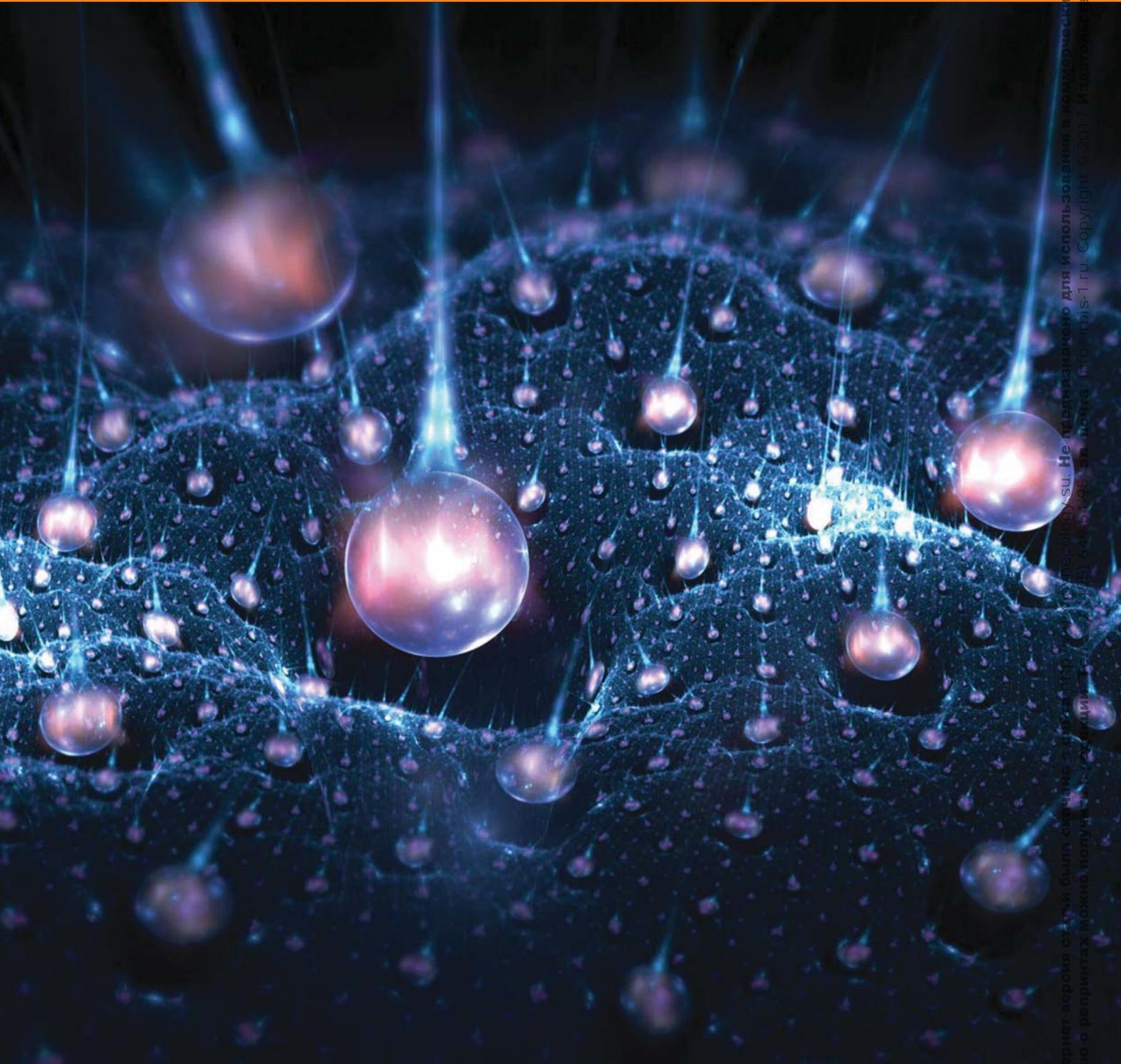


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2017 • Том 11 • № 1



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2017 Vol. 11 No 1

www.gynecology.su

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ КАК КЛЮЧ К ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., Чуканова Е.М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Резюме

До сих пор лечение злокачественных опухолей является одной из самых сложных задач современной медицины. Заболеваемость и смертность продолжают расти с каждым годом, увеличения показателей выживаемости удается добиться далеко не всегда. Онкологические заболевания, как никакие другие, оказывают существенное влияние на качество жизни пациента. Именно поэтому врачам при осуществлении своей профессиональной деятельности необходимо учитывать психосоматическую сторону заболевания и то, как социально-психологическая дезадаптация, вызванная стрессом, приводит к снижению иммунитета и может стать пусковым механизмом в развитии заболевания и его рецидивов. Добиться повышения эффективности противоопухолевого лечения и улучшить прогноз можно за счет психореабилитации, причем наибольшего успеха можно достичь, если курс начат сразу после установления диагноза. При этом наиболее оптимально получение помощи в специализированных реабилитационных центрах.

Ключевые слова

Онкорехабилитация, психосоматика, психотерапия, качество жизни, внутренняя картина болезни.

Статья поступила: 21.11.2016 г.; в доработанном виде: 23.12.2016 г.; принята к печати: 19.01.2017 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., Чуканова Е.М. Психосоматика и психотерапия как ключ к эффективной реабилитации онкогинекологических больных. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2017; 11 (1): 65-73. DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.1.065-073.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE: A KEY TO EFFECTIVE REHABILITATION IN ONCOLOGY PATIENTS

Solopova A.G., Idrisova L.E., Makacarya A.D., Chukanova E.M.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow

Summary

Malignant tumors are still a challenging problem of contemporary medicine. The incidence of malignant diseases and patient mortality is increasing with time while there is no significant growth in long-term survival. Oncological diseases affect the quality of patient's life more than any other medical conditions. In this regard, medical professionals are expected to pay a special attention to the psychosomatic aspects of patient management. It is important to realize that social and psychological maladaptation have a negative impact on the immune defense, which may trigger the onset or relapse of the major disease. Psychotherapy can improve the patient's response to oncological treatment; the best way is to start using psychotherapy at the time of diagnosis. For the optimal effect, it is advisable to transfer the patients to specialized rehabilitation centers.

