

УДК: 159.9+616.006+614.2+616-08-039.75

Р.И. БАЯНКУЛОВ¹¹Областной онкологический диспансер Управления Здравоохранения Мангистауской области, г. Актау, Республика Казахстан

Особенности оказания психологической поддержки онкологическим больным в рамках паллиативной помощи (обзор литературы)

Актуальность: Паллиативная помощь направлена на обеспечение максимально возможного комфорта и психосоциальной поддержки онкологического пациента. Паллиативная помощь не ставит своей целью излечить пациента, но направлена на улучшение качества и максимальное продление жизни онкологического больного. Психологическая и эмоциональная поддержка онкологического больного и его близких особенно важна на этом этапе при появлении чувств, вызванных мыслями о скорой и неизбежной смерти.

Цель исследования: на основе современных научных источников, рассмотреть психологическую поддержку как одно из основных направлений оказания паллиативной помощи онкологическим больным.

Результаты: Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Для решения всех проблем больного, как физических, так и психологических, используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры, психологи и другие специалисты координируют все аспекты помощи. Психологические аспекты помощи предлагают систему оказания поддержки онкологическим больным для активной жизни до самой смерти, а также их родным и близким – во время болезни пациента и в период тяжелой утраты.

Заключение: Анализ литературных данных указывает на множество исследований, подтверждающих, что оказание психологической поддержки в рамках паллиативной помощи является усиливающим, вспомогательным, поддерживающими средством для основного лечения и реабилитации онкологических больных.

Ключевые слова: паллиативная помощь, поддержка, проблема, жизнь, боль, смерть.

Введение: Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г., паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки [1].

Целью оказания паллиативной помощи является улучшение качества жизни больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки. Это определение включает все аспекты помощи, медицинской и немедицинской, оказываемой пациенту и членам его семьи на протяжении всего периода болезни пациента с момента диагностирования угрожающего жизни заболевания. Таким образом, паллиативная помощь является всеобъемлющей активной

помощью больному и его близким на протяжении всего заболевания, которое считается неизлечимым и, как правило, приводит к смерти пациента, с момента постановки диагноза, в периоды обострения болезни и психологических трудностей, в терминальной стадии болезни и в период тяжелой утраты (психологическая поддержка родственников) [2-4].

Паллиативная помощь преследует следующие цели: облегчает боль и другие симптомы; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ускорить или отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает систему поддержки пациентам для активной жизни до самой смерти, близким пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты; использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников [5].

За последние годы в развитии паллиативной помощи в Казахстане отмечается значительный прогресс, во многом благодаря усилиям общественных организаций и энтузиастов. Первый отчет о комплексной оценке потребностей, подготовленный доктором Линчем в 2012 году при поддержке Фонда «Открытое общество», повлек за собой разработку документа

по регулированию оказания паллиативной помощи. Совместная работа казахстанских и международных специалистов, Фонда Сорос-Казахстан (ФСК), Республиканского центра по развитию здравоохранения (РЦРЗ), Высшей школы общественного здравоохранения (ВШОЗ), местных неправительственных организаций и адвокатов паллиативной помощи, способствовали тому, что в декабре 2013 года Министерство здравоохранения и социального развития утвердило Национальные стандарты паллиативной помощи. Важным моментом является то, что данный документ предусматривает в качестве поставщиков услуг паллиативной помощи не только государственные учреждения здравоохранения, но и организации неправительственного сектора. Паллиативная помощь больше не рассматривается как чисто медицинская проблема, но официально признаются социальная и психологическая составляющая этого вида помощи. Кроме того, теперь паллиативную помощь можно получать не только в хосписах, но и амбулаторно: в дневном стационаре и на дому при участии мобильных мультидисциплинарных команд. Поддержка членов семьи при утрате близких также включена в контекст паллиативной помощи [6].

Формы оказания паллиативной помощи пациентам многообразны, они различаются в разных странах, но разделяются на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре. Стационарная помощь оказывается в условиях хосписов и отделений (палат) паллиативной помощи, расположенных на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров и учреждений социальной защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной в виде самостоятельной структуры или структурного подразделения стационарного учреждения [7]. Специализированные команды также могут проводить консультации больных в лечебных учреждениях различного профиля, например, в многопрофильных стационарах и клиниках. Паллиативная помощь является специальностью, постоянным родом деятельности членов команды специализированной службы [8].

