

ПСИХООНКОЛОГИЯ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

ДЖ. ХОЛЛАНД, Н.М. РИВКИНА

Психосоциальная онкология — относительно молодое направление в медицине, положившее начало реабилитологии и комплексным подходам в лечении хронических заболеваний. Статья освещает ключевые моменты в становлении и развитии психоонкологии. Особое внимание уделяется опыту внедрения программ психосоциального сопровождения онкологических больных в систему национального здравоохранения.

Ключевые слова: психосоциальная онкология, психоонкология, коморбидные психические расстройства в онкологии, междисциплинарная команда.

Возникновение «психоонкологии» относится к 1975 году, когда стало возможно открыто говорить с пациентами о диагнозе «рак» и их отношении к своему заболеванию [6]. Это совпало с некоторыми социальными изменениями. Во-первых, общественность почувствовала большой оптимизм по поводу возможностей лечения онкологических заболеваний, главным образом в связи с огромным числом пациентов, выживших в ремиссию после прохождения лечения и открыто говоривших о своем излечении, в отличие от тех времен, когда факт онкологического заболевания умалчивался из-за стигмы заболевания и страха, что это отразится на работе и частной жизни. Во-вторых, знаменитости начали позволять средствам массовой информации сообщать публике о своем заболевании (как о диагнозе, так и о процессе лечения). Наиболее известными примерами являются национальные деятели Форд и Рокфеллер, в 1975 г. сообщившие о своей болезни, а также Роллин, которая написала книгу «Сначала ты плачешь» о пути, который она прошла с момента диагностирования рака груди. Именно в этот период набирали силу мощные социальные движения по отстаиванию прав человека, ставшие наследием Вьетнамской эпохи и обратившие внимание общества к людям, испытывающим социальные ограничения. В результате действия этих факторов рак «вышел из тени», и открылись возможности для исследования психологических аспектов онкологических заболеваний.

В 1971 г. в Англии группа исследователей Королевского медицинского колледжа создала исследовательское объединение, возглавляемое

Петтингейлом, Гриром и Ти. Там же в качестве научных сотрудников начали свою работу Моррис и Ватсон. В своих ранних трудах они проводили обследование женщин с раком груди, исследуя факторы, способствующие выживанию, и одни из первых создали количественные шкалы для измерения психологических аспектов преодоления стресса [14]. В 1986 г. Грир и Ватсон переехали в Королевский Госпиталь Марсден, где продолжили свои исследования. Они основали Британское психосоциальное онкологическое общество в 1982 г.

Параллельно в Нидерландах Ван Дам разработал первый протокол исследований психосоциальных факторов [11]. В 1976 г. его новаторская работа привела к началу исследований уровня качества жизни пациентов под эгидой Европейской организации по исследованиям и обучению в сфере онкологии. Вместе с Аарнсоном он разработал многоязычный тест по исследованию качества жизни, что стало важнейшим вкладом в исследования в области психонкологии.

Одновременно в 1976 г. в Соединенных Штатах Америки Национальному институту рака при поддержке Национальной группы клинических испытаний рака и лейкемии группы Б было поручено разработать междисциплинарную модель помощи. Группа психиатров была сформирована Холланд, которая провела тестирование уровня качества жизни пациентов, проходивших лечение. Этой группой были проведены первые исследования пациентов, вышедших в ремиссию на ранних стадиях болезни после прохождения лечения. Группа также разработала опросник для оценки психосоциальных параметров с помощью телефонного интервью.

Разави в Бельгии представил ранние исследования коммуникации врача и пациента и интервенции по снижению дистресса заболевания. Ван Керекьярто в Гамбурге и Кавано в Японии стали первыми авторами, внесшими вклад в международное сотрудничество и развитие кросс-культуральных исследовательских проектов.

