

В. А. Чулкова^{1,4,5}, Н. Г. Васильева², О. А. Черненко³

Боль при онкологических заболеваниях и психологические методы ее коррекции

¹ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России,
²ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева» Минздрава России,
³ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,
⁴ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
⁵ФГБУ ВПО СПбГУ,
Санкт-Петербург

Физическая боль при онкологическом заболевании может быть главным компонентом страдания пациента, но само страдание охватывает намного больше проблем, чем физические проявления, и часто случается в отсутствие физической боли. Страдание или тотальная боль включает в себя физическую боль, социальную боль, психологическую боль и духовную боль, оказывающих взаимное влияние друг на друга. Эффективность в лечении тотальной боли у онкологических больных может быть увеличена применением дополнительных психологических методов ее коррекции.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, тотальная боль, психологическая боль, физическая боль, психологические методы коррекции

Бурное развитие медицинских технологий способствует быстрому излечению от многих заболеваний, но человечество победило еще далеко не все болезни, и часто они ассоциированы с болью. Боль, связанная с онкологическим заболеванием, и сегодня остается пугающей и парализующей для большинства людей [9]. Ожидание боли блокирует у человека возможность осознания необходимости обращения к врачу, плановых осмотров и диспансерного наблюдения, что приводит к поздней диагностике заболевания. В обыденном сознании настолько тесно связаны сильная боль и онкологическое заболевание, что необходимые меры безопасного поведения просто вытесняются. Такое отношение к боли во многом культурно и исторически обусловлено и поддерживается не системным подходом в понимании болезни и лечения, а доминированием биологического подхода. Не пытаясь преуменьшить значение физической боли для самого больного и его близких, нельзя не отметить, что страх, дезорганизация поведения, эмоциональные нарушения могут появиться

у человека еще до возникновения не только боли, но и самого онкологического заболевания. У онкологических больных эти нарушения значительно усиливают физическую боль и сами по себе являются причиной страдания [4].

Цель статьи – дать представление о психологических методах совладания с болью, описать их систематику и определить место психокоррекционных методов в комплексном подходе к лечению болевого синдрома при онкологических заболеваниях.

Феномен боли. Реакция человека на боль определяется несколькими факторами, включающими в себя индивидуальные и культурологические особенности личности, пережитый в прошлом опыт, эмоциональное состояние в момент болевого синдрома, а также обстоятельства, при которых он возник. Болью как феноменом ученые начали заниматься преимущественно с 50-х годов XVIII в., когда возник интерес к человеку не только как к думающему, но и как к телесно воспринимающему существу. До этого в историю европейской культуры были вписаны страсти, страдания, а не боль. Боль воспринималась некой данностью религиозно-мифологического сознания как муки от несовершенства мира. В культуре человечества сострадание к боли впервые появляется в эпоху зрелого средневековья [7,10]. В наши дни значение боли во многом формируется через массовую культуру. «Живи без боли» рекламный слоган, который призывает людей быть всегда привлекательными, бодрыми, жизнерадостными, готовыми трудиться и наслаждаться жизнью. Г. Хайдарова считает, что это может привести к утрате навыка саморегулирования организма, практики переживания и трансформации боли, к отсутствию опыта сочувствия, к страху перед болью, а косвенно и к неприятию старости и болезни. Если человек не может почувствовать и пережить собственную боль, он не сможет понять боль другого чело-

века. По мнению Г. Хайдаровой, боль является сообщением, которое связывает общество: она передается ближнему, предостерегает, вызывает к сочувствию и к действию [8].

Определение боли. В разных сферах жизни человека боль определяется по-разному. В литературе боль это ощущение страдания (С. И. Ожегов «Толковый словарь русского языка»). В медицине, согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), под болью понимают «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинными или потенциальными повреждениями тканей, или же описываемое пациентом в терминах, характеризующих состояния при подобных повреждениях» [6].

