
ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ДИСТРЕС ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

**Вероника Иванова¹
доц. д-р Силвия Шопова, дм²**

¹Кабинет по медицинска психология, СБАЛО – София

²Кабинет по невропсихология, МБАЛНП *Свети Наум* – София

ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ДИСТРЕС ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

Вероника Иванова¹

доц. д-р Силвия Шопова, дм²

¹Кабинет по медицинска психология, СБАЛО – София

²Кабинет по невропсихология, МБАЛНП Свети Наум – София

ОБЗОР

Дистресът е често явление, което се развива при пациенти с карцином на гърда (КГ) и е разбираем отговор на травматични преживявания, причинени от болестта и лечението ѝ. Психологичните симитоми често не се разпознават и онкологично болните не могат да получат необходимата помощ. Познаване и разбиране на психологичните симитоми и на ефектите от травматичните въздействия от КГ е важно за профилактика на психичните кризи и намаляване на психосоциалната болестност. Изследване и разбиране на генезиса на ефектите от травматичните въздействия са необходима основа за оказване на целенасочена психосоциална помощ за тяхното преодоляване. Идеята да се събира информация за идентифициране на фактори, които създават висок риск за развитие на дистрес, е ключова за превенция и профилактика на психичното здраве при онкологично болни. Важна е позицията за динамиката на психичните и соматичните процеси, която се изразява в двупосочност на тяхното взаимодействие и се проявява както в психогенната съобусловеност на соматичната болест, така и в психичните ефекти от телесно нарушение.

Увод

Разпространението на психични нарушения при онкологични пациенти е приблизително 50%, като най-чести симитоми, открити при пациенти в напреднал стадий се сочат: умора (74%), тревожност (71%), тъга (66%), болка (63%) и съниливост (61%). Изследвания на разпространението на дистрес, депресия и психиатрични разстройства установяват, че 20-47% от новодиагностиирани болни и тези с данни за рецидив показват значими нива на дистрес, 30-40%

от пациенти с различен тип карцином проявяват разстройства на настроението¹, в над 20% стойностите на дистрес съответстват на критерии за посттравматично стресово разстройство при жени с КГ.²

Психосоциална помощ: дефиниране и скрининг на карциномен дистрес

Дистресът е рисков фактор, който оказва негативно влияние върху основно-

то лечение, качеството на живот и може да повлияе негативно върху преживяемостта. Факт е, че по-малко от половината онкологични пациенти с дистрес в действителност са идентифицирани и насочени за психосоциална помощ поради пренебрегване и омаловажаване на психологичните потребности на пациента, липсата на информация за наличните средства и възможности в сферата на психосоциалната помощ, стигмата от „психологични/психитрични проблеми“ при пациента.³

Психосоциалната помощ е част от новите стандарти за качествени онкологични грижи. В Канада емоционалният дистрес е приет за шести жизнен показател.⁵ Клиничната практика изисква обособяване на мултидисциплинарни психоонкологични екипи, чито членове биват лекуващи лекари, научни работници, психолози, социални работници, медицински сестри и духовници, предоставящи консултации на пациенти и техни семейства, служат за връзка с персонала в онкологията, сътрудничат с изследователи, изучаващи влиянието на терапевтичните интервенции върху качеството на живот и върху докладваните от пациентите резултати.⁴

Американската колегия на хирурзите (Commission on Cancer of the American College of Surgeons) реализира през 2012 г. нов акредитационен стандарт за болнична програма в онкологичната практика, който включва персонализиран скрининг на всеки пациент с карцином за психосоциален дистрес. NCCN предлагат модел за ефективно развитие на психосоциалното здраве, който да бъде предоставян във всички общности, практикуващи онкология.⁶

Рамката за оценка и контрол на дистрес при пациенти с КГ, осъществяван от онкологичен екип, включва:

(i) скрининг на дистрес и психосоциални потребности;

(ii) изготвяне на лечебен план, насочен към нуждаещите се, и осъществяването му;

(iii) пренасочване на нуждаещите се към специализирана психосоциална помощ;

(iv) преоценка на плана за приспособяване като подходящ.

Скринингът трябва да осигурява разпознаване, мониториране, доказване и своевременно лечение на дистреса във всеки стадий на болестта и при всякакви условия.