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип: от какого бы заболевания пациент ни страдал, каким бы тяжелым это заболевание ни было, какие средства ни были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни. Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации больному можно оказывать

психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы [9].

Основой эффективной паллиативной помощи, по мнению многих авторов, выступает психологическая и психотерапевтическая поддержка онкологических больных и их родственников. Тяжесть и рецидивы заболевания, изменение обычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, инвалидность, потеря трудоспособности, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние. В большинстве случаев, больной не может адаптироваться к новым условиям существования: постоянное чувство страха и обреченности, что отрицательно влияет на общее состояние. Родственники, семья больного тоже чаще всего находятся под воздействием стресса и неспособны оказать ему психологическую поддержку.

Материалы и методы: Аналитический обзор научных источников базируется на изложении и анализе достижений в исследуемой области по теме «паллиативная помощь онкологический больным», в частности, психологическая поддержка онкологического больного в рамках паллиативной помощи. Подбор необходимой научной литературы осуществлялся с использованием библиотечных каталогов, реферативных журналов, научных журналов, а также статей в научной периодике, трудов конференций и других публикаций. Поиск литературы во Всемирной Сети Интернет проводился по следующим ключевым словам: «паллиативная помощь», «онкологический больной», «психологическая помощь», «терминальная и инкурабельная стадия заболевания» и т.д.

Результаты и обсуждение: Большинство исследователей фиксируют пять основных психологических реакций больного: шок, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии и стадия принятия. Более подробно остановимся на каждой фазе адаптации больного к экстремальной ситуации близкой смерти. **Фаза шока.** Сознание больного наполняется картиной неотвратимой гибели, и психическую боль этой стадии трудно определить в словах. За ним следует **фаза отрицания**, вытеснения ситуации. Однако в переживаниях больного ситуация кризиса остается, хотя и вытесняется в подсознание. Извечный ход спасительной мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя дает передышку простреленной психике, но в то же время в клинической картине начинают возникать проекции прошлого, эквиваленты кризисной ситуации, которая переживалась пациентом когда-либо раньше. В **фазе агрессии** полученная информация признается, и личность реагирует поиском причины и виноватых. Не стоит забывать, что агрессия часто является реакцией, скрывающей в себе аффект страха. Тем не менее, результаты ее нередко могут быть крайне драматич-

ными. Один пациент удивил врача, обвинив его в том, что тот «проглядел диагноз». Теперь попытаемся показать основные принципы индивидуальной психотерапии для различных групп больных, предварив их общими установками.

В **стадии отрицания** мы не должны мешать больному; мост к человеку должен строиться от него, а не от себя. В **стадии агрессии** целесообразно дать больному «выплеснуть свои эмоции». В **депрессивной стадии** необходимо разделить переживание с пациентом. В **стадии принятия** необходимо поддержать пациента, и здесь важно дать больному возможность и время пройти эту стадию [10, 11].

Р. Кочюнас [12] описывает ряд специфических изменений в восприятии жизни при приближении смерти, в частности:

- заново оцениваются приоритеты жизни: теряют значение мелочи, несущественные детали и подробности;
- возникает чувство освобождения: не делается то, чего не хочется делать; теряют свою силу категории долженствования («должен», «обязан», «необходимо» и т. п.);
- усиливается сиюминутное текущее ощущение и переживание процесса жизни;
- обостряется значимость элементарных жизненных событий (дождь, листопад, смена времен года, времени суток, полная луна на небе);
- общение с любимыми людьми становится более глубоким, более полным, насыщенным;
- уменьшается страх оказаться отвергнутым, возрастает желание и возможность рисковать.

