

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01057&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01057. Психосоціальна підтримка пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Автор: Irja Idman

Редактор оригінального тексту:

Дата останнього оновлення: 2011-03-25

Мета та складові психосоціальної підтримки

- Пацієнту допомагають у самоконтролі, підтримці адекватного самосприйняття та ключових соціальних ролей при дестабілізації життєвої ситуації через встановлення онкологічного діагнозу та подальше лікування.
- Пацієнту допомагають повернутися до функціонування у межах його/її фізичних можливостей та психологічної адаптації після лікування онкологічного захворювання.
- Психосоціальна підтримка складається з:
 - психіатричної підтримки; включає допомогу пацієнту з адаптацією та лікування психіатричних симптомів та розладів
 - соціальної підтримки; включає підтримку пацієнта та його/її родини та надання інформації про питання допомоги та страхування, пов'язані з соціальним забезпеченням та медичною або професійною реабілітацією.
 - духовної підтримки; включає розкриття питань, пов'язаних зі світоглядом пацієнта та задоволення екзистенційних та релігійних потреб, які виникають у відповідь на хворобу.

- Окрім лікарів та медичних сестер, практична підтримка покладається на соціальних робітників, психологів, лікарняних священиків та мультидисциплінарну команду відділення реабілітації. Кожен фахівець може надати більший чи менший об'єм психосоціальної підтримки, що визначається його/її рівнем підготовки та досвідом.
- Онкологічне захворювання створює відчуття страху та невпевненості, до яких пацієнт повинен адаптуватись. Онкологічний діагноз спонукає людину до усвідомлення основних питань людського існування, пов'язаних з обмеженою тривалістю людського життя та його/її власною смертністю.
- Лікування часто тривале і відбувається в кілька етапів, і навіть після його закінчення подальші регулярні огляди будуть підтримувати відчуття невизначеності. Це робить лікування онкологічних захворювань емоційно виснажливим та створює потребу в службах підтримки.
- Під час лікування лікар має застосовувати цілісний підхід, який можна розділити на три складових:
 - власне медичне лікування онкологічного захворювання
 - лікування, яке має на меті полегшення загальних симптомів захворювання та симптомів, пов'язаних з лікуванням (нудота, закреп, біль, тривожність тощо)
 - терапевтичний підхід, що допомагає *менталізації* змін, що відбуваються з тілом.

Терапевтичний підхід, що допомагає менталізації у клінічній практиці

- Пояснення природи захворювання і дії лікування дає пацієнту можливість застосувати особисті способи контролю симптомів та взяти певну відповідальність за лікування на себе.
 - Пацієнт потребуватиме навчання та підтримки щодо розуміння та сприйняття процесів у власному тілі, а також зміни у власному зовнішньому вигляді.
 - Онкологічне захворювання викликає страх, думки про приреченість та сценарії трагічних подій. Пацієнт повинен вгамовувати такі почуття, щоб втримати життєву ситуацію під контролем, та бути у змозі психологічно справлятися з вимогливим лікуванням.

- З'ясуйте власну версію хвороби пацієнта, вислухавши його/її та, проаналізувавши почуте та спираючись на власні медичні знання, поясніть пацієнту, з усією емпатією, більш повну версію.
- Перед тим, як повідомляти пацієнту нову інформацію, з'ясуйте поточне розуміння ситуації пацієнтом (про те, що пацієнтові було сказано раніше, що він/вона підозрює).
- Якщо пацієнт не в змозі сформувати для себе психологічну картину змін, які будуть спричинені хворобою та лікуванням, відчуття контролю над ситуацією буде під загрозою та пацієнт опиниться в групі ризику психічної кризи.
- Переконайтеся, що під час підготовки до лікування та впродовж лікування, пацієнт повністю усвідомлює план лікування, його мету (повне вилікування, уповільнення прогресування захворювання, паліативне симптоматичне лікування) та побічні ефекти від нього (які симптоми викликані хворобою і які - лікуванням).
- Часто приносить користь сімейно-орієнтований підхід. Лікування онкологічного захворювання є тривалим та виснажливим, а також негативно впливає на життя родини (батьківство, розподіл роботи, обов'язків, прибутку).

