

ПСИХООНКОЛОГІЯ В АСПЕКТІ СУЧАСНОЇ ТЕОРІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти,
² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ,
³ Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Дано визначення психоонкології як науки, що вивчає психосоціальні й психобіологічні аспекти онкологічних захворювань. Зазначено, що психоонкологія — це приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності в лікуванні, що дає змогу побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно й відповідно побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги.

Ключові слова: психоонкологія, онкологічні захворювання, психологічні реакції, психічні розлади, онкологічні пацієнти.

В Україні станом на 1 січня 2019 р. було зареєстровано 137 300 нових випадків онкологічних захворювань, тоді як загальна кількість хворих становила 1 254 700, що вказує на значну поширеність цієї патології [1]. Онкологічні хвороби характеризуються значними показниками втрати працездатності та смертності — на 100 діагностованих випадків захворювання реєструється понад 50 померлих. Відомо, що онкологічні хвороби супроводжуються не лише порушенням фізичного здоров'я, але й психічними розладами.

За Дж. Холланд, психоонкологія вивчає психологічні фактори, зумовлені онкологічними захворюваннями, а саме емоційною реакцією пацієнтів на всіх стадіях хвороби, переживаннями членів родини та осіб, які надають хворим допомогу (психосоціальний фактор), психологічними, поведінковими й соціальними чинниками, які впливають на онкопатологію і смертність від неї (психобіологічний фактор) [2].

А. І. Бабик визначає психоонкологію як науку, що займається вивченням дії психологічних чинників на розвиток і прогресію злоякісних новоутворень, яка має забезпечити найкращу адаптацію онкологічного хворого, а також чинники пристосування, зумовлені хворобою, особистістю пацієнта, суспільством, і фактори, що призводять до порушення психологічної та психосоціальної адаптації [3].

До стратегічних напрямків дослідження у психоонкології відносять вивчення [4–6]:

— поведінки, пов'язаної зі стилем життя і ризиком розвитку онкологічних захворювань, соматогенні фактори канцерогенезу;

— поведінки та установок населення, пов'язаних із виявленням онкологічних хвороб на ранній стадії, феномен «затриманого лікування»;

— психологічних реакцій осіб, що мають генетичний ризик розвитку онкології;

— психогенних реакцій та переживань упродовж різних етапів перебігу онкологічного захворювання;

— поширеності та структури психічних розладів, що розвиваються у зв'язку з онкопатологією;

— менеджменту проявів соматичного дистресу протягом лікування;

— психології пацієнтів, які успішно завершили лікування та перебувають у стані ремісії;

— психології смерті та вмрання, психологічних аспектів паліативної допомоги;

— соматопсихічних та психосоматичних зв'язків в онкологічній практиці;

— психологічного реагування родини онкохворого;

— психологічних аспектів надання допомоги медичними працівниками в онкології;

— мішеней, ефективності різних напрямків психологічної допомоги для онкологічних пацієнтів та членів їхніх сімей.

Онкологічна патологія супроводжується високим ризиком розвитку психічних розладів афективного, невротичного, а також органічного характеру, про що свідчить їх поширеність. Наявність психічних зрушень у першу чергу визначає погіршення виживання, зниження працездатності та якості життя хворих [7, 8]. Виявлено, що депресивні розлади є чинниками несприятливого клінічного і соціального прогнозу при онкологічній патології, особливо після оперативних втручань та на пізніх стадіях захворювання [9, 10].

До факторів ризику виникнення психічних розладів належать термінальний стан онкологічного захворювання (пухлинна інтоксикація,

поліорганна недостатність); можливість контролю за фізичними симптомами — болем, задишкою, втратою фізіологічних функцій; чинники, пов'язані з хворобою та лікуванням; ураження нервової системи (метастазування, пухлини мозку); психічні порушення в анамнезі та преморбідні особливості; соціальні аспекти [2].

Показано, що несвоєчасне виявлення та неадекватне лікування психічних розладів в онкологічних пацієнтів зумовлює більш тривалий період обстеження, зниження прихильності до протипухлинної терапії, а отже, ефективності протипухлинних заходів [2, 11–13]. Порушення у психічній сфері онкохворих на ранніх стадіях переважно стосуються афективних та невротичних розладів, тоді як на пізніх — зростає поширеність психотичних станів та органічних розладів [14–17].

