

УДК 159.99

doi:10.18720/SPBPU/2/id22-278

Маяя Леонидовна Захарова,

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Медицинский институт им. Березина Сергея (ООО «ЛДЦ МИБС»),
г. Санкт-Петербург*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ

Аннотация. Психологическая реабилитация – одно из направлений в деятельности психолога в онкологической практике. Необходимость адаптации пациента к ситуации болезни, улучшения качества его жизни, решение вопросов психологической коррекции эмоциональных состояний, сохранение активности и работоспособности пациента и его социальная интеграция в общество – это далеко не весь круг вопросов, которые решает онкопсихолог в процессе психологической реабилитации онкологических больных.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, реабилитация, онкология, онкопсихология, психологическое сопровождение, адаптация к заболеванию, качество жизни.

Maiia L. Zakharova

*St. Petersburg State Pediatric Medical University,
Dr. Sergey Berezin Medical Institute (MIBS),
Saint-Petersburg*

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN ONCOLOGY

Abstract. Psychological rehabilitation is one of the directions in the activity of a psychologist in oncological practice. The need to adapt the patient to the situation of the disease, improve his quality of life, address issues of psychological correction of emotional states, maintaining patients activity and efficiency, and his social integration into society - this is not the whole range of issues that

an oncopsychologist solves in the process of psychological rehabilitation of cancer patients.

Keywords: psychological rehabilitation, rehabilitation, oncology, oncopsychology, psychological support, adaptation to the disease, quality of life.

По данным ВОЗ онкологические заболевания являются одной из ведущих причин смерти в мире. Только в 2020 году они унесли жизни почти 10 миллионов человек, то есть почти каждого шестого умершего [17]. В мире отмечается рост численности больных с онкологическими заболеваниями, что обусловлено многими факторами. В том числе влияние на это оказали и современные возможности диагностики новообразований, особенно на ранних стадиях их развития. В то же время отмечается также и увеличение продолжительности жизни пациентов ввиду более эффективного их ведения и успешного лечения на фоне новых достижений противоопухолевой терапии. Выявляется гораздо большее количество пациентов, пребывающих в состоянии устойчивой ремиссии. Такая ситуация привела к актуализации и необходимости решения вопроса обеспечения более высокого качества жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями, решению не только медицинских, но и социально-психологических проблем, проведению более широких реабилитационных мероприятий, включающих, в том числе, и психологическую помощь.

Необходимость оказания психологической помощи обусловлена и особенностями ситуации онкологического заболевания:

1) наличие онкологического заболевания, а тем более сложное, длительное и непредсказуемое по результатам лечение создает экстремальную и кризисную ситуацию как для больного, так и для его ближайшего окружения, проявляющуюся как «внутренние состояния человека, предельные по масштабу душевных затрат, которые необходимы для сохранения целостности и идентичности личности» [1, 2, 14]. Такой характер жизненной ситуации создают как неожиданность, внезапность возникновения самой ситуации онкологического заболевания, так и выраженное осознание пациентом наличия витальной угрозы, разрушения созданной ранее картины мира, появления неопределенности будущего, потери контроля над

происходящим, над своей жизнью, своими жизненными планами. Вероятно, поэтому у части (по данным разных авторов от 5 % до 38 %) онкологических больных развивается посттравматическое стрессовое расстройство с характерными для данного заболевания симптомами и нарушениями, такими, как навязчивые возвращения к болезненным эмоциональным переживаниям, связанным с заболеванием и его влиянием на жизнь, нарушения сна с трудностями засыпания и кошмарными сновидениями, содержащими сюжеты психотравмирующей ситуации, выраженная тревога, беспокойство и пр. [8, 14];