На сегодняшний день существует несколько концепций боли. Биомедицинская модель заболевания, связанная с именем Декарта, берет свое начало в XVII в. Согласно этой модели, жалобы пациента могут быть вызваны только конкретными симптомами, обусловленными биологическими изменениями. Сопутствующие признаки хронических заболеваний (боль, нарушение сна, депрессия, психосоциальные отклонения) рассматриваются как реакция на заболевание и считаются вторичными [2]. Однако опубликовано много статей, в которых приведены результаты исследований, подтверждающих важную роль психологических, поведенческих и социальных факторов в выраженности, устойчивости и усилении боли [5,6]. Биопсихосоциальная модель заболевания получила свое развитие в конце XX века. В соответствии с этой моделью, рассматривается теория воротного контроля боли, которая объединяет физиологические и психологические факторы, влияющие на боль. Автор этой теории R. Melzack расширил теорию воротного контроля боли, объединив ее с теорией стресса Г. Селье. Он предположил, что паттерны нервных импульсов могут запускаться как сенсорным входом, так и центральным, независимо от периферической стимуляции. Это может дать объяснение, почему человек испытывает боль при многих хронических болевых синдромах, даже когда физическая патология не выявлена [13]. Человека в современном мире невозможно отделить от его окружения: семьи, трудового коллектива и общества в целом. Любая из этих сфер может усиливать или ослаблять боль, если речь идет о хронической боли. Биопсихосоциальная концепция учитывает весь комплекс явлений, приводящих к хронизации боли. На разных стадиях заболевания удельный вес биологических, психологических и социальных факторов может изменяться.

Диагностика боли является одной из важных задач в лечении и коррекции болевого синдрома. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила несколько правил изучения и диагностики боли: поверить пациенту, что он чувствует боль, поговорить с пациентом о боли, оценить интенсивность боли, собрать подробный анамнез боли, исследовать психическое состояние пациента, провести тщательное физикальное исследование, рассмотреть возможность применения альтернативных методов лечения боли. Для оценки интенсивности болевого синдрома используются визуальная аналоговая шкала (Visual Analog Scale VAS) и цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale NRS), а также опросник боли Мак-Гилла (ОБМ) [1,3,14].

Концепция тотальной боли. Терминологически понятия физическая боль и страдание часто употребляют как синонимы, но это не одно и то же. Физическая боль может быть главным компонентом страдания, но страдание охватывает намного больше разных сторон человеческого существа, чем физические проявления, и часто случается в отсутствии физической боли. Различия между физической болью и тотальной болью (страданием) клинически важны, поскольку эффективное воздействие на них часто предполагает различные интервенции, в том числе психологические.

Концепцию тотальной боли развивала пионер хосписного движения Сесилия Сандерс. Она понимала под тотальной болью интенсивное страдание, часто испытываемое умирающими пациентами и членами их семей на стадиях последних месяцев жизни, умирания, смерти и переживания утраты. Тотальная боль включает в себя, как минимум, четыре компонента: физическую боль, социальную боль, психологическую боль и духовную боль. Важно, что компоненты тотальной боли не существуют изолированно, а оказывают взаимное влияние друг на друга [4]. Например, неустранённые физические симптомы могут привести к сужению фокуса внимания пациента и вызвать эмоциональную и духовную боль за счёт снижения возможности взаимодействовать с близкими людьми и решать психологические и духовные проблемы, связанные со смертью. Глубокие страдания, вызванные духовной, психологической и социальной болью, в свою очередь, могут усиливать проявления физической боли и вызывать такие симптомы как тошнота и одышка.

Основными составляющими тотальной боли являются неконтролируемая боль и другие мучительные физические симптомы, а также клиническая депрессия, потеря надежды и смысла,

утрата важных жизненных ролей, страх смерти, тяжёлые экзистенциальные переживания, утрата способности к доверию, переживание неискупленной вины, финансовые проблемы, семейные конфликты. Для работы с тотальной болью необходима мультидисциплинарная команда.

Следует предполагать тотальную боль всякий раз, когда мы имеем дело с заболеваниями, угрожающими жизни, но особенно в тех случаях, когда физические симптомы у пациента необъяснимы и не купируются обычно эффективными интервенциями, ответ на лечение неустойчив или эмоциональные реакции пациента кажутся несоответствующими потере [15].

