

*Н. В. Литвиненко, В. А. Пинчук, Е. А. Таряник, Г. Я. Силенко*  
ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (з. Полтава)

### Использование нейромидина в комплексной терапии рассеянного склероза

Доказана ефективність препарату нейромидин у пацієнтів с аксонально-демієлінізуючими і демієлінізуючими мотосенсорними или ісключительно моторними поражениями, тогда как традиционные схемы лечения вызывают меньший эффект при аксональных и моторных поражениях. Доказано благоприятное действие препарата на проведение возбуждения и способность улучшать сократительные способности мышц.

*Ключевые слова:* Рассеянный склероз, нейромидин, лечение.

*N. V. Lytvynenko, V. A. Pinchuk, E. A. Taryanyk, G. Ya. Silenko*  
Higher state Educational Establishment  
“Ukrainian medical Stomatological Academy” (Poltava)

### Using the Neiromidin in complex therapy multiple sclerosis

Authors described good effects Neiromidin drug at patients with Multiple Sclerosis with axonal-demyelinative and demyelinate motor and sensory or only motory damage. Traditional charts treatment the patients with Multiple Sclerosis has smaller effect at axonal and motor damage. Neiromidin drugs had positive effect on transmission reactions and improvement flexor muscles ability.

*Keywords:* Multiple sclerosis, Neiromidin, treatment.

УДК616.89-008.48:159.923:615.851-055

*М. В. Маркова<sup>1</sup>, д-р мед. наук, проф., О. В. Піонтовська<sup>2</sup>, канд. мед. наук, доцент, І. Р. Кужель<sup>3</sup>, канд. мед. наук*

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти;

<sup>2</sup> КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» (м. Харків);

<sup>3</sup> Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)

## СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ПСИХООНКОЛОГІЇ

Психоонкологія вивчає емоційні реакції пацієнтів на всіх стадіях захворювання, членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд за хворими, а також психологічні, поведінкові та соціальні фактори, які можуть впливати на захворюваність і смертність внаслідок онкологічних захворювань. Психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності в лікуванні, що дозволяє побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно, і відповідно побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги.

*Ключові слова:* психоонкологія, онкологічні хворі, родина хворого, медичний персонал

Сімдесяті роки ХХ століття вважаються початком інтенсивного розвитку психоонкології. Кардинальні зрушення відбулися після зміни поглядів на питання

«Говорити чи ні про діагноз з пацієнтом?». Можливість говорити з хворим про онкологічний діагноз дозволила розкрити той спектр переживань, які виникають у відповідь на хворобу, та, відповідно, відкрила можливості вивчення особливостей психологічного реагування пацієнта на діагноз, і головне — обговорювати потреби хворого та труднощі у процесі лікування.

Психоонкологія вивчає емоційні реакції пацієнтів на всіх стадіях захворювання, членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд за хворими (психосоціальний фактор), а також психологічні, поведінкові та соціальні фактори, які можуть впливати на захворюваність і смертність внаслідок онкологічних захворювань (психобіологічний фактор) [1]. Основними віхами у розвитку психоонкології були такі події (табл. 1).

Таблиця 1

Основні історичні віхи психоонкології

Роки	Події
1950-ті	Перші публікації з приводу психологічних реакцій на рак. A. Sutherland став першим психіатром, що почав працювати в онкологічному стаціонарі Меморіального онкологічного центру Слоана Кетерінга в Нью-Йорку
1960-ті	Е. Кюблер-Росс порушила табу теми смерті та вмирання. С. Сандерс відстоювала проведення навчань у сфері паліативної допомоги. З'явилися доповіді щодо куріння та раку легень, поведінкові дослідження куріння
1970-ті	Психосоціальні дослідження отримали державну підтримку. Відбулася перша конференція по Психосоціальним дослідженням. Перші дослідження наявності психічних розладів у онкохворих. Відкриття першого хоспісу. Перші керівництва по допомозі інкурабельним хворим. Створюються комітети, служби з питань психологічної допомоги онкологічним хворим. Рух за права пацієнта
1980-ті	Створення національних організацій з психоонкології, а також спілок пацієнтів, що перехворіли на рак. Початок розвитку психонейроімуннології. Дослідження якості життя та етичні питання. Перший підручник з психоонкології
1990—2000	Зростання суспільного інтересу до питань здорового способу життя та попередження виникнення раку. Покращання контролю симптомів та паліативної допомоги. Генетичне консультування з приводу ризику розвитку раку. Дослідження психотерапевтичних втручань. Розроблення стандартів надання допомоги при психосоціальному дистресі. Дебати щодо евтаназії. Комунікативні тренінги для медичного персоналу
2001—2008	Клінічні протоколи надання психосоціальної допомоги хворим. Створення міжнародних організацій з психоонкології.