2) у пациентов отмечаются и изменения в психоэмоциональном состоянии. Часто проявляются тревога и страхи смерти, прогрессирования, рецидива заболевания, боли, а также высокое психоэмоциональное напряжение перед лечебными процедурами, возможными побочными явлениями на фоне получаемого лечения; отмечается снижение фона настроения, пессимистическая оценка будущего, ощущение потери, а порой и тотальности потерь, переживание отчаяния и безнадежности; чувство одиночества, суицидальные мысли и тенденции; могут появляться и на разных этапах усиливаться как тревожно-фобическая, так и астено-депрессивная, ипохондрическая, обсессивно-компульсивная, апатическая, дисфорическая симптоматика [2, 4, 5, 7, 9];

3) наблюдаются изменения в социальном функционировании пациента. Болезнь, с одной стороны, формирует чувство беспомощности и даже зависимости от других людей (в первую очередь, врачей и членов семей), а, с другой, часто приводит к нарушениям коммуникаций вплоть до социальной изоляции и социальной депривации. Ограничение работоспособности, инвалидизация часто вынуждают пациента оставить работу или ограничить свою трудовую деятельность. Идет осознание и принятие (или непринятие) новой социальной роли – роли пациента;

4) происходят личностные изменения, изменения ценностных и смысло-жизненных ориентаций, изменения в потребностно-мотивационной сфере;

5) на фоне заболевания и проводимого лечения происходит изменение образа тела и восприятия собственного тела, отношения

к измененному телу и его возможностям. Боль телесная становится не только симптомом заболевания, мерой, определяющей качество жизни и эффективность лечения, но и фактором, вызывающим тяжелые эмоциональные переживания, душевную боль [4, 6].

Таким образом, появившееся в ситуации болезни высокое нервно-психическое напряжение, продолжительное и тяжелое лечение, изоляция от привычного окружения, постоянная или временная потеря трудоспособности, инвалидизация приводят пациента к социальной и психической дезадаптации, появлению психопатологической симптоматики и изменениям в личности пациентов, что будет требовать проведения психосоциальной реабилитации пациентов, а также членов их семей [2].

Реабилитация – комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, для достижения физического, психического, социального и профессионального функционирования человека [10].

Цель реабилитации – по возможности быстро восстановить способность человека жить и функционировать в обычной среде.

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленный на решение следующих задач:

- полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсация утраченных функций пораженного органа либо системы организма;
- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме;
- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
- улучшение качества жизни;
- сохранение работоспособности пациента;
- социальная интеграция пациента в общество.

Как мы видим, реабилитационные мероприятия должны быть направлены не только на минимизацию физических последствий

противоопухолевого лечения, но и на минимизацию социальных, психических и профессиональных последствий заболевания и проводимого лечения. Последние три из указанных задач являются задачами психологической реабилитации, поэтому все больше в мультидисциплинарных реабилитационных командах отводится места клиническому психологу, или онкопсихологу, если речь идет о реабилитационных мероприятиях в онкологии [13].

Основными задачами психологической реабилитации становятся помощь в принятии изменившейся ситуации жизни, преодолении экзистенциального кризиса; адаптация к ситуации заболевания и лечения, повышение адаптационных ресурсов; поддержание качества жизни; поддержание оптимального психоэмоционального состояния; психологическая поддержка и сопровождение на разных этапах заболевания и лечения; повышение приверженности лечению, обучение техникам самопомощи для достижения релаксации, снятию психологического и физического напряжения, работа над мотивационно-смысловой сферой личности, восстановлению/сохранению социального статуса, формирование активной позиции и ответственности за свое здоровье и свое лечение.

Проведение медицинской реабилитации в России осуществляется в три этапа (Приказ МЗ РФ «О утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых» №788 от 31.07.2020.):

I этап – в острейших и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, в раннем послеоперационном периоде, а при проведении лучевой терапии и химиотерапии – с 1 суток от их начала;

II этап – в стационарных условиях в отделении или центрах медицинской реабилитации. При появлении ранних или поздних осложнений противоопухолевого лечения;

III этап – в амбулаторно-поликлинических условиях и/или в условиях дневного стационара, кабинете реабилитации, выездными бригадами на дому, а также в условиях санаторно-курортного лечения [13].

