

УДК 159.9:616-006.04

DOI: 10.26565/2617-409X-2020-6-11

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОПСИХІЧНИХ ПРОЯВІВ В ОНКОЛОГІЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯДОВА СТАТТЯ)

Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Вострокнутов І. Л.

Пошта для листування: Kirillovalena0908@gmail.com

Резюме. Багато тисячоліть перед людством виникають питання взаємовідношення психіки та тіла при онкології, сучасні дослідники вказують на те, що психіка грає важливу роль в патогенезі раку, однак досліджень в області онкопсихології в Україні мало. **Метою** даної роботи був аналіз особливостей соматопсихічних проявів у онкохворих. У якості матеріалів та методів використовувалися: теоретичний аналіз і узагальнення даних наукової літератури з проблеми соматопсихічних проявів у онкохворих. В процесі протипухлинного лікування пацієнт проходить етапи медичної допомоги, які характеризуються особливостями переживання психікою стресових факторів і характерними психосоматоформними реакціями. На амбулаторному етапі, у онкохворих спостерігаються підвищення рівня реактивної тривоги, фобії, порушення циклу сну, наростання емоційного стресу. Превалюють тривожно-депресивний і астеничний синдроми. На етапі стаціонарного лікування наростає частота obsesивно-фобічних і апатичних розладів. У передопераційний період збільшується інтенсивність тривоги і страху. При отриманні променевої або поліхіміотерапії, спостерігаються порушення вищих психічних функцій. На етапі виписки проявляються ознаки астено-іпохондричного розладу. Страх рецидиву раку є найбільш частою проблемою на етапі ремісії. На етапі перебування в хоспісі актуалізується страх смерті. **Висновки.** Встановлено, що причинами соматопсихічних розладів онкохворих є: психічна реакція на стрес (звістка про діагноз, операція), вплив пухлинного процесу на психіку хворого та вплив процесу протипухлинної терапії. У більшості пацієнтів розвиваються виражені невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, переважно у вигляді депресивного синдрому різних варіантів і ступеня вираженості, нерідко іпохондричні (канцерофобічні), астеничні реакції та стани.

Ключові слова: рак, соматопсихічні прояви при онкології, соматоформні розлади, нозогенії

Інформація про авторів

Кирилова Олена Олександрівна, к. псих. наук, старш. наук. співроб. відділу радіології групи променевої патології ДУ «Інститут медичної радіології та онкології Національної академії медичних наук України імені С.П. Григор'єва», вул. Пушкінська, 82, м. Харків, Україна, 61024

e-mail: Kirillovalena0908@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3508-0405>

Кирилова Євгенія Ігорівна, студентка 4-го курсу медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, м. Харків, Україна, 61022

Вострокнутов Іван Леонідович, студент 4-го курсу медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, м. Харків, Україна, 61022

Вступ. Багато тисячоліть перед людством виникають питання взаємовідношення психіки і тіла при онкологічних захворюваннях. Ще давньоримський лікар Гален припускав, що причиною раку є надлишок чорної жовчі і схильність до меланхолії, і вказував що у меланхоліків ризик розвитку онкології набагато вище, ніж у людей з іншими типами темпераменту. Пізніше, в XVII-XIX ст. появу онкології у пацієнта лікарі стали пов'язувати зі страхами і переживанням важкого горя, сильним стресом, депресією, незадоволеними амбіціями, частими нападами люті. На початку XX століття лікування онкологічних захворювань послідовно розвивалося і проходило через стадії застосування хірургії, променевої терапії, азотистого іприту, паралельно також розвивалися і психосоматичні концепції. Так в 1950 році

A.Sutherland став першим психіатром, який працював в онкологічному стаціонарі Меморіального онкологічного центру Слоана-Кеттерінг в Нью-Йорку. В Європі R.Feigenberg (1970 р) починав роботу в Королівському госпіталі Стокгольму, S.Greer (1971) з Королівського марсденського шпиталю Лондона і F. VanDam (1977 р) заснували групу вивчення якості життя в онкології (EORTC Quality of Life Study Group). У США J.Holland (1977 р.) розширила дослідження в Меморіальному центрі Слоана-Кеттерінг; А.Weisman (1978 р.) почав дослідження термінальних стадій раку в рамках спеціального проекту (Омега) в Бостоні. Підставою для більшості з цих досліджень було загальносвітове обговорення, чи варто онкологічним хворим говорити правду про їх стан

і чи потребують ці хворі супроводу психіатра або психолога [1].

Сучасні дослідники вказують на те, що психіка відіграє важливу роль в патогенезі раку, проте предметна область онкопсихології містить в собі багато «білих плям». Емпіричні дослідження, що описують вплив пухлинного процесу на психіку пацієнта, нерідко містять суперечливі дані [2].