В Австралии толчком к развитию психонкологии стали три фактора. Во-первых, при финансовой поддержке Государственного совета по раку была реализована федеральная программа профилактики рака, которая также послужила основой научных исследований превенции факторов риска, таких как табакокурение, защита от солнечного излучения, а также внедрение скринингов для раннего выявления рака. Во-вторых, группы защиты пациентов подтолкнули правительство к созданию Национального центра рака груди, ставшего площадкой, на которой в дальнейшем появилась возможность координации психосоциальных исследований. В-третьих, социальные движения лоббировали темы ухода за смертельно больными и развития федеральной системы палли-

ативной помощи, что, в свою очередь, стимулировало создание образовательных программ и научно-исследовательских подразделений, финансируемых правительством. Взаимодействие между психоонкологией и паллиативной помощью стало более мощным. Общество клинической онкологии Австралии координировало исследования в области психоонкологии, в то время как Австралийские и Новозеландские общества паллиативной помощи содействовали проведению совместных исследований. Деятельность, направленная на разработку принципов психосоциальной помощи, объединила ученых. Введение государственной стипендии для аспирантов и докторантов помогло обучать будущих специалистов. Кафедры консультативной психиатрии в Австралии и университетские кафедры психологии Новой Зеландии поддерживали рост количества ученых в каждом штате, ведущий к неуклонному развитию сильных клинических и исследовательских программ, которые значительно продвинули эту область.

Аналогичная история разворачивалась в Канаде, где возник сильный союз между программой паллиативной помощи, разрабатываемой под руководством Маунт в МакГил, и психосоциальными исследованиями, проводимыми, в частности, Вэйчон и позже группой, возглавляемой Кочиновым в Виннипеге, Бултцом в Калгари и Родином в Торонто. Канадская ассоциация психосоциальной онкологии создала один из первых стандартов психосоциальной помощи [4], и Бултц сыграл важную роль в получении поддержки федеральной системы здравоохранения для введения «дистресса» в качестве шестого витального показателя.

В 1975 г. в Соединенных Штатах Америки небольшая группа клинических исследователей собралась в Сан Антонио, штат Техас, для первой конференции по национальным исследованиям в области психоонкологии, организованной Фоксом. 25 сотрудников попытались решить проблемы, связанные с отсутствием инструментария для количественного измерения таких субъективных симптомов, как боль, тревога и депрессия. Инструменты, предназначенные для изучения физически здоровых пациентов с психическими расстройствами не были откалиброваны для оценки коморбидных психических расстройств у соматических больных. Американское онкологическое общество поддержало несколько научных конференций, посвященных обсуждению данного вопроса, что способствовало разработке инструментария для количественного измерения субъективных симптомов боли, тревоги, депрессии, а также делирия и связанного со здоровьем уровня качества жизни [8].

Американское онкологическое общество также признало психоонкологию законной областью исследований рака и создало первую экспертную оценку психосоциальных исследований. Начавшая свою рабо-

ту в 1951 г., группа психиатров Мемориального онкологического центра им. Слоуна — Кеттеринга была выделена в полноценное академическое подразделение центра в 1977 г. и начала развивать клиническую деятельность, а также разрабатывать программы постдипломного обучения и научных исследований. Эта группа, сотрудничавшая с Американским онкологическим обществом, стала одной из основных сил в национальном и международном развитии психонкологии. На сегодняшний день в отделении психиатрии клиники прошли обучение более 300 специалистов. Многие из них внесли основной вклад в исследования и клинические работы в данной области.

К середине 1970-х годов консультирующие психиатры, работающие в онкологических клиниках, объединились в первую волну исследователей; по существу, они исследовали эпидемиологию сопутствующих онкозаболеванию психических расстройств: депрессию, тревогу и делирий. Психосоциальная группа по онкологии под руководством Шмэйла начала комплексные, охватывающие разные группы населения, исследования частоты встречаемости диагнозов классификации DSM-III у больных раком, которые в итоге показали распространенность психических расстройств равную 47 %, в первую очередь за счет расстройства адаптации [2]. Дальнейшие исследования искали корреляции между различными локализациями и стадиями опухоли, с одной стороны, и частотой депрессий, с другой, а также изучали влияние этиологических факторов на течение делирия, причины симптомов тревоги и их взаимосвязь с выраженностью болевого синдрома и нарушением когнитивных функций.

