



Психоонкологія

Проф. др. др. Горст Кехеле
Інтернаціональний психоаналітичний університет
Берлін

1



Побудова доповіді

- ▯ Історичний огляд
- ▯ Психологічні чинники, виникнення раку, перебіг хвороби і виживання
- ▯ Психологічні навантаження, якість життя та їх вплив
- ▯ Підсумовування: вплив на тривалість життя
- ▯ Комунікація 'Лікар-Пацієнт'

2



Історія

Ранні “психоонкологічні спекуляції” про рак як психосоматичний феномен

- Рак як конверсійний синдром
 - Рак як символічне вираження конфлікту потягів, напр. рак матки як “гріхи супроти материнського обов’язку та покаяння любострастя” (*Groddeck 1934*)
- Рак як актуальний невроз
 - Накопичена лібідинозна чи агресивна енергія викликає рак (*Reich 1942, Büntig 1982*)
- Рак у алекситимічних пацієнтів
 - Брак здатності вираження емоцій, порожнеча у міжлюдських контактах при депресивно-причепливій залежності та безпорадному розпачу після розлуки (*Alexander 1950*)

3



Історія

- 50ті роки:
 - ACS „програми самоопомоги”: постраждалі розшукують постраждалих
 - Перші звіти про труднощі та подолання раку (*Shands et al. 1951, Eissler 1955, Norton 1963*)
- 60ті роки:
 - Психіатричні консилиумні служби в загальних лікарнях
 - Дискусії щодо повідомлення діагнозу („do tell” vs. „never tell”)
 - Психосоціальне забезпечення ракових пацієнтів соцпрацівниками, медсестрами і духовниками, відносно рідко психіатрами і психосоматиками
- До 70х років – практична відсутність систематичних психоонкологічних досліджень та забезпечення
 - Рак довгий час мало досліджувався
 - Загальна суспільна дистанція до всього, що починається на “психо-”
 - Дистанція між академічними студіями щодо раку в психосоматиці та в клінічній реальності
 - Рідкісні випадки повідомлення діагнозу

4



Історія

- n **Від 70х років :**
Суттєвий злет інтересу до психосоціального виміру раку
 - n Більше тих, хто пережив рак, набирав ваги розпізнавання на ранніх стадіях: інформаційні кампанії про рак
 - n Початок поведінкової медицини
 - n Початок психонейроімунології
 - n Залучення клінічної психології в медицину
- n **1975:**
Перше сприяння психоонкології завдяки розробкам вимірювальних інструментів
- n **Відтоді:**
 - n Швидкий і динамічний розвиток у напрямку окремої фахової дисципліни

5



Психіка та виникнення раку

Самодіяльні теорії / Приписування причин

100 пацієнток із **карциномою яєчників** (Ovarial-Ca).

- | | |
|-----------------------|-------|
| n Приватний стрес | 55 % |
| n Професійний стрес | 36 %, |
| n Генетика | 34 %, |
| n Гормони | 29 %, |
| n Статеві інфекції | 20 %, |
| n Харчування | 19 %, |
| n Забруднене довкілля | 12 %, |
| n Вживання нікотину | 9 % |
| n Питання не виникало | 4% |

Mjüller et al 2006

6



Психіка та виникнення раку

Обтяжуючі життєві обставини

стан досліджень хиткий, вплив на виникнення раку та рецидив швидше малоймовірний (див. *Petticrew et al. 1999, Graham et al. 2002*)

Стрес (Daily Hassles):

стан досліджень хиткий, вплив швидше малоймовірний (див. *Faller 2001 und 2004*)

Депресія:

стан досліджень хиткий: нові дані Chida et al 2008

7



Психіка та виникнення раку

Ракова особистість (особистість типу C):


- n Мало вираження емоцій
- n Пригнічення аверсивних, агресивних почуттів
- n Уникання конфліктів
- n Пристосувально - конформістський стиль особистості (*Temoshok 1985*)

однак:

- n Концепція базується в основному на ретроспективних дослідженнях (вимірювання особистісних ознак після ставлення діагнозу)
- n Жодних підтверджень з боку пребіоптичних (*Schwarz 1993*) чи проспективних досліджень (див. *Bleiker & van der Ploeg 1999*)