В психологической работе с тотальной болью в целом применяется экспрессивно-поддерживающая терапия с экзистенциальным уклоном. Интервенции направлены на оценку и поддержание у больного надежды, достоинства, на задачи личностного развития, восстановление смысла жизни (вопросы цели, ценности, эффективности и самооценки).

Психологическая боль. Онкологические пациенты в ходе болезни переживают значимые для них потери и утраты: снижение умственного и физического функционирования, потеря контроля над собственным телом и эмоциями, утрата частей тела, отказ от привычных жизненных ролей, частной жизни, потеря чувства цели, ценности, смысла жизни. Когда значимая потеря разрушает базовое представление о предсказуемости и справедливости мира, большинство людей испытывает болезненное чувство изоляции, сломленности и внезапную потерю смысла своего существования. Адаптация к потере это процесс, который включает восстановление разрушенного мира, осознание потери через восстановление смысла и получение доступа к расширенному самосознанию, связанному с бесконечным потоком жизни, а не с предыдущим ограниченным кругом ролей. Успешная адаптация к потере не означает, что горюющий человек никогда не будет испытывать связанную с потерей печаль. Поскольку пациенты проходят через череду потерь и утрат, то, вероятно, что они будут вновь и вновь переживать горе, вызванное потерями. Реакции на потери и утраты различаются в зависимости от их природы, от прошлого опыта больного, от индивидуальности каждого человека, от его ценностей и взглядов на жизнь. Они могут выражаться в физических ощущениях, таких как стеснение в груди или горле, когнитивных и эмоциональных нарушениях: рассеянности и нарушении концентрации внимания, расстройствах сна, экзистенциальных переживаниях. Все эти расстройства и нарушения являются частью процесса горевания и не

считаются патологическими, если не приводят к дезадаптации больного или не продолжают оставаться неизменными в течение многих месяцев или лет. Но даже нормальные реакции на потерю могут настолько беспокоить больного, что они сами и члены их семей могут думать, что эти реакции неправильны.

Постоянно высокие уровни тревоги и депрессии, испытываемые многими пациентами, не адаптивны, они требуют активного вмешательства, включающего краткосрочную психотерапию и прием транквилизаторов и антидепрессантов. Квалифицированное вмешательство необходимо каждый раз, когда тревога или депрессия усиливаются, нарушают способность пациентов функционировать или сохраняются больше недели [15].

Физическая боль. Методы лечения физической боли подразделяются на фармакологические и нефармакологические. Не вызывает сомнения, что пациенты с умеренной и тяжелой хронической болью при онкологических заболеваниях должны получать основанное на опиоидах медикаментозное лечение. К нефармакологическим стратегиям относятся три группы методов: лечение, направленное на причину боли (лучевая терапия), агрессивные симптоматические методы (нервные блокады), неинвазивные симптоматические методы. Практические рекомендации Американского общества боли признают роль, которую и фармакологические, и нефармакологические подходы могут играть в облегчении боли у онкологических больных [12]. Среди нефармакологических подходов для использования у онкологических больных рекомендуются следующие два типа вмешательств: обучение способам совладания с болью и информирование. Основанные на обучении вмешательства направлены на изменение способа, которым пациенты интерпретируют боль (например, уменьшение катастрофизации боли), и на практику определенных подходов лечения боли (например, глубокая мышечная релаксация). Информирование обычно представляет собой инструкцию о том, как использовать болеутоляющие лекарства и как сообщать врачу о невыносимой боли. У некоторых пациентов нефармакологические стратегии могут обеспечивать достаточное облегчение боли при отсутствии побочных эффектов препарата и лучшие результаты относительно физического и психосоциального функционирования [16].

