

## УПРАВЛЕНИЕ НА ПСИХОСОЦИАЛНИЯ ДИСТРЕС И РИСКА ОТ СУИЦИД ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ ПАЦИЕНТИ С ПОМОЩТА НА ДИСТРЕС ТЕРМОМЕТЪРА НА НАЦИОНАЛНАТА ВСЕОБХВАТНА МРЕЖА ЗА БОРБА С РАКА

Юрий П. Янакиев

Катедра „Психология“, Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“

*Резюме: Статията предлага литературен обзор, посветен на възможностите за разпознаване на психическите потребности на пациенти с онкологични заболявания от страна на медицинските специалисти, които ги лекуват. Наблюденията разкриват, че дефицитите в способността за идентификация на нивата на дистреса, тревожността и депресията при пациентите често се дължи на липсата на специализирани обучения по темата „Психично здраве“ в сферата на психосоциалната помощ. Акцент е поставен върху психосоциалният скрининг с помощта на дистрес термометъра за намаляването на риска от суицид при пациенти с онкологични заболявания.*

*Ключови думи: онкологични заболявания; дистрес; риск от суицид*

## MANAGEMENT OF PSYCHOSOCIAL DISTRESS AND SUICIDE RISK IN CANCER PATIENTS USING THE DISTRESS THERMOMETER OF THE NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK

Youri P. Ianakiev

***Abstract:** The article offers a literature review dedicated to the possibilities for recognizing the mental needs of cancer patients by the medical professionals who treat them. Observations reveal that deficits in the ability to identify levels of distress, anxiety and depression in patients are often due to the lack of specialized training on the topic of "mental health" in the field of psychosocial care. Emphasis is placed on psychosocial screening using a distress thermometer to reduce the risk of suicide in cancer patients.*

***Key words:** cancer patients; distress; risk of suicide*

### **1. Увод в темата**

Дистресът е психически континуум, чиито състояния могат да варират от повишено ниво на тревожност и тъга до паника и кризи. Националната всеобхватна мрежа за борба с рака (National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ) е организация с нестопанска цел, която обединява 27 институции за работа с онкоболни. Нека разгледаме дефиницията за дистрес при пациенти с карцином, която предлага NCCN:

*Дистресът е многофакторно, тежко емоционално преживяване от психологическо (когнитивно, емоционално, поведенческо), социално и/или духовно естество, което може да попречи на способността на пациента за ефективно*

*справяне с лечението на рака.* (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress management, v.2.2014. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)).

Разпространението на дистрес при онкоболните варира в зависимост от локализацията на рака и стадия на развитие. Изследване, проведено с 4496 пациенти показва, че той засяга между 29.6% - 43.4% от тях (Zabora et al., 2001). Според други изследвания 30%-40% от пациентите с различна локализация на карциномите страдат от афективни разстройства (мании и депресия) (Mitchell et al., 2011).

Клиничните ръководства за психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията описват подробно симптомите на очакван дистрес като страх, тревожност, несигурност в бъдещето, скръб заради влошено здраве, гняв и усещане за загуба на контрол върху живота, проблеми със съня и апетита, слаба или отсъстваща концентрация, персеверирани мисли за болестта и лечението, страничните ефекти от него, страх от смъртта, проблеми в общуването (Atanasova et al., 2015). Авторите прецизират с основание, че симптомите могат да се проявяват дълго след приключване на лечението. Според тях от съществено значение е разбирането, че дистресът е трудно преживяване за пациентите, но е очаквана и обичайна реакция от тяхна страна. В тази връзка съществени са предложените индикации относно интервенциите и поддържащите грижи при онкологични пациенти с или без данни за клинично значим дистрес. Те включват предоставяне на обучение и информация на пациента и близките му относно:

- изясняване на поставената диагноза, възможностите за лечение и странични ефекти
- осигуряване на приемственост на грижите и мобилизиране на ресурси
- подчертаване на необходимост от медицински контрол на симптомите
- запознаване с дистреса в контекста на онкологичната болест
- информиране относно конкретните стратегии за понижаване на дистреса (напр. прогресивна мускулна релаксация)
- Предлагање на източници и ресурси за информационна подкрепа (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове)
- наличие на услуги, свързани с поддържащи грижи за пациента и близките му в здравното заведение или в общността (напр. групи с ръководител професионалист, информационни лекции, доброволчески организации)
- възможности за получаване на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства)
- информация за признаци и симптоми на дистрес и възможности за интервенция
- информация за овладяване на преумората
- информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене)