Появу психічних розладів, окрім самого захворювання, також може спричинити лікування. Насамперед це стосується високодозових курсів хіміотерапії та розвитку когнітивних розладів. Хоча у більшості хворих когнітивні функції через 3–5 років після комплексного лікування відновлюються, проте їх діагностика є складною внаслідок того, що важко виключити негативний вплив на психіку, зумовлений погіршенням загального стану хворих за рахунок анемії, лейкопенії, біохімічних порушень, пов'язаних із токсичним впливом під час проведення хіміотерапевтичних заходів [18].

Окремий інтерес становить вивчення спектра і поширеності психічних розладів залежно від локалізації онкологічного процесу. Щодо цього питання результати досліджень неоднозначні. До нозологій, які найчастіше призводять до розвитку психічних порушень, відносять пухлини підшлункової залози, голови і шиї, рак молочної залози, рак яєчників, рак шлунка, рак товстої кишки, рак легенів [2].

Важливим аспектом, пов'язаним із психічним здоров'ям у пацієнтів із онкологічними захворюваннями, є суїцид. Рівень суїцидів серед онкологічних хворих у 2–4 рази вищий порівняно із загальною популяцією [19]. Виявлено, що один із 300 онкохворих вдається до суїцидальних спроб і в одного з трьох пацієнтів ці наміри здійснюються [20]. Найчастіше суїциди відбуваються у термін за півроку після діагностування онкологічного захворювання. Суїцидальні думки починають формуватися в процесі діагностики захворювання та актуалізуються у кризові періоди його перебігу — при прогресуванні, рецидиві, появі больового синдрому [21].

Мотиви суїцидальної поведінки онкохворих включають припинення соматичного страждання, хронічний больовий синдром, втрату контролю над фізіологічними функціями, відчуття себе тягарем для родини [22]. Особливістю суїцидальної спроби

є застосування лікарських засобів для вчинення самогубства, відмова від лікування як форма пасивної аутоагресивної поведінки [23].

До чинників, що можуть спричинити появу психічних розладів, належить больовий синдром. Ситуації в онкологічній практиці, пов'язані з розвитком болю, характеризуються власне проявами захворювання, післяопераційним болем, наслідками протипухлинного лікування, проведенням діагностичних та інструментальних процедур, болем непухлинної етіології [24, 25]. Необхідність психологічної допомоги хворим із болем зумовлена його суттєвим впливом на психіку (реакції «тривожного очікування болю», «гостра больова поведінка», розвиток депресії), посиленням больових відчуттів на фоні психоемоційного напруження, негативними фізіологічними реакціями (гіперактивація вегетативної нервової системи, м'язове напруження) [26]. Хронічний больовий синдром — соматогенний чинник ризику суїциду та депресії, який супроводжується зниженням якості життя хворого, потенціює поведінку, спрямовану на вживання психоактивних речовин, алкоголю з метою полегшення страждання.

Поряд із психічними розладами в онкологічних хворих реєструється широкий спектр нозогенних реакцій, які визначають психологічний статус пацієнтів, а їх вираженість і характер впливають на якість життя [27–29]. На додіагностичному етапі важливу роль відіграє феномен «відкладеного лікування», коли пацієнти мають ознаки фізичної хвороби, але не звертаються по медичну допомогу [30]. Відстрочене звернення пацієнта до лікаря впливає на прогноз захворювання, суттєво його погіршуючи [31]. «Відкладене лікування» може бути пов'язане з пацієнтом (patient delay), лікувальними закладами і медичними працівниками (practitioner/provider delay). Виділяють такі етапи «відкладеного лікування»: нерозпізнавання симптомів (appraisal delay), неприйняття рішення (illness delay), бездіяльність (behavioral delay), затримані діагностика (scheduling delay) та лікування (treatment delay) [32].

Дослідження факторів, які впливають на феномен «відкладання лікування» в онкології, виявили неоднозначність результатів. До посилюючих чинників відносять високу тривожність, страх захворіти на онкологію, похилий вік, низький рівень освіти, низький дохід, психічні розлади, нерозпізнавання симптомів, соціорольову поведінку (догляд за малими дітьми, тяжкохворими, проєкт на роботі), супровідні захворювання, нечасті візити до лікаря. Натомість знижують такий ризик: психосоціальна підтримка, інтенсивний біль, прояви кровотечі, вплив фізичного стану на працездатність та загальне самопочуття, онкопатологія у знайомих чи родичів [30–32].