На даний момент психологічний супровід онкологічних хворих є обов'язковим, як на етапі діагностики, так і в процесі лікування [3, 4]. Але без чіткого уявлення про особливості соматопсихічних проявів у онкологічних хворих на різних стадіях пухлинного процесу і різних етапах протипухлинного лікування, неможлива повноцінна організація медико-психологічного супроводу онкохворих.

Проте, не дивлячись на актуальність вищевикладеного, у вітчизняному науковому просторі та реальній клінічній практиці за останні роки відсутні комплексні системні дослідження з питань вивчення особливостей розвитку соматопсихічних реакцій у онкологічних хворих на різних етапах комплексного протипухлинного лікування. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П.Григор'єва НАМН України» є провідною установою в галузі медичної радіології та онкології, яка не тільки надає клінічну допомогу онкохворим, але й займається науковим напрямком розвитку онкології та зокрема онкопсихології. В рамках науково-дослідної роботи (НДР) «Закономірності формування індивідуальних комплексних регуляторних порушень у онкохворих при комбінованому лікуванні» (НАМН.01.15) проведено аналіз інтенсивності втоми, порушень когнітивних функцій, емоційного стану та сну у 55 хворих жінок на рак тіла матки I-II ст. на різних етапах протипухлинного лікування. Дослідження дозволило розробити та впровадити в роботу клініки Інституту програму медико-психологічної корекції цієї кагорти онкохворих. На даний час заплановано до виконання у 2021-2023 р. нову НДР «Розроблення алгоритму психологічного супроводу хворих на колоректальний рак (КРР) на різних етапах лікування» (НАМН.01.20), де буде отримано нові дані щодо невротичних та соматопсихічних станів у хворих на КРР на різних етапах комплексного протипухлинного лікування, та

вперше буде проведено аналіз взаємозв'язків між рівнем стрес-гормонів та психологічними адаптаційними можливостями цих пацієнтів. Вивчення цих питань та впровадження результатів в клінічну практику надасть можливість поліпшити якість життя онкохворих в Україні.

Мета дослідження - проаналізувати особливості соматопсихічних проявів у хворих з онкологією.

Матеріали і методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення даних сучасної наукової літератури з проблеми соматопсихічних проявів у онкологічних хворих.

Результати дослідження. Під час протипухлинного лікування пацієнт проходить кілька етапів медичної допомоги та супроводу, кожен з яких характеризується своїми особливостями переживання психікою стресових факторів і характерними психосоматоформними реакціями.

На початковому діагностичному етапі пацієнт стикається з найпотужнішим стресовим чинником - діагнозом. Онкологічне захворювання, в таких випадках нерідко розглядається хворими не тільки як фізична патологія, а й як емоційна катастрофа, що порушує функціонування людини як особистості. Дослідження в клінічній психології свідчать про переважання показників психологічного емоційного стресу [5]. Стрес полягає в загрозі майбутньої важкої операції, можливої втрати важливого органу або зміни функціонування тіла, перспективи втрати сім'ї або соціального статусу, перспективи дорогого тривалого важкого лікування, перспективи тривалого больового синдрому, невизначеності прогнозу виживання. У більшості хворих на цьому етапі спостерігається підвищення рівня реактивної тривоги та занепокоєння, поява obsesивно-фобічної симптоматики, порушення циклу сну, і як наслідок - виснаження нервової та імунної систем, зниження адаптивних можливостей [6]. Особливо показники стресу переважають у хворих з мінімальним рівнем соціальної підтримки [7].

Високий рівень реактивної (ситуативної) тривоги знаходить природне пояснення в наявності вираженої психічної реакції хворих на

своє захворювання, на ситуацію онкологічного стаціонару, актуалізації страхів перед запланованою операцією та за власне майбутнє. Але якщо у індивіда преморбідні особливості характеризувалися високим рівнем особистісної тривоги, слабким типом нервової системи, визначеними характерологічними комплексами (такими як істероїдність, іпохондрія, шизоїдність та ін.) або в анамнезі були психічні захворювання, то в цій ситуації існує висока ймовірність розвитку клінічної психосимптоматики. Жінки за своєю природою більш емоційні, ніж чоловіки, тому в літературі підтверджується більш часте виникнення афективних розладів різного типу і ступеню вираженості у жінок з онкологічними захворюваннями репродуктивної системи [8].

Вивченню ролі психогенного чинника в онкогенезі присвячено багато робіт і накопичено безліч фактів, що відносяться до їх дослідження. До етапу хірургічного втручання була вивчена клінічна психосимптоматика жінок з раком молочної залози (РМЗ). Найчастіше спостерігалися такі прояви, як: тривожно-депресивні реакції (60,6 %), змішаний розлад емоцій і поведінки (6,2%), тривожно-фобічні стани (5,2 %), наявність суїцидальних думок пасивного характеру (14,3 %). Як видно, основним синдромом на цьому етапі є тривожно-депресивний [9].