## ***2. Скрининг на дистреса при пациенти с онкологични заболявания***

Скрининг на дистреса при пациенти с онкологични заболявания се осъществява чрез въвеждането на стандарти и ръководство за справяне с дистреса. Първата публикация на стандартите и ръководството за справяне с дистреса при онкоболните е публикувана през

1999г. като резултат от съвместен проект на 23 от водещите центрове за борба с рака в САЩ. Стандартите са разработени от експерти, които спазват изискванията за етичност и научни доказателства. Те се актуализират и ревизират ежегодно. Текстовете са валидни при работа с различни заболявания и социална подкрепа.

В основата на концепцията си стандартите възприемат като основен постулат, че дистресът трябва да бъде диагностициран, проследяван, документиран и лекуван. Всички пациенти трябва да преминават през скрининг при първа визитация и при подходящи интервали от време. Дистресът трябва да се управлява според принципите на добрата клинична практика (NCCN Distress Management v. 2.2017).

Справянето с дистреса влияние съществено върху лечението на пациента. Повечето от пациентите споделят, че психическите им проблеми са точно толкова значими, колкото и соматичните, свързани със заболяването. Тези проблеми често не са разпознати или се подценяват от лекарските екипи, които се грижат за болните. Депресивните пациенти имат проблеми с приемането на диагнозата и информацията свързана с лечението. Тяхната мотивация за лечение е ниска, затова често отхвърлят лечебните протоколи. Същевременно се наблюдава силна тенденция към социална изолация и липса на желание да се възползват от възможностите за социална взаимопомощ. Изследване на 293 жени в ранен стадий на рак на гърдата показва, че онези от тях, които са лекувани от депресия, са по-постоянни в продължаването на терапията докрай, отколкото пациентките, които не са се възползвали от подобно лечение (Tuma, 2005).

Диагностиката на дистрес при пациенти с онкологични заболявания показва, че сред пациентите с онкологични заболявания се наблюдават рискови групи, при които на нивата на дистрес често са завишени (Abrahamson, 2010):

- Жени
- Деца и млади хора
- Възрастни хора на  $\geq 80$  години
- Социално слаби
- Недостатъчно образовани
- Хора с регистрирани емоционални/социални травми

Според специалистите от NCCN най-застрашени от дистрес са:

- Пациенти с диагностицирано психично разстройство
- Индивиди със зависимости
- Индивиди с когнитивно увреждане
- Индивиди с тежки коморбидни заболявания
- Индивиди със социални проблеми (семеен конфликт, самота и липса на подкрепа, финансови проблеми, преживяна агресия и/или насилие)
- Индивиди с религиозни страхове

В тази връзка е въведен алгоритъм с процедурни съображения при провеждане на скрининга на дистреса, които с изразяват в следните изисквания (NCCN Distress Management v. 9.2017):

- Кой провежда скрининга?
- Избор на скрининг инструмент

- График с критичните моменти за пациента:
  - Откриване на съмнителни симптоми
  - Диагноза и обработка на данните
  - Очакване на терапията
  - Промени в терапията
  - Край на лечението/Изписване от болницата
  - Повторната поява на заболяването или прогресия на болестта
  - Вземане на решения за пренасочване
  - Поддържане на документация

Изборът на подходящ метод за изследване на дистреса при пациентите е от съществено значение. Когато скрининга на дистреса се прави без надежден инструмент се допуска грешка в 35% случаите (Fallowfield, et al. 2001). Ще разгледаме Дистрес термометърът на NCCN, който се прилага в някои от онкологичните центрове в страната.

*Таблица 1. Инструменти за изследване на дистреса при пациенти с онкологични заболявания*

Инструмент	Брой айтеми	Фокус на измерването
Distress thermometer DT	Оценка от 0-10 и 38 айтем	Дистрес и проблеми свързани с дистреса
Brief Symptom Inventory (BSI-18)	18	Соматизация, тревожност, депресия, общ дистрес
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)	27	4 факторен тест: дистрес, депресия, тревожност, соматизация

### **3. Суицидни идеи и суициден риск**

Специфичните фактори, които сигнализират за наличие на суициден риск при раково болни са предмет на особено внимание от страна на изследователите и специалистите в практиката (National Cancer Institute, 2013; Anguiano et al., 2012; Robson et al., 2010; Brinkman et al., 2013) Тук ще посочим факторите, които повишават този риск:

- Безнадеждност
- Напреднал стадии на болестта
- Лоша прогноза
- Страх от бъдещето
- Увредено физическо функциониране

- Момент след диагнозата (най- критични са първите месеци)
- Специфика на локализацията на рака: бял дроб, уста, фаринкс, простата и панкреас
- Непоносима болка
- Наличие на симптоми на дефицит (неподвижност и залежаване, загуба на контрол над отделителните функции, ампутация, загуба на сетивни функции, парализа, неспособност за хранене и преглъщане)
- Усет за товар за близките
- Загуба на автономност
- Желание за контрол върху собствената си смърт

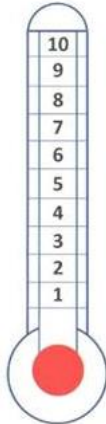
Много от изследванията потвърждават съществуването на високи нива на риска от суицидно поведение през първата година след диагностика на заболяването, като особено критични са първите седмици и месеци (Johnson et al., 2012; Henson et al., 2019). Въпреки това рискът остава висок сред някои от оздравелите пациенти дълго след успешно лечение. Суицидните идеи се срещат при около 21% от пациентите с онкозаболявания (Cooke et al., 2013) Някои от тези пациенти изпитват желание за по-ранна смърт, което може да бъде латентно намерение или желание за асистирано самоубийство. При пациенти с диагностициран тежък дистрес се обръща специално внимание на суицидните помисли, които се срещат относително често при онкоболните, но не винаги са алармиращи. Оценката на суицидния риск е трудна за медицинските специалисти. Само 17% от тях са в състояние да установят наличието на план за самоубийство при диагностициран суициден риск при пациента (Valente, 2010). Медицинските специалисти признават, че не притежават достатъчно познания относно изготвянето на оценка на риска от самоубийство и често изпитват неудобство и вина поради тази причина.

#### **4. Дистрес термометър (DT - National Comprehensive Cancer Network [www.nccn.org](http://www.nccn.org))**

Дистрес термометърът е кратък скрининиращ инструмент за определяне на нивото и причините за дистрес (фиг. 1). По принцип е желателно всеки пациент да бъде изследван както при първоначалната му визита при онколога, така и при промяна в статуса на болестта (рецидив или прогресия). Клинично значимото ниво на дистрес се отчита при резултат по DT > 4, като симптомите на т.нар. очакван дистрес се преживяват от повечето пациенти през диагностичния период и интензивното им лечение.

**Инструкция:** Моля отбележете върху термометъра нивото на дистрес, което преживявате през последната седмица, вкл. и днес.

Висок дистрес



Без дистрес

**КРАТЪК СКРИНИНГ  
ИНСТРУМЕНТ ЗА ИЗМЕРВАНЕ  
НА ДИСТРЕС**

**Инструкция:** Моля отбележете с „X“ изброените проблеми, които са причина за Вашия дистрес през последната седмица, включително и днес.

**Практически и семейни проблеми**

- Грижа за децата
- Проблеми с партньора
- Домакинство
- Финансови
- Транспортни
- Работа/училище
- Решение за лечение

**Емоционални проблеми**

- Депресивност
- Страх
- Нервност
- Тъга
- Тревожност/ Гняв
- Загуба на интерес към обичайните дейности
- Нежелание за планиране

**Духовни/религиозни опасения**

- Загуба на смисъл и цел в живота
- Загуба на вяра

**Други проблеми** .....

.....  
.....

**Физически проблеми**

- Външен вид
- Къпане/обличане
- Дишане
- Промяна в уринирането
- Запек/диария
- Хранене
- Умора/изтощение
- Чувство за подуто
- Температура
- Лошо храносмилане
- Памет/концентрация
- Рани в устата
- Проблеми със зъбите
- Гадене/повръщане
- Сухота в носа/претовареност
- Болка
- Сексуалност
- Суха кожа/сърбеж
- Сън
- Злоупотреба с лекарства
- Изтръпване на ръце/крака
- Кървене
- Високо кръвно налягане

Имена .....

Местоживееене .....

Диагноза .....

Пол  М  Ж

Възраст .....

Семейно положение .....

Деца  ДА  НЕ

Деца под 18 г.  ДА  НЕ

Образование .....