В цілому, психоонкологія займається:

- дослідженням поведінки з метою зміни стилю життя та звичок і, відповідно, попередження ризику розвитку онкологічних захворювань;
- вивченням поведінки та настанов населення, пов'язаних з виявленням онкологічних хвороб на ранній стадії;
- вивченням психологічних особливостей, пов'язаних з генетичним ризиком розвитку онкопатології та їх діагностикою;
- контролем окремих симптомів (тривога, депресія, делірій, біль, астенія) протягом лікування;
- психологічними аспектами в онкології в залежності від віку, статі, нозології; транскультуральними аспектами;
- психологічними наслідками у пацієнтів, що перенесли онкологічне захворювання;
- психологічними аспектами паліативної допомоги та допомоги наприкінці життя ("end-of-life care");
- вивченням зв'язку між психологічними та соматичними факторами, пов'язаними з ризиком розвитку онкопатології.

Одними з перших досліджень в полі психоонкології було виявлення наявності психічних розладів у онкохворих. Психічна патологія надає значиме несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживаності, редуцію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогенетичного лікування. Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивний розлад як один з важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоскісними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [2—5].

Найбільш частими причинами виникнення психічних розладів у соматичній медицині в цілому визначені інтоксикація ліками та алкоголем, синдром відміни прийому препаратів, розлади свідомості (на фоні прийому опіоїдів, стероїдів, хвороб ЦНС), спроби суїциду та суїцидальна готовність (на фоні депресії, акатизії, гострого переживання вираженого больового синдрому та прогресуючої слабкості), психомоторного збудження або сплутаності свідомості), панічні атаки, маніакальний синдром, випадки передчасного завершення лікування та/або відмова від лікування. Подібні до вищеописаних розлади психічної діяльності виявляються під час діагностики та лікування онкологічних хворих на різних стадіях розвитку захворювання.

На основі досвіду лікування онкологічних пацієнтів та аналізу клінічної практики дослідниками було виділено 6 основних факторів ризику розвитку психіатричних ускладнень та пов'язаних з ними невідкладних станів у онкології [1]: термінальний стан онкологічного захворювання; недостатній/складний контроль за фізичними симптомами (виражений больовий синдром, дихальна недостатність); фактори, що пов'язані з хворобою (наприклад, локалізація пухлини); фактори пов'язані з лікуванням; психіатричні преморбідні особливості; соціальні фактори. На термінальній стадії вираженість болю, поширеність афективних симптомів (особливо депресії) та розлади свідомості у онкологічних хворих

діагностуються частіше у порівнянні з пацієнтами на ранній стадії онкологічної хвороби.

Перше ґрунтовне дослідження було проведено у 1983 році Derogatis et al. [6], що виявили поширеність даних розладів у 47 % обстежених. Так, поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих за дослідженнями різних авторів складає від 44 до 62 % [6—9]. Тобто, кожен 4—6 пацієнт має той чи інший психічний розлад. Депресивний розлад спостерігається у 7—32 % пацієнтів; тривожні розлади — у 6—10 %, органічні — у 8 %. Привертають увагу високі показники поширеності розладу адаптації (22—75 %) та діагностування недиференційованих психічних розладів у 16—45 %, а також наявність у респондентів більше одного розладу в 20—47 % випадків (табл. 2).

Таблиця 2

Поширеність психічних розладів на початкових та пізніх етапах розвитку хвороби у онкологічних хворих (%)

Нозологія	Початковий етап	Пізній етап
Депресивний розлад	9,6—32	6,8—25,6
Тривожно-фобічний розлад	8,6—10	6,2
Генералізований тривожний розлад	10,4	3,2
Посттравматичний стресовий розлад	—	2,4
Фобічні розлади	6,9	4
Розлади особистості	7	—
Розлади адаптації	22—75	33—36
Органічні психічні розлади	8	—
Недиференційовані психічні розлади	16—45	4,8—42
Більше одного розладу	20—47	7,5—35

Однак вплив онкологічного захворювання включає і широкий спектр психологічних реакцій [2, 4, 10—12]. З одного боку, діагноз хвороби перетворює один тільки факт захворювання в тяжку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенного характеру (психогенії). З іншого боку, онкологічну патологію можна розглядати як один з найбільш тяжких в соматичному плані фактор, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади [4].