В 2014 году S. S. Gorin, P. Krebs, H. Badr и др. провели оценку эффективности психосоциального подхода к боли при онкологических заболеваниях и представили результаты метаанализа. В него были включены 37 рандомизи-

рованных исследований различных психосоциальных вмешательств у 4199 онкологических пациентов. Под психосоциальным вмешательством понимались когнитивно-поведенческие методы, обучение релаксации, информирование, гипноз, десенсибилизация с образами, биологическая обратная связь и другие методы, основанные на обучении. Исследования, которые использовали альтернативные методы терапии такие как массаж или биополевые методы в качестве первичного лечения были исключены. Основными критериями оценки эффективности были изменения в интенсивности и интерференции боли (влияние боли на повседневную жизнь). Интенсивность боли уменьшилась на 34%, а интерференция боли уменьшилась на 40%. Результаты мета-анализа подтверждают необходимость систематического внедрения психосоциальных вмешательств как части мультимодального подхода к лечению боли у онкологических пациентов с учетом контроля их качества [12].

Психологические методы коррекции боли, наряду с реабилитационными, относятся к нефармакологическим неинвазивным методам. E. A. Strada, R. K. Portenou приводят результаты более чем 70 рандомизированных исследований, которые подтверждают эффективность психологического воздействия на боль, связанную с онкологическим заболеванием [16]. Авторы указывают, что большинство психологических методов первоначально создавалось для пациентов с хронической доброкачественной болью, а впоследствии они были применены в лечении больных раком. Успех психологических методов в лечении боли при раке, по мнению этих авторов, подтверждает общепринятое представление о том, что боль нарушает психологическое функционирование, что психологическое функционирование влияет на боль и связанное с болью страдание, и что ни боль, ни страдание никогда нельзя считать исключительно результатом ноцицепции (болевого возбуждения нервных волокон). Индивидуальная реакция на боль может определяться значением, которое придается ощущению боли, прошлому опыту, уровням тревоги и депрессии и другими психосоциальными факторами. Обращение к мыслям и эмоциям, связанным с опытом переживания боли, может помочь снизить стресс, тревогу и другие нарушения настроения, связанные с болью [15]. Психологические методы, наряду с реабилитационными и интегративными, относятся к неинвазивным симптоматическим методам коррекции боли и делятся на две большие группы: когнитивно-поведенческая терапия и психофизические методы.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) решает задачи развития чувства контроля над болезнью и её последствиями и снижения влияния боли на повседневные дела. Это структурированный подход, вовлекающий пациента в установку специфических целей и контроль за их достижением. Процесс терапии включает в себя обучение пациента, поведенческий тренинг и тренинг когнитивных навыков.

Психофизические методы основаны на тренировке сознательного воздействия на физические функции путем изменения когниций или эмоционального состояния. Эти методы терапии обычно рассматривают как дополнение к медикаментозному лечению в составе КПТ или их используют совместно с другими неинвазивными методами лечения. Однако иногда психофизические методы предлагаются отдельно как специфическое лечение дискретной проблемы, например, такой, как боль, связанная с конкретной процедурой. Они предназначены для снижения боли и беспокойства и повышения самоконтроля. Пациенты, которые обучились этим методам, могут продолжать применять их длительное время, часто без дополнительной поддержки или только при проведении отдельных контрольных занятий.

Следует заметить, что психофизические методы лечения иногда классифицируются под рубрикой нетрадиционной и альтернативной медицины [11]. Но такие методы как обучение релаксации, направленное воображение, гипноз и биологическая обратная связь не являются альтернативными методами лечения, а скорее должны считаться преобладающим направлением в лечении боли, применяемым дополнительно к другим подходам. В некоторых случаях у этих вмешательств есть больше доказательств эффективности, чем у большинства других методов традиционной медицины [16].

Релаксационная терапия. Методы релаксации направлены на то, чтобы вызвать реакцию релаксации, для которой характерно сниженная активация и уменьшение симпатической активности. Она сопровождается пониженной частотой сердечных сокращений, понижением кровяного давления и увеличением доли альфа ритма. Реакция релаксации достигается за счет концентрации внимания на слове, звуке, телесных ощущениях или мышечной активности и принятия пассивного отношения к вторгающимся мыслям. Методы релаксации могут быть разделены на глубокие и поверхностные. При этом используются следующие стратегии: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательный тренинг. На настоящее

время недостаточно данных для того, чтобы выделить одну из техник по эффективности.