Поширеність психологічних розладів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

- Психіатричні симптоми, що порушують нормальний спосіб життя, виникають приблизно у 1/3 пацієнтів.
- Страх є найпоширенішим відчуттям, яке необхідно усунути.
- Тривога та депресія є найбільш поширеними симптомами.
- Розлад адаптації є найбільш часто діагностованим розладом (близько 60% всіх серйозних розладів, що потребують діагностики).

Хто потребує підтримки?

- Якісна підготовка перед початком лікування та підхід, що сприяє менталізації, є корисними для всіх пацієнтів.
- Більшість комплексних заходів підтримки потребує близько 10-30% пацієнтів.
- Потреба у спеціалізованій підтримці може бути вищою у наступних ситуаціях:

- важке захворювання
 - встановлення діагнозу в прогресуючій стадії
 - несприятливий прогноз
 - лікування, що спричиняє велику кількість побічних ефектів та/або ускладнень
- важка життєва ситуація
 - батьки з маленькими дітьми
 - молода людина, яка тільки розпочала самостійне життя
- індивідуальні особливості схильності до тривоги та здатності справлятися з невизначеністю.
 - Наприклад, контролюючі, вимогливі та перфекціоністські риси характеру, тенденція до занепокоєння, емоційна нестійкість.

Психосоціальна підтримка на практиці

- У системі охорони здоров'я підтримка надається як частина медичної допомоги, а також спеціалістами служб підтримки: соціальними працівниками, психіатричними медичними сестрами, психологами, психіатрами, лікарняними священиками тощо.
 - Ця підтримка має базуватися на високоякісній медичній допомозі, яка включає надання інформації про лікування та навчання пацієнта.
 - Відносини в процесі догляду мають бути такими, щоб доглядач бажав і мав час пройти через почуття пацієнта щодо хвороби, сподіваючись на ослаблення думок про загибель та сценарії катастроф, які пацієнт може приховувати.
 - Мета полягає у створенні середовища двобічного спілкування, яке спонукатиме пацієнта брати на себе відповідальність за лікування, сприймати неминучі розчарування та розлади, пов'язані з лікуванням, та бути мотивованим дотримуватись інструкцій з допомоги. Це дозволить проводити амбулаторно навіть вимогливі схеми лікування.
 - Вирішення питань, пов'язаних з соціальним захистом пацієнта та його/її родини.
 - Проконсультуйтеся з соціальним робітником!

- Перевірте, чи можуть бути відшкодовані витрати на медикаменти та які медичні документи для цього необхідні.
- Листок непрацездатності, подання на реабілітаційні гранти та які медичні документи для цього необхідні.
- Подання на фінансову допомогу та які медичні документи для цього необхідні.
- Підтримка постраждалих батьків Перевірити
 - чи нормально перебігає повсякденне життя родини, чи родина у змозі забезпечити належний догляд за дітьми?
 - якою є атмосфера всередині родини, чи всі її члени однаково розуміють хворобу батька/матері?
 - чи готові батьки говорити про хворобу з дітьми, не втрачаючи батьківської ролі?
- Якщо виявлено будь-які проблеми, порадьте пацієнту звернутися, наприклад, до шкільної медичної сестри, до шкільного психолога, до соціального працівника або сімейного центру у справах сім'ї.
- Якщо передбачається, що догляд за дитиною стане проблематичним, порадьте батькам самостійно звернутись до представників місцевих служб опіки.
- *Поза системою охорони здоров'я*, психосоціальна підтримка надається різними онкологічними організаціями.
 - Ця підтримка охоплює загальні рекомендації, а також різні курси, що забезпечують або базовий огляд захворювання або тренінг з адаптації з акцентом на реабілітацію після лікування.
 - Місцеві онкологічні організації проводять свої курси та допомагають у зверненнях.
 - У деяких випадках необхідні медичні документи.