У всіх онкологічних хворих на етапах лікування спостерігаються певні психогенні реакції, що відрізняються за своїми клінічними проявами, вираженістю. За ступенем глибини ці реакції поділяють на три типи: легкого, важкого та середнього ступеня прояву. Клінічні прояви психогенних реакцій, що спостерігаються серед онкологічних хворих, виокремлені в десять основних видів: тривожно-депресивний, тривожно-іпохондричний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, обсесивно-фобічний, ейфоричний, дисфоричний, апатичний, деперсоналізаційно-дереалізаційний і параноїдний синдроми. Перелічені клінічні різновидності синдромів зводяться до констатації основних психопатологічних симптомів: тривоги, зниженого настрою, астенії, іпохондричності, апатії, дисфорії [4, 10].

У психологічних дослідженнях вивчалися різноманітні аспекти впливу онкологічного захворювання на людину. Як «психологічні канцерогени» описані різноманітні психотравмуючі життєві події, психологічні проблеми у зв'язку із втратою об'єкта та пов'язані з цим страхи, порушення здатності до вираження емоцій, складність

у подоланні конфліктів, тривало існуючий стан безнадії, пригніченості та відчаю [1, 4, 12, 13].

Етіологічно пов'язують ризик розвитку онкологічного захворювання із обтяжуючими переживаннями у дитинстві (наприклад, втрата одного з батьків) [13]. Поясненням розвитку онкологічної патології називають невіршені проблеми, які посилюлися або ускладнилися унаслідок серії стресових ситуацій, які відбулися у період від півроку до півтора року до виникнення захворювання. Типова реакція онкологічного хворого на ці проблеми і стреси полягає у відчутті своєї безпорадності, відмови від боротьби, що приводить в дію низку фізіологічних процесів, які пригнічують природні захисні механізми організму (чинять імуносупресію) і створюють умови для виникнення і розвитку пухлини.

У роботах вітчизняних психологів досліджений «психологічний профіль онкологічного хворого» [14—17]. Виявлено, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси як домінуюча дитяча позиція у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутності ознак у когнітивній сфері.

Встановлено, що реакція на психосоціальні стресори залежить від структури особистості, і від того, яке значення події надається суб'єктом [1, 18]. До психосоціальних стресорів відносять соціальну невлаштованість, зміну соціального статусу, місця проживання, незадоволеність роботою, стресові життєві події і кризи. Доведено, що стрес сприяє виникненню хвороб, у тому числі і онкопатології [1].

Е. Kubler-Ross описала п'ять ідеально-типових фаз процесу, які проходить хворий від початку встановлення діагнозу та на етапах лікування тяжкого захворювання [19]: шок, фаза заперечення, агресії, депресії та фаза прийняття. У фазі шоку свідомість хворого наповнюється картиною невідвортної загибелі. За нею настає фаза заперечення, витіснення ситуації. У фазі агресії отримана інформація визнається і особистість реагує пошуком причини і винних. За стадією агресії йде стадія «торгівлі». Хворий вступає у переговори (внутрішні діалоги з Богом, долею) за продовження свого життя. Фаза депресії проявляється зниженням настрою, згадуванням минулих образ та незавершених конфліктів, домінуючим у її формуванні є переживання втрати звичного укладу життя, крах планів на майбутнє. На зміну приходять стадія примирення з долею, момент переорієнтації цінностей. Людина приймає відповідальність за всі обставини свого захворювання і свого існування. Варто відмітити, що дані стадії проходять не у суворій послідовності і можуть змінювати почерговість.