На цьому етапі в ході експериментально-психологічного обстеження у таких жінок виявлені: прояви алекситимії, низький рівень психологічної стійкості до стресу, наявність ознак дезадаптації, труднощі міжособистісного спілкування, найбільш характерний ергопатичний тип ставлення до хвороби [10, 11].

Було виявлено, що високий показник алекситимії у хворих з РМЗ є психологічним предикатом виникнення психосоматичних розладів. Встановлено, що хворі з алекситимією схильні до розвитку іпохондричних і соматичних розладів [12].

Встановлено, що на амбулаторному етапі превалюють гіпернозогностичні реакції, у половини хворих виникає тривожно-депресивний синдром з типовими проявами загального занепокоєння, вираженої тривоги, відчуттям безнадійності, безперспективності існування, думки про неминучу швидко і болісну смерть. Ці симптоми нерідко доповнюються вираженими іпохондричними розладами. На тлі стійкої

тривоги спостерігається фіксація уваги на самопочутті, особливо на тілесних відчуттях. Хворі весь час шукають і «знаходять» особливі «несправності» організму, зазвичай посилюючись при цьому на невиразні та невизначені відчуття, які ними інтерпретуються, як швидке поширення пухлини по всьому тілу [3, 13].

Інший варіант реакції пацієнтів на амбулаторному етапі характеризується переважанням астеничного розладу. Ознаки депресивного настрою (пригніченість, думки про безнадійність свого стану, приреченості) поєднуються з підвищеною виснаженістю - непереносимість фізичних і психічних навантажень, лабільність настрою з підвищеною сльозливістю. Для таких пацієнтів типовими є скарги на стійкі головні болі, відчуття розбитості, втоми, безсоння або, навпаки, сонливість. У деяких випадках клінічна картина доповнюється вираженими ознаками дисфоричного афекту зі злісним настроєм. Хворі стають похмурими, дратівливими, іноді без найменшого приводу спостерігаються гострі спалахи злості, які можуть супроводжуватися агресією, що спрямована на медичний персонал [14, 15].

Для пацієнтів з гіпонозогностичним типом реакції характерно неохоче і нерегулярне відвідування поліклініки. Вони часто не доводять до кінця перше обстеження, негативно реагують на пропозиції стаціонарного обстеження і лікування. Ця реакція може виражатися в патологічному спокої, пасивності, фантазуванні про своє соматичне благополуччя [16, 17].

На стаціонарному етапі протипухлинного лікування (при отриманні хіміотерапії та променевого лікування), розподіл психогенії за синдромальною структурою приблизно такий, як і на діагностичному етапі. Однак, інтенсивність переживань хворого помітно зменшується. Цей феномен пояснюється формуванням первинної адаптації особистості до стресової ситуації та включенням її в діяльність, яка спрямована на протидію раку. Перші дні в стаціонарі - складні (первинна адаптація, відірваність від домашніх умов). Хворих, які поступають в стаціонар вперше, часто травмують бесіди з тими, хто потрапляє в стаціонар повторно, особливо з термінальними хворими. Це може викликати несподівану відмову пацієнта від лікування і вимогу негайної виписки. Зміст переживань хворих зводиться до постійної тривоги щодо

операції та її наслідків. Розвиваються obsесивно-фобічні та апатичні розлади [14, 18].

У передопераційний період знову відзначається різке підвищення інтенсивності психогенних переживань. При отриманні звістки про термін операції у деяких хворих виникає до неї різко негативне ставлення, з'являється думка про відмову від оперативного втручання. Ці переживання нерідко виникають після контактів з уже прооперованими хворими, у яких залишилися негативні наслідки оперативного втручання. Головним переживанням хворих є безпосередня загроза загибелі під час операції. Відносно малопомітні емоції тривоги і страху можуть раптово проявитися у хворих безпосередньо перед операцією і можуть бути причиною різкого підйому або падіння артеріального тиску, нападів стенокардії. Частота параноїдальних розладів на передопераційному етапі помітно збільшується, що може бути небезпечним із-за проявів аутоагресії та виникнення суїцидальних спроб [17, 19].