Особистість типу C є наслідком хвороби

8



Психіка, перебіг хвороби та виживання

Емоційне навантаження:

- n Суперечливі результати: 8 досліджень – негативний, 4 дослідження жодного і 4 дослідження позитивний вплив на виживання (Faller 2006)


Обтяжливі життєві обставини:

стан досліджень хиткий, вплив на виникнення раку та рецидив швидше малоімовірний (див. Petticrew et al 1999, Graham et al. 2002)

стрес (Daily Hassles):

стан досліджень хиткий, вплив швидше малоімовірний (див. Faller 2001 und 2004)

9



Психіка, перебіг хвороби та виживання

n “Бойовий дух” /Fighting spirit (активний копінг):

- n Більшість досліджень(6 проти 2) не виявляють жодного зв’язку (див. Petticrew et al. 1999, Faller 2004)

n Позитивне мислення:

- n Жодного серйозного дослідження

n Брак соціальної підтримки

- n Ймовірний фактор ризику (див. Fox 1998)

10



Психіка, виникнення раку та перебіг хвороби – Дотепер

- n Загалом хиткий стан досліджень:
- n Психічні фактори ймовірно не відіграють великої ролі при виникненні та перебігу ракового захворювання.

Однак:

- n У першу чергу пацієнти з високими емоційними навантаженнями виявляють у своїх власних (самодіяльних) теоріях хвороби тенденцію швидше до психічних причин свого захворювання
(Faller et al. 1996)


11



Психіка, перебіг хвороби та виживання

- n Депресивне подолання, депресія :
 - n Тенденція, що депресивність може негативно впливати на тривалість життя (Dues. B. Wulsin et al. 2003, Lett et al. 2004)
 - Однак: медіатор не з'ясовано
- n Соціо-економічний статус
 - n Низький соціо-економічний статус є фактором ризику (Dues. Holland (ed.) 1998)

12




Психіка, перебіг хвороби та виживання - НОВЕ

- n Обтяжливі життєві обставини
- n Схильна до психічного навантаження невдала поведінка копіngu (подолання стресу)
- n Негативні емоційні реакції
- n Погана якість життя

Chida et al. (2008) Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? Nat Clin Pract Oncol 5: 466-475

13



Психіка, перебіг хвороби та виживання - НОВЕ

Розладнена імунна функція вважається найвірогіднішим медіатором виникнення раку, зумовленого стресом, при пухлинах, асоційованих з вірусом

Напр. лімфома **Non-Hodkin**
Синдром Kaposi при ВІЛ-інфекції

Отже, імунна реакція проти пухлини мала би успішно контролюватися самою імунною системою шляхом селекції ракових клітин (Dunn et al. 2000)

14

Психосоціальні навантаження під час хвороби

1. Розладнана емоційна рівновага

- ☐ через нові або посилені почуття
- ☐ через внутрішню або зовнішню загрозу

2. Тілесна цілісність та самопочуття зазнають змін:

- ☐ через ураження або обмеженість у рухах
- ☐ через біль і скарги від хвороби і/або від терапії
- ☐ через інвалідність

3. Змінена концепція власного єства (self):

- ☐ через втрату автономії та контролю
- ☐ через змінену схему власного тіла та власного образу
- ☐ через невизначеність перебігу хвороби, майбутнього сімейного та соціального життя

15

Психосоціальні навантаження під час хвороби

4. Невпевненість стосовно соціальних ролей та завдань

- ☐ через розлуку з родиною, друзями, знайомими
- ☐ через відмову від важливих соціальних функцій
- ☐ через нову соціальну залежність

5. Змінене оточення:

- ☐ через нові стосунки з лікарями та медперсоналом
- ☐ через госпіталізацію
- ☐ через стикання з новими правилами поведінки, цінностями та (фаховим) жаргоном.