Також вивчалися психоемоційні реакції та поведінка онкологічних хворих, пов'язана з лікуванням [1, 17, 18, 20, 21]. Відомо, що оперативне лікування онкологічної хвороби поряд з позитивним протипухлинним ефектом (видаленням або зменшенням маси пухлини), може приводити до формування видимих фізичних дефектів, а саме, шрами, втрати органу (напр., молочної залози), виведення стоми, тоді як побічними ефектами хіміотерапії є зниження когнітивної функції («хіміотерапевтичний мозок»). Такі «негативні наслідки» лікування сприяють відмові частини хворих від терапії. Також мають місце особливості психологічного реагування онкологічних хворих в залежності від етапу лікувального процесу: діагностичного, передопераційного та післяопераційного (у разі проведення хірургічного

втручання), виписки зі стаціонару, катамнестичного, рецидиву та продовження хвороби, паліативного лікування. Специфічними є страхи хворих, що стосуються рецидиву та продовження хвороби («дамоклів меч»), переживання, пов'язані з усвідомленням та переорієнтацією сенсу життя та смерті.

Фундаментальним зрушенням у наданні допомоги онкологічним хворим стали фактори продовження тривалості життя хворих у зв'язку з прогресом у лікуванні онкологічних хвороб, присутність множинних форм онкопатології та/або коморбідна патологія, що прямо або опосередковано впливає на лікування та видужання. Лікування раку стало комплексним та мультимодальним.

Діагностування клінічно значимих психічних розладів психогенного або соматогенного походження в онкологічних хворих як на ранніх, так і на пізніх етапах захворювання зумовлює проведення не тільки психотерапевтичних інтервенцій, але і психофармакотерапевтичної корекції даних станів [1, 22]. Найбільш вивченим є лікування афективних та тривожних розладів.

Психологічна допомога онкологічним хворим включає індивідуальну та групову психотерапію [1, 23—27], яка надається як на етапі діагностики онкологічного захворювання, так і на всіх етапах лікувального процесу, а саме, підготовка до оперативного втручання, хіміотерапії, у випадку рецидиву та продовження захворювання, переходу на паліативну медицину.

У світовій практиці психологічна допомога онкологічним хворим надається не лише у спеціалізованих медичних закладах, але й у центрах, організованих громадськими організаціями. У США такими організаціями є Велнес Ком'юніті, Клуб Гільди та інші. Створення доступної мережі подібних закладів, де хворі можуть отримати безкоштовну психосоціальну допомогу, називають необхідною умовою для покращання якості життя хворих та «виживаності». Центральним організаційним принципом Велнес Ком'юніті програм є активна позиція пацієнта. Проводяться підтримуючі групи, до яких входять пацієнти з різними або однаковими діагнозами. Звичайно хворі відвідують групу від 12 до 18 місяців. Допомога охоплює не лише пацієнта, але і його родину та близьке оточення. Кожного тижня проводяться 2-годинні зустрічі для родичів, що доглядають хворих, а також групи для членів сім'ї після втрати.

Довели свою корисність у допомозі онкологічним пацієнтам та їх родині психоедукативні програми, які поєднують емоційну підтримку з інформацією щодо способів копіювання хвороби та технік створення синергетичного середовища для зменшення стресу, покращання якості життя та збільшення ймовірності видужання. Психоедукативні програми включають сучасну наукову інформацію щодо лікування раку поєднано з втручаннями, які покращують якість життя пацієнтів та формують корисні навички (спілкування, керування емоційним станом). Програми включають такі теми: лікування раку, менеджмент побічних ефектів лікування, правильне харчування під час та після лікування, вправи, спрямовані на зменшення стресу та вправи, орієнтовані на вирішення конкретних проблем.

Групи психологічної підтримки відіграють важливу роль у покращанні та підсиленні допомоги. Це є особливо важливим для сімей та близьких, що переживають неможливість забезпечення зростаючої емоційної підтримки хворого або коли надана родиною підтримка не є достатньою для хворого, або ж пацієнти бажають

спілкування з іншими людьми, які подібно до них хворіють на онкологію. Такі групи забезпечують для пацієнтів безпечне середовище, в якому вони можуть виражати свої, часто негативні та руйнівні емоції, серед людей, що розуміють їх «переживання та досвід боротьби з хворобою». Підтримуючі групи заохочують конфронтацію, споглядання та перегляд психотравмуючої події та можуть враховувати соціальні обмеження, що проявляються у відносинах, тим самим підсилюючи емоційне засвоєння та адаптацію.

Таким чином, групи психологічної підтримки та психоед'юкативні програми забезпечують безпечне середовище для пацієнтів для вираження своїх емоцій та навчання більш адаптивним способам копію, що в цілому зменшує емоційне ураження, спричинене онкологічною хворобою, а також стають безпечним місцем для вивчення нової інформації у «приймаючому та розуміючому» середовищі. Взаємний обмін інформацією та підтримкою допомагає упорядкувати «раковий досвід» та підтримувати пацієнта у всіх невизначеностях лікування та видужання, ефективно взаємодіяти з лікувальною командою.