Е. Кюблер-Росс описала загальні типи психологічного реагування на звістку про захворювання з несприятливим прогнозом: шок, заперечення, агресія, депресія і прийняття [33]. Перелічені фази не завжди відбуваються у встановленому порядку, хворий може зупинитися на будь-якій стадії або навіть повернутися на попередню.

Проявами психічного дистресу в онкологічних пацієнтів виступають [34]: психопатологічні симптоми, які виникли у взаємозв'язку із хворобою; гостре переживання вітальної загрози, страх за майбутнє, втрата життєвої перспективи; порушення прихильності до лікування (відмови, численні повторні консультації у фахівців); селективність у сприйнятті інформації щодо захворювання, особливо психотравматичного змісту; посилення напруженості у міжособистісних стосунках, ескаляція конфліктів; звуження кола спілкування до сім'ї та близьких друзів; дистанціювання від оточення, самоізоляція; інтенсивне почуття провини за хворобу, відчуття себе тягарем для родини; звернення до нетрадиційної медицини.

Психогенні реакції онкохворих класифікують за клінічними проявами та вираженістю [34]. За рівнем нозогенні реакції поділяють на три типи: легкого, середнього, важкого ступенів прояву, за змістом — на тривожно-депресивні, тривожно-іпохондричні, астено-депресивні, астено-іпохондричні, obsесивно-фобічні, ейфоричні, дисфоричні, апатичні, деперсоналізаційно-дереалізаційні, параноїдні. Основними психопатологічними симптомами, на яких ґрунтується структура зазначених синдромів, є тривога, депресія, астенія, іпохондрія, апатія та дисфорія.

Розрізняють два типи страхів в онкологічних хворих: нозофобії, пов'язані безпосередньо із захворюванням та його лікуванням (страх лікарів, медичних закладів, хіміотерапії, променевої терапії, операції, болю, рецидиву, смерті, втрати жіночності, косметичного дефекту, втрати привабливості, статевих відмінностей, здатності до народження дітей), та соціофобії, зумовлені соціальними наслідками хвороби (страх насмішок, самотності, ізоляції, залежності від інших, втрати гідності, контролю, розставання з партнером) [35].

Для хворих незалежно від етапу лікування значним стресором є сам факт діагностування онкопатології та госпіталізації до онкологічного стаціонару, зіткнення з лікарняною обстановкою, медичними процедурами, взаємодія з іншими пацієнтами. Хворі, які отримують протипухлинне лікування вперше, переживають виражений психічний стрес у зв'язку із терапією, вони мають брак інформації щодо онкологічного захворювання, у них відсутній досвід протидії онкологічному стресу. У своєму відреагуванні пацієнти на цьому етапі

керуються значною мірою соціально поширеними уявленнями про онкологічні захворювання [36].

Особи, госпіталізовані у зв'язку з прогресуванням хвороби, отримують повторну психологічну травму, у них спостерігаються наростання фізичного нездоров'я та відповідно зниження працездатності, життєвих можливостей. Однак як позитивні розглядають такі складові: пацієнти є більш поінформованими про свою патологію та методи лікування, мають досвід психологічної протидії онкологічному захворюванню, сформували практично-орієнтовані способи вирішення проблем [36].

На діагностичному етапі хворі переживають виражений психоемоційний стрес. Невідомість прогнозу та невизначення методів лікування супроводжуються високим рівнем тривожності, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. Психогенна реакція на нозогенний стрес відіграє таку ж важливу роль, як і погіршення фізичного здоров'я [36].

Переживання хворих, які очікують на хірургічне лікування, прив'язані до запланованого оперативного втручання, післяопераційного самопочуття та наслідків операції. Пацієнтів, які мають отримати комбіновану чи комплексну протипухлинну терапію, турбує розширення лікувальних заходів за рахунок хіміотерапії та променевої терапії, що асоціюється з гіршим прогнозом та більшими психічними, фізичними й матеріальними витратами. На пацієнтів негативно впливає інформація про побічні ефекти терапії, необхідність тривалий час лікуватися і таким чином зіткнутися з обстановкою, яка провокує інтенсивні переживання. Побічні наслідки протипухлинного лікування можуть стати причиною відмови від нього [37].