Дистресът се дефинира като многофакторно негативно емоционално преживяване от психологически (когнитивен, поведенчески, емоционален), социален и/или духовен характер, което може да попречи на способността за ефективно справяне със злокачествената болест, произлизашите от нея физически симптоми и лечение. Протича като непрекъснат процес, който се разпростира по посока на един континуум – от изпитване на обичайни чувства на уязвимост, тъга и страхове до развитие на депресия, тревожност, паника, социална изолация, екзистенциална и духовна криза.⁷ Тази дефиниция разширява определението на дистреса отвъд депресивност и тревожност, включвайки всички сфери и диапазон от симптоми (изтощение, умора, нарушения в съня, хранителни проблеми, качество на живот, практически и финансови проблеми, проблеми, засягащи социални, семейни, екзистенциални духовни отношения и аспекти). Дистресът се повишава при наличие на проблеми като изтощение, болка, неустойчивост и други физикални симптоми.

Съществуват редица инструменти за измерване на дистрес (Distress Thermometer, PDI, ESAS, HADS, BSI-18, PSSCAN – Psychosocial Screen for Cancer). Предложението от NCCN *Дистрес-термометър* е кратък скринингов инструмент за определяне на ниво и причини за дистрес. Сходен е с успешната скала, използвана за измерване на болка. Служи като начален са-

ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ДИСТРЕС ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

мостоятелен айтем-анализ за определяне на настъпващ дистрес. Скринингът с разширение включва т.нар. *Списък на проблемите*, съдържащ 39 айтема, разпределени в пет различни категории (практически, семейни, емоционални, физически, духовни/религиозни). Валидиран е и показва добра чувствителност и специфичност.⁸

Специалисти по здравни грижи предоставят на всеки пациент скрининг при първоначално посещение, през подходящ период от време и при клинични индикации, особено при промяна в статуса на болестта (ремисия, рекурентност или прогресия).

Първоначална оценка и лечение на дистрес

Тези дейности се осъществяват от онкологичен екип, включва скриниране на всеки пациент с *Дистрес-термометър* и *Списък на проблемите*, за да се определи ниво и причини за дистрес. Ако пациентът показва клинично значима степен на дистрес, онкологичният екип трябва да разглежда този резултат като индициран за втората част на въпросника. Според получените данни пациентът своевременно се пренасочва към съответен специалист, в зависимост от идентифицирания проблем.

Когато няма данни за клинично значимо ниво на дистрес, онкологичният екип осигурява обичайни поддържащи грижи, рутинно овладяване на симптоми, неспецифични интервенции и проследяване през редовни интервали или в преходни точки на болестта.

Симптоми, които подлежат на интервенции от онкологичния екип, са: страх, тревожност, несигурност в бъдещето по отношение на болестта, скръб заради влошено здраве, гняв и чувство за загуба на контрол върху живота, проблеми със сън и апетит, слаба концентрация, прекомерна

загриженост и вкопчване в мисли за болестта, лечението, страничните му ефекти и смъртта, социалните роли. Повечето пациенти преживяват тези симптоми през диагностичния период и през тежкия цикъл на лечение. Симптомите могат да персистират дълго след приключване на лечението. От съществено значение е разбирането за това, че дистресът е трудно преживяване за пациентите, което е очаквана и нормална реакция от тяхна страна. Клиницистите трябва да са наясно с възможните подкрепящи интервенции за грижа и овладяване на дистреса.

Психосоциална оценка и контрол на дистрес

Пациент с клинично значимо ниво на дистрес по скалата на дистрес-термометъра се пренасочва към съответен специалист, базирайки се върху конкретни проблеми, посочени от него (в *Списъка на проблемите*). Специалисти по психично здраве осъществяват последваща оценка, която включва: причини за дистрес, поведение и психологични симптоми, анамnestични данни за психиатрични проблеми, използвани медикаменти, болка, изтощение, нарушения на съня, други физически симптоми, когнитивни увреждания, представа за собственото тяло и сексуалност, способност за вземане на решения, физическа сигурност.

На базата на тази оценка психологът развива стратегия с пациента, чрез която той да се справи и адаптира към настоящата ситуация. Инициирана от оценка и оценяване, психодиагностиката се занимава с детерминиране на необходимост от психосоциални интервенции, а резултатите от нея се използват като индикация за употреба на медикаменти.

Психодиагностични методи и техники, използвани в онкологичната практика,

са: (i) обективни методи за изследване на интелигентност и когниция (имат спомагателен характер); (ii) стандартизиирани въпросници за оценка на психично състояние на пациента в синдромална категория и профил на личността; (iii) клинични тестове и проективни техники (самата техника на изследване преминава в терапевтичен процес): оценяват се емоционални реакции, мотивация и нагласи, интернализирани отношения, природа на потребностите, траектория на проблемното поле, качества на междуличностни отношения, самооценка, идентичност, характеристики на субекта, вътрешни конфликти, несъзнавани психични процеси; прилагат се за клинична диагностика, консултиране, оценка на ефекта от терапия.