За останні 20 років до суспільної та медичної свідомості прийшло розуміння того, що діагноз онкологічного захворювання не є хворобою самого пацієнта, а стає захворюванням всієї родини. Протягом 80-х та 90-х років ХХ ст. з'явилися перші дослідницькі програми, орієнтовані на вивчення питань психоонкології, пов'язаних з родиною хворого [1, 28—33]. Так, сам факт встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності; порушення планів та зміну звичного устрою життя, міжособистісної комунікації; екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження та інше. Факт захворювання на рак не є єдиною стресовою подією для хворого та його родини, певний психологічний стан виникає як результуюча дії серії множинних, переплетених та багаторівневих факторів у вигляді рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці, перехід від спеціального лікування до паліативної допомоги.

Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію (дезадаптацію) навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах. Така дестабілізація виявляється у діадах «пацієнт — подружжя» та «пацієнт — дитина» та супроводжується дистресом. Як дестабілізація, так і дистрес є нормативними процесами, на зміну яким у разі сприятливого перебігу процесу адаптації приходять рестабілізація та пристосування сімейної системи до ситуації хвороби. В процесі адаптації родина вчиться долати та справлятися з «ключовими пунктами» — основними проблемами психологічного переживання хвороби члена родини. Такими пунктами вважають проблеми спілкування та підтримки хворого, реагування на почуття та висловлювання пацієнта щодо раку, вплив пригніченого настрою як самого хворого так і членів його родини на сімейне функціонування, напруження у родині, що виникло внаслідок зміни ролей, а також реконструювання неадаптивних стратегій поведінки у ситуації хвороби. Саме ці проблеми є змістом психологічної допомоги членам родини та спрямовані на зменшення інтенсивності, тривалості та рівня дестабілізації (дезадаптації), спричиненого проходженням «ключових пунктів». Особливого значення психологічна допомога

набуває у ситуації рецидиву, продовження і тривалого перебігу захворювання, переході від спеціального лікування до паліативної допомоги та особливо на етапі "end-of-life care" (медичної та психосоціальної допомоги наприкінці життя).

Захворювання на рак у одного з членів сім'ї залишається складним викликом для родини, яка у більшості випадків не готова до вирішення пов'язаних з хворобою проблем. За декілька десятиліть вчені та клініцисти описали психологічний стрес, потреби та реакцію серед пацієнтів та їхніх родин на онкологічне захворювання. Однак, менш висвітленими залишаються питання щодо психологічної/психотерапевтичної допомоги сім'ї хворого, яка сфокусована на забезпеченні родини інформацією та підтримкою з метою зменшення рівня дистресу.

Дані досліджень свідчать про високу емоційну значимість для членів родини пацієнта зі зляканими новоутвореннями психотравмуючої ситуації наявності невиліковної хвороби у близької людини [32]. Встановлено, що розвитку емоційних, зокрема, тривожно-депресивних розладів у більшому ступені піддаються жінки, що є близькими родичами онкологічно хворої людини (жінки, доньки пацієнтів), що мають вищу освіту, які опікують внутрішньосімейні відносини спокійними і доброзичливими, та здійснюють догляд за хворим до 1 року. Емоційні порушення у близьких родичів онкологічних хворих неоднорідні за своєю структурою і залежать від етапу лікувально-діагностичного процесу: спочатку домінують тривожно-фобічні розлади, що безпосередньо пов'язані з діагностичним процесом і невизначеністю ситуації, потім тривога змінюється депресією на етапі верифікації діагнозу [32].

Потреби родини з онкологічним пацієнтом постійно зростають. Всі вищезазначені фактори підкреслюють роль суспільної допомоги та інтервенцій для цілісної підтримки онкологічного пацієнта. Психологічна допомога родині онкологічного хворого як на ранній так і на термінальній стадії захворювання включає різні за змістом та характером заходи, від психоед'юкації до психокорекції та психотерапії [28—31].