Плодотворные исследования Вейсмана и Уордена в рамках проекта «Омега» Массачусетского общественного госпиталя дали много информации о психоэмоциональной реакции пациентов на диагноз рак, которую они назвали «экзистенциальным страданием». Клинические испытания начались с изучения эффективности психосоциальных и психофармакологических вмешательств. На основании результатов этих клинических исследований появилось первое Клиническое руководство по психонкологии, опубликованное в 1989 году. Клинические исследования также позволили преподавать психонкологию врачам, полученные данные легли в основу учебных программ, практических семинаров, а также обучающих программ на национальных конференциях. Для врачей и медсестер были организованы групповые занятия для оценки контрпереноса, коммуникации между персоналом и пациентами и уровня дистресса сотрудников отделений онкологии. Подготовка врачей и медицинских сестер в области коммуникации с пациентами выросла экспоненциально за счет большого вклада специалистов из Великобритании, Австралии и Канады.

Движение поведенческой медицины в Соединенных Штатах началось примерно в конце 1970-х годов и принесло вторую волну исследований в области психосоциального и поведенческого аспектов рака. Психология здоровья привнесла в эти исследования новое и ценное измерение. Началось изучение теоретических моделей эффективного преодоления стресса, а также возможности когнитивно-поведенческих интервенций, которые оказались широко применимы и высокоэффективны. Стало крайне важным развитие теоретической базы психосоциальных интервенций. Работы поведенческих психологов дали сильнейший импульс для разработки программ профилактики рака и проведения исследований, как изменить образ жизни, чтобы снизить частоту заболеваемости раком. Их работа по превенции табакокурения дала представление о важности изменения образа жизни, соблюдение диет и спорта для уменьшения риска развития рака.

В это же время были внедрены опросники оценки уровня качества жизни как один из видов шкал клинических испытаний в онкологии. Ааронсон в Европе (Европейская организация онкологических научных исследований), Селла и коллеги в Соединенных Штатах разработали широко используемые в настоящее время опросники, содержащие основной набор вопросов с модулями для применения больными с определенными локализациями опухоли [1]. Эффективность действия нового препарата или лечения рака в целом сегодня оценивается не только влиянием на продолжительность жизни и период ремиссии, но и уровень качества жизни как меры количественной оценки. Корреляция данных по качеству жизни с данными по выживаемости теперь обеспечивает статистический подход к определению «продолжительности жизни». Также было разработано множество инструментов оценки симптомов, негативно влияющих на качество жизни пациентов, а также скрининга психосоциальных расстройств. Все вышеперечисленное обогатило набор инструментов, которые доступны для проведения психосоциальных исследований в психоонкологии.

Другой важный вклад в психоонкологию в последние годы был внесен исследованиями медсестер. Эти исследовательские проекты привнесли уникальный вклад в развитие программ контроля симптомов и управления болью, паллиативного ухода, психосоциальной поддержки и облегчения нагрузки на членов семьи, осуществляющих уход за больным.

Как упоминалось ранее, социальные работники были первыми, наряду с медсестрами, кто уделил внимание психологическим и социальным проблемам больных раком и их семьям. Исследования в области детской онкологии, изучение бремени семьи больных раком и, особенно, пациентов, находящихся на паллиативном лечении, — вот основной

спектр проблем, затронутых этой группой исследователей в периодическом издании «Психосоциальная онкология», основанном в 1983 г.

В последние годы свой вклад в развитие психонкологии внесли и представители духовенства. Благодаря их работам были признаны значимость психосоциальных аспектов борьбы с экзистенциальным кризисом во время болезни и тот факт, что смерть включает духовные и религиозные области, отражающие потребность пациентов в сохранении смысла жизни в сложившейся ситуации. Некоторые авторы называют тяжелую болезнь «психодуховным» кризисом. В этой новейшей области психонкологии были разработаны шкалы для измерения духовных убеждений пациентов и степени опоры на них в борьбе с раком [8]. Специальный выпуск журнала «Психонкология» в 1999 г. содержал обзор исследований духовных и религиозных убеждений онкологических больных.

Одним из важных достижений последних десятилетий в психонкологии стало изучение стресса, копинг-стратегий и реакций горя в ответ на развитие рака [5]. Йоханссон и его группа в Дании исследовали некоторые из мифов о влиянии психологических факторов на развитие рака. Работа группы показала, что ни личностные особенности, ни стресс, ни горе не приводят к увеличению риска развития рака. Эта работа положила конец предположениям о роли стресса в этиологии онкологических заболеваний, высказанным в ранних работах по психосоциальной онкологии.

