

# Тревожность в отделениях паллиативной помощи: как бороться со страхом смерти?



Тревога является ожидаемым явлением для большинства пациентов, получающих паллиативную помощь, и может быть частью нормальной реакции на прогрессирующее, потенциально ограничивающее жизнь заболевание.

*Тревога обычно описывается как чувство беспомощности, страха и потери контроля над собственной жизнью, сопровождающее пациента с онкологическим заболеванием.*

**Психосоматический стресс инкурабельных пациентов провоцируется различными факторами: [1]**

- Прогрессированием заболевания,
- Наличием боли и других физических симптомов,
- Проводимым лечением,
- Страхом приближающейся смерти,
- Особенности характера больного,
- Моделью взаимоотношений с медицинскими работниками,
- Социальными, культурными, религиозными особенностями.

Некоторым пациентам достаточно поддержки семьи и близких друзей, а также контроля над физическими симптомами. Купирование психопатологических синдромов и скорейшая адаптация пациентов к новому для них статусу неизлечимого больного эффективнее проходит в сплоченных семьях. Однако, у части пациентов симптомы тревоги требуют медицинского вмешательства. Неконтролируемая тревога может приво-

дить к целому ряду негативных эффектов, среди которых: снижение качества жизни, сокращение сроков выживаемости, низкая комплаентность пациентов, увеличение длительности пребывания в онкологическом стационаре. В крайнем случае, у таких больных увеличивается риск суицида. [2] Вмешательство специалистов, имеющих опыт работы с тревогой, необходимо, когда тревога значительно усиливается, мешает пациенту в повседневной жизни или сохраняется более семи дней [3].

Отрицательное влияние стойкой тревоги было продемонстрировано в одном многоцентровом исследовании, объединившем более 600 пациентов с запущенными формами рака. В исследовании оценивалась связь между тревожными расстройствами и множественными конечными точками, в том числе отношениями между врачом и пациентом [4]. Пациенты с тревожными расстройствами по сравнению с пациентами без них сообщали о том, что:



#### Общие проявления тревоги у паллиативных пациентов включают следующее: [5]

- Эмоциональные и поведенческие симптомы: страхи, навязчивые идеи, рассеянность, нервозность, чувство приближающейся смерти, ужаса, избегание проблемы.
- Вегетативные симптомы: потоотделение, тошнота, диарея, головокружение, тахикардия или тахипноэ.
- Беспокойство по поводу того, как наступит смерть и какие события к ней приведут, будет ли она безболезненной и «мягкой».
- Обеспокоенность по поводу религиозных убеждений, духовных и экзистенциальных вопросов.

| Таблица. Шкала оценки здоровья пациента-4: 4-элементный скрининг депрессии и тревоги<br>Patient Health Questionnaire, PHQ-4                         |           |                |                      |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|----------------------|-------------------|
| Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?                                                                                  | Нисколько | Несколько дней | Больше половины дней | Почти каждый день |
| Чувство нервозности, беспокойства или раздражения                                                                                                   | 0         | 1              | 2                    | 3                 |
| Неспособность остановить или контролировать беспокойство                                                                                            | 0         | 1              | 2                    | 3                 |
| Чувство подавленности, депрессии или безнадежности                                                                                                  | 0         | 1              | 2                    | 3                 |
| Отсутствие интереса или удовольствия от ваших занятий                                                                                               | 0         | 1              | 2                    | 3                 |
| Общий балл $\geq 3$ за первые 2 вопроса предполагает наличие тревоги.<br>Общий балл $\geq 3$ за последние 2 вопроса предполагает наличие депрессии. |           |                |                      |                   |

Пациенты с тревогой могут казаться невнимательными, непоследовательными, сбитыми с толку и неспособными воспринимать информацию. Они могут задавать одни и те же вопросы или демонстрировать сложность в принятии решений. [5]. Психологическая нагрузка на пациента, по-видимому, зависит от степени выраженности и количества симптомов заболевания. Например, в одном исследовании пациентки с рецидивирующим раком молочных желез заполнили анкеты, в которых оценивали возникновение симптомов, способность справляться с ситуацией, качество жизни человека во время рецидива. Результаты исследования продемонстрировали, что пациентки с более низкой способностью справляться с трудностями сообщали о большем количестве симптомов и более высоких уровнях дистресса по сравнению с женщинами с большей способностью справляться с ситуацией. [6] Важно, чтобы врачи прислушивались к ключевым словам, которые часто могут сигнализировать о скрытой тревоге. Так, в