При вивченні стану жінок з РМЗ було встановлено, що до 10-14 дня після операції відзначалося істотне зниження показників тривоги і проявів депресивної симптоматики, зменшувались загальна пригніченість та дратівливість, припинилися розлади сну і зникали суїцидальні думки. А до 3-4 тижня у більшості пацієнток практично нівелювалися тривожно-депресивні, фобічні, obsесивні або панічні розлади. Зменшення психопатологічних розладів у хворих на РМЗ підтверджувалося як клінічно (за кортизол-інсуліновим коефіцієнтом напруги), так і експериментально-психологічними методами. Ця позитивна динаміка була характерна для жінок, яким була проведена мастектомія з одночасною реконструкцією молочної залози, або якщо операція була органозберігаючою (квадрантектomia). Хворі, яким була проведена радикальна мастектомія, на етапі хірургічного втручання були сильно соціально дезадаптовані, відчували стан депривації, були занурені в емоційні переживання, пов'язані з факторами видимого дефекту та втратою жіночої ідентичності [9].

На першому місці за частотою виникнення в післяопераційному періоді реєструється астено-іпохондричний синдром. Його частота визначається фактом загального спаду психічної напруги після тривалої стресової ситуації і

перебільшеними побоюваннями перед ускладненнями, невпевненістю в тому, що налагодяться порушені оперативним втручанням функції організму. Другим за частотою є апатичний синдром. У таких хворих достовірно частіше фіксуються післяопераційні ускладнення (в'яле загоєння ран, атонія кишківника, сечового міхура). Дисфоричний синдром головним чином проявляється в постійному невдоволенні хворих результатами операції, скаргами на недостатню увагу і поганий догляд з боку медичного персоналу. Характер оперативного втручання, інвалідизація викликають у таких хворих різко негативну реакцію, вони скаржаться, що дали згоду на проведення операції, заявляють, що були введені лікарями в оману щодо особливостей лікування [15].

Як відзначають онкопсихологи, у пацієнтів, які знаходяться на етапі тривалого лікування в онкологічному стаціонарі, при проведенні променевої терапії, спостерігаються порушення вищих психічних функцій: загальне порушення активності і уваги, зниження пам'яті, порушення когнітивних функцій (розумових, пізнавальних), порушення рухових функцій, емоційні порушення (тривога і страх загрози рецидиву, прояви проблем соціальної адаптації) [6, 18].

При наявності у хворого на цьому етапі хронічного больового синдрому, відзначається різке зниження якості життя і підвищення ймовірності появи нервово-психічних розладів [20].

У 75,7 % пацієнтів на цьому етапі при обстеженні виявлено тривожно-депресивні, депресивні, субдепресивні, іпохондричні (канцерофобічні), астеничні реакції і стани, які відповідно до МКХ-10 кваліфіковані як невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F40-F48) [21].

На етапі виписки зі стаціонару спостерігається найбільша частота розвитку психологічного ейфоричного стану, але також відзначається помітна іпохондрична налаштованість хворих. В цьому періоді астено-іпохондричні розлади займають перше місце, до них приєднуються тривожно-іпохондричні, тривожно-депресивні, апатичні і obsесивно-фобічні переживання. Травмуючими є думки про часткове одужання, розуміння, що радикальних засобів лікування від пухлини немає. Особливо патогенним є прийняття на облік в онкологічний диспансер та

повідомлення лікаря про подальші курси хіміотерапії [15].

Після виписки зі стаціонару провідною виступає тенденція до самоізоляції. Хворі підкреслюють відчуття своєї самотності, ізолюваності, нарікають на те, що оточуючі, навіть найрідніші люди не розуміють їх. Нерозуміння близьких спрямовує хворих до спілкування з «товаришами по нещастю». Створюються замкнуті групи онкологічних хворих, члени яких підтримують тісний зв'язок у соціальних мережах, підтримуючи один одного.

Досліджуючи пацієнток з РМЗ було встановлено, що на етапі після виписки зі стаціонару, після хірургічного втручання пацієнтки відзначають погіршення емоційного стану у вигляді наростання почуття тривоги і депресії. Дана тенденція пов'язана з тим, що пацієнтки виявляються «один на один» зі своїм захворюванням, а до діагнозу, який вже сам по собі є найпотужнішим стресовим чинником, додаються сімейні та професійні проблеми [22].

Відзначається наявність симптомів посттравматичного стресового розладу проявлених у формі інвазивних переживань, «думок, що вторгаються», як спогадів про хірургічне та консервативне лікування, так і про можливості прогресування захворювання в майбутньому [23]. Страх прогресування захворювання є одним з тих, що найчастіше зустрічається, серед проблем у онкологічних хворих на етапі ремісії [24].

У більшості пацієнтів на етапі перебування в хоспісі в тій чи іншій мірі виникає фобічна симптоматика, яка пов'язана з усвідомленням кінцівки буття і актуалізації «головного» екзистенціального страху - страху смерті [25, 26].