Лікування психіатричних симптомів [доказ] [C↑] [07101]

- Точкою відліку має бути добре проведена діагностична оцінка, яка має оцінити серйозність розладу.
 - Нормальна адаптація (наприклад, пацієнт відкрито засмучується та має короточасні зміни психічної активності, емоційного стану та настрою відповідно до поточного фізичного стану)

- Психологічні реакції на стрес
- Розлад адаптації (F43.2: емоційні порушення та тривожні стани, спричинені діагнозом, порушення соціального функціонування; симптоми не відповідають діагностичним критеріям більш тяжкого психічного розладу)
- Більш тяжкий психічний розлад
- Лікування проводиться відповідно до інструкцій з догляду для кожного конкретного психічного розладу.
- У легких випадках часто буває достатньо підтримуючої психотерапії, яка сфокусована на терапевтичному підході (наприклад, 1-6 сеансів). Важливо, щоб особа, яка проводить терапію, знала онкологічне захворювання пацієнта та могла обговорити і скоригувати його бачення хвороби.
- У більш тяжких випадках може на початку виникати потреба у медикаментозному лікуванні з метою відновлення психологічного функціонування до рівня, на якому терапія буде ефективною.
- Під час лікування має бути врахована роль онкологічного захворювання як можливого пускового чинника симптомів або фактора, що їх підтримує.
 - Використовувати психологічний підхід та зосередження на думках пацієнта, і саме на цих темах має бути сконцентрована терапія.
 - Онкологічне захворювання та його лікування може бути - як органічний/біологічний фактор - причиною психічних змін та симптомів; це має бути врахованим при консультуванні пацієнта та призначенні медикаментів.

Медикаментозна терапія психічних симптомів у онкологічних пацієнтів

- Необхідно враховувати взаємодію між препаратами при одночасній активній терапії онкологічного захворювання.
 - *Цитотоксична хімотерапія* пригнічує кістковий мозок (лейкопенія, підвищена кровоточивість) та змінює функціонування ферментативних систем печінки. Ці ефекти необхідно враховувати при виборі антидепресантів чи антипсихотичних засобів.
 - *Кортикостероїди* підвищують схильність пацієнта до побічних ефектів антидепресантів, які викликають надмірне збудження та безсоння.

- *Антиестрогенна та антиандрогенна терапії* (рак молочної залози та рак простати) можуть впливати на настрій та характер сну.
- *Інтерферон* (меланома та рак нирки) підвищує схильність до депресії та може спричинити когнітивне гальмування, що зникає після відміни препарату. Депресію зазвичай лікують антидепресантами.
- Такі анксиолітики як, наприклад, лоразепам та оксазепам, є безпечними при одночасному прийомі з цитотоксичними препаратами.

Коментар експерта. Лікарський засіб оксазепам станом на 21.05.2019 в Україні не зареєстрований

- Регулярне і тривале застосування антидепресантів вимагає ретельного розгляду (лікарські взаємодії). Початкові побічні ефекти ліків можуть бути посилені одночасною цитотоксичною хіміотерапією, але, з іншого боку, лікування депресії може допомогти пацієнту витримати виснажливе лікування онкологічного захворювання.

Короткотривале лікування (1-4 тижні) тривоги та безсоння

- Медикаментозна терапія при безсонні має обиратися з урахуванням типу розладу сну (неможливість заснути, нічні пробудження, ранній ранковий підйом).
 - Золпідем 10 мг є ефективним для засинання
 - Зопіклон 7,5 мг є ефективним для засинання
 - Оксазепам 15-30 мг при нічних та ранніх пробудженнях (якщо є ознакою депресії, розгляньте можливість призначення антидепресанту)
 - Темазепам 10-20 мг, при нічних пробудженнях

Коментар експерта. Лікарський засіб темазепам станом на 21.05.2019 в Україні не зареєстрований

- Тривога у денний час
 - Лоразепам 0,5-1 мг 1-3 рази на день
 - Оксазепам 15 мг 1-3 рази на день
 - Алпразолам 0,25-0,5 мг 1-4 рази на день
- Психотичні симптоми
 - Галоперидол 2-10 мг/день

- Атипові антипсихотичні засоби (оланзапін 5-10 мг ввечері, кветіапін 25-100 мг ввечері, рисперидон 0,5-2 мг/день)
- Тривога/рухове збудження/неспокій
 - Корисною комбінацією під час цитотоксичної хіміотерапії є галоперидол 0,5 мг + лоразепам 0,5 мг 3 рази на день
- Безсоння та перезбудження, зумовлені кортикостероїдами
 - Спершу спробуйте медикаменти, рекомендовані при безсонні та тривозі впродовж дня
 - Якщо вони не ефективні, призначте кветіапін 25-100 мг ввечері.
- Тривале безсоння та/або тривога
 - Чи страждає пацієнт на більш тяжкий тривожний розлад, депресію чи препсихотичний стан?
 - Якщо так, необхідно дотримуватись клінічних настанов з лікування конкретного розладу.