Key words

Oncology, rehabilitation, psychosomatics, psychotherapy, quality of life.

Received: 21.11.2016; **in the revised form:** 23.12.2016; **accepted:** 19.01.2017.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Solopova A.G., Idrisova L.E., Makacarya A.D., Chukanova E.M. Psychosomatic medicine: a key to effective oncology patients rehabilitation. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2017; 11 (1): 65-73 (in Russian). DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.1.065-073.

Corresponding author

Address: ul. Trubetskaya, 8-1, Moscow, Russia, 119991.

E-mail: antoninasolopova@yandex.ru (Solopova A.G.).

Проблема онкопатологии сегодня актуальна как никогда. Ежегодно во всем мире количество новых зарегистрированных случаев заболеваемости злокачественными новообразованиями составляет 10 млн человек в год, а смертность – 8 млн. При этом среди женщин в структуре заболеваемости на первом месте стоят опухоли груди, на третьем – тела матки. Примечательно, что в настоящее время отмечается четкая тенденция к омоложению онкологии, что негативно сказывается на репродуктивной способности общества. Это придает проблеме острый социальный характер, в результате чего рак становится трагедией не отдельно взятого индивида, а всего человечества.

В Российской Федерации показатели заболеваемости и смертности составили примерно 5 и 4% от мировых соответственно. При этом пятилетняя выживаемость в России находится на сравнительно низком уровне и составляет 40%, тогда как в странах Европы и Северной Америки этот показатель составляет в среднем 60%. Существует множество причин, способствующих такой ситуации. Известно, что выживаемость во многом зависит от стадии, на которой был диагностирован патологический процесс и начато лечение. Так, для I стадии заболевания выживаемость составляет приблизительно 92%, а для IV – сокращается до 12%. К сожалению, по статистике примерно 20% заболевших россиян откладывают визит к онкологу из страха, что их опасения подтвердятся и им будет поставлен страшный диагноз, а это существенно сокращает вероятность успешного исхода. Причем страх, как и стресс в целом, неблагоприятно сказывается на течении заболевания посредством и других механизмов, самым хорошо изученным из которых является супрессия иммунного ответа.

Психонейроиммунология – это наука, изучающая влияние психологических факторов и функциональ-

ного состояния мозга на иммунную систему. Она определяет, как и за счет каких механизмов личностные особенности изменяют иммунный ответ организма, а также выявляет их влияние на риск возникновения того или иного заболевания, в т.ч. и онкологических. В рамках научных поисков проводилось большое количество экспериментов на животных, большая часть из которых показала, что после испытанного стресса (особенно хронического) у животных снижалась иммунокомпетенция, ослаблялся клеточный и гуморальный иммунитет, а также снижалась устойчивость к опухолевому росту и инфекционным заболеваниям. В одной из своих самых известных работ Мартин Селигман [1] продемонстрировал так называемый феномен «выученной беспомощности», или капитуляции. Капитуляция (деморализация) – это состояние неспособности индивида справиться с собственным бессилием и беспомощностью (субъективной или объективной), сопровождающееся непреодолимым чувством безнадежности и потерей цели и смысла жизни [2]. На практике данный феномен заключается в том, что крысы, с раннего возраста приученные к преодолению трудностей и отрицательных воздействий, сохраняли высокую активность и в дальнейшем, а злокачественные опухолевые клетки в эксперименте приживались гораздо реже. Другая группа крыс, проявлявшая пассивное поведение и капитулировавшая в таких же условиях, вела себя впоследствии пассивно в любых ситуациях и быстро погибала от приживленных им опухолей. Исходя из этого, можно предположить, что подобная реакция на раковые клетки происходит вследствие иммуносупрессии. Однако авторы предполагают, что причиной тому является не столько стресс как таковой, сколько вызванная им реакция капитуляции. По мнению авторов, именно в этой реакции и заключается механизм снижения устойчивости соматических систем.

Эту точку зрения подтверждают не только опыты на животных, но и ряд других работ. Они также продемонстрировали, что эмоциональный упадок повышает риск развития злокачественных новообразований [3]. В качестве примера можно привести исследование [4], в ходе которого проводилось гистологическое и психологическое наблюдение за пережившими смерть супруга женщинами с признаками изменений клеток шейки матки. Оно показало, что у женщин, демонстрировавших пассивное и беспомощное поведение, злокачественное перерождение клеток происходило в 61% случаев, тогда как во второй группе перерождение происходило лишь в 24% случаев. Кроме этого, было показано, что у женщин с диагностированным раком молочной железы, обладающих высоким эмоциональным тонусом, показатель пятилетней выживаемости выше, чем у женщин, относящихся к своему диагнозу, как к приговору [5-6].

Исходя из всего вышеперечисленного, можно предположить, что иммунный ответ в большей степени снижает не сама стрессовая ситуация, а реакция человека на нее. Это связано с тем, что выраженность психоэмоционального стресса, прежде всего, зависит от жизненной позиции человека и значения, придаваемого тем или иным событиям. Угнетенное состояние и отказ от поиска выхода из сложившейся ситуации только усугубляет неблагоприятный прогноз для пациента путем воздействия на иммунную систему и гормональный баланс, что может послужить переломным моментом в развитии опухолевого процесса [7]. Согласно статистическим данным, 15-30% онкологических больных находятся в деморализованном состоянии, причем 20% из них находятся в депрессии [8]. Крайне важно, что деморализованные пациенты, не соответствующие критериям депрессивного расстройства личности, но все равно нуждающиеся в помощи, не получают ее [9].