До психологічних особливостей онкологічних хворих у термінальному періоді відносять значне обмеження у надходженні зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності, зменшення кількості особистісних контактів на фоні тяжкої ендогенної інтоксикації та больового синдрому, звуження кола інтересів — все це зміщує життєві цінності та сприяє заглибленню особистості у саму себе [2]. Періоди активної психічної діяльності скорочуються, пацієнти швидко втомлюються, стають більш пасивними, у них наростають астенія, апатія. В емоційному статусі часто домінують безнадійність, пригніченість, що значною мірою зумовлено наявним соматичним дистресом (сукупністю симптомів хвороби), а також внутрішньоособистісними переживаннями щодо прогнозу захворювання. З'являються страхи, особливо щодо обмеження функцій організму, втрати здатності до самообслуговування. Складним

етапом стає розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичного знеболення у комплекс лікувальних заходів. Психічний стан хворих корелює з рівнем соматичного благополуччя, можливістю контролювати фізичні симптоми. На висоті больового синдрому може з'являтися схильність до реакцій гніву. Спостерігаються особистісні реакції на прогноз захворювання, що об'єднані терміном «переживання втрати»,— відреагування на скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

Для контингенту онкологічних хворих характерний ряд клініко-психологічних феноменів, які відображають особливості переживання хвороби та лікування [35]:

— феномен «поділу життя» відображає різку зміну психологічного стану людини, що розділяє її життя на до та після встановлення загрозливого діагнозу;

— феномен «сортеру» базується на селективності сприйняття психотравмуючої інформації, захисних механізмів;

— феномен «нового початку» завершає етап первинного протипухлинного лікування і полягає у зростанні позитивних очікувань щодо терапії, надії на подолання чи тривале стримування хвороби;

— через прогресуючий перебіг онкологічної патології постійно виникають ситуації погіршення та поліпшення стану на фоні лікування, що формує «ефект маятника» — коливання психоемоційного стану від «полюсу надії» до «полюсу розпачу»;

— феномен «екстерналізації психічної напруги» відображає зменшення внутрішнього напруження шляхом винесення причини його виникнення поза межі власного «Я», у формі списування погіршення стану на побічну дію препаратів, «неправильно» вибрану тактику лікування, некомпетентність медперсоналу;

— суть феномену «індукції» полягає у формуванні співзалежності психоемоційного стану в діаді «хворий — родич»;

— феномен «децентралізації» включає концентрування уваги на вторинних, менш значущих ознаках хвороби (поліпшенні лабораторних показників, зменшенні симптомів захворювання на фоні лікування без урахування загальної клінічної картини прогресування патології).

Онкологічні захворювання спричиняють не лише появу психопатологічної симптоматики, але й вражають більш глибокі особистісні структури — відчуття ідентичності, самосприйняття, образ тіла [38, 39]. В основі подібних змін лежать наслідки захворювання та побічні ефекти лікування — деформація частин тіла, шрами у результаті хірургічного лікування, випадіння волосся під впливом хіміотерапії. Зміна образу власного «Я» спричиняє

потужні зрушення у психічному функціонуванні, міжособистісній взаємодії, відчутті себе повноцінним учасником спілкування, здатності встановлювати стосунки з іншими людьми. Внаслідок змін образу тіла виникають труднощі в сімейній взаємодії, сексуальна дисфункція.

Медико-психологічний зміст особистісної акцентуваності полягає у підвищеному ризику появи неадаптивної поведінки та психічних реакцій у лікувальному процесі, які включають психічну напругу, ірраціональні уявлення щодо хвороби та лікування, порушення комунікації з лікарем, низьку прихильність до лікування, застосування методів нетрадиційної медицини.

Психосоціальні проблеми, які виникають в онкологічних пацієнтів, включають: зміну професійної активності через зниження фізичного здоров'я; зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною та близьким оточенням; зміну якості соціальної взаємодії; труднощі комунікації на тему онкологічної хвороби; обмеження можливості активного відпочинку за рахунок погіршення фізичного здоров'я, прив'язаність до медичних закладів, фінансові витрати на лікування; стигматизацію та самостигматизацію хворих як результат існування соціальних міфів щодо онкопатології [40–42].