Однако крайне важна еще и реабилитационная работа на этапе между постановкой диагноза и началом лечебных мероприятий – так называемая пре-реабилитация (prehabilitation).

Психологическая реабилитация включает в себя как проведение психодиагностических мероприятий (с использованием наблюдения, клинико-психологической беседы и по возможности экспериментально-психологического исследования) с целью оценки психоэмоционального состояния, когнитивных особенностей, отношения к болезни и лечению, внутренней картины болезни, личностных особенностей, особенностей защитно-совладающего поведения, рисков дезадаптации, адаптационного потенциала и других психологических особенностей пациентов; так и проведение психологической интервенции (в виде психологического консультирования и психологической коррекции как в индивидуальной, так и в групповой форме), а также оказание психологической помощи родственникам пациентов.

На этапе пре-реабилитации пациент переживает информационный стресс, вызванный данными о заболевании, и реакцию на эту информацию. Часто наблюдается тревожно-депрессивный синдром, проявляющийся общим беспокойством, страхом перед «безнадежным» заболеванием, угнетенностью, мыслями о бесперспективности, близкой смерти, мучительном конце. Следует отметить, что в клинической картине стеничных в преморбиде личностей чаще превалирует тревога, у астенических — депрессивная симптоматика [4]. На этом этапе возникает крах «иллюзии бессмертия». Травматичность переживаний дает толчок развитию состояния психологического дистресса и разворачиванию картины экстремальной и кризисной ситуации в условиях заболевания. Но в это же время начинается процесс принятия болезни, стадийность которого была исследована и описана Э. Кюблер-Росс: психологический шок, отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие [11].

Огромную роль в процессе реагирования на болезнь, в процессе формирования отношения к болезни и лечению, в принятии болезни играют возраст пациента, его образование, семейная ситуация, ближайшее социальное окружение, общее соматическое состояние, психоэмоциональное состояние, система знаний о заболевании и вариантах его лечения, привычки и образ жизни, предыдущий опыт контакта с заболеванием на примере близких или знакомых

людей, личностные особенности, копинг-ресурсы и копинг-стратегии, материальное положение [3]. Учитывая стрессовый характер стадии, у пациента могут наблюдаться, как правило, временные изменения в функционировании когнитивных процессов (ухудшение внимания, трудности переключения с темы болезни, ухудшение памяти, снижение/изменение темпа психомоторной деятельности) и изменения в поведенческих стереотипах [14].

Психореабилитационная работа на данном этапе, в первую очередь, направлена на оказание помощи в принятии пациентом своего заболевания, в адаптации пациента к заболеванию, его особенностям, подготовке к лечебным мероприятиям.

Поэтому основными методами психологической работы становятся кризисная интервенция – купирование острых реактивных состояний психологическими средствами (направленная работа с аффектом, помощь в эмоциональном отреагировании), психологическая поддержка, информирование с целью передачи сведений, которые помогут пациенту в понимании специфики заболевания и лечения, в осознании собственного состояния на физическом, эмоциональном, социальном и духовном уровнях, обучение техникам контролируемого дыхания и аутогенной тренировки для снятия напряжения и расслабления, краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия (в первую очередь, работа с осознанностью и дисфункциональными мыслями в отношении ситуации болезни, лечения, жизненной ситуации), арттерапия. На этом этапе более эффективна и целенаправленна работа в индивидуальной форме.

Начало лечения часто снижает уровень нервно-психической напряженности, способствует большей адаптации к заболеванию и новой социальной роли. На I реабилитационном этапе (ранний послеоперационный период, период проведения лучевой и лекарственной терапии) на фоне получаемой терапии может наблюдаться усиление астено-депрессивных и тревожно-ипохондрических состояний, могут появиться тревога за будущее, его неопределенность и одновременно с этим надежда на выздоровление, тревога за процесс лечения, его возможные осложнения и последствия, его эффективность; страх медицинских

манипуляций, боли, страх беспомощности, инвалидизации. Нередки нарушения сна, приема пищи, психоэмоциональные изменения на фоне послеоперационных и связанных с противоопухолевым лечением (выпадение волос, ожоги и пр.) изменений образа тела и косметических дефектов; физиологические расстройства, физическое и эмоциональное истощение. Возможны дезадаптация, суицидальные мысли и тенденции, усиление состояния дистресса вплоть до отказа от проводимого лечения в зависимости от объема и видимости послеоперационных дефектов, изменения образа тела, функциональных ограничений, тяжести и специфики побочных эффектов терапии [4, 9].

