

Ширяев Олег Юрьевич

д-р мед. наук, профессор,
заведующий кафедрой

Васильева Юлия Евгеньевна

канд. мед. наук,
ассистент кафедры

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

ПСИХООНКОЛОГИЯ – НАУКА НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Аннотация: в данной статье авторами рассматривается проблема онкологической патологии как причины коморбидных психических расстройств. Онкологические заболевания ставят перед больным сложные психологические проблемы. Отмечается, что в этой связи весьма важным и закономерным является дальнейшее развитие новой дисциплины – психоонкологии.

Ключевые слова: мастэктомия, рак молочной железы, психоонкология, нервно-психические расстройства.

В настоящее время онкологическая патология является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. Например, ежегодный прирост заболеваемости раком в Российской Федерации составляет примерно 4–7%. И ожидается, что в большинстве регионов мира распространенность рака будет возрастать, в основном из-за постарения населения. В мире каждый год от злокачественных опухолей умирает 7 млн. человек. Более половины пациентов состояли на учете у онколога свыше 5 лет, и среди них почти 60% составляли лица трудоспособного возраста. Подобная структура диспансерного контингента задает повышенные требования не только к медицинской, но и к социально-психологической реабилитации больных. Но налицо неоспоримый факт: в современной он-

кологии отмечается известная диспропорция между множеством методов специального биологически ориентированного лечения (оперативного, лучевого, химиотерапии и др.) и недостатком знаний о характере, особенностях и степени выраженности реакций со стороны психики онкологических больных. В сравнении с ними психоонкология является наиболее новым подходом к лечению злокачественных новообразований и, пожалуй, самым перспективным и динамичным. Хотя, справедливости ради, надо заметить, что этот метод в нашей стране признают немногие. Что же такое психоонкология? Определений этому множеству:

- психологическое исследование условий возникновения рака;
- неотъемлемая отрасль онкологии и психиатрии;
- наука, занимающаяся изучением действия психологических факторов на развитие и прогрессию злокачественных новообразований;
- наука, призванная обеспечить наилучшую адаптацию онкологического больного, рассматривает факторы приспособления, обусловленные болезнью, личностью пациента, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации.

Одно из первых определений психоонкологии принадлежит J. Holland (1992): психоонкология занимается изучением двух психологических факторов, вызываемых раковым заболеванием:

- эмоциональной реакции пациентов на всех стадиях заболевания, отношением членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор);
- психологического, поведенческого и социального факторов, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психобиологический фактор).

А.И. Бабик (2001) определяет психоонкологию как:

- неотъемлемую отрасль онкологии и психиатрии, психологическое исследование условий возникновения рака;

– науку, занимающуюся изучением действия психологических факторов на развитие и прогрессию злокачественных новообразований;

– науку, призванную обеспечить наилучшую адаптацию онкологического больного, рассматривающую факторы приспособления, обусловленные болезнью, личностью пациента, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации.

Суммируя вышеперечисленное, можно сказать, что психоонкология – это область *междисциплинарных* исследований и клинической практики на стыке *психологии, онкологии и социологии*, возникшая и развивающаяся как подраздел онкологии. Область интереса психоонкологии выходит за рамки лечения рака и включает *образ жизни* больного, психологические и социальные аспекты онкологических заболеваний. Психоонкология изучает как влияние онкозаболевания на психологическое здоровье пациента, так и влияние психологических и социальных факторов, включая социальные взаимодействия пациента с медицинским персоналом и семейным окружением, на *канцерогенез* и течение онкологического процесса. Кроме того, она рассматривает *когнитивные нарушения*, возникающие вследствие *химиотерапии и лучевой терапии*, а также эффекты *плацебо и ноцебо*. Более узкий термин психосоциальная онкология обозначает изучение и работу с психологическими реакциями онкологических пациентов, членов их семей и медицинского персонала. Редко встречающийся термин онкопсихология используется иногда для обозначения работы с психотравмирующими пациента факторами онкологических заболеваний. История взаимосвязи психических расстройств и рака уходит корнями в далекое прошлое. Так, еще во II веке новой эры, римский врач Гален обратил внимание на то, что жизнерадостные женщины реже заболевают раком, чем женщины, часто находящиеся в подавленном состоянии. И после Галена многие врачи связывали первопричину рака с жизненными невзгодами, неприятностями и горем. В русской медицинской литературе XVIII века указывалось, что «дальняя причина рака есть долгая печаль». Французский физиолог Дизей-Джендрон в 1701 году предполагал, исходя из собственных

наблюдений, что «рак развивается после несчастья, которое вызывает много забот». В 1783 году Джон Барроуз описал первопричину рака как «...неприятные переживания души, долгие годы терзающие пациента». Известный психиатр и психолог, основоположник одного из направлений глубинной психологии, аналитической психологии Карл Юнг, ученик Зигмунда Фрейда, предполагал, что причиной рака являются подавляемые негативные эмоции, или хронический стресс, когда организм как бы запускает «программу», направленную на разрушение. Одно из исследований, рассматривающих связь эмоциональных состояний и рака, описано в книге последовательницы Карла Юнга Элиды Эванс «Исследование рака с психологической точки зрения», в предисловии к которой Юнг написал, что Эванс удалось разрешить многие тайны рака, включая непредсказуемость течения этого заболевания, то, почему болезнь иногда возвращается после долгих лет отсутствия каких-либо из ее признаков и почему это заболевание ассоциируется с индустриализацией общества.