У психологічній допомозі онкохворим застосовують різноманітні психотерапевтичні напрямки: арт-терапію, гештальт-терапію, когнітивно-поведінкову, кататимно-імажинативну, екзистенційну, клієнт-центровану, релаксаційну терапію, креативну візуалізацію, психоаналіз [43–45]. Дослідження психотерапії у допомозі онкологічним пацієнтам довело її ефективність у підвищенні показників якості життя, проте питання щодо збільшення його тривалості залишається відкритим [46–48].

Поширеність психічних розладів серед онкохворих обумовлює необхідність у застосуванні психофармакотерапії, основними завданнями якої є редукція симптомів, здебільшого представлених субсиндромальними розладами тривожного й депресивного спектрів; корекція медичної поведінки у випадках порушення комплаєнтності до соматотропної терапії, недотримання хворим обмежень і охоронного режиму [49].

Причинами недостатнього охоплення психофармакотерапією онкологічних пацієнтів та її неефективності вважають те, що психічні розлади не діагностуються; не призначається лікування, особливо в разі діагностування розладів легкого ступеня; вибір лікарського засобу не відповідає психопатологічній характеристиці стану хворого; немає можливості призначити необхідний препарат чи його придбати; пацієнти відмовляються від

прийому психотропних засобів через відсутність критики або згоду лише на психотерапію [49].

Лікування онкологічних пацієнтів має бути комплексним і системним, включати поєднання медичної, психологічної та психосоціальної допомоги.

Загалом, можна стверджувати, що психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності у лікуванні, що дає змогу побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно й відповідно побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги [50].

Список літератури

1. Национальный канцер-реестр. Дані на 1 січня 2019 року.— К.: Национальный институт раку, 2019.— URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/ucr_data_2019.pdf
2. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford: University press, 2015.— 772 p.
3. Бабик А. И. Психоонкология: камо грядеши? / А. И. Бабик // Медицинские аспекты здоровья женщины.— 2011.— № 1 (40).— С. 70–76.
4. Psychooncology in Poland / P. Zielazny, P. Zielińska, K. de Walden-Gałuszko [et al.] // Psychiatr. Pol.— 2016.— Vol. 31, Iss. 50 (5).— P. 1065–1073.
5. Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda / E. Meacham, J. Orem, G. Nakigudde [et al.] // Psychooncology.— 2016.— Vol. 25 (10).— P. 1206–1211.
6. The “cause” of my cancer, beliefs about cause among breast cancer patients and survivors who do and do not seek IO care / M. R. Andersen, K. Afdem, S. Hager [et al.] // Psychooncology.— 2017.— Vol. 26 (2).— P. 248–254.
7. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 / H. U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm [et al.] // Eur. Neuropsychopharmacology.— 2010.— Vol. 21.— P. 655–679.
8. Савин А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых — Eruditio Juvenium.— 2015.— № 3.— С. 82–86.
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, Iss. 10.— P. 1957–1965.
10. Tojal C. Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer / C. Tojal, R. Costa // Psychooncology.— 2015.— Vol. 24 (9).— P. 1060–1065.
11. DiMatteo M. R. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence / M. R. DiMatteo, S. H. Lepper, T. W. Croughan // Archive of Internal Medicine.— 2000.— Vol. 160.— P. 2101–2107.
12. Saevarsdottir T. Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy: Longitudinal study / T. Saevarsdottir, N. Fridriksdottir, S. Gunnarsdottir // Cancer Nurs.— 2010.— Vol. 33.— P. 101–110.
13. Bužgová R. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care / R. Bužgová, D. Jarošová, E. Hajnová // Eur. J. Oncol. Nurs.— 2015.— Vol. 19.— P. 667–672.
14. Sharpley C. F. Factor structure of a combined measure of major depressive disorder and male depression in prostate cancer patients / C. F. Sharpley, V. Bitsika, D. R. Christie // Psychooncology.— 2016.— Vol. 25 (4).— P. 475–477.
15. Posttraumatic stress and depressive symptoms in renal cell carcinoma: association with quality of life and utility of single-item distress screening / S. M. Thekdi, K. Milbury, A. Spelman [et al.] // Psychooncology.— 2015.— Vol. 24 (11).— P. 1477–1484.
16. Desai P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desai, A. Ronson // Current Opinion in Oncology.— 2008.— Vol. 20, Iss. 4.— P. 378–385.
17. Satsangi A. K. Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms’ management with clinical hypnosis and meditative states / A. K. Satsangi, M. P. Brugnoli // Ann. Palliat. Med.— 2017.— Vol. 9.— P. 11–14.
18. Попова Т. Н. Когнитивные функции у больных местно-распространенным раком молочной железы в процессе лечения и в отдаленном периоде / Т. Н. Попова, Е. А. Кузеванова // Маммология.— 2013.— № 1–2.— С. 13–16.
19. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis / M. H. Ahn, S. Park, H. B. Lee [et al.] // Psychooncology.— 2015.— Vol. 24 (5).— P. 601–607.
20. Зотов П. Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов / П. Б. Зотов // Суицидология.— 2011.— № 4 (5).— С. 18–25.
21. Prevalence of suicidal ideation in patients with chronic non-cancer pain referred to a behaviorally based pain program / M. D. Cheatle, T. Wasser, C. Foster [et al.] // Pain Physician.— 2014.— Vol. 17 (3).— P. 1359–1367.
22. Любов Е. Б. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска / Е. Б. Любов, Л. Г. Магурдумова // Суицидология.— 2015.— № 4 (21).— С. 3–21.
23. Зотов П. Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у больных с распространенным раком / П. Б. Зотов, М. С. Уманский // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2014.— № 1 (89).— С. 59–62.