Вышеперечисленные изменения свидетельствуют о повышении чувствительности неизлечимо больного человека. Следовательно, врачам, медперсоналу, близким надо вести себя тактично и осторожно. У больного возникают очень важные для него в этот период вопросы, которые он начинает задавать окружающим людям: «Скоро ли я умру?», «Сколько мне еще осталось жить?» Чрезвычайно сложным является вопрос о том, можно ли вообще говорить умирающему правду о его состоянии и говорить с ним о смерти. И. Харди, основываясь на анализе многих работ на эту тему, считает, что однозначного ответа на такой вопрос еще нет [13]. При выраженной реакции отрицания говорить с ним о смерти не рекомендуется, даже если он просит сказать правду о его болезни, поскольку надо учитывать уже наступившие личностные изменения, измененное состояние сознания больного. В других же случаях, как полагают многие авторы, можно сказать ему правду. Но врачи на практике не готовы делать это. Противоречивость мнений объясняется, вероятно, тем, что возможность сообщения правды больному зависит от множества условий, в том числе от того, участвуют ли в уходе за больным

психолог или психотерапевт. Очень важны также форма, стиль сообщения, количество и характер сообщаемой информации.

Для психолога, равно как и для каждого человека, будь то родственник, медперсонал или вообще любой член общества, самым существенным моментом является «пребывание вместе» с умирающим. Стоит особо подчеркнуть: сопровождающему следует помнить, что ему никогда не удастся полностью снять у больного страх и тревогу, и не в этом состоит задача психолога. Он может лишь быть спутником. Человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому психологу или врачу следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью мыслях, страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе с жизнью [14].

Психологическая помощь онкологическим больным заключается в том, чтобы довести до сознания, что жизнь никогда не перестанет иметь смысл, а смысл человеческой жизни придают три вида ценностей: *созидание* – это путь продолжения и то, что человек способен дать миру, *переживание* – это отражение в сознании эмоциональных процессов и то, что человек получает от мира, *отношение* – это система суждений и ощущений в связи с чем-либо и позиция, которую человек занимает в отношении текущего обстоятельства. Когда онкологический больной лишен ценностей переживания, он еще имеет предназначение, которое требуется достойно выполнить – это справиться со страданием.

Психический стресс часто описывается как тревога или депрессия, однако пациенты с распространенным раком могут испытывать ряд других эмоциональных проблем. Эти проблемы далеко не всегда свидетельствуют о психопатологии, некоторые из них, например, отрицание или пассивность, следует рассматривать как клиническое проявление компенсаторных механизмов. Отрицание – наиболее часто встречающийся механизм компенсации. Оно не обязательно носит аномальный или патологический характер, поскольку дает пациенту время примириться с ситуацией. Отрицание является альтернативным обозначением «подавления информации», которое подчеркивает защитный характер реакции. Уровень психического стресса зависит от компенсаторных возможностей пациента. Ниже приведены факторы, свидетельствующие о небольшом компенсаторном резерве [9]:

Личностные факторы:

- возбудимый или пессимистический характер;
- плохая переносимость заболеваний и стрессов;

- тяжелые воспоминания о раковых заболеваниях друзей и близких;

- личные неудачи в недавнем прошлом;
- многочисленные проблемы и обязанности в семье;
- проблемы в браке;
- психические расстройства в анамнезе;
- алкоголизм или наркомания в анамнезе.

Социальные факторы:

- слабая социальная защищенность, изоляция, ограниченные
- материальные средства;
- низкое социальное положение.

Культурные факторы (богатые культурные традиции).

Духовные факторы (отсутствие религиозной веры и альтернативной системы ценностей).

Лечение психического стресса заключается, в первую очередь, в устранении причинных факторов, если это возможно.

Общие меры:

- заботливый, тактичный, неспешный подход;
- внимательное выслушивание, доброе общение;
- уверения в постоянности ухода;
- уважение личности и индивидуальности;
- обсуждение страха перед будущими страданиями, возможной продолжительности жизни.

Контроль патологических симптомов, в первую очередь, купирование боли.

Социальные меры:

- решение социальных вопросов, обеспечение социальной поддержки;
- поддержка для семьи и ухаживающих лиц.

Культурная сфера: уважение и признание культурных различий.

Духовная сфера: удовлетворение духовных и религиозных потребностей.

Другие меры:

- общая поддержка и консультирование;
- группы поддержки;
- релаксационная терапия;
- медитация;
- отвлекающие мероприятия;
- социализация.

