**Принципы психологической реабилитации пациентов со злокачественными новообразованиями кожи.**

Рандомизированные исследования в области онкопсихологии показывают, что около 75% пациентов с меланомой испытывают эмоциональный стресс в отношении возможности развития новой болезни, рецидива рака или метастазов [Costa DS, Dieng M, Cust AE, et al. Psychometric properties of the Fear of Cancer Recurrence Inventory: an item response theory approach. Psychooncology 2016; Beutel ME, Fischbeck S, Binder H, et al. Depression, anxiety and quality of life in long-term survivors of malignant melanoma: a register-based cohort study. PLoS One 2015], а 35% из них сообщают о потребности в информационной и психологической поддержке [Loquai C, Scheurich V, Syring N, et al. Screening for distress in routine oncological care-a survey in 520 melanoma patients. PLoS One 2013; Francken AB, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. Follow-up in patients with localised primary cutaneous melanoma. Lancet Oncol 2005; Kasparian NA. Psychological stress and melanoma: are we meeting our patients' psychological needs? Clin Dermatol 2013].

**Особенности психические реакций пациентов с меланомой.**

Во многом психические реакции и состояния пациентов связаны с этапами лечения меланомы:

- процесс первичной диагностики заболевания сопровождается шоковыми реакциями, паникой и чувством опустошения [Brandberg Y, Bergenmar M, Bolund C, Månsson-Brahme E, Ringborg U, Sjødén PO. Psychological effects of participation in a prevention programme for individuals with increased risk for malignant melanoma];

- лечебные процедуры вызывают чрезмерное беспокойство и размышления о заболевании, трудности концентрации внимания, бессонницу, часто отмечается злоупотребление алкоголем или препаратами, снижающими эмоциональное напряжение, симптомы физического неблагополучия [Fawzy NW. A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients];

- этап ремиссии сопровождается частыми физиологическими проблемами, чувством утраты контроля со стороны врачей, тревожным ожиданием рецидива [Tan JD, Butow PN, Boyle FM, Saw RP, O'Reilly AJ. A qualitative assessment of psychosocial impact, coping and adjustment in high-risk melanoma patients and caregivers. Melanoma Res. 2014 Jun;24(3):252-60].

Чаще всего среди пациентов с меланомой встречаются психические реакции в рамках клинически значимых симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), психогенные реакции по астено-тревожно-депрессивному типу:

- от 18% до 44% пациентов демонстрируют клинические признаки тревожности по шкале HADS [Trask PC, Paterson AG, Hayasaka S, Dunn RL, Riba M, Johnson T. Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma; Brandberg Y, Bolund C, Sigurdardóttir V, Sjoden P-O, Sullivan M. Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma]; 17% из них сообщают о физических симптомах тревоги, таких как диарея, тошнота и бессонница [Baughan CA, Hall VL, Leppard BJ, Perkins PJ. Follow-up in stage I cutaneous malignant melanoma: an audit];

- распространенность клинически значимых депрессивных симптомов на ранних стадиях заболевания составляет от 6 до 28% [Brandberg Y, Bolund C, Sigurdardóttir V, Sjoden P-O, Sullivan M. Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma; Brandberg Y, Kock E, Oskar Kaf, Trampe E, Seregard S. Psychological reactions and quality of life in patients with posterior uveal melanoma treated with ruthenium plaque therapy or enucleation: a one year follow-up study; Brandberg Y, Bergenmar M, Bolund C, Månsson-Brahme E, Ringborg U, Sjødén PO. Psychological effects of participation in a prevention programme for individuals with increased risk for malignant melanoma].

В рамках посттравматического стресса (ПТС) встречаются 2 ключевых кластера симптомов:

- вторжение, определяемое как беспокоящие, постоянные и нежелательные образы, мысли и чувства, часто сопровождающиеся вегетативным возбуждением, гипервентиляцией и выраженной тревогой;

- избегание, сопровождающееся игнорированием последствий заболевания, эмоциональным оцепенением [Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. The Impact of Event Scale: a measure of subjective stress; Kelly B, Raphael B, Smithers M. et al. Psychological responses to malignant melanoma: an investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness].