Каковы же взгляды на эту проблему в современном мире? Онкологические заболевания ставят перед больным сложные психологические проблемы. Психологические трудности, с которыми сталкиваются такие пациенты, связаны не только с угрозой жизни. Проведенное лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Их значимость определяется субъективно. Эпидемиологические данные показывают, что онкобольные очень часто страдают коморбидными (сопутствующими основному заболеванию) психическими расстройствами. Так, большой депрессией страдают 10–25% из них (проявления «депрессивных симптомов», определяемых методом скрининга, встречаются, по разным оценкам с частотой от 7–21 до 58%). Симптомы тревоги выявляются у 15–28% пациентов, при этом часто она бывает обусловлена тревожным, фобическим, либо паническим расстройством. Клиника и динамика аффективных расстройств у онкобольных стали особенно активно изучаться со второй половины XX века. В.А. Ромасенко и К.А. Скворцова (1961), изучив динамику тревожно-депрессивных расстройств в зависимости от стадии опухоли, отмечают, что тревога и депрессия сопровождают ракового больного

на всем протяжении заболевания, постепенно утяжеляясь от субклинических расстройств на диагностическом этапе до психотических депрессий с явлениями субступора в терминальных состояниях. Е.Ф. Бажин и соавт. (1988) описали 3 степени выраженности психогенных тревожно-депрессивных реакций при злокачественных новообразованиях: легкую, среднюю и тяжелую. По мнению ряда авторов, клиника тревожно-депрессивных расстройств при злокачественных новообразованиях зависит прежде всего от этапа терапии опухоли: на диагностическом этапе у части больных могут развиваться острые аффективно-шоковые реакции с психомоторным возбуждением и суицидальными тенденциями; этап поступления в клинику характеризуется адаптацией к болезни, снижением интенсивности переживаний. У больных, которым были предложены «калечащие» операции, в частности мастэктомия возможно появление сверхценных дисморфофобических переживаний, которые «обрастают» другими страхами (страх распада семьи, потери работы); на предоперационном этапе аффекты тоски и тревоги чаще углубляются в связи с опасениями пациента по поводу возможности «неудачной» операции или даже гибели в процессе оперативного вмешательства. У части пациентов отмечаются реакции «отрицания болезни», которые могут выражаться в диапазоне от демонстрации формального декларируемого оптимизма до «необъяснимого» повышения настроения и увеличения двигательной активности. Эйфорические переживания, как один из вариантов «реакции отрицания болезни», отмечаются у 14% больных; для послеоперационного этапа характерна дезактуализация депрессивных переживаний. Состояние больных определяется астенией, связанной как с операционной травмой, так и с энергетическим истощением. Астено-ипохондрическая симптоматика становится ведущей. К моменту выписки из стационара у больных вновь оживляются депрессивные переживания в связи с получением информации о неопределенности прогноза и необходимости дальнейшего лечения.

На отдаленных этапах лечения у больных сохраняются тревожно-депрессивные расстройства в виде неглубокой, но стойкой гипотимии, ангедонии, пессимистической самооценки, чувства бесперспективности существования,

дисморфофобических переживаний, сверхценного страха рецидива опухоли, описываемого В.Д. Менделевичем (2001) под названием «канцерофобия у больных злокачественными новообразованиями». Данный симптом является наиболее стойким и может отмечаться в течение 10 и более лет. В.Я. Гиндикин (2000) выделяет следующие стадии эволюции депрессивной симптоматики у онкобольных на отдаленных этапах наблюдения: 1) астено-депрессивную; 2) соматизированной депрессии; 3) собственно депрессивную. Наиболее длительной является стадия соматизированной депрессии, в рамках которой наблюдаются симптомы «раздражительной слабости», вегетативная лабильность, ипохондрическая настроенность. Переход психических расстройств на собственно депрессивную стадию связан с утяжелением клиники опухоли (рецидив, появление метастазов, присоединение болей). Ряд авторов описывают ипохондрические развития у пациентов, больных раком. Клиническая картина патологических развитий представлена стойким страхом рецидива опухоли, утрированной ипохондрической рефлексией, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. В процессе онкологической болезни формируется тенденция к пунктуальному соблюдению врачебных рекомендаций, стремление к созданию охранительного режима со значительным ограничением нагрузок (как физических, так эмоциональных), контактов, избеганию решения проблем. Наряду с указанными расстройствами необходимо выделить характерные для группы больных онкопатологией психопатологические образования, связанные с формированием чувствительных идей отношения. Вместе с тревожно-депрессивными расстройствами у лиц, перенесших радикальные хирургические вмешательства, относимые к категории «калечащих» (мастэктомия, гистерэктомия, цистэктомия и др.), наблюдаются комплекс утраты женственности, сексуальной неполноценности и ущербности, страх распада семьи. В клинической картине психических расстройств выступают явления социофобии в виде обостренной стеснительности, связанной с утратой внешней привлекательности, идей неполноценности, избегающего поведения. Нередко присоединяются чувствительные идеи отношения: пациенты замечают обращенные на них «особые» взгляды, видят, как окружающие, коллеги