Психологические методы лечения:

- обучение навыкам снятия стресса;
- обучение методам компенсации;
- когнитивная терапия;
- анксиолитики, антидепрессанты;
- поддерживающая психотерапия.

Облегчить состояние умирающего пациента только с помощью лекарственных средств невозможно. Не менее, а может быть, и более важно общение с больным, отношение к нему, как к живому человеку, который слышит и чувствует, нуждается в вашем присут-

ствии и участии до самого конца [10]. Поэтому при общении с умирающим человеком:

- будьте всегда готовы оказать помощь;
- проявляйте терпение;
- дайте возможность ему выговориться, умейте активно слушать;
- произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны;
- спокойно относитесь к его гневу и недовольству;
- избегайте неуместного оптимизма.

У большинства людей в терминальной стадии жизни наблюдаются патологические изменения аффективной и когнитивной функций, при этом возникает целый спектр эмоций и страхов. Страх потерять контроль над собой, быть брошенным, стать обузой, страх боли и других физических страданий нередко бывает настолько сильным, что у больного возникает желание ускорить приближение смерти. Поэтому при разговоре с больным необходимо провести оценку его эмоционального статуса, уловить признаки депрессии, тревожного состояния и нарушения когнитивной функции, поскольку эти проблемы можно и нужно корректировать [15].

Поскольку симптомы, по сути своей, носят субъективный характер, «золотым стандартом» для оценки является описание самим пациентом ощущений и переживаний. Существуют проверенные методики оценки симптомов, которые могут помочь врачу представить себе, как пациент воспринимает тот или иной симптом (например, степень его тяжести и др.) [10]. Под проблемами больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания мы понимаем такие проблемы в жизни больного, которые им не разрешены и являются факторами, травмирующими его психику. Одна из них - на этом этапе наиболее значимая - проблема смерти и умирания [15, 10]. Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Мы много говорим о лжи во спасение, но обратимся к самим себе: возможно ли не почувствовать приближения смерти?.. Больные ощущают ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания невероятно обостряются все чувства. Очень часто родственники больного просят не говорить ему правду, они обманывают себя и обманывают больного, пытаясь тем самым облегчить его участь и не отнимать надежду. Нужно сразу поставить родственников перед фактом, что в первую очередь должен соблюдаться принцип уважения человеческого достоинства и автономии пациента. Одним из важных принципов общения с больным является принцип сообщения информации постепенно, по частям. Поскольку известие о серьезном диагнозе и, особенно о неблагоприятном прогнозе может нанести пациенту тяжелую психическую травму. Открытие правды по частям помогает человеку подготовиться [10].

Смерть больного вызывает эмоциональное и физическое потрясение у его родственников. Печаль – нормальная реакция, но всепоглощающая печаль отрицательно влияет на соматическое и психическое состояние, что может привести даже к смерти. Применяют специально разработанные методы по предотвращению эмоциональных и физических срывов у людей, потерявших близкого человека. Krant выделил следующие потребности родственников умирающих больных [16]:

1. Быть с больным во время смерти;
2. Иметь возможность помогать больному;
3. Быть уверенным, что больному комфортно;
4. Получать ежедневную информацию о состоянии больного;
5. Быть лично информированным о приближающейся смерти больного;
6. Быть в состоянии справляться со своими эмоциями;
7. Быть в состоянии успокоить больного в любое время;
8. Иметь поддержку медицинского персонала.

Период после смерти больного. Хорошо известно, что шоковая реакция после потери близкого человека развивается не сразу, а носит часто отставленный характер. Ощущение потери в первые дни, заполненные похоронными хлопотами, не так болезненно, но вот наступает время, когда как будто все сделано, и в наступившем «покое» чувство потери проявляется с новой силой. В это время, как никогда, родственники нуждаются в психологической поддержке [16, 10].

Подытоживая перечисленные проблемы, можно еще раз подчеркнуть, что боль, смерть и отсутствие гарантированной социальной помощи – основные проблемы, которые ждут своего разрешения. То внимание, которое мы оказываем проходящим в мир, должно оказываться и тем, кто его покидает. Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти [17].

