентов с более низким семейным доходом [37]. При направлении малоимущих онкологических больных во вспомогательные службы для ПП средний балл дистресса достоверно снижается [40]. Однако это касается всех пациентов со ЗНО, независимо от уровня дохода, так как больные, которым оказана ПП, испытывают значительное снижение психологического дистресса [41].

Уменьшить риск стресса при оглашении диагноза ЗНО может и сам онколог: в данной ситуации необходимо наличие тихих уединенных помещений и достаточное количество рабочего времени. Процесс знакомства пациентов и членов их семей с плохими новостями состоит из трех фаз. Первая фаза «подготовки» включает предварительные договоренности, соображения и обязательства еще до того, как реальные новости будут сообщены пациенту. Для пациентов и членов их семей в этой фазе наиболее значимы обстановка, развитие отношений с лечащим врачом, знания и предупреждение пациентов и членов их семей о возможности плохих новостей (что позволит морально быть к этому готовыми и облегчит восприятие).

Вторая фаза «доставки» неблагоприятной информации относится к тому, что важно для пациентов и членов семьи во время фактического предоставления плохих новостей, т. е. моменту, когда слова были сказаны. В этой фазе значимы эмоциональные реакции пациентов и членов их семей, эмпатия (но не сочувствие, поскольку оно может интерпретироваться как признак безнадежности) со стороны врачей, активное участие пациентов и членов их семей в процессе передачи плохих новостей и понимание ими информации, полученной от врача.

Третья фаза «адаптации и преодоления» относится к аспектам, которые помогают пациентам и членам семьи приспособиться и справиться с трудной реальностью и последствиями плохих новостей о наличии ЗНО. Для этого жизненно важной является надежда пациентов и их родственников (на полное выздоровление на ранней стадии и на хорошее качество жизни на поздней стадии болезни), для появления которой они внимательно следят за вербальными и невербальными сигналами врачей. В третьей фазе для удовлетворения физических и психологических потребностей больных в процессе приспособления к плохим новостям имеет значение получение поддержки из нескольких источников. Эмоциональная поддержка важна как со стороны членов семьи, так и со стороны врача. В фазе «адаптации и преодоления» пациенты и члены их семей берут на себя роль защиты друг друга от определенных аспектов плохих новостей, чтобы совместно с ними справиться. Для пациентов также важна непрерывность отношений с врачами (о чем может сигнализировать врач, организуя повторные визиты и заявления, такие как «вы можете вернуться»). Это повышает их способность справиться с заболеванием [6]. Сравнительные исследования онкобольных показали, что около половины случаев сильного стресса были обусловлены беспокойством по поводу физических проявлений болезни. Все пациенты одинаково нуждались в эмоциональной поддержке независимо от личностных факторов и предпочитали разговор как метод получения ПП [42].

Проблема психологического благополучия членов семьи онкологических больных

Лица, осуществляющие уход за онкологическими больными, в 38 % случаев предъявляют жалобы на глубокое чувство неуверенности в будущем в связи с неясным прогнозом пациента и возможностью функционального ухудшения, в 33 % были описаны трудоемкие усилия по управлению эмоциональными реакциями онкобольных на болезнь, в 14 % случаев отмечены практические задачи, такие как координация медицинской помощи пациенту [43]. Для осуществляющих уход за больными характерно худшее психологическое здоровье, включая более высокий уровень тре-

вожных симптомов, по сравнению с пациентами и населением в целом [44]. При этом родственники больных проходят те же стадии, что и сам пациент: шок и отрицание, агрессию, депрессию и стадию принятия [45]. Поэтому большое значение имеет психологическая работа в сотрудничестве врача и психолога с родственниками пациентов [46], для которых необходимо использовать алгоритм медико-психологической помощи, включая психодиагностику, психообразование и психокоррекцию [47]. Тем более что для родственников, опекающих онкологических больных, характерен посттравматический рост с конструктивными трансформациями личности, на которые может повлиять правильное отношение врача и психолога [48].