При использовании релаксации существует небольшой риск побочных реакций: навязчивые мысли, страх потери контроля, потеря равновесия, мышечные спазмы, сексуальное возбуждение и психотические симптомы, а также появившаяся тревога или паника. Указанное обстоятельство необходимо учитывать при использовании этого метода. Побочные реакции могут возникать у пациентов с генерализованными тревожными или паническими расстройствами в анамнезе, с опытом переживания состояния гипервентиляции.

Визуализация — это словесная техника, предполагающая работу с образами, их создание, трансформацию и сознательное изменение. Используется с разными целями, в том числе, для изменения переживания боли. В рамках визуализации могут применяться и другие техники, такие как отвлечение, ментальная диссоциация, мышечное расслабление, диафрагмальное дыхание. К настоящему времени нет данных о специфичности образов в рамках отдельных органов и физиологических систем. В клинических целях визуализация обычно относится к одной из трех категорий: диагностическая визуализация, мысленная проработка с использованием образов и направленное воображение.

Гипнотическая анальгезия это состояние сосредоточенной концентрации с некоторой приостановкой периферической осознанности. Главные компоненты гипнотического состояния: поглощение (возможность глубоко рассмотреть выбранную тему или фокус), контролируемое изменение внимания, диссоциация (возможность выделить различные аспекты отдельного опыта), внушаемость (способность к усиленному отклику на инструкцию). Пациенты значительно различаются в своей способности достигать гипнотического состояния. Сотрудничество и внушаемость — важные основы гипнабельности. Чтобы облегчить возможные трудности, пациентов нужно заверить, что гипноз не может вызвать поведения, которое не было бы желаемо или которое противоречит ценностям пациента. Гипноз может вызвать релаксацию, снижение тревоги и увеличить болевой порог. Вследствие этого, изменяется восприятие боли, уменьшается дискомфорт, фокус внимания перенаправляется с болезненного ощущения на другую область тела [16].

Биологическая обратная связь (БОС) — это обучение управлению своими физиологическими реакциями на боль и стресс под контролем сознания. Датчики регистрируют один или не-

сколько физиологических показателей, которые коррелируют с состоянием пациента. Это могут быть поверхностная электромиограмма (ЭМГ), регистрирующая мышечное напряжение в заданной мышце, параметры дыхания, частота сердечных сокращений, ритмы мозга в заданном диапазоне (в целях релаксации регистрируется альфа ритм), кожно-гальваническая реакция, периферическая температура. Пациент на экране в режиме реального времени видит изменение показателя и учится управлять своей физиологической реакцией. БОС может научить более здоровым поведенческим и когнитивным реакциям на боль и стресс. БОС по ЭМГ, например, нацелена на группы мышц, связанные с реакцией пациента на боль. Расслабление этих мышц помогает вызвать реакцию общего расслабления, которая может далее изменить восприятие боли или уменьшить тревогу. БОС можно использовать для любого мотивированного пациента с болью или тревогой при наличии ресурса и возможности участвовать в работе. Исследование 37 пациентов с прогрессирующим раком и хронической болью, которым была назначена ЭМГ с целью обучения их релаксации, подкрепленной БОС, показало, что это обучение было эффективным в ослаблении связанной с заболеванием раком боли, тогда как в контрольной группе боль увеличилась [16]. При этом следует учитывать, что пациенты с хронической или рецидивирующей депрессией могут отрицательно отреагировать на методы снижения уровня стресса, которые имеют тенденцию уменьшать и так низкий уровень активации пациента.

Интегративные методы представляют собой сочетание всех перечисленных выше с любым количеством методов нетрадиционной или альтернативной медицины, механизм действия которых не объяснен с научной точки зрения, а эффективность на настоящий момент не доказана и может быть сравнима с эффектом плацебо. К таким методам Американская ассоциация нетрадиционной или альтернативной медицины относит медитацию, молитву, творческую арт-терапию (за исключением музыкотерапии), биополевые методы, в том числе, терапевтическое прикосновение, мануальные интервенции, массаж, акупунктуру и гомеопатию. Но если пациент хочет получать такое лечение при условии, что у него достаточно ресурсов (физических, временных, материальных), и лечащий врач не видит вреда от его применения, нет никакой причины препятствовать в их использовании.