(Koch 2007)

16

Психосоціальні навантаження ракової хвороби



- n Загроза життю
- n Аверсивна, лякаюча
- n Загроза / порушення тілесної цілісності
- n Загроза самооцінці
- n Загроза / втрата самостійності аж до безпомічності
- n Загроза / втрата тілесного доброго самопочуття
- n Загроза / втрата душевної рівноваги
- n Рак як навантаження у соціальних контактах аж до ізоляції ракових хворих

17

Психічні проблеми і рак : Що помітно в рутинній роботі?



- n Було досліджено 2297 пацієнтів та 143 лікарі:
 - n Пацієнти заповнювали опитувальник до, а лікарі – після консультації
- n 36,4% пацієнтів мали показники, що виявляли психічні проблеми, що потребують лікування
 - n „правильно-позитивне” розпізнавання лікарів було 28%
 - n „правильно-негативне” розпізнавання лікарів було 85%

(Fallowfield et al. 2001)

18

Міра психічного навантаження при раковому захворюванні

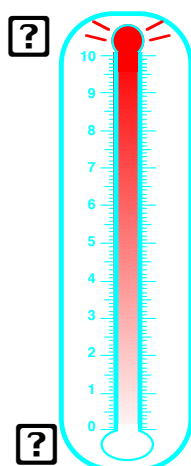
„нормальні“ реакції:
як тривога, сум, гнів

„патологічні“ реакції:
Як розлад адаптації,
тривожний розлад, депресія



19

Термометр дистресу



Базове правило:
При стресі > 5
показана додаткова підтримка.

20



Психічна підтримка

Від кого хотіли би отримати психічну підтримку?

1. Від лікуючих лікарів (75-90%)
2. Від психотерапевта (20-42%)
3. Від духівника (са. 10%)
4. Від доглядальників (са. 10%)
5. Від соціальних працівників (са. 10%)

Faller et al 2003, Söllner et al 2006

21



Що дає надію?

- n Поведінка лікарів, щонайбільше вселяє надію :
 - n 90% пропонує найновіше лікування
 - n 87% викликає враження повної обізнаності щодо хвороби пацієнта
 - n 87% вказування на те, що біль буде контрольованим
- n Жодної надії не пробуджується, коли :
 - n 91% лікар виглядає знервованим і недобре почувається
 - n 87% прогноз спершу повідомляється родині
 - n 82% використовуються **евфемізми**

Hagerty et al 2005

22



Як комунікують?


Спостереження 29 первинних контактів між онкологами і пацієнтами з невиліковним метастазуючим раком показали, що

- n У 23 (79.3%) первинних контактах говорилося про прогноз
- n У 12 (52.2%) з 23 обходів використовували експліцитну мову ("terminal," variations of "death")
- n Пацієнти значно рідше, перш за все у зв'язку з емоційними запитаннями щодо майбутнього.
- n У всіх 23 (100%) обходах використовували імпліцитну мову (евфемізми та непряму комунікацію) для обговорення строків життя та смерті.

Rodriguez et al 2006

Пацієнти бажають, щоб лікарі говорили з ними чітко і ясно, хоча самі так говорити не можуть

23




Підтримка у подоланні хвороби:

Хто "потребує" психо-онкологічної допомоги?

- n **кожен раковий пацієнт**
 - n Потребує емоційної підтримки та інформації.
- n **Коло 25% (- 33%) пацієнтів**
 - n Потребують психо-онкологічного консультування benötigen psycho-onkologische Beratung (доступні пропозиції, мало годин)
- n **коло 10% (-20%) пацієнтів**
 - n Потребують психотерапевтичної підтримки

24



Часті психічні супровідні захворювання

„Вже нічого не буде таким, як колись“

Найчастіші погіршення стану в ході захворювання через:

- **Тривогу:** переважання коло 30% (аж до 50%)
- **Депресію:** переважання коло 20% (аж до 40%);
- **Адаптивний розлад, гостру реакцію на стрес, посттравматичний стресовий розлад :** переважання коло 30% (аж до 80%)

Тим не менше:
дуже часто підтримують соціальні контакти

25



Тривога

- n Заговорити і перепитати допомагає зменшенню тривоги: „Ви переживаєте?“ Або „Ви боїтеся?“
 - n Розпитати: „Чого саме Ви боїтеся?“
 - n Запропонувати відповіді, якщо відчувається велика загроза.
- n Лікування більше розмовою, ніж медекаментами