В исследовании 2017 г. показано, что у 96 % членов семьи онкологических больных, осуществляющих уход за ними на поздних стадиях, определяется клинически значимый собственный дистресс. При этом наиболее значимыми проблемами были грусть, печаль и утомление (80–83 %). Тяжелая тревога отмечена у 41 %, умеренная – у 43 % исследованных [49]. В другой работе 2021 г., в которой исследовались лица, ухаживающие за онкобольными на поздней стадии ЗНО, из них о клинически значимых симптомах дистресса сообщили: 30,4 % – о депрессии и 43,4 % – о тревоге. При этом ухудшение физических и психологических страданий пациентов было ассоциировано с ухудшением симптомов депрессии у лиц, осуществляющих уход [50]. В связи с этим активная ПП необходима не только онкологическим пациентам, но и осуществляющим за ними уход людям. При этом показало свою эффективность психологическое вмешательство для диад «пациент-опекун» [51]. Снижение негативных последствий ЗНО возможно не только при участии членов семьи, но и с помощью привлечения в этот процесс друзей онкобольных, которые позволят им почувствовать себя социально активными членами общества, что немаловажно для выживания [52, 53].

Заключение

Современные исследования показывают, что большинство пациентов со ЗНО отмечают проблемы, которые не были решены, что приводит к психологическим расстройствам, требующим ПП. Нарушение психологического благополучия и «душевная боль» у онкологических пациентов ассоциированы с молодым возрастом, низкими показателями по шкале Карновского, выраженными физическими расстройствами, тревогой и депрессией. Важным фактором тревоги и депрессии является женский пол. Для выявления эмоционального стресса у пациентов используются специальные методики, шкалы и модели, которые могут быть использованы как лечащими врачами, так и психологами при направлении пациентов на ПП. Дистрессу подвержены не менее

1/3 онкобольных, при этом важными факторами являются финансовое неблагополучие, статус работоспособности, чувство тревоги и страха, боль и побочные эффекты проводимого лечения. Депрессия и тревога, приводящие к деморализации и повышенному риску суицида, отмечаются более чем у половины онкобольных. Большинство ухаживающих за терминальными онкобольными людьми нуждаются в ПП, поскольку испытывают собственный дистресс. Проблемой оказания ПП онкобольным является неправильное восприятие ими информации о необходимости данной помощи, особенно это касается пожилых пациентов. Поэтому важную роль в объяснении пациентам роли ПП в преодолении болезни играют лечащие врачи. В современной медицине существует проблема оказания ПП онкобольным, которая связана с тремя основными причинами. Первая – это особенность самих пациентов и их родственников, не желающих оказания им ПП или не верящих в нее. Вторая – это стандартный подход лечащих врачей к онкобольным, что обусловлено отсутствием специальных курсов подготовки онкологов к беседе с этой категорией пациентов. Третья – организация медицинской помощи онкобольным, которая не предусматривает обязательного оказания ПП и участия высококвалифицированных психологов в лечении таких пациентов. В связи с этим решение этой проблемы должно осуществляться на всех трех уровнях, начиная с онкобольных и их