Таким образом, из сказанного выше следует, что боль у онкологических больных всегда тотальная, она носит многомерный характер и в ней присутствует не только физический

компонент, но и психосоциальный, и духовный; фармакологические методы лечения физической боли являются основными при онкологических заболеваниях; эффективность в лечении тотальной боли у онкологических пациентов может быть увеличена применением дополнительных психологических методов терапии: такие нефармакологические стратегии имеют меньше побочных эффектов, чем лекарственные средства, и дают лучший результат относительно физического и психосоциального функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бывальцев В. А., Белых Е. Г., Алексеева Н. В., Сорокиных В. А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации. – Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН. – 2013. – 32 с.
2. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – № 1. – С. 30-35.
3. Кастыро И. В., Попадюк В. И., Благоданов М. Л. и др. Опросник боли Мак-Гилла как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после риносептопластики и полипотомии носа // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – №4 (86). – Часть 2. – С. 68-71.
4. Моисеенко В. М., Чулкова В. А. Психосоматические аспекты боли у онкологических больных // Матер. IV научн.-практ. конф. «Психосоматические аспекты боли в общей медицинской практике». – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – 2006. – С. 33.
5. Осипова В. В. Психологические аспекты боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. № 1. – С. 4-9.
6. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции // Модуль «Гален». 2004. – № 15.
7. Хайдарова Г. Р. Боль в культуре. Подходы, концепции, комментарии / Аналитический обзор. – <http://cyberleninka.ru/journal/n/nevrologiya-neyropsihiatriya-psihosomatika>
8. Хайдарова Г. Р. Боль в медиа-реальности // Вестн. Ом. ун-та – 2011. – № 3. – С. 41-44.
9. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Социальная психология и общество. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 117-126.
10. Шихов Г. Л. Боль: лингвофилософский аспект // Вестн. Омск. ун-та. – 2012. – № 3. – С. 83-84.
11. Bardia A., Barton D. L., Prokop L. J. et al. Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review // Journal of Clinical Oncology. – 2006. – Vol. 24 (34). – P. 5457-5464.
12. Gorin S. S., Krebs P., Badr H. et al. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer // Journal of Clinical Oncology. – 2012. – Vol. 30 (5). – P. 539-547.
13. Melzack R. Pain and stress: A new perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), Psychosocial factors in pain: Critical perspectives New York: Guilford Press. – 1999. – P. 89-106.
14. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain. – 1975. – P. 277-299.
15. Storey Porter, Knight Carol F. Alleviating psychological and spiritual pain in the terminally ill // American Academy of Hospice and Palliative Medicine. – New York: Mary Ann Liebert, Inc. Pub. – 2003. – P. 85.
16. Strada E Alessandra, Portenoy Russell K // Psychological, rehabilitative, and integrative therapies for cancer pain. – 2014. – www.upToDate.com

Поступила в редакцию 29. 02. 2016 г.

V. A. Chulkova^{1,4,5}, N. G. Vasilieva², O. A. Chernenko³

Pain in cancer and psychological methods of its correction

¹N. N. Petrov Research Institute of Oncology

²V. M. Bekhterev Research Neuropsychiatric Institute

³I. P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University

⁴I. I. Mechnikov North-West State Medical University

⁵Saint-Petersburg State University
St. Petersburg

Physical pain can be a major component of cancer patient's suffering but suffering itself covers much more different sides of a human being than physical manifestations and often happens in the absence of physical pain. Suffering or total pain include physical pain, social pain, psychological pain and spiritual pain, which have a mutual influence on each other. The efficacy of treatment of total pain in cancer patients may be increased by additional use of psychological methods of its correction.

Key words: cancer, total pain, psychological pain, physical pain, psychological methods of correction