**Психические реакции и демографические особенности.**

Некоторые исследования показали, что более чувствительными к воздействию стресса являются следующие группы пациентов:

- пациенты женского пола [Söllner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Mairinger G, Fritsch P. Need for supportive counseling: the professionals versus the patients perspective: a survey in a representative sample of 236 melanoma patients; Holland JC, Passik S, Kash KM. et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma; Missiha SB, Solish N, From L. Characterizing anxiety in melanoma patients; Baider L, Perry S, Sison A. et al. The role of psychological variables in a group of melanoma patients: an Israeli sample; Brandberg Y, Mansson-Brahme E, Ringborg U, Sjoden P. Psychological reactions in patients with malignant melanoma; Bergenmar  M, Nilsson  B, Hansson  J, Brandberg  Y. Anxiety and depressive symptoms measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale as predictors of time to recurrence in localized cutaneous melanoma; Trask PC, Griffith KA. The identification of empirically derived cancer patient subgroups using psychosocial variables; Vurnek M, Buljan M, Situm M. Psychological status and coping with illness in patients with malignant melanoma];

- пациенты молодого возраста (18-44 года по классификации ВОЗ) [Missiha SB, Solish N, From L. Characterizing anxiety in melanoma patients; Bergenmar M, Nilsson B, Hansson J, Brandberg Y. Anxiety and depressive symptoms measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale as predictors of time to recurrence in localized cutaneous melanoma];

- пациенты, не имеющие партнера (Hamama-Raz Y, Solomon Z. Psychological adjustment of melanoma survivors: the contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal; Hamama-Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors];

- пациенты с меньшим количеством детей (Hamama-Raz Y, Solomon Z. Psychological adjustment of melanoma survivors: the contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal; Hamama-Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors]

- пациенты с низким уровнем образования [Cassileth BR, Lusk EJ, Tenaglia AN. A psychological comparison of patients with malignant melanoma and other dermatologic disorders].

**Психические реакции и клинические особенности заболевания.**

Более высокий уровень тревоги и депрессии, а также симптомы ПТС обнаруживают пациенты, у которых:

- диагностировано прогрессирование заболевания [Söllner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Mairinger G, Fritsch P. Need for supportive counseling: the professionals' versus the patients' perspective: a survey in a representative sample of 236 melanoma patients; Kelly B, Raphael B, Smithers M. et al. Psychological responses to malignant melanoma: an investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness];

- ухудшение общего физического состояния [Hamama-Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors];

- опухоли, косметические дефекты расположены на видимых участках тела, например, лицо или руки [Söllner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Mairinger G, Fritsch P. Need for supportive counseling: the professionals versus the patients perspective: a survey in a representative sample of 236 melanoma patients].

Кроме того, такие пациенты значительно ниже оценивают текущее и будущее состояние здоровья, более высоко оценивают интенсивность болевых ощущений, сообщают о значительном снижении энергетического потенциала и большем влиянии физического и эмоционального неблагополучия на социальную сферу жизни [Trask PC, Paterson AG, Hayasaka S, Dunn RL, Riba M, Johnson T. Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma].

**Психические реакции и психо-социальные факторы**

В контексте психо-социальных предикторов дистресса отмечаются следующие особенности:

- более низкая оценка меланомы как угрозы и высокая оценка субъективной способности справляться с ситуацией способствуют снижению уровня дистресса [Hamama-Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors];

- тенденция отслеживать или искать информацию, относящуюся к риску развития заболевания, является предиктором дистресса [Kasparian NA, 2013. Psychological care for people with melanoma: what, when, why and how? Semin. Oncol. Nurs. 29 (3), 214–222];

- наличие депрессивных симптомов является одним из ключевых факторов, определяющих низкое качество жизни; существенное снижение физического качества жизни, в свою очередь, является важным коррелятом дистресса [Holland JC, Passik S, Kash KM. et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma; Trask PC, Paterson AG, Hayasaka S, Dunn RL, Riba M, Johnson T. Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma].