Психофизиологические механизмы, приводящие к развитию опухолевого процесса, могут включать в себя такие взаимосвязанные процессы, как нарушение регуляции суточного кортизола, усиление провоспалительных цитокинов, снижение активности естественных киллеров, сокращение теломер и снижение активности теломеразы, подавление глюкокортикоидами экспрессии гена p53 и VgCA1, а также активация фактора роста эндотелия за счет действия симпатической нервной системы [10].

Доказано, что включение психотерапии в курс лечения позволяет повысить выживаемость. Психотерапия не только позволяет корректировать психический статус пациента, что само по себе благоприятно воздействует на качество жизни, но также улучшает иммунитет и нормализует гормональный баланс, а значит, снижает вероятность развития рецидивов.

Улучшение качества жизни (КЖ) – важная задача, стоящая перед врачом любой специальности. Это широкое понятие включает в себя объективные факторы, такие как состояние здоровья, ожидаемая

продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт и субъективные факторы (например, удовлетворение культурных и духовных потребностей, психологический комфорт). Оно используется не только в медицине, но и в других областях науки, в т.ч. в социологии и экономике. Иными словами, КЖ отражает степень удовлетворенности человека его бытовых, физиологических и духовных потребностей. Качество жизни пациента страдает с того момента, как у него появляются первые симптомы заболевания, но после установления диагноза оно снижается колоссально. Это происходит от того, что в обществе рак воспринимается не как болезнь, с которой можно бороться, а как приговор. Онкологические больные, помимо того, что страдают от болевого синдрома и находятся в постоянном страхе из-за угрозы возникновения рецидивов или дальнейшего распространения метастазов, испытывают дискомфорт из-за возможной смены социальных ролей или отношения к ним окружающих. При этом в онкогинекологии имеются свои специфические проблемы, которые также оказывают травмирующее действие на психику пациентов. Так, посткастрационный синдром, возникающий в результате радикального удаления яичников, негативно влияет не только на физическое здоровье пациентки (в т.ч. эндокринные и вегето-сосудистые нарушения), но и может приносить чувство неполноценности и безысходности, в результате потери репродуктивной функции и вынужденного приема гормонзаместительной терапии. Мастэктомия приносит как физический дискомфорт (отеки верхних конечностей, нарушение венозного оттока), так и психологический, который связан с утратой собственной привлекательности или волнения из-за невозможности выкормить будущего ребенка [11]. Все вышеперечисленные факторы как специфические, так и нет могут привести к серьезным психоэмоциональным проблемам, что весьма негативно отражается на эффективности всей терапии, а также может способствовать появлению суицидального поведения в особо тяжелых случаях, что, к сожалению, не редкость.

Несомненно, во многом справиться с подобными ситуациями помогает психотерапия. Психореабилитация онкологических больных – отдельное направление в реабилитации, имеющее свои подходы и методики, которые совершенствуются с каждым годом.

При выборе психотерапевтической стратегии особое внимание обращается на внутреннюю картину болезни (ВКБ) пациента. Это понятие введено Р.А. Лурия в 1935 г. и включает в себя субъективное восприятие и оценку пациентом собственного состояния, а также объективные знания о болезни. Иными словами ВКБ – это то, как болезнь представлена в сознании человека. Важно отметить, что ВКБ по большей части зависит от личности человека, его возраста, пола, социального уровня, а не от конкретной нозологии или стадии развития заболевания.

ВКБ является сложным многоуровневым заболеванием, причем разные уровни способны взаимодействовать между собой и оказывать взаимное влияние. Выделяют четыре уровня ВКБ [12]: сенситивный (чувственный), эмоциональный, интеллектуальный, волевой (мотивационный). Примечательно, что различные уровни могут быть представлены в разных соотношениях и это соотношение может меняться как количественно, так и качественно с ходом времени или под воздействием психотерапии. Первый уровень включает в себя негативные ощущения, вызванные болезнью. Второй – эмоции и переживания, вызванные болезнью или ее последствиями. Третий – состоит из объективной оценки болезни и реальных знаний о ней. Последний – мотивационный – представляет собой формирование правильного отношения к болезни и связанное с этим сознательное изменение образа жизни, направленное на выздоровление.

С помощью различных психотерапевтических приемов можно оказывать воздействие на ВКБ. Для каждого из этих уровней существуют свои методы коррекции, причем некоторые из них может применять не только психотерапевт, но и лечащий врач. При этом влияние врача не должно ограничиваться медикаментозной терапией, участвующей в коррекции только сенситивной составляющей ВКБ: комплексного воздействия на все уровни можно добиться в рамках простой консультации. Важно помнить, что то, насколько пациент уверен в своих возможностях и эффективности оказываемого лечения, во многом определяет дальнейший исход болезни [13]. Поэтому важная задача врача – убедить пациента в том, что организм способен бороться с болезнью и исход лечения во многом зависит от его действий, а также вселить надежду на выздоровление.

Именно по этой причине основная роль в реабилитации больного принадлежит психотерапевтической беседе. Ее самым первым этапом является доходчивое объяснение пациенту патогенеза заболевания и его симптомов, то есть просвещение по всем основным вопросам, которое необходимо, чтобы избавить пациента от неверных представлений о болезни или чувства неопределенности, приводящих к возникновению чувства тревожности, а следовательно, оказывающих негативное воздействие на течение заболевания. Помимо этого, в ходе психотерапевтической беседы необходимо особое внимание уделять личности пациента, чтобы создать атмосферу поддержки и готовности помочь ему справиться с болезнью. Это очень важно, так как помогает пациенту не чувствовать себя одиноко и безлико, препятствует созданию впечатления, что врач не заинтересован в выздоровлении пациента.