Висновки Проведений аналіз вітчизняних та закордонних публікацій дозволяє зробити висновок, що причинами соматопсихічних розладів онкохворих є: психічна реакція на стрес (звістка про онкологічне захворювання, операція), вплив пухлинного процесу на психіку хворого та вплив процесу протипухлинної терапії. Кожен етап комплексного лікування характеризується особливими психосоматоформними реакціями онкохворого. У більшості випадків розвиваються виражені невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, переважно у вигляді депресивного

синдрому різних варіантів і ступеня вираженості (тривожно-депресивний; астено-депресивний; тривожно-фобічний), нерідко іпохондричні (канцерофобічні), астеничні реакції та стани.

Список літератури

1. Levin T, Kissane WD. Психоонкологія: состояние на 2006 г. (расширенный реферат). *Consilium medicum*. 2007;3:10-14.
2. Рогозинская ВГ. Психосоматические и соматопсихические соотношения в онкологии. *Известия высших учебных заведений. Уральский регион*. 2018;1:94-109.
3. Костина НИ, Кропачева ОС. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. *Злокачественные опухоли*. 2016; (41):59-63.
4. Семиглазова ТЮ, Ткаченко ГА, Чулкова ВА. Психологические аспекты лечения онкологических больных. *Злокачественные опухоли*. 2016; (41):54-58.
5. Rhonda L Johnson, Michael A Gold, Karen F Wyche. Distress in women with gynecologic cancer. *Psychooncology*. 2010 Jun; 19(6):665-8. DOI: 10.1002/pon.1589
6. Бяй ЕГ. Применение интегративного подхода в рамках психологической поддержки детей и их родителей, находящихся на лечении в онкологическом стационаре (РОНЦ ИМЕНИ Н.Н.БЛОХИНА). *Материалы V Всероссийского съезда онкопсихологов*; 2013 нояб. 14-16; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2013, с. 11-17.
7. Шмекевич АБ, Водолагин АВ, Балакина ДД. Междисциплинарные аспекты реабилитации онкологических больных в нетерминальной ситуации болезни. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2017 дек. 14; 4(13): 806-808.
8. Березанцев АЮ, Монасыпова ЛИ, Стражев СВ. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2012 янв.; (1):8-12.
9. Бугайцов СГ. Рак молочной залози – реабілітація, корекція психосоматичних розладів в процесі комплексного лікування [автореферат в Internet]. Київ: Інститут онкології АМН України; 2003. [цитовано 14.01.07] Доступно на: <http://www.disslib.org/rak-molochnoyi-zalozy-reabilitatsia-korektsia-psykhosomatychnykh-rozladiv-v-protsesi.html>
10. Сивохина ТА, Храмкова ОВ. Особенности психологической коррекции эмоционального состояния больных раком молочной железы с помощью сеансов релаксации. *Материалы VI Всероссийского съезда онкопсихологов*; 2014 нояб. 13-15; Москва; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2014, с. 67-69.
11. Лапочкина НП, Блинова КА, Борута СА, Анисимов ВМ, Козлов ВА, Чистяков АВ, Круглова МЛ, Калачикова ЕВ. Психо-вегетативные особенности женщин с заболеваниями молочных желез. *Материалы VI Всероссийского съезда онкопсихологов*; 2014 нояб. 13-15; Москва; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2014, с. 48-50

12. Лапочкина НП, Блинова КА, Борута СА, Анисимов ВМ, Козлов ВА, Чистяков АВ, Круглова МЛ, Калачикова ЕВ Психологические особенности женщин с заболеваниями молочных желез. Материалы VI Всероссийского съезда онкопсихологов; 2014 нояб. 13-15; Москва; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2014, с.50-53
13. Гнездилов АВ. Психические отклонения у онкологических больных. *Практ. онкология*. 2001 март. 1(5): 5-13.
14. Бажин ЕФ, Гнездилов АВ. Психогенные реакции у онкологических больных. *Метод. рекомендации*. Санкт-Петербург: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т; 1983. 34 с.
15. Малкина-Пых ИГ. Психосоматика. *Справочник практического психолога*. Москва: Эксмо; 2010. 1024 с.
16. Ананьева ЕП. Роль клинического психолога на амбулаторном этапе лечения онкологических пациентов. Материалы III Всероссийского съезда онкопсихологов; 2011 авг. 26-27; Москва; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2011, с.8-12
17. Зотов ПБ. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями. *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. 2005; 2: 99-101.
18. Захарова МЛ, Иванов ПИ. Специфика состояния пациентов с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож. Материалы X Всероссийского съезда онкопсихологов; 2018 нояб. 8-10; Москва; Москва: «Ясное утро»; 2018, с.23-25.
19. Зотов ПБ. Хроническая боль среди факторов суицидальной активности онкологических больных. *Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН*. 2004; 3: 81-83.
20. Комкова ЕП, Магарилл ЮА. Антидепрессанты в преодолении болевого синдрома у онкологических больных. Материалы V Всероссийского съезда онкопсихологов; 2013 нояб. 14-16; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2013, с.34-36.
21. Котюкова АЮ. Психологический компонент программы по реабилитации пациенток после хирургического лечения рака молочной железы. Материалы V Всероссийского съезда онкопсихологов; 2013 нояб. 14-16; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2013, с.36-38.
22. Caryn Mei Hsien Chan, Chong Guan Ng, Nur Aishah Taib, Lei Hum Wee, Edward Krupat, Fremonta Meyer. Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: a 4-year follow-up study. *Cancer*. 2018 Jan 15; 124(2): 406-416.
23. Генс ГП, Олейникова ИН, Коробкова ЛИ. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных раком яичников. *Медицинский совет*. 2014; 2: 93-96.
24. Сирота НА, Московченко ДВ. Страх прогрессирования заболевания и совладающее поведение у пациенток, страдающих раком яичников. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. [Интернет]*. 2014 [цитировано 10.09.2020 г.]; 3 (5): 1-3. Доступно на: URL: <http://medpsy.ru/climp>
25. Леоненкова С., Вагайцева МВ. Особенности работы с умирающими онкологическими пациентами и их близкими. Материалы VI Всероссийского съезда онкопсихологов; 2014 нояб. 13-15; Москва; Москва: АНО «Проект СО-действие»; 2014, с. 53-55.
26. Тарасюк ВС, Кучанская ГБ. Паліативно-хоспісна допомога. Київ: ВСВ «Медицина»; 2015. 328 с.