Протягом останніх двох десятиріч збільшилася кількість досліджень щодо ефективності проведення психологічних втручань (інтервенцій) для подружніх пар, що борються з онкологічним захворюванням. Домінуючий терапевтичний підхід спрямований на просування посиленню відносин (ПВ) та/чи попередження виникнення дистресу у відносинах, особливо для пар на ранніх стадіях раку. Моделі ПВ/попередження роблять акцент на покращання навиків спілкування та підтримки взаємовідносин, що передбачає попередження хворобливих результатів та дозволяє максимізувати можливості пари до взаємної підтримки. Для пар, що знаходяться на прогресуючій стадії раку, альтернативні підходи у інтервенції більше фокусують увагу на дослідженні екзистенційних, емоційних темах [29].

Надання психологічної допомоги у сфері дитячої психоонкології є особливим розділом. Онкологічне захворювання у дитини — це потужне джерело стресу для всієї родини. Основними проблемами, що виникають у родинах, є: емоційні труднощі, що проявляються у дитячо-батьківських, подружніх та відносинах у розширеній родині; функціональні труднощі, які порушують різні аспекти діяльності членів родини у професійних досягненнях, можливостях сімейного дозвілля і відпочинку, внутрішньосімейній організації; труднощі, пов'язані з взаємодією із соціумом; фінансові проблеми. Тобто,

встановлення онкологічного захворювання у дитини проявляється не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах. На психологічному рівні діагностування тяжкої та загрозової для життя хвороби відображається у різноманітних психологічних реакціях, тоді як особливості реагування у дітей залежать від віку [34—36].

Важливими психологічними аспектами є реагування не лише батьків хворої дитини, але і братів і сестер (сибсів), що відмічено у сучасній науковій літературі з даної проблеми [37, 38]. Складними питаннями у дитячій онкогематології залишаються алгоритми та «дерево прийняття рішень» щодо продовження лікування або його припинення, що пов'язано, з одного боку, з можливістю вилікування дитини, а з іншого — виснаженням психоемоційного, морального та фінансового ресурсу родини.

Психологічна допомога у дитячій психоонкології включає оцінку психологічного статусу дитини, дистресу, потреб та стану адаптації родини, якості життя всіх членів сім'ї, особливостей реагування на тяжке захворювання та його впливу на сімейне функціонування, а також підтримку при переживанні втрати та горювання. Для цього визначені шляхи та способи психологічної допомоги: сімейна психотерапія, арт-терапія, групова психотерапія, короткотривала психотерапія, психотерапія «втрати та горювання», психоед'юкація. Лікування дітей з гострими лейкозами та висока ймовірність видужання ставить завдання не лише медичної та медико-психологічної допомоги під час лікування, але і реабілітації, в тому числі психореабілітації, дітей та їх сімей після одужання [36, 39].

Окремим аспектом психоонкології є вивчення психології осіб, які надають медичну, психологічну та психосоціальну допомогу інкурабельним онкологічним хворим та членам їх родини. Так, робота медичного персоналу онкологічних відділень пов'язана зі значною психоемоційним напруженням та високим рівнем стресу [40, 41]. Одним з інтегральних показників оцінки впливу професійного стресу на працівника є «синдром емоційного вигорання». Згідно з сучасними даними, під «емоційним вигоранням» розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що виявляється в професіях соціальної сфери [42].

У роботі медичного працівника виділяють такі джерела стресу: організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний [42]. Організаційний фактор включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До загального ситуаційного відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманітних етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки, до специфічного — брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед пацієнтів відділення. Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися міцні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу.

Результати проведених досліджень серед співробітників онкологічних лікувальних закладів свідчать про високу емоційну значимість для медпрацівників протрагованої психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів [40—43]. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загальногігієнічних рекомендацій з організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого — здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії «резистентності» заходи повинні бути спрямовані на запобігання переходу стану «резистентності» у фазу «виснаження», а при сформованому «виснаженні» — на недопущення хроніфікації психосоматичних і астено-депресивних розладів.

Психологічна допомога медичному персоналу спрямована на профілактику синдрому емоційного вигорання та покращання якості надання медичної допомоги хворим та членам їх родини, що реалізується через розроблення та впровадження у клінічну практику програм психоед'юкації, тренінгових програм, орієнтованих на підвищення комунікативної компетентності у спілкуванні з хворими на етапі обговорення прогнозу та тактики лікування.

Надбання психоонкології, за відносно короткий час існування, є вагомими та практичні напрацювання — широко затребуваними у сфері надання онкологічної допомоги. Психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності в лікуванні, що дозволяє побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно, і відповідно побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги.