Для коррекции сенситивной стороны ВКБ можно обучить пациента диафрагмальному дыханию, релаксации, а также специальным упражнениям, основанным на нейролингвистическом программировании. Суть одного из таких упражнений сводится к проекции

пациентом ощущений на определенный цвет, а затем представление контрастного цвета. Также в некоторых случаях весьма эффективны музыкотерапия или прослушивание звуков определенной частоты. По мнению некоторых исследователей, музыка не только помогает человеку расслабиться, но и оказывает влияние на обмен холестерина, способствует улучшению работы симпатической нервной системы [14].

Эмоциональную сторону возможно корректировать при помощи двух групп методов психотерапии: релаксации и абреакции. Метод релаксации основан на феномене кататимии скелетной мускулатуры, то есть взаимосвязи между тонусом мышц и эмоциональным состоянием. После обучения врачом пациенты могут выполнять упражнения самостоятельно в домашних условиях. Метод так называемого отреагирования или абреакции заключается в контролируемом осознанном повторном переживании травмирующего события (например, момента, когда был впервые поставлен диагноз) и является способом осознания подавленных эмоций и снятия напряжения. При этом обязательно требуется участие врача-психотерапевта.

Крайне важно состояние рациональной стороны ВКБ, так как объективные знания о болезни во многом определяет то, как пациент относится к оказываемому лечению и насколько он соблюдает предписания врача. Наиболее действенным методом воздействия при этом являются различные лекции или консультации, на которых объясняются причины возникновения заболевания, освещается психосоматический аспект болезни, рассказывается о способах лечения, существующих рекомендациях и возможных побочных эффектах терапии. Кроме того, коррекция рациональной стороны лечащим врачом возможна посредством разъяснения вопросов пациента о механизмах болезни, результатах лабораторных и инструментальных исследований на приеме. Возможные заблуждения пациента о состоянии здоровья, противоречия или непоследовательности в его суждениях необходимо исправлять аргументированно, вежливо и в понятной форме. В тех ситуациях, когда пациент проявляет признаки дезадаптивного поведения и не воспринимает свое состояние адекватно и реалистично, просветительской работы бывает недостаточно и требуется помощь врача-психотерапевта, который сможет обучить человека навыкам рационального мышления. Основными методами рациональной психотерапии являются объяснение и разъяснение, убеждение, переориентация и психагогика [15].

Волевая сторона – высший уровень структуры ВКБ. Его можно считать результатом взаимного влияния всех вышеперечисленных уровней, так как его состояние определяет реакцию личности и выработку стратегии поведения с учетом накопленных знаний и пережитых эмоций. Часто встречаются люди, чья воля нуждается в правильном формировании практически с нуля, в чем и состоит задача психотерапевта [16].

Важно упомянуть и такое понятие, как соматонозогнозия, то есть отношение к болезни, формирующееся на этапах личностного реагирования человека на свой недуг. Тип отношения к болезни каждого пациента важно учитывать при составлении индивидуальной психотерапевтической программы, так как он во многом определяет успех оказываемого лечения.

Описаны 14 типов отношения к болезни, которые разделяют на два блока, в зависимости от выраженности дезадаптивного поведения [17]. Первый блок включает в себя три типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический и анозогностический) и для них характерно сохранение адаптации. Во втором блоке же выражены признаки дезадаптации. В него входят 11 типов отношения: эйфорический, ипохондрический, тревожно-депрессивный, обсессивно-фобический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический (истероидный), паранойяльный и дисфорический.

Во время изучения типов реагирования на соматическую патологию проводимые опросы показали, что у женщин с онкогинекологическим диагнозом в большинстве преобладают эргопатический, анозогностический, сенситивный и тревожный типы, а признаки дезадаптивного поведения демонстрирует половина обследованных [18]. Эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни, как уже говорилось, относятся к первому блоку и являются нормой поведения человека. Первый тип можно описать как «уход от болезни в работу». Такие пациенты ставят работу и свой профессиональный статус выше собственного здоровья, пренебрегая обследованиями и лечением в пользу выполнения своих рабочих обязанностей. Второй из наиболее распространенных типов первого блока – анозогностический – отличается тем, что пациенты либо отрицают наличие болезни, либо стараются свести размышления о ней или о ее последствиях к минимуму. Болезнь воспринимается как проявление других, менее тяжелых болезней или как результат стресса. Зачастую такие пациенты отказываются от помощи врачей либо за ее «ненужностью», либо в надежде, что болезнь «несерьезная и пройдет сама». Самые часто встречающиеся в данном исследовании типы второго блока – сенситивный и тревожный – характеризуются излишней ранимостью, частыми сменами настроения в сочетании с беспокойством, направленным на близких, для первого; и постоянным беспокойством пациента по поводу своей болезни вкупе со склонностью испытывать недоверие к своему лечащему врачу – для второго.

Стоит помнить, что присущий конкретному человеку тип отношения к болезни непостоянен и может меняться под воздействием внутренних или внешних факторов. К внутренним факторам относятся настрой человека и выраженность симптомов болезни, а к внешним – прогнозы врача, поддержка окружающих, условия проживания и социальная среда. Однако

наиболее действенным методом воздействия на пациента является психотерапия.

Согласно различным исследованиям, от 10 до 25% онкологических больных страдают от депрессии, причем депрессия может варьироваться по степени тяжести и доходить до тяжелой или психотической стадии [19]. В первый год после установления диагноза депрессию или тревожность, нуждающиеся в лечении, испытывает 10% пациентов [20].