24. Pain frequency moderates the relationship between pain catastrophizing and pain / H. Kjøegx, R. Zachariae, M. Pfeiffer-Jensen [et al.] // *Front. Psychol.*— 2014.— Vol. 19, Iss. 5.— P. 1421.
25. Chemotherapy-induced pain and neuropathy: a prospective study in patients treated with adjuvant oxaliplatin or docetaxel / L. Ventzel, A. B Jensen., A. R. Jensen [et al.] // *Pain.*— 2016.— Vol. 157 (3).— P. 560–568.
26. *Baratta J. L.* Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management / J. L. Baratta, E. S. Schwenk, E. R. Viscusi // *Plast. Reconstr. Surg.*— 2014.— Vol. 134 (4).— P. 15–21.
27. Cancer, coping, and cognition: a model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline / C. Andreotti, J. C. Root, T. A. Ahles [et al.] // *Psychooncology.*— 2015.— Vol. 24 (6).— P. 617–623.
28. *Кукушкина А. А.* Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных / А. А. Кукушкина, Д. А. Верещагина // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.*— 2015.— № 3.— С. 28–34.
29. Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes / M. Renz, O. Reichmuth, D. Bueche [et al.] // *Am. J. Hosp. Palliat. Care.*— 2017.— Vol. 1.— P. 221–223.
30. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis / F. Walter, A. Webster, S. Scott [et al.] // *J. of Health Services Research & Policy.*— 2012.— Vol. 17 (2).— P. 110–118.
31. Risk factors and negative consequences of patient's delay for penilecarcinoma / W. Gao, L. B. Song, J. Yang [et al.] // *World. J. Surg. Oncol.*— 2016.— Vol. 27, Iss.— P. 124.
32. *Петелин Д. С.* Феномен откладывания в онкологии / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // *Психические расстройства в общей медицине.*— 2015.— № 2–3.— С. 40–53.
33. *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс.— К.: София, 2001.— 320 с.
34. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 2010.— 432 с.
35. *Мухаровська І. Р.* Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психоонкологічної допомоги) / І. Р. Мухаровська.— Харків: ХМАПО, 2017.— 51 с.
36. *Мухаровська І. Р.* Аналіз особливостей організації медико-психологічної допомоги для пацієнтів онкологічного профілю / І. Р. Мухаровська // *Science Rise. Medicalscience.*— 2016.— № 9 (5).— С. 25–30.
37. *Мухаровська І. Р.* Особливості динаміки психоемоційного стану у онкологічних хворих в процесі протипухлинного лікування / І. Р. Мухаровська // *Am. Scientific J.*— 2016.— № 8 (8).— С. 35–40.
38. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer / I. Teo, D. M. Novy, D. W. Chang [et al.] // *Psychooncology.*— 2015.— Vol. 24 (11).— P. 1377–1283.
39. Body image perceptions among women with pre-existing physical disability who developed breast cancer: a qualitative exploration / K. B. Smith, L. I. Iezzoni, K. L. Kilbridge [et al.] // *Psychooncology.*— 2015.— Vol. 24 (12).— P. 1826–1829.
40. Sexual, marital, and general life functioning in couple-scoping with colorectal cancer: a dyadic study across time / M. J. Traa, J. Braeken, J. De Vries [et al.] // *Psychooncology.*— 2015.— Vol. 24 (9).— P. 1181–1188.
41. *Hess C. B.* Measuring psychosocial functioning in the radiation oncology clinic: a systematic review / C. B. Hess, A. M. Chen // *Psychooncology.*— 2014.— Vol. 23 (8).— P. 841–854.
42. Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management / M. G. Nayak, A. George, M. Vidyasagar [et al.] // *Indian J. Palliat. Care.*— 2015.— Vol. 21.— P. 349–354.
43. Early specific cognitive-behavioural psychotherapy in subjects at high risk for bipolar disorders: study protocol for a randomised controlled trial / A. Pfennig, K. Leopold, A. Bechdorf [et al.] // *Trials.*— 2014.— Vol. 15.— P. 161.
44. Meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: a feasibility study / N. van der Spek, C. F. van Uden-Kraan, J. Vos [et al.] // *Psychooncology.*— 2014.— Vol. 23 (7).— P. 827–831.
45. *Schulman-Green D.* Managing Cancer Care: a psycho-educational intervention to improve knowledge of care options and breast cancer self-management / D. Schulman-Green, S. Jeon // *Psychooncology.*— 2017.— Vol. 26 (2).— P. 173–181.
46. Randomized psychosocial interventions for breast cancer: impact on life purpose / M. G. Mens, V. S. Helgeson, B. C. Lembersky [et al.] // *Psychooncology.*— 2016.— Vol. 25 (6).— P. 618–625.
47. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care — results from a randomized control trial / M. Holm, K. Årestedt, I. Carlander [et al.] // *Psychooncology.*— 2016.— Vol. 25 (7).— P. 795–802.
48. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer / M. Li, E. B. Kennedy, N. Byrne [et al.] // *Psychooncology.*— 2017.— Vol. 26 (5).— P. 573–587.
49. *Смулевич А. Б.* Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // *Психические расстройства в общей медицине.*— 2009.— № 1.— С. 4–12.
50. *Маркова М. В.* Стан та перспективи розвитку