на работе, знакомые жалеют, обсуждают их косметические дефекты. Например, многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомию, стараются скрыть от близких истинный объем операций, упреждая негативную реакцию со стороны супруга. Отдельной группой стоят исследования, направленные на изучение особенностей преморбидности пациентов раком. А.А. Гунько в своей работе приводит данные о связи преморбидных свойств личности с манифестируемыми вслед за диагностикой и лечением опухолей психических расстройств. Так, по данным автора, аффективные расстройства по типу реактивных депрессий развиваются у психастеников, ипохондрические – у соматопатов и психастеников, а обсессивно-фобические – у истерических личностей. При этом, по мнению исследователя, депрессивные расстройства претерпевают динамику от астенодепрессивных нарушений до соматизированных расстройств. Исследователи, изучающие проблему преморбидности с психологических позиций, отмечают характерные для пациентов общее снижение фрустрационной толерантности и адаптируемости личности, сложности в принятии компромиссных решений и формировании «примиренческого поведения», что сопровождается высокой степенью алекситимии, трудностями в идентификации и выражении своих чувств. Некоторые, напротив, отмечают, что большинство пациентов в преморбиде отличаются высоким и устойчивым уровнем мотиваций, склонностью к компромиссам и разрешению конфликтных ситуаций. Согласно многочисленным публикациям психические расстройства рассматриваются в ряду факторов, значимо утяжеляющих клиническое течение онкологического заболевания, вызывающих нарушения онкологическими больными терапевтического сотрудничества, снижающих качество жизни и ухудшающих прогноз злокачественного новообразования. Распространенность и клинический полиморфизм психической патологии на всех этапах лечения злокачественных новообразований органов репродуктивной женской системы определяет высокую потребность в терапии данных состояний. Существующее разнообразие точек зрения на нозологическую принадлежность тревожно-депрессивных расстройств у больных злокачественными опухолями, очевидно, отражает клиническое многообразие данных состояний, требующее

активного изучения. Точная оценка выраженности и нозологической принадлежности тревожно-депрессивных расстройств в конкретных популяциях онкобольных имеет прикладное значение – от такой оценки зависит характер и последовательность терапевтических мероприятий. В этой связи является весьма важным и закономерным дальнейшее развитие новой дисциплины психоонкологии и разработка новых психокоррекционных программ, в которых будут аккумулированы все психологические аспекты онкологии, начиная с участия психологической составляющей в развитии и прогрессировании опухолевого процесса и заканчивая оказанием психотерапевтической помощи родственникам пациентов.

Список литературы

1. Мищук Ю.Е. Анализ связи между личностными особенностями и уровнем расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных раком молочной железы: Тезисы / Ю.Е. Мищук, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова // Сборник тезисов докладов участников Всероссийской школы молодых психиатров. – РОП, 2007.

2. Мищук Ю.Е. К вопросу о реабилитации женщин, больных раком молочной железы / Ю.Е. Мищук, О.Ю. Ширяев // Сборник трудов 8-ой межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». – Воронеж. – 2006. – Вып. 8. – С. 205–206.

3. Nilakivi depression and fatigue in relation to support intervention in mammary cancer patients/C. Lindemalm // Support Care Cancer. – 2008. – Vol. 16. – №1. – P. 57.

4. Давыдов М.И. Психоонкология / М.И. Давыдов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – №3. – С. 3–4.

5. Тарабрина Н.В. Онкопсихология / Н.В. Тарабрина [и др.]. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.

6. А.И. Бабик. Психоонкология: камо грядеши? // Медицинские аспекты здоровья женщины. – Киев. – 2011. – №1 (40). – С. 70–76.

7. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными // Медицинские новости. – 2003. – №2.

8. Белова Н.А. Материалы XI международной научно-практической конференции «Медицина и психология: пути поиска оптимального взаимодействия» (19–20 апреля 2011 г.) / Н.А. Белова, О.С. Пронь, Л.Е. Таланова. – Рязань.

9. Давыдов М.И. Психоонкология // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – №1. – С. 3–4.

10. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы: Дис. ... канд. мед. наук / О.А. Бехер. – Томск, 2008.

11. Давыдов М.И. Психоонкология / М.И. Давыдов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – №3. – С. 3.

12. Куликова О.М. Прогнозирование онкологической заболеваемости в регионах Российской Федерации / О.М. Куликова, Т.М. Любошенко, А.А. Фоменко // Современные проблемы науки и образования [Электронный ресурс]. – 2012. – №3. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6173> (дата обращения: 16.12.2015).