родственников, для чего необходимо предоставление большего объема информации, проведение санпросветработы, задействование окружения и медицинского персонала, активно пропагандирующего ПП. Необходимо внедрение обязательных курсов психологической грамотности врачей-онкологов, на этапе обучения ознакомление их с психологическими методиками. И, наконец, на уровне организации медицинской помощи онкобольным наиболее перспективным предполагается включение ПП в медико-экономические стандарты в качестве обязательного условия на начальном этапе лечения. Такая мера на уровне здравоохранения является рентабельной, поскольку позволит снизить затраты на лечение и улучшить прогнозы у пациентов. Для снижения риска развития стресса у онкобольных можно предположить внедрение таких методик, как предварительный разговор с близкими родственниками пациента и предоставление им подробной информации о заболевании, его лечении и прогнозе; введение в штаты всех медицинских учреждений психолога, широкое освещение эффективности лечения ЗНО в средствах массовой информации; внедрение психологического обучения на курсах ИДПО для врачей, а также возможность получения дополнительного психологического образования терапевтами, поскольку данные специалисты являются необходимым звеном при направлении пациентов к онкологу.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Sadrudin S., Jan R., Jabbar A.A., Nanji K., Tharani Name A.* Patient education and mind diversion in supportive care. *Br J Nurs.* 2017; 26(10): 14–19. doi: 10.12968/bjon.2017.26.10.S14.
2. *Lehto U.S., Helander S., Taari K., Aromaa A.* Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A Finnish national survey. *Eur J Oncol Nurs.* 2015; 19(3): 220–9. doi: 10.1016/j.ejon.2014.10.018.
3. *Logan S., Anazodo A.* The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019; 98(5): 583–97. doi: 10.1111/aogs.13562.
4. *Khalid S., Abbas I., Javed S.* Psychological Support for Cancer Patients. *Cancer Treat Res.* 2023; 185: 255–83. doi: 10.1007/978-3-031-27156-4_13.
5. *Bonacchi A., Rossi A., Bellotti L., Franco S., Toccalfondi A., Miccinesi G., Rosselli M.* Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. *Psychooncology.* 2010; 19(12): 1294–302. doi: 10.1002/pon.1693.
6. *Matthews T., Baken D., Ross K., Ogilvie E., Kent L.* The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. *Psychooncology.* 2019; 28(12): 2286–94. doi: 10.1002/pon.5241.
7. *Чулкова В.А., Пестерева Е.В.* Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту. *Вопросы онкологии.* 2014; 60(2): 94–98. [*Chulkova V.A., Pestereva E.V.* Physician and medical psychologist: complementary approaches in providing psychological care to cancer patient. *Problems in oncology.* 2014; 60(2): 94–98. (in Russian)].
8. *Kazantzaki E., Kondylakis H., Koumakis L., Marias K., Tsiknakis M., Fioretti C., Gorini A., Mazzocco K., Renzi C., Pravettoni G.* Psycho-emotional tools for better treatment adherence and therapeutic outcomes for cancer patients. *Stud Health Technol Inform.* 2016; 224: 129–34.
9. *Seifart U., Schmielau J.* Return to Work of Cancer Survivors. *Oncol Res Treat.* 2017; 40(12): 760–63. doi: 10.1159/000485079.
10. *Яровая Е.Г.* К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных. *Консультативная психология и психотерапия.* 2014; 1(80): 178–96. [*Яровая Е.Г.* To the problems of psychological and social assistance to cancer patients. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2014; 1(80): 178–96. (in Russian)].
11. *Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А.* Психонкология: становление и перспективы развития. *Вопросы онкологии.* 2011; 57(1): 86–91. [*Demin E.V., Gnezdilov A.V., Chulkova V.A.* Psycho-oncology: formation and development prospects. *Problems in Oncology.* 2011; 57(1): 86–91. (in Russian)].
12. *Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н., Амлогова Д.М., Санджиева Л.Н., Корабельников Д.И., Петренко Д.А.* Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2022; 15(1): 119–30. [*Blinov D.V., Solopova A.G., Plutnitskiy A.N., Ampilogova D.M., Sandzhieva L.N., Korabelnikov D.I., Petrenko D.A.* Strengthening health care to provide rehabilitation services for women with cancer diseases of the reproductive system. *Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology.* 2022; 15(1): 119–30. (in Russian)]. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.132>.
13. *Баянкулов Р.И.* Психологическая помощь онкологическим пациентам на разных этапах лечения. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы.* 2018; 30(2): 105–11. [*Bayankulov R.I.* Psychological assistance to oncological patients at different stages of treatment. *Scientific notes journal of st. petersburg state institute of psychology and social work.* 2018; 30(2): 105–11. (in Russian)].
14. *Ryan H., Schofield P., Cockburn J., Butow P., Tattersall M., Turner J., Girgis A., Bandaranayake D., Bowman D.* How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005; 14(1): 7–15. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00482.x.
15. *Derry H.M., Reid M.C., Prigerson H.G.* Advanced cancer patients' understanding of prognostic information: Applying insights from psychological research. *Cancer Med.* 2019; 8(9): 4081–88. doi: 10.1002/cam4.2331.
16. *Burklin Y., Hunt D.P.* Management of Emotionally Challenging Responses of Hospitalized Patients with Cancer. *South Med J.* 2018; 111(5): 268–73. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000809.
17. *Yeh M.L., Chung Y.C., Hsu M.Y., Hsu C.C.* Quantifying psychological distress among cancer patients in interventions and scales: a systematic review. *Curr Pain Headache Rep.* 2014; 18(3): 399. doi: 10.1007/s11916-013-0399-7.