Отдельные направления психонкологии и широкий спектр психосоциальных вмешательств были описаны в «Клиническом руководстве по психонкологии» и первом учебном издании «Психонкология», опубликованных соответственно в 1989 г. и 1998 г. С 1992 г. издается ежемесячный журнал «Психонкология», который публикует материалы исследований в области психологических, социальных и поведенческих аспектов онкологических заболеваний и выступает интегрирующей профессиональное сообщество силой в качестве официального журнала Международного общества психосоциальной онкологии (www.ipos-society.org), Британского общества психосоциальной онкологии и Общества Американской психосоциальной онкологии (www.apos-society.org). Достижением Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS) стала доступная на шести языках на веб-сайте IPOS учебная программа по психонкологии. Основу учебной программы составляют 20 лекций с возможностью получить сертификат после сдачи экзамена.

Психонкология определяется как область онкологии, имеющая дело с двумя аспектами болезни: (1) психоэмоциональными реакциями пациентов и их семей на всех стадиях болезни, а также психосоциальной нагрузкой на персонал; (2) психологическими, социальными и поведен-

ческими факторами, которые способствуют возникновению рака и выживаемости. В настоящее время это определение расширено и включает в себя поддержку пациентов, находящихся в ремиссии, и их психосоциальные проблемы. Тот факт, что большая часть онкологической помощи стала осуществляться в амбулаторных условиях, приводит к увеличению нагрузки на семью, которая также нуждается в поддержке.

Психиатрическим осложнениям в процессе паллиативного лечения было уделено особое внимание, как заботе о последних днях, особенно — изучению эпидемиологии расстройств аффективного спектра у паллиативных больных. В исследованиях также большое внимание уделяется изучению психотических состояний у пациентов паллиативной помощи.

Когда психосоциальные воздействия доказали свою эффективность, стало возможно создавать стандарты и клинические рекомендации, базирующиеся на результатах клинических исследований. В 1997 г. была создана международная сеть из 18 онкологических центров, которая разработала первый стандарт психосоциального лечения и порядка его предоставления в комплексном лечении онкологического заболевания. Рекомендации, подобные клиническим рекомендациям лечения боли, требуют, чтобы все пациенты онкологической клиники проходили процедуры первичной и последующей оценки уровня дистресса [21]. Скрининг, рекомендуемый для использования на этапе госпитализации, может проводиться устно, письменно или на компьютере, и называется «термометр дистресса» (применяется шкала от 0 до 10 баллов). Оценка в 4 балла и более указывает, что персоналу онкологической клиники следует направить пациента на консультацию к психиатру или психологу для более детальной оценки. Многоцентровое исследование по валидации шкалы дистресса, проведенное Jacobsen с коллегами, показала также ее совпадающую валидность со шкалой Госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Мета-анализ «ультра коротких инструментов скрининга», проведенный Mitchell, подтвердил, что данные методики работают так же хорошо, как HADS, но для определения мишеней вмешательств лучше использовать последний.

Следующим шагом стала стандартизация и включение психосоциальных вмешательств в комплексную помощь онкологическим больным. В Австралии, Канаде и Великобритании были разработаны клинические руководства по психосоциальному лечению в клинической онкологии. В Канаде Бульц совместно с Советом по профилактике рака работал над включением «дистресса» в состав жизненно важных функций, являющихся мишенями повседневного ухода за больными. В докладе Института медицины об уходе за пациентами в целом говорится о весомости этих

политических изменений и выдвигается предположение о появлении нового измерения качества медицинской помощи. На основе обзора доказательств эффективности психосоциальных мер, результатов скрининга всех онкологических больных в ситуации дистресса и изучения их психологических потребностей был сделан вывод о необходимости соответствия новым стандартам медицинской помощи.

Несмотря на гигантский прогресс в развитии психонкологии в России, к сожалению, психосоциальная поддержка все еще не является обязательной при уходе за пациентами с онкологическими заболеваниями и остается доступной далеко не всем. Насущной потребностью является стандартизация в России международных моделей психофармакотерапии и психотерапевтической помощи онкологическим пациентам, а также программ реабилитации на различных этапах лечения. Большого внимания требуют подготовка специалистов к работе в составе междисциплинарной команды, обучение интегративным подходам, учитывающим также роль психосоциальных факторов при лечении онкологического заболевания.