26



Депресія

Ймовірно найменш помітний розлад; депресія є напевно самостійним фактором ризику для соматичного перебігу хвороби

- Поставте два запитання (при позитивній відповіді проясніть детальніше):
 1. Пусковий механізм: „Чи важко мені тепер даються речі, які раніше робилися з легкістю? “
 2. Настрій: „Чи перестали мене радувати речі, які раніше радували?“
- Лікування як медикаментами, так і розмовою

27



Розлади адаптації

- n Гостра реакція на стрес:
 - n „Нормальна реакція на ненормальну ситуацію “
 - n Проблема не стільки в гострій реакції на стрес, скільки в тому, що це найкраще передбачення для пізнішого розладу адаптації чи посттравматичного стресового розладу
- n Розлади адаптації:
 - n Найчастіший психічний діагноз коморбідності
 - n Переважно з тривогою та депресією
- n Посттравматичний стресовий розлад
 - n Зустрічається рідше, можлива реактивація через рецидив
- n Лікування в першу чергу розмовою, медикаменти в залежності від симптоматики

28

Метааналіз RCT щодо ефективності психосоціальних інтервенцій на самопочуття і якість життя

Sheard & Maguire 1999;

■ Тривога: 19 RCT

■ Депресія: 20 RCT

Rehse & Pukrop 2003

■ Якість життя: 37 RCT

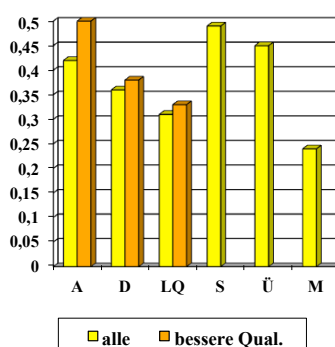
Luebbert et al. 2001;

■ Процедури розслаблення при симптомах, пов'язаних з лікуванням: 15 RCT

Tatrow & Montgomery 2006;

■ Поведінкова терапія при симптомах, пов'язаних з лікуванням: 20 RCT

Поляризовані сили ефекту



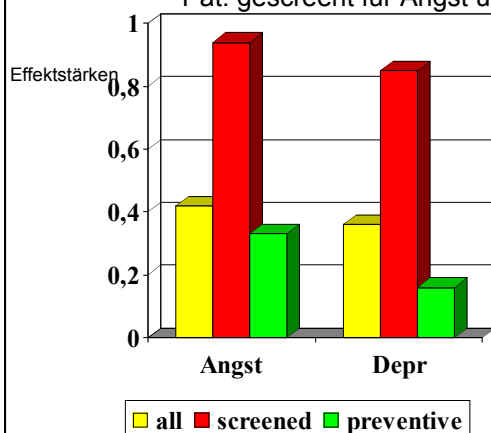
A Тривога; D депресія; LQ якість життя
S біль; Ü нудота; M втома (Fatigue)

29

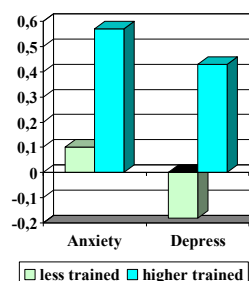
aus: Söllner 2006

Субаналізи

Pat. gescreent für Angst und Depr.



Therapeutenausbildung



(Sheard & Maguire 1999)³⁰



Підсумки I

- n Психічні фактори відіграють роль при виникненні раку та при протіканні хвороби. НОВЕ!
- n Психічні супровідні симптоми є частими і можуть успішно лікуватися. Близько 1/3 ракових пацієнтів мають психічні розлади “ на рівні захворювання”
- n Психічна підтримка / психотерапія мають позитивний вплив на емоційне навантаження і якість життя.

31



Підсумки II

- n Пацієнти бажають емоційної підтримки з боку своїх лікарів. Ясна і чесна комунікація між лікарем і пацієнтом відіграє вирішальну роль.
- n За сучасним станом знань на перебіг хвороби та виживання психотерапія не впливає.

32