References

1. Levin T, Kissane WD. Psycho-oncology: status for 2006 (extended abstract). *Consilium medicum*. 2007; 3:10-14.
2. Rogozinskaya VG. Psychosomatic and somatopsychic relationships in oncology. *Proceedings of higher educational institutions. Ural region*. 2018; 1: 94-109.
3. Kostin NI, Kropacheva OS. Psychological support to patients with oncopathology and their relatives at the stage of inpatient care. *Malignant tumors*. 2016; (41): 59-63.
4. Semiglazova TYU, Tkachenko GA, Chulkova VA. Psychological aspects of the treatment of cancer patients. *Malignant tumors*. 2016; (41): 54-58.
5. Rhonda L Johnson, Michael A Gold, Karen F Wyche. Distress in women with gynecologic cancer. *Psychooncology*. 2010 Jun; 19(6):665-8. doi: 10.1002/pon.1589.
6. Byay EG. Application of an integrative approach within the framework of psychological support for children and their parents being treated in an oncological hospital (N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center). *Materials of the V All-Russian Congress of Oncopsychologists*; 2013 nov. 14-16; Moscow: ANO Project SO-Action; 2013, p. 11-17.
7. Shmekevich AB, Vodolagin AV, Balakina DD. Interdisciplinary aspects of rehabilitation of cancer patients in a nonterminal disease situation. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2017 dec. 14; 4 (13): 806-808.
8. Berezantsev AU, Monasyпова LI, Strazhev SV. Clinical and psychological aspects of rehabilitation of women suffering from breast cancer. *Tumors of the female reproductive system*. 2012 Jan; (1): 8-12.
9. Bugaytsov SG. Breast cancer - rehabilitation, correction of psychosomatic disorders in the process of complex treatment [author's abstract in the Internet]. Kiev: Institute of Oncology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine; 2003. [quoted from 14.01.07] Available from: <http://www.disslib.org/rak-molochnoyi-zalozy-reabilitatsia-korektsia-psykhosomatychnykh-rozladiv-v-protsesi.html>
10. Sivokhina TA, Khramkova OV. Features of the psychological correction of the emotional state of breast cancer patients using relaxation sessions. *Materials of the VI All-Russian Congress of Oncological Psychologists*; 2014 nov. 13-15; Moscow; Moscow: ANO Project SO-Action; 2014, p. 67-69.
11. Lapochkina NP, Blinova KA, Boruta SA, Anisimov VM, Kozlov VA, Chistyakov AV, Kруглова МЛ, Kalachikova EV. Psycho-vegetative features of women with breast diseases. *Materials of the VI All-Russian Congress of Oncological Psychologists*; 2014 nov. 13-15; Moscow; Moscow: ANO Project SO-Action; 2014, p. 48-50.
12. Lapochkina NP, Blinova KA, Boruta SA, Anisimov VM, Kozlov VA, Chistyakov AV, Kруглова МЛ, Kalachikova EV. Psycho-vegetative features of women with