18. Dean M., Street R.L. Jr. A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Educ Couns*. 2014; 94(2): 143–48. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.025.
19. Blasco T., Jovell E., Mirapeix R., Leon C. Patients' Desire for Psychological Support When Receiving a Cancer Diagnostic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(21): 14474. doi: 10.3390/ijerph192114474.
20. Goerling U., Albus C., Bergelt C., Erim Y., Fallner H., Geiser F., Honig K., Hornemann B., Maatouk L., Stein B., Teufel M., Wickert M., Weis J. Predictors of cancer patients' utilization of psychooncological support: Examining patient's attitude and physician's recommendation. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023; 149(20): 17997–8004. doi: 10.1007/s00432-023-05507-2.
21. Appleton L., Poole H., Wall C. Being in safe hands: Patients' perceptions of how cancer services may support psychological well-being. *J Adv Nurs*. 2018; 74(7): 1531–43. doi: 10.1111/jan.13553.
22. Humphris G. Psychological management for head and neck cancer patients: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016; 130(s2): 45–48. doi: 10.1017/S0022215116000426.
23. Erdoğan Yüce G., Döner A., Muz G. Psychological Distress and Its Association with Unmet Needs and Symptom Burden in Outpatient Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Semin Oncol Nurs*. 2021; 37(5). doi: 10.1016/j.soncn.2021.151214.
24. Mackenzie L.J., Carey M.L., Sanson-Fisher R.W., D'Este C.A., Paul C.L., Yoong S.L. Agreement between HADS classifications and single-item screening questions for anxiety and depression: a cross-sectional survey of cancer patients. *Ann Oncol*. 2014; 25(4): 889–95. doi: 10.1093/annonc/mdu023.
25. Hung C.T., Chen Y.J., Chan J.C., Fang Y.Y., Li I.F., Shih H.H., Ku H.Y., Chiu W.T., Lee Y.H. Psychological distress, social support, self-management ability and utilization of social resources for female patients with cancer in Oncology Outpatient Settings in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2020; 28(7): 3323–30. doi: 10.1007/s00520-019-05143-y.
26. Zhang A., Hu R., Wang K., Antalis E.P. Age moderates the association between psychological distress and engagement in mindfulness among cancer patients and survivors: A population-based study. *J Psychosoc Oncol*. 2020; 38(5): 513–26. doi: 10.1080/07347332.2020.1764158.
27. Schellekens M.P., van den Hurk D.G., Prins J.B., Molema J., Donders A.R., Woertman W.H., van der Drift M.A., Speckens A.E.M. Study protocol of a randomized controlled trial comparing Mindfulness-Based Stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. *BMC Cancer*. 2014; 14: 3. doi: 10.1186/1471-2407-14-3.
28. Tang P.L., Wang H.H., Chou F.H. A Systematic Review and Meta-Analysis of Demoralization and Depression in Patients With Cancer. *Psychosomatics*. 2015; 56(6): 634–43. doi: 10.1016/j.psych.2015.06.005.
29. Hanson K.E., Brock R., Charnock J., Wickramasinghe B., Will O., Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(1): 51–60. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3181.
30. Yeh S.J., Wang W.C., Yu H.C., Wu T.Y., Lo Y.Y., Shi H.Y., Chou H.C. Relationship between using cancer resource center services and patient outcomes. *Support Care Cancer*. 2023; 31(12): 706. doi: 10.1007/s00520-023-08169-5.
31. Shickh S., Leventakos K., Lewis M.A., Bombard Y., Montori V.M. Shared Decision Making in the Care of Patients With Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2023; 43. doi: 10.1200/EDBK_389516.
32. Chi G.C. The role of hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34(2): 415–24. doi: 10.1188/07.ONF.415-424.
33. Pérez-Cruz P.E., Langa P., Carrasco C., Bonati P., Batic B., Tupper Satt L., Gonzalez Otaiza M. Spiritual Pain Is Associated with Decreased Quality of Life in Advanced Cancer Patients in Palliative Care: An Exploratory Study. *J Palliat Med*. 2019; 22(6): 663–69. doi: 10.1089/jpm.2018.0340.
34. Alnajar M.K., Abdalrahim M.S., Mosleh S.M., Farhan M., Amro K., Darawad M.W. The need of patients living with cancer for palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2023; 29(5): 236–45. doi: 10.12968/ijpn.2023.29.5.236.
35. Шарова О.Н., Важенин А.В., Миронченко М.Н. Организация психолого-психотерапевтической помощи больным с онкопатологией и в системе паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицина и реабилитация. 2018; 3: 48–56. [Sharova O.N., Vazhenin A.V., Mironchenko M.N. Organization of psychological and psychotherapeutic care for cancer patients and in the palliative care system. *Palliative Medicine and Rehabilitation*. 2018; 3: 48–56. (in Russian)].
36. McMullen M., Lau P.K.H., Taylor S., McTigue J., Cook A., Bamblett M., Hasani A., Johnson C.E. Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. *Appl Nurs Res*. 2018; 40: 45–50. doi: 10.1016/j.apnr.2017.12.002.