#### Список літератури

1. Psycho-Oncology / [Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. et al.]. — Oxford University press, 2010. — P. 3—12.
2. Володин Б. Ю. Психоонкология: теория и практика : курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / Б. Ю. Володин, С. С. Петров, Е. П. Куликов. — М., 2004. — Т. 1. — С. 453—479.
3. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. — 2007. — Vol. 27. — P. 57—71.
4. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В. Д. Менделевич — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
5. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентральной программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. — М: Медиа Медика, 2009. — № 1. — С. 4—11.
6. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / L. R. Derogatis, G. R. Morrow, J. Fetting [et al.] // JAMA. — 1983. — Vol. 249. — P. 751 — 757.
7. Ronson A. Psychiatric disorders in oncology: recent therapeutic advances and new conceptual frameworks / A. Ronson // Curr Opin Oncol. — 2004. — Vol. 16. — Issue 4. — P. 318—323.
8. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach / M. Keller, S. Sommerfeldt, C. Fischer [et al.] // Ann Oncol. — 2004. — Vol. 15. — Issue 8. — P. 1243—1249.
9. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors / T. Akechi, T. Okuyama, Y. Sugawara [et al.] // J. Clin. Oncol. — 2004. — Vol. 22. — Issue 10. — P. 1957—1965.
10. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. — СПб.: Изд-во «Речь», 2004. — С. 139—146.

11. Жилыева Т. В. Роль психических факторов в развитии злокачественных новообразований / Т. В. Жилыева, Л. Н. Касимова // Нижегородский медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 71—79.
12. Medical factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. — 2007. — Vol. 27. — P. 57—71.
13. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб.: Питер, 2001. — 288 с.
14. Жилыева Т. В. Механизмы психосоматических взаимоотношений в онкологии / Т. В. Жилыева, Л. Н. Касимова // Нижегородский медицинский журнал. — 2007. — № 6. — С. 120—129.
15. Ивашкина М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных : дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.11 «Медицинская психология» / Ивашкина Марина Георгиевна. — М., 1998. — 166 с.
16. Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы : дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Чулкова Валентина Алексеевна. — СПб., 1999. — 190 с.
17. Бугайцов С. Г. Психопатологические расстройства у больных раком молочной железы и методы их психотерапевтической коррекции / С. Г. Бугайцов // Укр. медич. альманах. — 2002. — Т. 5, № 4. — С. 14—17.
18. Монтгомери Ч. Психоонкология: достижение зрелости / Ч. Монтгомери // Psychiatric Bulletin. — 1999. — № 23. — С. 431—435.
19. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. — Киев: Изд-во «София», 2001. — 320 с.
20. Бугайцов С. Г. Влияние объема оперативного вмешательства на развитие психологических расстройств у больных раком молочной железы / С. Г. Бугайцов // Архів психіатрії. — 2002. — № 1. — С. 137—142.
21. Desai P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desai, A. Ronson // Current Opinion in Oncology. — 2008. — Vol. 20. — Issue 4. — P. 378—385.
22. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review / G. Rodin, N. Lloyd, M. Katz [et al.] // Support Care Cancer. — 2007. — Vol. 15. — Issue 2. — P. 123—136.
23. Gottlieb B. H. Cancer support groups: a critical review of empirical studies / B. H. Gottlieb, E. D. Wachala // Psychooncology. — 2007. — Vol. 16. — Issue 5. — P. 379—400.
24. Шевченко Н. Ф. Работа психолога в онкологической клинике — опыт использования метода символдрамы / Н. Ф. Шевченко // Символдрама : сб. науч. трудов. — Минск: Гуманитарный университет, 2001. — С. 354—364.
25. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial / C. C. Classen, H. C. Kraemer, C. Blasey [et al.] // Psychooncology. — 2008. — Vol. 17. — Issue 5. — P. 438—447.
26. Newell S. A. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research / S. A. Newell, R. W. Sanson-Fisher, N. J. Savolainen // J Natl Cancer Inst. — 2002. — Vol. 94. — Issue 8. — P. 558—584.
27. Daniels J. Psychosocial interventions for cancer patients / J. Daniels, D. W. Kissane // Curr Opin Oncol. — 2008. — Vol. 20. — Issue 4. — P. 367—371.
28. Improving problem-solving skills of family caregivers through group education / J. A. Bucher, P. S. Houts, A. M. Nezu [et al.] // J Psychosoc Oncol. — 1999. — Vol. 16. — Issue 3/4. — P. 73—84.
29. McLean L. M. A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer / L. M. McLean, J. M. Jones // Psycho-Oncology. — 2007. — Vol. 16. — Issue 7. — P. 603—616.
30. Zeitlin S. Grief and bereavement / S. Zeitlin // Primary Care: Clinics in Office Practice. — 2001. — Vol. 28. — Issue 2. — P. 415—425.
31. Kissane D. Family focused grief therapy. The role of the family in preventive and therapeutic bereavement care / D. Kissane // Bereavement Care. — 2003. — Vol. 22. — Issue 1. — P. 6—8.
32. Васильева А. Ю. Особенности эмоционального состояния родственников онкобольных злокачественными образованиями / А. Ю. Васильева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 80—85.
33. McLean L. M. Marital therapy for couples facing advanced cancer: case review / L. M. McLean, R. Nissim // Palliat Support Care. — 2007. — Vol. 5. — Issue 3. — P. 303—313.
34. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья. — 2005. — № 3. — С. 350.
35. Исаев Д. Н. Внутренняя картина болезни у детей с острыми лейкозами / Д. Н. Исаев, И. К. Шац // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 35—39.
36. Kiernan G. Psychosocial issues and care in pediatric oncology: medical and nursing professionals' perceptions / G. Kiernan, E. Meyler, S. Guerin // Cancer Nurs. — 2010. — Vol. 33. — Issue 5. — P. 1012—1020.
37. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents' perspectives / [G. Cordaro, L. Veneroni, M. Massimino et al.] // Ibid. — 2012. — Vol. 35. — Issue 1. — P. 42—50.
38. Siblings of pediatric cancer patients: the quantitative and qualitative nature of quality of life / [W. Packman, J. Greenhalgh, B. Chesterman et al.] // J Psychosoc Oncol. — 2005. — Vol. 23. — Issue 1. — P. 87—108.
39. Нарушения психосоциального статуса у детей с онкогематологическими заболеваниями после химиолучевой терапии в период ремиссии / [С. К. Морозова, Т. И. Вашкевич, Л. В. Спивак и др.] // Медицинская панорама. — 2001. — № 2(10). — С. 32—34.
40. Васильева А. Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников онкологического профиля / А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14, № 2 (53). — С. 48—51.
41. Schraub S. Burnout syndrome in oncology / S. Schraub, E. Marx // Bulletin du cancer. — 2004. — Vol. 91 (9). — P. 673—676.
42. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. — Киев: Сфера, 2004. — 271 с.
43. Кокотова Е. А. Профилактика и психокоррекция синдрома выгорания у среднего медицинского персонала психиатрических учреждений / Е. А. Кокотова // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14, вип. 3 (54). — С. 75—78.