С 2013 года в России начали проходить регулярные образовательные программы Международной ассоциации психосоциальной онкологии. Помимо предоставления возможности обучения у ведущих экспертов в области современной психонкологии, данная программа позволяет объединить специалистов разных направлений: онкологов, психиатров, клинических психологов, медицинских сестер с целью создать в России соответствующую международным стандартам систему психосоциальной поддержки и реабилитации онкологических больных, обеспечить доступность этой поддержки для пациента и его семьи, сделать психосоциальную помощь неотъемлемой частью лечения онкологического заболевания.

Выводы

Психонкологии почти 35 лет, и за этот небольшой период был достигнут значительный прогресс. Эта дисциплина занимает важное место в клинической онкологии как в практике оказания медицинской помощи, так и в научных исследованиях. Значительно увеличился объем помощи больным. Во многих онкологических центрах существуют психонкологические службы, представленные междисциплинарными группами. Современные протоколы лечения онкологических заболеваний основываются на рандомизированных исследованиях. Реализация того, что известно благодаря развитию психонкологии теперь, может значительно улучшить психологическое благополучие и качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Adler N., Page A.* Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs / Institute of Medicine, The National Academies. Washington, DC. 2007.
2. *Boyle P., Levin B.* World Cancer Report 2008 / International Agency for Research on Cancer (IARC). Lyon. 2008.
3. *Bray F., Moller B.* Predicting the future burden of cancer // *Nat. Rev. Cancer.* 2006. № 6. Pp. 63—74.
4. *Bultz B.D., Carlson L.E.* Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care // *Psycho-oncology.* 2006. № 15. Pp. 93—95.
5. Council of the European Union. Council Conclusions on reducing the burden of cancer / 2876th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting. Luxembourg. 2008.
6. *Garcia M., Jemal A., Ward E.M.* et al. Global Cancer Facts & Figures 2007 / American Cancer Society: Atlanta, GA. 2007.
7. *Helgeson V.S., Snyder P., Seltman H.* Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change // *Health Psychol.* 2004. № 23. Pp. 3—15.
8. *Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S.* et al. Distress management // *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2010. № 8. Pp. 448—485.
9. *Hutchison S.D., Steginga S.K., Dunn J.* The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach // *Psycho-oncology* 2006. № 15. Pp. 541—546.
10. *Jacobsen P.B., Donovan K.A., Trask P.C.* et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients // *Cancer.* 2005. № 103. Pp. 1494—1502.
11. *Jacobsen P.B., Kadlubek P., Neuss M.N.* Preliminary evaluation of quality of psychosocial care indicators: results from the Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) [abstract] // *J. Clin. Oncol.* 2009. № 27. P. 653.
12. *Jacobsen P.B.* Improving psychosocial care in outpatient oncology settings // *J. Natl. Canc.* 2010. № 8. Pp. 368—370.
13. *Mitchell A.J.* Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders // *J. Clin. Oncol.* 2007. № 25. Pp. 4670—4681.
14. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative // *Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer* / National Breast Cancer Centre: Camperdown, NSW, 2003.
15. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on Cancer Services // *Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer* / National Institute for Clinical Excellence: London, UK, 2004. Available from <http://www.nice.org.uk/csgsp>. (10.11.2010)
16. *Thun M.J., DeLancey J.O., Center M.M., Jemal A., Ward E.M.* The global burden of cancer: priorities for prevention // *Carcinogenesis.* 2010. № 31. Pp. 100—110.
17. *Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S.* The prevalence of psychological distress by cancer site // *Psycho-oncology.* 2001. № 10. Pp. 19—28.

PSYCHOSOCIAL APPROACH IN CLINICAL ONCOLOGY. THE HISTORY AND PROGRESS

J.C. HOLLAND, N.M. RIVKINA

Psychosocial oncology is rather young approach in medicine that laid the foundation of rehabilitology and complex approaches to chronic disease management. The article covers the key points of establishment and development of psychooncology. Special emphasis is placed on experience in implementation of psychosocial support programs for oncological patients in National Healthcare System.

Keywords: psycho-social oncology, psycho-oncology, psychiatry comorbidities in oncology, multidisciplinary team.