Очевидно, что депрессия снижает мотивацию пациента, нарушает режим дня, может влиять на аппетит и негативно отражается не только на течении заболевания, но и на всей жизни пациента, существенно сказываясь на качестве жизни. Помимо этого, депрессия является неблагоприятным прогностическим фактором исхода онкологического заболевания, причем его значимость увеличивается на поздних этапах [21]. Момент постановки диагноза рака – мощнейший стрессогенный фактор, который негативно сказывается на психосоциальном функционировании, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и может привести к суициду [22].

В связи с этим необходимость социального и психологического восстановления пациентов в ходе онкореконструкции становится неоспоримой, ведь своевременно оказанная психотерапевтическая помощь может значительно сократить высокий показатель коморбидности и смертности от суицидальных действий. Это доказывают результаты психологической реабилитации пациентов с онкопатологией: подтверждено, что психотерапия наиболее эффективна и безопасна для снижения стресса, тревожности и депрессии, а также положительно сказывается на здоровье человека в целом [23]. Так, исследования показали, что групповая поддерживающе-экспрессивная терапия повышает показатель пятилетней выживаемости у пациенток с метастатическим раком молочной железы в среднем на 18 месяцев [24]. При этом очевидно, что то, насколько эффективным будет оказываемое психотерапевтическое лечение, зависит от различных факторов, таких как квалификация врача, длительность прохождения курса, используемый метод, текущее состояние пациента.

При выборе тактики оказания психотерапевтического лечения онкологическим больным необходимо учитывать ряд следующих условий: научная обоснованность метода; наличие разработанных моделей и стратегий лечения для различных типов расстройств. При этом возможно значительное варьирование конкретных видов психотерапии в зависимости от проблемы пациента.

Перечисленным выше критериям, прежде всего, соответствуют психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы. В качестве вспомогательных могут использоваться суггестивные методы, а также и методы, ориентированные на переживания – клиент-центрированная терапия, гештальт-терапия, психодрама, арттерапия, телесно-ориентированная терапия.

Личностно-ориентированная, или реконструктивная психотерапия является одним из наиболее распространенных методов психодинамического направления [25]. Главная цель реконструктивной психотерапии – создание личности, приспособленной к решению внутренних конфликтов посредством реорганизации системы отношений человека. Основная фокусировка при этом происходит на трех главных аспектах личности: познавательном, эмоциональном и поведенческом. При необходимости в программу лечения могут быть включены дополнительные методы терапии, такие как тренинг коммуникативных навыков и т.д., если существует необходимость развить навыки интеллектуального и эмоционального понимания. Данный метод может проводиться в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой. Лечение может быть краткосрочным (до 40 ч) или долгосрочным (до 1 года и более).

Психодинамическая терапия показана при широком спектре психических расстройств, но чаще всего она применяется при различных пограничных психических состояниях. Наибольшую эффективность данный метод демонстрирует в отношении различных форм невроза.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия возникла на основе бихевиоральной и когнитивной психологии. Данное направление изучает систему мышления и восприятия человека и призвано помочь ему выбрать наиболее рациональный взгляд на ситуацию, а следовательно, выработку наиболее адекватной модели поведения, помогающей справиться пациенту с его проблемами. Процесс терапии включает в себя коррекцию неверных убеждений пациента, тренировку контроля над эмоциональными реакциями (в т.ч. тревожностью и депрессией), обучение наиболее успешным способам интерпретации своих эмоций и переживаний. В когнитивно-бихевиоральное направление психотерапии входит ряд методик, среди которых наибольшее распространение получили когнитивная психотерапия А. Бека и рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса, объединяющие основные достижения других моделей когнитивно-бихевиоральной терапии. Основой для данных методов служит представление о важной роли мыслительных процессов в развитии поведенческих и эмоциональных нарушений. К основным понятиям когнитивной психотерапии относят автоматические (непроизвольные) мысли, когнитивные искажения (поляризованное мышление, негативное селектирование информации, «катастрофизацию», персонализацию и др.), дисфункциональные установки и убеждения (о себе, о своем заболевании, о других людях), компенсаторные стратегии поведения (такие как избегание, гиперответственность, дистанцирование и др.). К основным приемам данного вида терапии относят техники заполнения «пробела», направленные на выявление неадаптивных когниций; техники оценки и коррекции дисфункциональных мыслей и убеждений; систему поведенческих техник перестройки неадекват-

ных компенсаторных стратегий и др. Когнитивно-поведенческая психотерапия также показана при широком спектре психических расстройств, в т.ч. депрессии, тревожных расстройствах, навязчивых и посттравматических стрессовых состояниях, соматоформных и личностных расстройствах.

Кроме того, широко применяются экзистенциальный и рациональный подходы.

В рамках экзистенциальной психологии тяжелые соматические расстройства нередко расцениваются в качестве «экзистенциального вызова», а полное душевное здоровье означает «проясненную экзистенцию» [16]. В России наибольшее распространение получили два направления экзистенциальной психотерапии: экзистенциально-гуманистическая психотерапия Дж. Бьюджентала и экзистенциальная терапия И. Ялома. Экзистенциальная психотерапия в первую очередь помогает человеку справиться с отчаянием пациента, а ее главной целью являются анализ ценностей человека, помощь пациенту в принятии мироздания, что, в конечном счете, приведет к полноценному и осмысленному существованию. Данный метод психотерапии является долгосрочным, так как для эффективной терапии требуется глубокое погружение в мировоззрение пациента. Он показан при разнообразных проблемах: депрессии, фобиях, зависимостях, навязчивых мыслях и действиях, суицидальном поведении, кризисах, социальных проблемах.