Международната класификация на болестите (МКБ 10) се използва за идентифициране на психични и поведенчески разстройства, които се срещат при пациенти с КГ.

Психосоциални интервенции при карциномен дестрес

Психосоциалните интервенции имат редуциращ ефект върху дистреса и като цяло подобряват качеството на живот при пациенти с карцином.^{9,10} Проучвания в областта на интервенциите (психосоциални, фармакологични и социални) показват тяхното въздействие върху някои аспекти на качество на живот, симптоми и адаптация. Психосоциални интервенции с доказана ефективност са когнитивно-поведенческа терапия, екзистенциална, семейна или брачна психотерапия.

Когнитивно-поведенческа терапия (КПТ). Тя е съвременен метод с научно доказана ефективност при различни състояния, както психично-здравни, така и соматични.

Тя е комбинация от когнитивна и поведенческа терапия. Двата аспекта в този подход често се съчетават, защото поведението често отразява мислите за определени неща или ситуации. Прийомът на КПТ се фокусира върху решаване на конкретен проблем (симптом в краткосрочен план). Тя помага в разбирането за това как проблемът се случва и поддържа; включва идентифициране на ирационалните и дисфункционални мисли, тяхната трансформация в по-реалистични и полезни, както и развиване на умения за разбиране и преодоляване на симптомите. Методът може да се използва самостоятелно или в комбинация с медикаментозно лечение, в зависимост от вида и тежестта на състоянието. Рандомизирани клинични проучвания показват ефективност на КПТ за намаляване на депресия, тревожност^{11,12}, физически симптоми (болка и изтощение)¹³, овладяване на когнитивни дисфункции, свързани с адювантна химиотерапия при жени с КГ.¹⁴

Екзистенциална психотерапия. Този метод е ефективен в процеса на приспособяване към промени, настъпили вследствие болест; подобрява качеството на живот, психологичните симптоми, настроението и контрола на болката при пациенти с метастазиран КГ.^{15,16}

Семейна терапия и терапия в двойка-та. Болестта е семеен проблем. Диагнозата *карцином на гърда* е причина за дистрес при партньор и семейство. Психосоциалните интервенции целят да намалят дистреса при пациента и неговото семейство заедно. В лонгitudинално изследване на двойки, където жените са с КГ в ранен стадий, е установено, че тренингът в конструктивна комуникация е ефективна интервенция, намаляваща негативните ефекти и дистреса.¹⁷ Психосоциалните интервенции в двойки, засегнати от карцином, са толкова ефективни, колкото и индивидуална терапия.^{18,19}

ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ДИСТРЕС ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

В клиничната практика преобладава еклектичният подход на психотерапия при онкологични пациенти, което се обяснява с факта, че различните аспекти на психически и психологични нарушения при онкологични пациенти се поддават по-ефективно на различни видове терапии. Например, страхът от рецидив по-успешно се овладява с КПТ, докато работа със загубата – с междудуличностна терапия, а семейната терапия е подходящ терапевтичен избор при работата с направление на гнева, с адаптивното справяне и с устойчивостта на пациента.²⁰

Оценка и лечение на най-често срещаните психо-поведенчески разстройства при пациенти с карцином на гърда

Деменцията е трайно когнитивно увреждане, което може сериозно да наруши способността за вземане на решения при пациентите. Често присъства при по-възрастните като придружаващо състояние.²¹ Третира се с когнитивна рехабилитация, със или без медикаменти, макар че лечението е предимно овладяване на поведението.

Делириумът е краткосрочно когнитивно нарушение и обикновено е обратимо. Среща се по време на антитуморното лечение, свързано е с някои токсични състояния и с прием на медикаменти, особено опиати.²² Третира се с медикаменти, семейна подкрепа и обучение; особено внимание е насочено към безопасността на пациента.²³

Афективни разстройства като депресия и разстройства в адаптацията са чести при пациенти с КГ и могат да бъдат мъчилини и омаломощаващи. Пациенти с персистиращо настроение и разстройство в адаптацията могат да развият суицидни тенденции. Афективните разстройства обикновено се овладяват с психотерапия,

със или без медикаментозно лечение.²⁴ За силеният мониторинг трябва да се приема като възможност за предотвратяване на усложнения. Психиатрично лечение и хоспитализация понякога са наложителни.