Надійшла до редакції 15.08.2012 р.

**М. В. Маркова, О. В. Пионтковская, И. Р. Кужель**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, КЗОЗ «Областная детская клиническая больница № 1» (Харьков), Киевский городской клинический онкологический центр (г. Киев)

#### Состояние и перспективы развития современной психоонкологии

Психоонкология изучает эмоциональную реакцию пациентов на всех стадиях заболевания, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными, а также психологические, поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на заболеваемость и смертность в результате онкологических заболеваний. Психоонкология — пример удачного воплощения принципа междисциплинарности и интегративности в лечении, что позволяет увидеть больного и его жизненную ситуацию целостно и соответственно построить комплексную эффективную систему медицинской, медико-психологической и психосоциальной помощи.

**Ключевые слова:** психоонкология, онкологические больные, семья больного, медицинский персонал.

**M. V. Markova, O. V. Piontkovska, I. R. Kuzhel**

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv Regional Clinical Hospital № 1 (Kharkiv), Kyiv City Clinical Cancer Center (Kyiv)

#### Status and prospects of contemporary psychooncology

Psychooncology exploring emotional reactions of patients at all stages of the disease, their families and those who take care of patients, as well as psychological, behavioral and social factors that can influence the morbidity and mortality due to cancer. Psychooncology is an example of successful implementation of the principle of interdisciplinarity and integration in treatment that allows seeing the patient and his life situation holistically, and thus building a comprehensive and effective system of health, psychological and psychosocial care.

**Keywords:** psychooncology, cancer patients, the family of the patient, medical staff.