Задача рациональной психотерапии – коррекция заблуждений во взглядах пациента за счет аргументированного и логического воздействия со стороны врача. Данный метод обладает высокой эффективностью, а положительный результат можно наблюдать уже после первого сеанса. При этом данный подход работает наилучшим образом с образованными и высоко мотивированными пациентами, которые обладают высоким уровнем интеллекта [26].

Кроме основных методов психотерапевтического воздействия широко используются и дополнительные, среди которых наибольшее распространение получили суггестивные методы. В то время как основным принципом рационального воздействия является апеллирование фактами, обращение к логике и рассудку пациента, метод суггестии (внушения) основан на внушающем воздействии, не затрагивающем сознание человека. Суггестия в большинстве своем представляет собой подачу информации в повелительном наклонении, которая пассивно воспринимается человеком в обход его критической оценки. Чаще всего врач при этом обращается к переживаемым пациентом эмоциям. Полученная информация действует на нервно-психические и соматические процессы в диапазоне ощущений, представлений, эмоциональных состояний, волевых побуждений, вегетативных функций. Исторически суггестивное воздействие объединяет психотерапевтические техники внушения и самовнушения в бодрствовании, состоянии естественного сна, гипноза и наркотического сна. В число

актуальных суггестивных методов психотерапии входят различные методы современной гипнотерапии и аутогенной тренировки. Суггестивные методики в России традиционно реализуются в форме эмоционально-стрессовой психотерапии, алерт-гипнозе, методиках аутогенной тренировки и др. Гипнотерапия отличается доказанностью психологического и нейрофизиологического действия на человека и используется для лечения людей, страдающих от различных фобий, психосоматических расстройств, хронических болей, зависимостей и т.д.

Кроме того, в настоящее время используются и другие альтернативные методы, такие как релаксация (в т.ч. ауторелаксация), арттерапия, музыкотерапия, поэтическая терапия, терапия креативной агрессией, телесно-ориентированная терапия, а также синтетические и эклектические направления, в т.ч. нейролингвистическое программирование (НЛП) и гештальт-терапия.

Наиболее привычным методом психотерапии является индивидуальная психотерапия, когда беседа врач-пациент производится один на один. Однако в реабилитации онкологических больных весьма результативными оказываются и другие формы терапии, такие как семейная или групповая терапия.

Назначение психотерапии должно производиться при наличии показаний, учете возможных противопоказаний (например, тяжелые психические заболевания) и желаниях пациента. При несоблюдении перечисленных факторов терапия может не принести желаемого эффекта и закончиться преждевременным прерыванием курса пациентом, развитию негативных пессимистических установок в отношении проводимого лечения (в т.ч. и основного).

В онкогинекологии, как и при злокачественных новообразованиях любой локализации, психотерапевтическую реабилитацию можно разделить на три основных этапа: дооперационный, ранний послеоперационный и отдаленный реабилитационный. Кроме этих основных этапов выделяют такой вид реабилитации, как профилактическая реабилитация. В ее ходе преследуются две основные цели: предотвращение развития или оттягивание времени проявления какой-либо болезни, а также профилактика возникновения регрессов в течение уже имеющегося заболевания.

В дооперационный период психотерапия сводится к коррекции рациональной стороны ВКБ. Консультация врача в основном посвящена просвещению пациента в вопросах, касающихся его заболевания и упорядочиванию уже существующих знаний, а также моделированию новой системы ценностей. Для данных целей подходит индивидуальная когнитивно-поведенческая, реконструктивно-личностная и рациональная психотерапия.

На этапе раннего послеоперационного периода основной задачей является предотвращение развития комплекса неполноценности у пациента после травмирующей операции, а также создание положительного настроя. Ко всему прочему, существуют исследования,

показывающие, что психотерапия может смягчать отрицательное воздействие химиотерапии на состояние пациента, если требуется ее проведение [27]. На данном этапе наибольшей эффективностью обладают различные формы групповой терапии.

Период отдаленной реабилитации является наиболее длительным и трудоемким, так как зачастую шок от перенесенной операции в ранний послеоперационный период может перерасти в тяжелые психические расстройства, если оказываемое лечение на данном этапе было подобрано неудачно или не соответствовало потребностям пациента. Метод терапии в подобных случаях подбирается индивидуально и все лечение должно быть направлено на возвращение пациента к активной жизни после болезни.

Психотерапии обязательно следует уделять достаточное внимание и использовать на всех периодах лечения, так как уровень психической стабильности пациента, особенно на ранних этапах, определяет успех всех реабилитационных мер.

При проведении психотерапии в рамках комплексной реабилитации необходимо учитывать еще и такой важный фактор, как отношения больного с его семьей: члены семьи пациента должны быть проинформированы о прогнозах дальнейшего течения заболевания, об используемых методах реабилитации и психотерапии. В некоторых случаях членам семьи приходится разъяснять, что онкологические заболевания не имеют инфекционной природы и ими нельзя заразиться при бытовом или половом контакте; кроме того, необходимо убедить близких, что лечение возможно, а значит им необходимо оказывать поддержку больному. Это особенно важно, так как недостаточная поддержка окружающих является доказанным фактором риска развития осложнений и рецидивов, а значит, может привести к неблагоприятному исходу [28]. Кроме того, зачастую необходима не только просветительская работа с семьей, но и оказание непосредственной психотерапевтической помощи, так как семья пациента может быть подвержена психологическому стрессу и депрессии в той же или даже большей степени, что и сам пациент. Такая ситуация может привести к возникновению конфликта и семейного кризиса. Это приводит к созданию тяжелой для пациента атмосферы, при которой сохранение нормального функционирования становится крайне тяжелым и лишает его возможности поделиться своими переживаниями с близкими. Проблемы, возникающие в таких семьях, можно представить в виде трех групп:

- аффективные реакции лиц, ухаживающих за больным, характеризующиеся в основном в виде страха, чувства беспомощности и безысходности;
- изменение поведения, связанное со сменой ролей внутри семьи и с возможными финансовыми трудностями;
- проблемы, связанные с системой обслуживания, возникающие на почве конфликта интересов и потребностей пациента и его близких.