Сам/а ли живее?  ДА  НЕ

Ограничен достъп до медицинска помощ  ДА  НЕ

Минали психологични разстройства  ДА  НЕ

Привикване към (алкохол, цигари, лекарства)  ДА  НЕ

.....

Съпътстващи заболявания  ДА  НЕ

.....

Нарушения на познавателните процеси (памет, внимание...)  ДА  НЕ

.....

Комуникативни ограничения  ДА  НЕ

.....

Други стресови фактори  ДА  НЕ

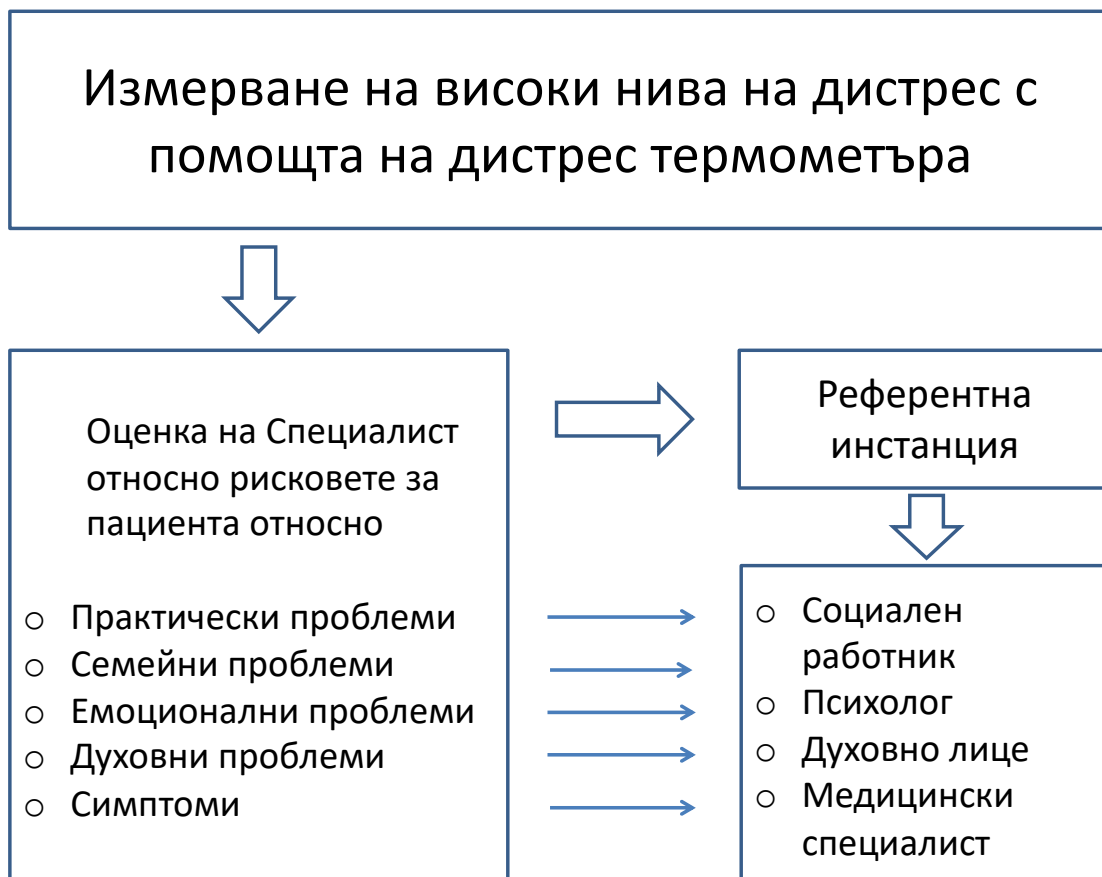
(Моля, посочете).....

Фиг. 1. Дистрес термометърът (DT - National Comprehensive Cancer Network [www.nccn.org](http://www.nccn.org))

Първостепенно значение при работата с дистрес термометъра има разпознаването на факторите, които повишават нивата на дистрес при пациентите. Най-често стресорите в живота на онкоболните са свързани с:

- Практически проблеми от ежедневиия живот – миене, пазаруване, лична хигиена и хигиена на дома, сблъсък с предразсъдъци от страна на съседи и колеги
- Семейство – неразбиране на проблема
- Емоционални проблеми
- Духовни дилеми

Интервенциите трябва да бъдат ориентирани директно към справяне със стресорите с помощта на съответните референтни инстанции, както е показано на фиг. 2.