**Психокоррекция и психологическая реабилитация.**

Существуют убедительные доказательства того, что психокоррекционные мероприятия могут улучшить психическое состояние пациентов, а также имеют влияние на качество жизни [Boesen EH, Ross L, Frederiksen K, Thomsen BL, Dahlstrøm K, Schmidt G, et al., 2005. Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study. J. Clin. Oncol. 23 (6), 1270–1277; Dieng M, Butow PN, Costa DS, Morton RL, Menzies SW, Mireskandari S, et al., 2016. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. J. Clin. Oncol. 34 (36), 4405–4414; McLoone J, Menzies S, Meiser B, et al. Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. Psychooncology 2013]. В систематическом обзоре 16 вмешательств McLoone *et al.* отмечает, что психокоррекционные мероприятия приводят к снижению тревожности, связанной со здоровьем и частотой рецидивов меланомы, а также к позитивным изменениям в борьбе с болезнью [McLoone J, Menzies S, Meiser B, et al. Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. Psychooncology 2013].

Cпособность пациента адаптироваться к заболеванию может оказать глубокое влияние на его непосредственное и долгосрочное психическое, социальное и физическое благополучие. Таким образом, целью психологической коррекции и реабилитации в целом является поддержание эмоционального состояния пациента и содействие психической адаптации к неблагоприятным условиям [Fawzy NW. A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients; Kneier AW. Coping with melanoma: ten strategies that promote psychological adjustment].

С этой точки зрения можно рекомендовать следующий набор действий с целью содействия адаптации пациента, осуществляемых с позиций онкопсихологии:

1) Осуществлять скрининг интенсивности дистресса на основании Шкалы дистресса среди пациентов с меланомой (Distress Thermometer) для своевременного включения пациента в программу психологической коррекции/реабилитации [National Comprehensive Cancer Network, 2003. Distress management. Clinical practice guidelines. J. Natl. Compr. Cancer Netw. 1 (3), 344–374].

2) Налаживать эффективную коммуникацию между пациентом, членами семьи и медицинскими работниками.

3) Осуществлять психологическую коррекцию и психологическую поддержку пациентов и членов семьи. Психологическая помощь должна быть доступна на всех стадиях заболевания и этапах лечения для пациентов и их семей.

4)Проводить профилактические мероприятия (т.е. идентифицировать эмоциональные и поведенческие реакции, влияющие на заболевание и ход лечения; оценивать уровень мотивации, рисковое поведение).

Психологическая коррекция и реабилитация может быть реализована с помощью следующих групп методов.

**1. Информирование пациентов** (о заболевании, психических реакциях; зоне ответственности в процессе лечения; способах коммуникации с родственниками, мед. персоналом; способах получения дополнительной информации о своем заболевании, состоянии; способы получения социальной поддержки).

В многочисленных исследованиях пациентов с онкологическими заболеваниями социальная поддержка была связана с улучшением качества жизни и исхода заболевания [Levy S ,Heiden L. Personality and social factors in cancer outcome;

Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response], и обычно считается, что она играет большую роль в психологической адаптации пациентов с меланомой [Dirksen SR. Perceived well-being in malignant melanoma survivors; Lichtenthal WG, Cruess DG, Schuchter LM, Ming ME. Psychosocial factors related to the correspondence of recipient and provider perceptions of social support among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma].

Комбинированные эффекты совладающего поведения и воспринимаемой социальной поддержки в однородной выборке пациентов с меланомой, выявлено, что разные модели поддержки совладания коррелировали с приспособлением к меланоме. Высокий уровень социальной поддержки в сочетании с активным выживанием или стоицизмом был связан с хорошей адаптацией, тогда как низкий уровень социальной поддержки в сочетании с депрессивным совладанием был связан с плохой адаптацией [Söllner W, Zschocke I, Zingg-Schir M. et al. Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness].

Кроме того, социальная поддержка и меньшее количество навязчивых и избегающих мыслей до лечения обеспечивают лучшую психологическую адаптацию через 1 месяц после лечения. [Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment].