Ситуация лечения, взаимодействия с медицинским персоналом и, особенно, другими пациентами могут оказывать как поддерживающее влияние на пациента, так и усиливать ситуацию дистресса, особенно в случаях некорректной передачи информации об онкологических заболеваниях и их лечении на примерах негативного опыта.

Целью психореабилитационных мероприятий становится профилактика риска дезадаптивного эмоционального реагирования и дезадаптивного поведения в ситуации заболевания и лечения, адаптация пациента к лечебному процессу и его особенностям, повышение приверженности лечению, психологическое сопровождение в период лечения, психологическая помощь в принятии нового образа тела и его изменений на фоне противоопухолевого лечения, психологическая коррекция психоэмоциональных состояний.

Основными методами становятся психологическая поддержка, психологическая помощь в отреагировании эмоциональных состояний, информирование об особенностях проведения медицинских процедур и возможных эффектах лечения, обучение техникам релаксации и аутогенной тренировки, арттерапия, экзистенциальная психотерапия, когнитивно-поведенческая и телесно-ориентированная психотерапия.

На II реабилитационном этапе (при наличии ранних и поздних осложнений противоопухолевого лечения) к ряду вышеописанных проблем добавляются еще и возможные трудности, связанные

с потерей пациентом работы, финансовыми проблемами, трудностями семейных взаимоотношений на фоне длительного продолжительного психического напряжения всех членов семьи пациента в ситуации онкологического заболевания и эмоциональные реакции, связанные с этими обстоятельствами. Актуализируются тревоги и страхи еще больших осложнений, медицинских манипуляций, боли, чувство безысходности, беспомощности, отчаяние; усиление астено-депрессивной, тревожной, фобической симптоматики. Многие пациенты имеют проблемы в поддержании существующих контактов и создании новых, испытывают одиночество даже в кругу семьи.

Целью реабилитации становится профилактика риска дезадаптивного эмоционального реагирования и дезадаптивного поведения пациента, его адаптация как к лечебному процессу и его особенностям, так и к изменившимся социальным условиям, повышение приверженности лечению, поиск ресурсов для совладания с болезнью и в какой-либо мере восстановлению или сохранению социального статуса.

Основными методами становятся арттерапия, логотерапия, экзистенциальная терапия, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная терапия, обучение методам релаксации и коррекции психоэмоционального напряжения [15, 16]. Здесь помимо работы в индивидуальной форме также важной становится психологическая работа и в групповой форме, где у пациентов появляется возможность получить друг у друга психологическую поддержку и обменяться информацией и опытом совладания с разнообразными ситуациями, а также расширить свои социальные связи и усилить социальную адаптацию. Важной становится и работа с родственниками пациента.

На III этапе реабилитации основные проблемы связаны с ситуацией социальной дезадаптации, с трудностями возвращения к обычной жизни, с усилением тревожно-депрессивной симптоматики, страхами и тревогами прогрессирования заболевания, рецидива, что в ряде случаев может привести к отказу от лечения и обследования. Задачей психолога на данном этапе становится

помощь пациенту справиться с тяжестью травматичности заболевания; адаптироваться к новому образу жизни; адаптироваться к новому статусу; принять изменения в теле после операции и лечения; скоррегировать и научиться управлять психоэмоциональным состоянием; наладить отношения с семьей и друзьями; вернуться в профессиональную среду. Становятся особо важны мероприятия, направленные на восстановление физической активности и профессиональную реабилитацию.