Для создания и поддержания комфортной обстановки в семье пациента необходимо провести беседу со всеми ее членами, в процессе которой следует мотивировать их на активное участие в процессе выздоровления больного, оказание ему моральной поддержки и создание атмосферы уюта. При этом у пациента не должно возникать чувство утраты инициативности и самостоятельности. Нужно объяснить близким, что внимание должно заостряться на улучшении самочувствия пациента, а не на болезни. Если до развития заболевания онкобольной выполнял определенную социальную роль в семье, то ни в коем случае нельзя принуждать его к смене этой роли.

Таким образом, неотъемлемыми врачебными навыками, необходимыми для проведения успешной реабилитации больного, которыми должен обладать врач любой специализации, являются умение наладить контакт как с самим пациентом, так и с его родственниками и способность подробно и, главное, доходчиво объяснить им особенности заболевания, тактику лечения и ухода.

Заключение

Так как психологический фактор оказывает существенное влияние на течение онкологических заболеваний, в программу комплексного лечения пациентов необходимо включать психореабилитацию. В настоящее время ведется активная разработка новых, более действенных методик и программ реабилитации, новейшие приемы физиотерапии приходят на смену медикаментозного лечения психологических проблем. Однако даже с помощью простого психотерапевтического консультирования можно добиться положительных результатов. Психотерапия способствует сниже-

нию уровня стресса и тревоги пациента, что, в свою очередь, способствует нормализации работы иммунной системы и гормонального фона, а также помогает осознать человеку, что жизнь не заканчивается после установки страшного диагноза. Главная цель психотерапии – изменить отношение пациента к болезни, помочь ему адаптироваться к сложившейся ситуации и выразить поддержку в борьбе с трудностями, которые принесло заболевание. Крайне важно начинать курс как можно раньше, так как психотерапевтическая помощь значительно повышает вероятность положительного исхода.

Психотерапевтическими приемами общения с пациентами следует пользоваться врачам всех специальностей во время осуществления консультаций, однако им не всегда хватает времени или соответствующих навыков. Поэтому в подавляющем большинстве случаев необходимо прибегать к помощи узких специалистов. Наилучшим решением при этом будет обеспечение психологической поддержки и всех видов реабилитации на базе специализированных центров. Несомненными плюсами таких центров является сосредоточенность всех терапевтических средств в одном месте, что позволяет максимально обеспечить принцип преемственности, а также создает комфорт для пациентов. Кроме всего прочего, в реабилитационных центрах легче организовать специальные помещения для восстановительных методик, например, танцевальные залы, студии или соляные пещеры. Более того, обстановка, в которой у всех пациентов имеется схожая проблема и они объединены одной целью, способствует поднятию их морального духа и более тщательному выполнению врачебных предписаний, а значит, усиливает эффективность терапии.

Литература:

- Martin E. P. Seligman. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J. Palliat. Care.* 2001; 17: 12-21.
- Baltrusch H.J, Stangel W., Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol.* 1991; 13: 315-327.
- Bartrop R.W., Luckhurst E., Lazarus L., Kiloh L.G., Penny R. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet.* 1977; 1(B016): 834-8366.
- Ротенберг В.С. Сновидения, гипноз и деятельность мозга. Центр гуманитарной литературы РОН, 2001. 254 с.
- Архипова И.В., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А. Психогенные факторы и рак молочной железы. В кн.: Актуальные проблемы рака молочной железы. Кемерово. 2003; 7: 7-8.
- Малкина-Пых И.Г. Психотерапия онкологических заболеваний. Московский психологический журнал. 2005; 12.
- Lee C.Y., Fang C.K., Yang Y.C. et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support care cancer.* 2012; 20: 2259-2267.
- Strada E.A. Grief, demoralization, and depression- diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry.* 2009; 16: 49-55.
- David Spiegel. Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology.* 2013; 19 (3) 1-21.
- Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2015; 9 (4): 46-54.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. 1987. 168 с.
- Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб. 2001; 288 с.
- Осипова А.А. Общая психокоррекция. М. 2001; 169-177 с.
- Егоров Б.Е. Рациональная психотерапия: теория и практика. Пособие для врачей. М. 2003; 57 с.
- Бухаров Я.М., Голубев М.В. Психотерапия в практике врача-непсихотерапевта. М. 2007; 56 с.
- Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980; 8: 1195-1198.
- Щукина Е.Г. Бульгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы. *Экология человека.* 2006; 9: 57-60.
- Levin T., Kissane W.D. Psychooncology – the state of its development in 2006. *The European Journal of Psychiatry.* 2006; 20 (3): 183-197.
- National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London. 2004.
- Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез»). Психические расстройства в общей медицине. 2009; 1: 4-9.
- Fang F., Fall K., Mittleman M.A. et al. Suicide and cardi- ovascular death after a cancer diagnosis. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 1310-1318.
- Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer.* 1999; 80: 1770-1780.

24. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989; 2: 888-91.
25. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Казаковцев Б.А., Кулаков С.А., Назыров Р.К., Подсадный С.А.

- и др. Психотерапия. Учебник для студентов медицинского вузов. СПб. 2000; 536 с.
26. Абрамова Г.С. Практическая психология. Учебник для студентов вузов. М. 2003. 496 с.
27. Мысливцева А.В., Заика В.Г. Влияние химиотерапии на эмоциональное

- состояние больных с онкологической патологией. *Журнал фундаментальной медицины и биологии*. 2014; 3: 37-40.
28. House J.S., Landis K.R., Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241: 540-545.