- breast diseases. Materials of the VI All-Russian Congress of Oncological Psychologists; 2014 nov. 13-15; Moscow; Moscow: ANO Project SO-Action; 2014, p.50-53.
13. Gnezdilov AV. Mental disorders in cancer patients. Pract. oncology. 2001 March. 1 (5): 5-13.
 14. Bazhin EF, Gnezdilov AV. Psychogenic reactions in cancer patients. Method. recommendations. St. Petersburg: Leningrad. scientific research psychoneurol. int; 1983.34 p.
 15. Malkina-Pykh IG. Psychosomatics. A practical psychologist's reference book. Moscow: Eksmo. 2010. 1024 p.
 16. Ananyeva EP. The role of a clinical psychologist in the outpatient treatment of cancer patients. Materials of the III All-Russian Congress of Oncological Psychologists; 2011 Aug 26-27; Moscow; Moscow: ANO Project SO-Action; 2011, pp. 8-12.
 17. Zotov PB. Suicidal actions in cancer patients. Sib. vestn. psychiatry and narcology. 2005; 2: 99-101.
 18. Zakharova ML, Ivanov PI. Specificity of the condition of patients with metastatic brain lesions admitted to radiosurgical treatment using the Gamma Knife apparatus. Materials of the X All-Russian Congress of Oncopsychologists; 2018 nov. 8-10; Moscow; Moscow: "Clear Morning"; 2018, pp. 23-25.
 19. Zotov PB. Chronic pain among the factors of suicidal activity in cancer patients. Vestn. RCRC. N.N.Blokhin RAMS. 2004; 3: 81-83.
 20. Komkova EP, Magarill YA. Antidepressants in overcoming pain in cancer patients. Materials of the V All-Russian Congress of Oncopsychologists; 2013 nov. 14-16; Moscow: ANO Project SO-Action; 2013, p. 34-36.
 21. Kotyukova A.Yu. The psychological component of the program for the rehabilitation of patients after surgical treatment of breast cancer. Materials of the V All-Russian Congress of Oncopsychologists; 2013 nov. 14-16; Moscow: ANO Project SO-Action; 2013, p. 36-38.
 22. Caryn Mei Hsien Chan, Chong Guan Ng, Nur Aishah Taib, Lei Hum Wee, Edward Krupat, Fremonta Meyer. Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: a 4-year follow-up study. Cancer. 2018 Jan 15; 124(2): 406-416.
 23. Gens GP, Oleinikova IN, Korobkova LI. Post-traumatic stress disorder in ovarian cancer patients. Medical advice. 2014; 2: 93-96.
 24. Syrota NA, Moskovchenko DV. Fear of disease progression and coping behavior in patients with ovarian cancer. Clinical and medical psychology: research, teaching, practice: electron. scientific. mag. [The Internet]. 2014 [cited 09/10/2020]; 3 (5): 1-3. Available from: URL: <http://medpsy.ru/climp>
 25. Leonenkova S., Vagaytseva MV. Features of working with dying cancer patients and their relatives. Materials of the VI All-Russian Congress of Oncological Psychologists; 2014 nov. 13-15; Moscow; Moscow: ANO Project SO-Action; 2014, p. 53-55
 26. Tarasyuk VS, Kuchanskaya GB. Palliative-hospice care. Kyiv: BCB "Medicine"; 2015.328 p.

FEATURES OF SOMATOPSYCHIC MANIFESTATIONS IN ONCOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF ANTI-CANCER THERAPY (REVIEW ARTICLE)

Kyrylova Olena, Kyrylova Yevheniia, Vostroknutov Ivan

Mail for correspondence: Kirillovalena0908@gmail.com

Summary. People have got a lot of questions about the relationships between mind and body in oncology for many years. Modern researchers point out to the important role of mind in the pathogenesis of cancer, but there are not enough researches in the oncopsychology in Ukraine. It is impossible to organize the support of cancer patients without studying the features of somatopsychic manifestations at different stages of cancer and stages of treatment. **The purpose** of this work was to analyze the features of somatopsychic manifestations in cancer patients. Theoretical analysis and generalization of data from the scientific literature on the problem of somatopsychic manifestations in cancer patients were used as materials and methods. As **a result**, the patient undergoes stages of medical care, in the process of anti-cancer treatment, which are characterized by the features of the mind experience of stress factors and specific psychosomatic reactions. Cancer patients have an increased level of anxiety, phobic symptoms, sleep disorders, increased indicators of distress in the outpatient phase. Anxiety-depressive and asthenic syndromes are prevailed. The frequency of obsessive-phobic and apathetic disorders increases at the stage of hospital treatment. The intensity of anxiety and fear increases before surgery. Higher mental functions are impaired during radiation therapy or chemotherapy. The signs of asthenohypochondriac disorder appears at the stage of hospital discharge. Symptoms of post-traumatic stress disorder and fear of cancer progression are the most common problems in remission. The phobic symptoms associated with fear of death appears during the stay in the hospice. **Conclusions.** The analysis of native and foreign publications allows us to conclude that the causes of somatopsychic disorders in cancer patients are: mental reaction to stress (news about an oncological disease, surgery), the effect of the tumor process on the patient's mind and the effect cancer therapy. Each stage of complex treatment is characterized by special

psychosomatiform reactions of a cancer patient. In most cases, severe neurotic, stress-related and somatiform disorders develop, mainly in the form of a depressive syndrome of different variants and severity (anxious-depressive; asthenic-depressive; anxious-phobic), often hypochondriacal (carcinophobia), asthenic reactions.