Фиг. 2. Процедура на прилагане на дистрес термометъра при завишени нива на дистрес при пациентите

Проследяването на коректното прилагане на дистрес термометъра и спазване на процедурата при интервенция се осъществява чрез следните индикатори:

- Първата оценка на емоционалното благополучие на пациента, проведена в рамките на 1 месец от първото посещение при онколог

- Документацията отразява вземането на мерки за решаване на проблема с емоционалното благополучие на пациента
- В регистъра се вписва обяснение за евентуалното бездействие на екипа (Jacobsen et al., 2002; Jacobson et al., 1998)

## 5. Заключение

Разгледаните в обзора метаданни от проведени изследвания доказват, че медицинските специалисти не са в състояние да постигнат адекватно ниво на разпознаване на психологичните потребности на своите пациенти. Тези дефицити в способността за идентификация на опасността от завишаване на нивата на дистреса, тревожността и депресията при пациентите често се дължи на липсата на информационни ресурси и специфични обучения по темата „Психично здраве“ в сферата на психосоциалната помощ. Психосоциалният скрининг с дистрес термометъра допринася до голяма степен за повишаването на качеството на интервенциите при пациентите с онкологични заболявания. Той служи за управление на страха от болестта, свързан с риска от настъпване на необратими промени в личния и професионалния им живот. Медицинските специалисти и психотерапевтите, които са подготвени за работа с дистрес термометъра, могат да подпомогнат пациента в управлението на дистреса и риска от суицид и за постигане на по-добър резултат от лечението му.

## Литература

- Abrahamson K. Dealing with cancer-related distress. *Am J Nurs*. 2010 Apr;110(4):67-9. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370162.07674.f6. PMID: 20335694.
- Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs* (2012) 35(4):E14–26. doi: 10.1097/NCC.0b013e31822fc76c
- Atanasova, E., Ivanova, V. et al (2015). *Psychosocial Support and Rehabilitation in Oncology - Clinical Guidance Based on Evidence*. Varna, Artreiser (in Bulgarian with an English abstract).
- Brinkman TM, Zhu L, Zeltzer LK, Recklitis CJ, Kimberg C, Zhang N, Muriel AC, Stovall M, Srivastava DK, Robison LL, Krull KR. Longitudinal patterns of psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *Br J Cancer*. 2013 Sep 3;109(5):1373-81. doi: 10.1038/bjc.2013.428. Epub 2013 Jul 23. PMID: 23880828; PMCID: PMC3778287.
- Cooke R, Jones ME, Cunningham D, Falk SJ, Gilson D, Hancock BW, Harris SJ, Horwich A, Hoskin PJ, Illidge T, Linch DC, Lister TA, Lucraft HH, Radford JA, Stevens AM, Syndikus I, Williams MV, England, Wales Hodgkin Lymphoma Follow-up G, Swerdlow AJ (2013) Breast cancer risk following Hodgkin lymphoma radiotherapy in relation to menstrual and reproductive factors. *Br J Cancer* 108 (11): 2399–2406.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84, 1011-1015.
- Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. (2019) Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):51–60. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181
- Jacobsen, P. B., Meade, C. D., Stein, K. D., Chirikos, T. N., Small, B. J., & Ruckdeschel, J. C. (2002). Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 20(12), 2851-2862.



Jacobson, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., & Fields, K. K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62, 366–371.

Johnson, TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. (2012) Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*. 2012;21(4):351-356.

Mitchell, AJ, Chan, M, Bhatti, H, et al. (2011). 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

National Cancer Institute, 2013: <https://www.cancer.gov/news-events/press-releases/2013>

National Center for Health Statistics (2006). <http://www.cdc.gov/nchs/>.

NCCN (2009). The National Comprehensive 1. Cancer Network. Distress Management Clinical Practice Guidelines in Oncology, version 1. [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp#supportive](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#supportive). Accessed January 17, 2014.

Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010 Dec;19(12):1250-8. doi: 10.1002/pon.1717. PMID: 20213857.

Tuma RS. (2010) Multiple gene signatures aim to qualify risk in breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2005 Mar 2;97(5):332. doi: 10.1093/jnci/97.5.332. PMID: 15741566.

Valente, Sh. (2010) Assessing patients for suicide risk. *Nursing2010*: May 2010 - Volume 40 - Issue 5 - p 36-40

Zabora J, Brintzenhofe Szoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S (2001) The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 10: 19–28