**2. Психообразовательные мероприятия и психологическая поддержка** (самодиагностика патологических психических реакций; способы совладания со стрессом; отслеживание взаимовлияния психических реакций и физического состояния).

Cовладание со стрессом может рассматриваться как основной механизм трансформации стрессовых событий в личный опыт, способствующий социальной и психической адаптации в условиях заболевания и лечения [Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с; Folkman S, Lazarus R, Gruen R, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms].

Чаще всего в научных исследованиях в рамках онкопсихологии встречаются 3 стиля совладания среди пациентов с меланомами:

(1) активное поведенческое преодоление эмоциональных, физических и социальных трудностей, ассоциированных с заболеванием и лечением;

(2) активно-познавательное преодоление, включающее в себя отношение, убеждения и размышления о заболевании;

(3) преодоление избегания, включающее попытки активного избегания проблем или косвенного снижения эмоционального напряжения с помощью отвлечения внимания.

В целом, исследования показывают, что пациенты, которые используют активные (проблемно-ориентированные) стратегии выживания, демонстрируют лучшую адаптацию к заболевания, чем те, кто использует пассивные или избегающие стили выживания. [Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients, I: changes over time and methods of coping in affect of disturbance; Holland JC, Passik S, Kash KM. et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma; Baider  L, Perry  S, Sison  A.  et al. The role of psychological variables in a group of melanoma patients: an Israeli sample; Lehto  US, Ojanen  M, Kellokumpu-Lehtinen  P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients].

Пациенты, которые использовали активно-поведенческие методы преодоления трудностей, сообщали о более высоком уровне самооценки и энергии, меньшем количестве физических симптомов и снижении раздражительности и астенизации [Fawzy  FI, Cousins  N, Fawzy  NW, Kemeny  ME, Elashoff  R, Morton  D. A structured psychiatric intervention for cancer patients, I: changes over time and methods of coping in affect of disturbance; Fawzy  NW. A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients].

В противоположность этому, у пациентов с меланомой на ранних стадиях была продемонстрирована положительная корреляция между методами преодоления избегания и тревожностью, депрессией, растерянностью и нестабильным фоном настроения [Fawzy  FI, Cousins  N, Fawzy  NW, Kemeny  ME, Elashoff  R, Morton  D. A structured psychiatric intervention for cancer patients, I: changes over time and methods of coping in affect of disturbance; Fawzy N, Hyun C. et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later; Fawzy FI, Canada AL, Fawzy NW. Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up].

Boesen et al. продемонстрировали, что структурированные вмешательства, предлагающие психо-образовательную поддержку, способствуют снижению дистресса и расстройств настроения, приводят к более активному использованию стратегий выживания среди пациентов с меланомой [Boesen EH, Ross L, Frederiksen K. et al. Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study].

3. **Прицельные психокоррекционные мероприятия** психических реакций, ассоциированных с меланомой (реакции по астено-тревожно-депрессивному типу, нарциссические реакции, реакции в рамках ПТС, социальная изоляция).

Участие в психологических вмешательствах было связано с уменьшением тревожности, расстройств, связанных со здоровьем, и частоты рецидивов меланомы, а также с положительными изменениями в борьбе с болезнью [McLoone J, Menzies S, Meiser B, et al. Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. Psychooncology 2013]. Результаты психокоррекционных мероприятий демонстрируют низкий уровень депрессии, спутанности сознания, астенизации, апатии и общего снижения фона настроения среди пациентов с меланомой [Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients, I: changes over time and methods of coping in affect of disturbance]. Также многие исследования демонстрируют положительное влияние вмешательства на функции иммунной системы, в том числе увеличение некоторых типов естественных киллеров (NK) и увеличение потенциала NK-клеток в борьбе с опухолями [Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW. et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients; II: changes over time in immunological measures]. За 5 лет наблюдения данные исследователи смогли показать, что психологические и биологические изменения, в свою очередь, были связаны с показателями рецидивов и выживаемости [FawzyI F, Fawzy N, Hyun C. et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later].