Антидепресанти у лікуванні психічних симптомів в онкологічних пацієнтів

- Вибір антидепресанта повинен ґрунтуватися на особливостях психічних симптомів та профілю побічних ефектів препарату.
- Антидепресанти з позитивним впливом на сон
 - Ефект досягається шляхом антагонізму до 5HT₂-рецепторів, антигістамінний ефект
 - Міртазапін
 - При безсонні 7,5-15 мг ввечері
 - Лікування депресії 30-45 мг/добу
 - Покращує апетит
 - Може зменшувати нудоту
 - Сприяє набору ваги
 - Ризик агранулоцитозу
 - У дозах, які використовуються при безсонні, можна комбінувати з селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).
 - Міансерин
 - При безсонні 10-30 мг ввечері
 - Лікування депресії 60-90 мг/день

- Механізм дії подібний до міртазапіну, але міансерин у меншій мірі сприяє набору ваги
 - Ризик агранулоцитозу
 - Антидепресанти з анкіолітичними властивостями
 - Ефект досягається шляхом анатагонізму до 5HT2-рецепторів та агонізму до 5HT1A-рецепторів
 - Есциталопрам 5-20 мг/день
 - Циталопрам 10-40 мг/день
 - Міртазапін 15-30 мг/день
 - Сертралін 50 мг/день
 - Пароксетин 20-40 мг/день
 - Нудота, анорексія
 - Ефект досягається шляхом антагонізму до 5HT3-рецепторів (див. "сетрони")
 - Міртазапін
 - Міансерин
 - Антидепресанти, які підвищують больовий поріг
 - Підвищують спиноталамічну активність нейромедіаторів серотоніну та норадреналіну в нісхідних інгібуючих шляхах болю.
 - Амітриптилін у дозах 10-25-50-75 мг ввечері зменшить біль та покращить сон. Терапевтичною дозою при депресії є 150-300 мг. Амітриптилін проявляє виражену антихолінергічну дію.
 - Нортриптилін 10-75 мг має менш виражений седативний ефект, ніж амітриптилін
- Коментар експерта. Лікарський засіб нортриптилін станом на 21.05.2019 в Україні не зареєстрований*
- Інші препарати, які мають подібну дію: венлафаксин, дулоксетин, міртазапін, міансерин.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06902](#). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients.
Дата оновлення: 2017-09-05
Рівень доказовості: D
Резюме: Multidisciplinary interventions might possibly enhance return-to-work compared to usual care for patients with cancer, but the evidence is insufficient for conclusions.

- [Доказовий огляд 07101](#). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients.
Дата оновлення: 2013-01-27
Рівень доказовості: C↑
Резюме: Supportive discussion combined with psychosocial intervention may improve cancer-related quality of life and mood of recently diagnosed cancer patients. Nurse led and psychoeducational interventions may be the most promising.
Рекомендація: Nurse-led psychosocial interventions are suggested for help seeking patients with newly diagnosed cancer.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: [ebm01057](#) Ключ сортування: 016.015 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2011-03-25

Автор(и): [Irja Idman](#) Редактор(и): Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#) [Neoplastic diseases](#)

Ключові слова індексу

speciality: Neoplastic diseases Adjustment disorder Adjustment training Cancer Cancer patients Cancer treatment
Control Counseling Counselling Crisis Crisis reaction Feeling of control Mentalisation Multiprofessional nursing
Multiprofessional rehabilitation Psychological functioning Psychological support Psychosocial factors
Psychosocial problems Psychosocial services Psychosocial support Psychosocial work Rehabilitation Rehabilitation unit
Social functioning Social security Social support Spiritual support Affective disorders Alprazolam Amitriptyline
Anti-androgenic agents Antidepressants Anti-oestrogenic agents Anxiety Citalopram Corticosteroids
Cytotoxic chemotherapy Escitalopram Haloperidol Insomnia Interferon Lorazepam Mianserin Mirtazapine
Mood disorders Mood-altering drugs Olanzapine Oxazepam Paroxetine Quetiapine Risperidone Self-concept
Self-image Sertraline Temazepam Terminal phase Terminal stage Zolpidem Zopiclone icpc-2: 58 icpc-2: Z29