37. Bergerot C.D., Razavi M., Clark K.L., Philip E.J., Pal S.K., Loscalzo M., Dale W. Emotional problem-related distress screening and its prevalence by cancer type: Assessment by patients' characteristics and level of assistance requested. *Psychooncology*. 2021; 30(8): 1332–38. doi: 10.1002/pon.5685.
38. Schiel R.O., Brechtel A., Hartmann M., Taubert A., Walther J., Wiskemann J., Rötzer L., Becker N., Jäger D., Herzog W., Friederich H.C. Multidisziplinärer Versorgungsbedarf psychisch belasteter Tumorpatienten an einem Comprehensive Cancer Center [Multidisciplinary health care needs of psychologically distressed cancer patients in a Comprehensive Cancer Center]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014; 139(12): 587–91. German. doi: 10.1055/s-0034-1369856.
39. Aktaş A., Uğur Ö. The effect of physical and psychological symptoms on spiritual well-being and emotional distress in inpatient cancer patients. *Support Care Cancer*. 2023; 31(8): 473. doi: 10.1007/s00520-023-07945-7.
40. Cimino T., Said K., Safier L., Harris H., Kinderman A. Psychosocial distress among oncology patients in the safety net. *Psychooncology*. 2020; 29(11): 1927–35. doi: 10.1002/pon.5525.
41. Clark P.G. Decreasing psychological distress in cancer inpatients using FLEX Care®: a pilot study. *Soc Work Health Care*. 2010; 49(9): 872–90. doi: 10.1080/00981389.2010.499826.
42. Ng W., Baik S.H., Razavi M., Clark K., Lee J., Loscalzo M., Folbrecht J. Differences of biopsychosocial distress and requests for psychological assistance between Asian American and non-Hispanic White oncology patients. *Psychooncology*. 2023; 32(11): 1660–66. doi: 10.1002/pon.6214.
43. Mosher C.E., Jaynes H.A., Hanna N., Ostroff J.S. Distressed family caregivers of lung cancer patients: an examination of psychosocial and practical challenges. *Support Care Cancer*. 2013; 21(2): 431–37. doi: 10.1007/s00520-012-1532-6.
44. Longacre M.L., Ridge J.A., Burtneis B.A., Galloway T.J., Fang C.Y. Psychological functioning of caregivers for head and neck cancer patients. *Oral Oncol*. 2012; 48(1): 18–25. doi: 10.1016/j.oraloncology.2011.11.012.
45. Костина Н.И., Кропачева О.С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. Злокачественные опухоли. 2016; (4s1): 59–63. [Kostina N.I., Kropacheva O.S. Psychological assistance to patients with oncopathology and their relatives at the stage of inpatient care. *Malignant tumors*. 2016; (4s1): 59–63. (in Russian)]. doi: 10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63.
46. Реверчук И.В., Главатских М.М., Миклин Д.Н. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных. Здоровье и Образование в XXI веке. 2018; 20(5): 52–57. [Reverchuk I.V., Glavatskikh M.M., Miklin D.N. The use of psychosomatic techniques in the diagnosis of mental and emotional status of close relatives of cancer patients. *Health & education millennium*. 2018; 20(5): 52–57. (in Russian)].
47. Маркова М.В., Кузьель И.П. Система медико-психологической помощи лицам, осуществляющим уход за инкурабельными онкологическими больными в условиях паллиативной медицины: обоснование, цели, средства. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2013; 1(11): 45–55. [Markova M.V., Kuzhel I.P. The system of psychological help for caregivers of terminally ill cancer patients in palliative medicine: justification, goals, means. *Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2013; 1(11): 45–55. (in Russian)].
48. Шишкова А.М., Боcharov В.В., Цыганкова Е.С., Грановская Е.А. Посттравматический рост и связанные с ним факторы у родственников, опекающих больных онкологическими заболеваниями. Систематический обзор (сообщение 1). Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023; 57(4): 20–29. [Shishkova A.M., Bocharov V.V., Tsygankova E.S., Granovskaya E.A. Posttraumatic growth and related factors among relatives, caring for cancer patients. Systematic review (Part 1). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57(4): 20–29. (in Russian)]. doi: 10.31363/2313-7053-2023-874.
49. Ullrich A., Ascherfeld L., Marx G., Bokemeyer C., Bergelt C., Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2017; 16(1): 31. doi: 10.1186/s12904-017-0206-z.
50. El-Jawahri A., Greer J.A., Park E.R., Jackson V.A., Kamdar M., Rinaldi S.P., Gallagher E.R., Jagielo A.D., Topping C.E.W., Elyze M., Jones B., Temel J.S. Psychological Distress in Bereaved Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2021; 61(3): 488–94. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.08.028.
51. von Heymann-Horan A.B., Puggaard L.B., Nissen K.G., Bentzen K.S., Bidstrup P., Coyne J., Johansen C., Kjellberg J., Nordly M., Sjögren P., Timm H., von der Maase H., Guldin M.B. Dyadic psychological intervention for patients with cancer and caregivers in home-based specialized palliative care: The Domus model. *Palliat Support Care*. 2018; 16(2): 189–97. doi: 10.1017/S1478951517000141.