Диагнозата, ефектите от болестта и лечението на КГ са явни източници на беспокойство. Тревожността може да е свързана с психологически аспекти на болестта, като хормон-зависим тумор, болка или друг източителен физически симптом. След уточняване на медицинските причини се оценяват симптомите, за да се определи конкретният характер на тревожното разстройство. Патологичната тревожност подлежи на медикаментозно лечение и психотерапия.²⁵

Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества, са рядкост при пациенти с КГ, които нямат в миналото си активна злоупотреба или пристрастване към опиати, алкохол или тютюн. Злоупотреба или зависимост, развиваща се по време на курса на лечение, може да се появи вследствие на недостатъчно контролиран симптом и да бъде лекувана чрез подобряване на контрола върху симптомите. При пациенти с данни за злоупотреба в миналото въздействието ѝ върху антитуморното лечение трябва да се оцени. Лечението включва детоксикационни режими, психологическо обучение, КПТ и медикаменти.

Стресът от онкологичната болест и нейното лечение могат да изострят вече съществуващо разстройство на личността.²⁶ Препоръчителна е оценка на състояние, сигурност, способност за вземане на решения. Ако съществува потенциална възможност за утежняване на състоянието от лекарства или други фактори, те трябва да бъдат променени. Лекуващият екип изготвя лечебен план, съгласуващ психологически и медицински интервенции.

Психотични разстройства и шизофрения могат да съществуват като придружаваща болест при пациенти с КГ, която може да бъде обострена от карцинома и свързания с него стрес и лечение. При диагностицирана шизофрения и/или психотично разстройство се препоръчва медикаментозно лечение и психиатричен режим. Използването на електроконвулсивна терапия (ЕКТ) при пациенти с карцином не е добре изследвано, но някои случаи показват, че тя може да е ефективна и безопасна.²⁷

Заключение

Рутинното използване на скрининг на дистрес последващо пренасочване за психосоциална помощ намалява нивото на дистрес при пациенти с КГ.²⁸ Психологически ефективните интервенции водят до подобрене на преживяемостта на пациенти с карциноми.²⁹ Ранното откриване и лечение на дистреса води до по-стриктно придържане към лечението, по-добра комуникация, снижава броя на посещенията при онколог, предотвратява изпитването на гняв и развитието на тежка депресия и тревожност при пациенти с КГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mitchell AJ, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview - based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-174
2. Richard J. McNally P. Posttraumatic Stress Disorder, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan & Sadock's, 9th Edition , Vol.II, 28.9
3. Fallowfield L, et al. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84: 1011-1015
4. William S. et al. Psycho-Oncology, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan & Sadock's, 9th Edition, Vol.II, Psychosomatic medicine, 24.8
5. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress : the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6440-6441
6. Holland JC, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8: 448-485
7. NCCN Guidelines. Version 2.2013 Distress Management
8. Tuinman MA, et al. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of Distress Thermometer. *Cancer* 2008; 113: 870-878
9. Adler NE, Page NEK. Institute of Medicine (IOM). 2008. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. 2008
10. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients : achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 214-230
11. Greer JA, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17 (10): 1337-1345
12. Moorey S, et al. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 218-228
13. Gielissen MF, et al. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *Br J Cancer* 2007; 97: 612-618
14. Ferguson RJ, et al. Cognitive-behavioral management of chemotherapy - related cognitive change. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 772-777
15. Goodwin PJ, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-1726
16. Kissane DW, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 277-286
17. Manne SL, et al. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 234-247
18. Breitbart W, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30 (12): 1304-1309
19. Manne SL, et al. Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 234-247
20. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-774
21. Legler A, et al. The effect of comorbidity burden on health care utilization for patients with cancer using hospice. *J Palliat Med* 2011; 14: 751-756

ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ДИСТРЕС ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

22. Lawlor PG, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794
23. Young J, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 341: c3704
24. Li M, et al. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1187-1196
25. Traeger L, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 11197-1205
26. Meyer F, Block S. Personality disorders in the oncology setting. *J Support Oncol* 2011; 9: 44-51.
27. Sutor B, et al. Steroid-induced depressive psychosis responsive to electroconvulsive therapy. *Convuls Ther* 1996; 12: 104-107
28. Carlson LE, et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2010; 28 (33): 4884-4891
29. Spiegel D. Mind matters in cancer survival. *Psycho-Oncology* 2012; 21: 588-593