сучасної психоонкології / М. В. Маркова,
О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Укр. вісн.

психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).—
С. 86–91.

ПСИХООНКОЛОГИЯ В АСПЕКТЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

М. В. МАРКОВА, И. Р. МУХАРОВСКАЯ, Т. Г. КРИВОНОС

Дано определение психоонкологии как науки, изучающей психосоциальные и психобиологические аспекты онкологических заболеваний. Отмечено, что психоонкология — это пример удачного воплощения принципа междисциплинарности и интегративности в лечении, что позволяет увидеть больного и его жизненную ситуацию целостно и соответственно построить комплексную и эффективную систему медицинской, медико-психологической и психосоциальной помощи.

Ключевые слова: психоонкология, онкологические заболевания, психологические реакции, психические расстройства, онкологические пациенты.

PSYCHO-ONCOLOGY IN THE ASPECT OF MODERN THEORY AND CLINICAL PRACTICE

M. V. MARKOVA, I. R. MUKHAROVSKA, T. H. KRYVONIS

The psycho-oncology as a science, studying the psychosocial and psychobiological aspects of cancer, has been defined. The psycho-oncology is stated to be an example of successful implementation of the principle of interdisciplinarity and integrative treatment, which allows to see the patient and his/her life situation holistically and accordingly to build a combined and effective system of medical, medico-psychological and psychosocial care.

Key words: psycho-oncology, oncology diseases, psychological responses, mental disorders, oncology patients.

Надійшла 02.10.2019