52. *Tsuchiya M.* Lay people's psychological reactions and helping intention after friends' cancer disclosure: An exploratory analysis using vignettes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019; 28(6). doi: 10.1111/ecc.13150.

53. *Thiessen M., Sinclair S., Tang P.A., Raffin Bouchal S.* Information Access and Use by Patients With Cancer and Their Friends and Family:

Development of a Grounded Theory. *J Med Internet Res*. 2020; 22(10). doi: 10.2196/20510.

Поступила/Received 19.06.2024

Одобрена после рецензирования/Revised 02.10.2024

Принята к публикации/Accepted 14.11.2024

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Мустафин Рустам Наилевич, кандидат биологических наук, доцент кафедры медицинской генетики и фундаментальной медицины, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» (г. Уфа, Россия). SPIN-код: 4810-2535. Researcher ID (WOS): S-2194-2018. Author ID (Scopus): 56603137500. ORCID: 0000-0002-4091-382X.

ВКЛАД АВТОРА

Мустафин Рустам Наилевич: разработка концепции научной работы, сбор и обработка данных, написание статьи. Автор одобрил финальную версию статьи перед публикацией, выразил согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

Финансирование

Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ABOUT THE AUTHOR

Rustam N. Mustafin, PhD, Associate Professor, Department of Medical Genetics and Fundamental Medicine, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia). Researcher ID (WOS): S-2194-2018. Author ID (Scopus): 56603137500. ORCID: 0000-0002-4091-382X.

AUTHOR CONTRIBUTION

Rustam N. Mustafin: study conception, data collection, writing of the manuscript. The author approved the final version of the manuscript prior to publication and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work were appropriately investigated and resolved.

Funding

This study required no funding.

Conflict of interests

The author declares that he has no conflict of interest.