References:

- Martin E. P. Seligman. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J. Palliat. Care*. 2001; 17: 12-21.
- Baltrusch H.J., Stangel W., Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol*. 1991; 13: 315-327.
- Bartrop R.W., Luckhurst E., Lazarus L., Kiloh L.G., Penny R. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*. 1977; 1(B016): 834-8366.
- Rotenberg V.S. Dreams, hypnosis and brain activity. Center of humanitarian literature RON [Snovideniya, gipnoz i deyatel'nost' mozga. Tsentr gumanitarnoi literatury RON (in Russian)]. 2001. 254 с.
- Arhipova I.V., Kokorina N.P., Magaril Yu.A. Psychogenic factors and breast cancer. In: Actual problems of breast cancer [Psikhogennyye faktory i rak molochnoi zhelezy. V kn.: Aktual'nye problemy raka molochnoi zhelezy (in Russian)]. Kemerovo. 2003; 7: 7-8.
- Malkina-Pykh I.G. *Moskovskii psikhologicheskii zhurnal*. 2005; 12.
- Lee C.Y., Fang C.K., Yang Y.C. et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support care cancer*. 2012; 20: 2259-2267.
- Strada E.A. Grief, demoralization, and depression- diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry*. 2009; 16: 49-55.
- David Spiegel. Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology*. 2013; 19 (3) 1-21.
- Solopova A.G., Tabakman Yu.Yu., Idrisova L.E., Sdvizhkov A.M. Reabilitatsiya onkoginekologicheskikh bol'nykh. Vzgl'yad na problemu. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2015; 9 (4): 46-54.
- Nikolaeva V.V. The effect of chronic illness on the psyche [Vliyaniye khronicheskoi bolezni na psikhiku (in Russian)]. M. 1987. 168 s.
- Saimontov K., Saimontov S. Psychotherapy cancer [Psikhoterapiya raka (in Russian)]. SPb. 2001; 288 s.
- Osipova A.A. General psycho-correction [Obshchaya psikhokorreksiya (in Russian)]. M. 2001; 169-177 s.
- Egorov B.E. Rational psychotherapy: theory and practice. Manual for doctors [Ratsional'naya psikhoterapiya: teoriya i praktika. Posobie dlya vrachei (in Russian)]. Moscow. 2003; 57 s.
- Bukharov Ya.M., Golubev M.V. Psychotherapy in medical practice-neprihotliva [Psikhoterapiya v praktike vracha-nepsikhoterapevta (in Russian)]. M. 2007; 56 s.
- Lichko A.E. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1980; 8: 1195-1198.
- Shchukina E.G. Bulygina L.S. *Ekologiya cheloveka*. 2006; 9: 57-60.
- Levin T., Kissane W.D. Psychooncology – the state of its development in 2006. *The European Journal of Psychiatry*. 2006; 20 (3): 183-197.
- National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London. 2004.
- Smulevich A.B., Andryushchenko A.B., Beskova D.A. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchei meditsine*. 2009; 1: 4-9.
- Fang F., Fall K., Mittleman M.A. et al. Suicide and cardi- ovascular death after a cancer diagnosis. *N. Engl. J. Med*. 2012; 366: 1310-1318.
- Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*. 1999; 80: 1770-1780.
- Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989; 2: 888-91.
- Ababkov V.A., Isurina G.L., Kazakovtsev B.A., Kulakov S.A., Nazzyrov R.K., Podsadnyi S.A. et al. Psychotherapy. A textbook for medical students [Psikhoterapiya. Uchebnik dlya studentov meditsinskiiy vuzov (in Russian)]. SPb. 2000; 536 s.
- Abramova G.S. Practical psychology. Textbook for University students [Prakticheskaya psikhologiya. Uchebnik dlya studentov vuzov (in Russian)]. Moscow. 2003. 496 s.
- Myслиvtseva A.V., Zaika V.G. *Zhurnal fundamental'noi meditsiny i biologii*. 2014; 3: 37-40.
- House J.S., Landis K.R., Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241: 540-545.

Сведения об авторах:

Солопова Антонина Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, дом 8, стр. 1, 119991, Москва, Россия. Тел.: +7(499)2480553. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Идрисова Лариса Эмиевна – к.м.н., научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Земляной Вал, 62, стр. 1, Москва, Россия, 109004. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Макацария Александр Давидович – д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048. Тел.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Чуканова Екатерина Михайловна – студентка 4 курса Дирекции образовательных программ по специальности «Лечебное дело» направленности «Персонализированная медицина» Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Адрес: ул. Трубецкая, 8, стр. 1, Москва, Россия, 109004. E-mail: spiral.static@yandex.ru.

About the authors:

Solopova Antonina Grigorevna – MD, Professor of Department of Obstetrics and Gynecology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Address: Trubetskaya str., 8, p. 1, Moscow, Russia, 119991. Tel: +7(499)2480553. E-mail: antoninasolopova@yandex.ru.

Idrisova Larisa Emievna – PhD, researcher at the Department of the Ob/Gyn Department of The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Address: ul. Zemlyanoi Val, 62-1, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Makatsariya Aleksandr Davidovich – MD, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical and Preventive, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Address: ul. Trubetskaya, 8, str. 2, Moskva, Russia, 119048. Tel.: +7(495)7885840. E-mail: gemostasis@mail.ru.

Chukanova Ekaterina Michailovna – 4th year student of Directorate of educational programs in general medicine, Personalized Medicine course, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Address: ul. Trubetskaya, 8-1, Moscow, Russia, 119991. E-mail: spiral.static@yandex.ru.