Key words: cancer, somatopsychic symptoms in cancer, somatiform disorders, psychogenic reactions

Information about author

Kyrylova Olena, PhD in Psychology, Senior Researcher Department of Radiology group of Radiation pathology, State Organization «Grigoriev Institute for Medical Radiology and Oncology of the National Academy of

Medical Sciences of Ukraine», Pushkinskaya str.82, Kharkiv, Ukraine, 61024

e-mail: Kirillovalena0908@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3508-0405>
Kyrylova Yevheniia, 4th year student of School of Medicine V. N. Karazin Kharkiv

National University, 6, Svobody Sq., 61022, Kharkiv, Ukraine

Vostrokniutov Ivan, 4th year student of School of Medicine V. N. Karazin Kharkiv National University, 6, Svobody Sq., 61022, Kharkiv, Ukraine

ОСОБЕННОСТИ СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ОНКОЛОГИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Кириллова Е. А., Кириллова Е. И., Вострокнутов И. Л.

Почта для переписки: Kirillovalena0908@gmail.com

Резюме. Многие тысячелетия перед человечеством возникают вопросы взаимоотношения психики и тела при онкологии, современные исследователи указывают на то, что психика играет важную роль в патогенезе рака, однако исследований в области онкопсихологии на Украине мало. Без знания особенностей соматопсихических проявлений у онкобольных на разных стадиях рака и этапах комплексного лечения, невозможна организация их сопровождения. Целью данной работы был анализ особенностей соматопсихических проявлений у онкобольных. В качестве материалов и методов использовались: теоретический анализ и обобщение данных научной литературы по проблеме соматопсихических проявлений у онкобольных. В результате были получены данные о том, что в процессе противоопухолевого лечения пациент проходит этапы медицинской помощи, характеризующиеся особенностями переживания психикой стрессовых факторов и характерными психосоматоформными реакциями. На амбулаторном этапе, у онкобольных наблюдаются повышение уровня реактивной тревоги, фобии, нарушение цикла сна/бодрствования, нарастание эмоционального стресса. Превалируют тревожно-депрессивный и астенический синдромы. На этапе стационарного лечения нарастает частота обсессивно-фобических и апатичных расстройств. В предоперационный период увеличивается интенсивность тревоги и страхов. При получении лучевой или полихимиотерапии, наблюдаются нарушения высших психических функций. На этапе выписки проявляются признаки астено-ипохондрического расстройства. Симптомы посттравматического стрессового расстройства и страх прогрессирования рака являются наиболее частыми проблемами у пациентов на этапе ремиссии. На этапе пребывания в хосписе актуализируется страх смерти.

Выводы. Проведенный анализ отечественных и зарубежных публикаций позволяет сделать вывод, что причинами соматопсихических расстройств онкобольных являются: психическая реакция на стресс (известие об онкологическом заболевании, операция), влияние опухолевого процесса на психику больного и влияние процесса противоопухолевой терапии. Каждый этап комплексного лечения характеризуется особыми психосоматоформными реакциями онкобольного. В большинстве случаев развиваются выраженные невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, преимущественно в виде депрессивного синдрома различных вариантов и степени выраженности (тревожно-депрессивный; астено-депрессивный; тревожно-фобический), нередко ипохондрические (канцерофобические), астенические реакции и состояния.

Ключевые слова: рак, соматопсихические проявления при раке, соматоформные расстройства, нозогении

Информация об авторах

Кириллова Елена Александровна, к. псих. наук, старш. науч. сотр., отделения радиологии группы лучевой патологии ГУ «Институт медицинской

радиологии и онкологии имени С. П. Григорьева НАМН Украины», ул.Пушкинская, 82, г.Харьков, Украина, 61024

e-mail: Kirillovalena0908@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3508-0405>

Кириллова Евгения Игоревна, студентка 4-го курса медицинского факультета Харьковского

національного университета *Вострокнутов Иван Леонидович*, им. В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6,
им.В.Н.Каразина, пл. Свободы, 6, г. студент 4-го курса медицинского г. Харьков, Украина, 61022
Харьков, Украина, 61022 факультета Харьковского
національного университета

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Конфликт интересов: отсутствует.