Основными методами становятся логотерапия, экзистенциальная терапия, арттерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, поиск ресурсов, семейная психотерапия. Особую ценность в вопросах реабилитации пациентов начинают играть Школы пациентов, где и психолог, и ряд других специалистов помогают пациентам получить необходимые знания для успешной реабилитации.

Таким образом, мы видим, что психологическая реабилитация – это не просто одно из направлений в деятельности психолога в онкологической клинике, а необходимый процесс, с учетом эмоционально-личностных особенностей пациента, его отношения к болезни и лечению, особенностей течения заболевания, подбором соответствующих ситуации психологических методов помощи способствующий адаптации пациента к ситуации болезни и лечения, принятию особенностей заболевания и созданию условий для более комфортного прохождения всех этапов непростого жизненного пути в условиях онкологического заболевания.

Список литературы

1. Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии // Вестник СПбГУ, Сер. 12, вып. 1, 2010, с. 9–17.
2. Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., Кондратьева К. О. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов// Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. Том 1, № 3 (2019). – с. 40–43.
3. Ворона О. А. Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы. Автореферат диссертации на соискание уч.ст. канд. психол.наук. М., 2005. – 24 с.

4. **Гнездилов А. В.** Психология и психотерапия потерь. СПб, 2002. — 162 с.
5. **Захарова М. Л.** Особенности психологического сопровождения пациентов при прохождении лучевой терапии // Евразийский онкологический журнал. 2020. Т. 8 № S2. — с. 488.
6. **Захарова М. Л., Козырева А. В., Иванов П. И.** Субъективная оценка качества жизни у пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы, осложненными метастазами в головной мозг // Детская медицина Северо-Запада. 2020. Т. 8 № 1. — с. 174.
7. **Идрисова Л. Э., Солопова А. Г., Табакман Ю. Ю., Макацария А. Д., Суренков А. А. Карицкий А. П., Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Семиглазова Т. Ю.** Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. // Вопросы онкологии. — 2015. — № 2. — С. 180–184.
8. **Караваева Т. А., Васильева А. В., Лукошкина Е. П.** Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А. М. Беляев и коллектив авторов/ Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. СПб, 2017. — с. 227–239.
9. **Кириллова Л. Ю., Захарова М. Л.** Особенности состояния тревоги у онкологических больных перед процедурой химиотерапевтического лечения // VII Петербургский международный онкологический форум «Белые ночи 2021». Тезисы форума. Материалы VII Петербургского международного онкологического форума. Санкт-Петербург, 2021. — с. 140.
10. Клиническая психология. Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2013. -864 с.
11. **Кюблер-Росс Э.** О смерти и умирании. — Пер с англ. — Киев: София. — 2001. — 320 с.
12. **Пестерева Е. В., Кондратьева К. О., Чулкова В. А., Караваева Т. А.** Обзор методов психологического консультирования и психотерапии, применяемых в работе с онкологическими пациентами // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А. М. Беляев и коллектив авторов/ Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. СПб, 2017 — с. 159–174.
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
14. **Чулкова В. А., Пестерева Е. В.** Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А. М. Беляев

и коллектив авторов/Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. СПб, 2017 – с. 65–84.

15. **Ткаченко Г. А.** Арт-терапия в комплексной реабилитации онкологических пациентов // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. Том 1, №3 (2019). – с. 37–39.

16. **Ткаченко Г. А.** Психологическая реабилитация онкологических больных: от истоков к современности //Злокачественные опухоли. Т. 12, №3 (2022) – с. 52–56.

17. who.int/ru/health-topics/cancer

Сведения об авторах

Захарова Майя Леонидовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации, клинический психолог Медицинского института им. Березина Сергея (ООО «ЛДЦ МИБС»), Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: mayazharova@mail.ru

Maia L. Zakharova, Candidate of Sciences in Psychology, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology of the St. Petersburg State Pediatric Medical University, Clinical Psychologist of the Dr. Sergey Berezin Medical Institute (MIBS), Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: mayazharova@mail.ru