Естественно мы не можем перечислить всех психологических проблем, с которыми сталкивается покидающий мир онкологический больной, хотя его чувства: надежды, любви, долга, вины и благодарности – очевидны. Однако все они преломляются в зеркале смерти и до такой степени индивидуальны, что даже кратко описать их в данном обзоре не представляется возможным.

Выводы: Таким образом, мы можем выделить основные концепции паллиативной помощи онкологическим больным:

- поддержание у больного стремления к жизни, рассматривая смерть как естественный ход события и при этом не торопить смерть, но и не оттягивая её наступление;

- обеспечить понижение боли и ослабление других, беспокоящих больного симптомов;
- психологическая и духовная поддержка больного;
- поддержание у больного способности как можно более продолжать активную жизнь вплоть до самой смерти;
- оказание психологической помощи семье и родственникам больного во время его болезни, а также после его летального исхода.

Совершенствование паллиативной помощи, оказываемой онкологическим больным предполагает комплексное решение социальных, психологических аспектов включающее разработку и внедрение программы обучения оказанию паллиативной помощи социальных работников и онкопсихологов.

Список использованных источников:

1. *National cancer control programs: policies and managerial guidelines, 2nd ed.* – Geneva: World Health Organization, 2002;
2. *Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи.* – М.: Медицина за качество жизни, 2005.
3. *Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ulrich A. Palliative Care: The World Health Organization's global perspective // J. Pain Symptom Manag.* – 2002. – Vol. 24. – P. 91–96;
4. *WHO Definition of Palliative Care.* WHO, 2007 // www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. 18.11.2019;
5. *Абдирова Т.М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ.* – 2018. – № 1. – С. 51–62;
6. *Кайдарова Д.Р., Кунирова Г.Ж. Паллиативная помощь в Казахстане: Этапы развития и текущие вызовы // Онкология и радиология Казахстана.* – 2016. – № 41(3). – С. 114–121;
7. *В.В. Чайковська, Т.І. Вялих, Д.Р. Чайківська. Допомога в дома особам похилоговіку: форми і методи (огляд літератури) / Проблеми старения и долголетия.* – 2017. – №1-1, Том 26. – С.72–105;
8. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010 // www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=z4a-8JkAnFo%3d&tabid=732.* 18.11.2019;
9. *Новиков Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным. Учебное пособие / под ред. Г.А.Новикова, В.И. Чисова.* – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. – 192 с;
10. *Гнездилова А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине и сказкотерапии для врачей, психологов, волонтеров и всех интересующихся проблемой.* – К.: АДЕФ-Украина», 2013. – 256 с;
11. *Введенская Е. С. Паллиативная помощь – инновационное направление современного здравоохранения // В кн.: Актуальные проблемы химии, биологии и медицины.* – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. – Кн. 3. – С. 5–26;
12. *Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования.* – М.: Академический проект; ОППЛ, 2003. – 464 с;
13. *Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / пер. с венгер. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. – 338 с;*
14. *Кунирова Г.Ж., Хусаинова И.Р. Психологическое сопровождение в паллиативной помощи // Онкология и радиология Казахстана.* – 2016. – №3(41). – С. 134–137;

15. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2011;

16. Хосписы: сборник / под ред. В. В. Миллиончиковой, П. Н. Лопанова, С. А. Полишкиса. – М.: Грантъ, 2003. – 280 с;

17. Костина Н. И., Кропачева О. С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. – С. 59–63.

ТҰЖЫРЫМ

Р.И. Баянқұлов¹

¹Маңғыстау облысының
Денсаулық сақтау басқармасының облыстық онкологиялық диспансері,
Ақтау қ., Қазақстан Республикасы

Онкологиялық аурулары бар пациенттердің үрейлі-депрессивтік бұзылулары кезіндегі диагностика мен психологиялық көмек (әдебиетке шолу)

Өзектілігі: Үрей мен депрессия онкологиялық аурулар кезінде өте қарапайым құбылыс болып табылады, бұл бұзылулардың симптоматикасы онкологиялық аурулармен ауыратын науқастардың барлығының жартысына дейін көрсетеді және негізгі аурудың барысы мен болжамын ауырлатады. Қатерлі ісік ауруларымен ауыратын науқастарда үрейлі-депрессивтік бұзылулар мен обырды ұштастыра отырып, қатерлі ісіктен және суицидтен қайтыс болу қаупі артуы мүмкін екені белгілі.