рамках исследования были проанализированы аудиозаписи 415 амбулаторных посещений врача-онколога пациентами на поздних стадиях рака. Наиболее распространенными типами выражаемых эмоций были тревога (46%), страх (25%), депрессия (12%), гнев (9%) и другие (8%), и пациенты чаще всего использовали слова «обеспокоен», «напуган», «встревожен» и «нервничаю», чтобы передать их. Знание этих ключевых слов и наблюдение за тем, встречаются ли они во время разговора с пациентами, может помочь клиницистам определить наличие тревоги. [7]

Разумным первоначальным инструментом скрининга является краткий опросник о состоянии здоровья пациента при депрессии и тревоге (PHQ-4), см. таблицу. [8] Если скрининг с помощью PHQ-4 положителен, пациента целесообразно проконсультировать у врача-психиатра для дальнейшей постановки диагноза и выработки тактики лечения.

Лучше всего использовать **многоуровневую парадигму лечения**, состоящую из комбинации поддерживающей терапии, психотерапии и, при необходимости, фармакотерапии тревоги и депрессии. Ряд психотерапевтических методов, разработанных специально для пациентов с серьезными заболеваниями, может улучшить симптомы как тревоги, так и депрессии, включая сокращенную индивидуальную психотерапию [9], когнитивно-поведенческую психотерапию [10], поддерживающе-

экспрессивную групповую терапию [11], «терапию достоинства» [12] и смысло-ориентированную психотерапию [13]. Для облегчения страданий больного специалисту важно обладать не только знаниями и опытом, но и множеством профессиональных тонкостей, от которых зависит комплексная помощь паллиативному пациенту: умение проявить эмпатию, распознать тревожные симптомы, выслушать и поддержать.



Известна на всю страну история петербургского врача-онколога Андрея Павленко. В 2018 году доктор узнал, что у него рак желудка третьей стадии, после чего на протяжении года публично рассказывал историю своей болезни тем, кто ее боится, и тем, кто с ней уже столкнулся, просвещая и ставя своей задачей, возможно, стереть страх неизвестности перед опасным недугом. В январе 2020 года Андрея не стало. В книге «Служа другим. История врача-онколога, ставшего пациентом» об истории почти двух лет борьбы с коварным недугом, дополненной воспоминаниями супруги Андрея Анны, рекомендациями врачей и психологов. Андрей Павленко завещал продолжить его дело и рассказывать о тех, кто борется с раком.

#### Литература:

1. Payne DK, Massie MJ. Anxiety in palliative care. In: Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, Chochinov HM, Breitbart W (Eds), Oxford University Press, New York 2000. p.435.
2. Залуцкий И. В. Влияние психологических и психопатологических особенностей личности онкологических пациентов на их отношение к болезни / И. В. Залуцкий, Л. М. Махнач, А. Г. Жуковец // Вопросы онкологии. 2010. — Т. 56. — № 6. — С. 687—691.
3. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage. 2007;33(2):118-129. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016
4. Alici Y, Levin TT. Anxiety disorders. In: Psycho-oncology, 2nd ed, Oxford University Press, New York 2010. p.324.
5. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. J Palliat Med. 2006;9(3):751-772. doi:10.1089/jpm.2006.9.751
6. Kenne Sarenmalm E, Ohlén J, Jonsson T, Gaston-Johansson F. Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. J Pain Symptom Manage. 2007;34(1):24-39. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.017
7. Anderson WG, Alexander SC, Rodriguez KL, et al. "What concerns me is..." Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. Support Care Cancer. 2008;16(7):803-811. doi:10.1007/s00520-007-0350-8
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics. 2009;50(6):613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
9. Nissim R, Freeman E, Lo C, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. Palliat Med. 2012;26(5):713-721. doi:10.1177/0269216311425096
10. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2008(2):CD005537. Published 2008 Apr 16. doi:10.1002/14651858.CD005537.pub2
11. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psychooncology. 2007;16(4):277-286. doi:10.1002/pon.1185
12. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. Palliat Med. 2017;31(6):492-509. doi:10.1177/0269216316665562
13. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2012;30(12):1304-1309. doi:10.1200/JCO.2011.36.2517