Көптеген жағдайларда үрейлі бұзылулар диагнозға эмоциялық реакциядан, күрделі емнен, мүмкін болатын рецидивтермен немесе өлімнің ықтимал қатерінің алаңдаушылығынан туындайды. Қатерлі аурулармен ауыратын науқастарда рецидивтің болуы үрейлі-депрессивтік бұзылудың даму қаупін едәуір арттыратыны жиі байқалады. Психикалық бұзылулар жиілігінің «Қатерлі ісік» диагнозының ауырлық тереңдігіне тәуелділігі тұрақсыз. Сонымен қатар, үрейлі-депрессивтік бұзылуы ерекше назар аударуды және ұзақ адекватты терапияны талап ететін ерекше патология ретінде жиі танылмай, бұл психикалық бұзылулардың созылмалы нәтижесіне ғана емес, мүмкін онкологиялық аурудың болжамына қолайсыз әсер етуі болып табылады.

Мақсаты: психоонкологиядағы үрейлі-депрессивті бұзылулар проблемасына байланысты әдебиеттерді шолу және талдау.

Нәтижелер: Ерекше назар үрейлі-депрессивтік бұзылудың жіктелуі мен даму аспектілеріне, диагностикасына аударылады, сондай-ақ психологиялық көмек көрсетудің заманауи әдістерінің тиімділігі қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда пайда болатын үрейлі-депрессивтік бұзылуда талқыланады. Қатерлі ісік ауруымен ауыратын науқастарды кешенді емдеуде психотерапиялық әсерінің қолдану әдістері нәтижелері келтірілген.

Қорытынды: Қатерлі ісік ауруымен ауыратын науқастардың диагностикасын, психотерапиясын және үрейлі-депрессивтік бұзылудың алдын-алудың өзекті мәселелерін одан әрі дамыту онкопсихологтардың, психиатрлардың және психотерапевтердің ғылыми және практикалық қызметінің интеграциясын қажет етеді.

Түйінді сөздер: депрессия, үрей, коморбидтті, симптоматика, бұзылу, емдеу.

ABSTRACT

R.I. Bayankulov¹

¹Mangistau Regional Oncological Center, Aktau, the Republic of Kazakhstan

Clinical and immunological aspects of nasopharyngeal cavity malignant processes in children and adolescents (literature review)

Relevance: Anxiety and depression are quite common with cancer diseases. Up to half of all cancer patients show the symptoms of these disorders, which complicate the course and prognosis of the underlying disease. The combination of anxiety and depressive disorder with cancer in cancer patients can increase the risk of death from malignant neoplasms and suicide.

In many cases, anxiety disorders are caused by the emotional reaction to the diagnosis, complex treatment, concern about possible relapses, and the potential threat of death. The possibility of relapse, often observed in patients with malignant disease, significantly increases the risk of developing anxiodepressive disorder. The dependence of the frequency of mental disorders on the severity of the diagnosis of "Cancer" is variable. Meanwhile, the anxiodepressive disorder is often not recognized as a specific pathology that requires special attention and adequate long-term therapy, which leads not only to a chronic outcome of mental disorders but also, possibly, adversely affects the prognosis of cancer.

Purpose of the study: to review and analyze the literature on the problem of anxiodepressive disorder in psycho-oncology.

Results: Particular attention is paid to the aspects of classification and staging of anxiodepressive disorder, to diagnostic issues and the effectiveness of modern methods of psychological assistance for anxiodepressive disorder in cancer patients. The results of using the methods of psychotherapy in the complex treatment of cancer patients are presented.

Conclusion: Further investigation of urgent issues of diagnosis, psychotherapy, and prevention of anxiodepressive disorder in cancer patients requires integrated scientific and practical activities of cancer psychologists, psychiatrists, and psychotherapists.

Keywords: depression, anxiety, comorbidity, symptoms, anxiodepressive disorder, treatment.