

Статья 6

Психологическое исследование больных с онкогинекологической патологией

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов.

Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.

Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. - СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017.

Онкогинекологический рак несет в себе угрозу психической травматизации для заболевшей женщины. Содержанием психической травмы для женщин с онкогинекологической патологией являются не только страх перед болезнью с витальной угрозой, но и, так называемый, «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов, ее символизирующих, боязнь распада семьи, а у молодых женщин - страх потери детородной функции [1]. Кроме того, локализация онкологического процесса в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах нередко обуславливает развитие психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями [2]. Вследствие этого, женщины с указанной патологией испытывают тяжелый эмоциональный дистресс.

В онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова медицинскими психологами были обследованы 41 пациентка в возрасте от 19 до 45 лет с диагнозами рак шейки матки (РШМ), рак тела матки (РТМ), рак яичников (РЯ), с I, II и III стадиями заболевания (34,1%, 34,1% и 31,8%, соответственно) на различных этапах заболевания: 15 чел. – «до операции», 26 чел. – «после операции». Большинство обследованных женщин имели с высшее и незаконченное высшее образование (60,9%), работали (82,9%), состояли в браке (68,3%) и являлись матерями (75,6%).

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациенток (приложение №4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования пациенток на заболевание (ТОБОЛ), оценку качества из жизни (EQRTCQLQ – С30) и тяжести тревожных/ депрессивных состояний (Госпитальная шкала тревоги и депрессии), характера и интенсивности соматических жалоб, связанных с состоянием здоровья (Гиссенский опросник соматических жалоб) [1-2] (приложение №5).

Клинико-психологическая беседа позволила выявить особенности отношения пациенток к болезни (отношение к диагнозу и лечению, субъективное восприятие болезни), а также отразить их социально-психологическую ситуацию в связи с заболеванием. Так, несмотря на то, что 51,2% женщин на момент постановки диагноза не имели опыта заболеваний («даже медицинской карточки не имела»), большинство обследуемых пациенток признавали злокачественный характер своего заболевания: 60% - на этапе «до операции», 73% - на этапе «после операции». Вместе с тем, на этапе «до операции» пациентки без предоперационной терапии чаще считали, что у них *«предраковое состояние»*, в отличие от тех, кто уже прошел курс терапии ($p=0,03$).

В 70,7% случаев женщины полагали, что возникновение заболевания как-то связано с историей их жизни, отмечая связь между заболеванием и своим образом жизни. Анализируя свое прошлое, 63,4% пациенток считали, что причины болезни у них носят психогенный характер и связаны со стрессами, переживаниями, семейными конфликтами.

Пациентки отмечали, что испытывают сложности при сообщении о своем диагнозе и здоровье другим людям. При этом наиболее трудно сообщить о своей болезни было родителям (41,5%), мужу (29,3%), соседям (17,1%). Однако 73,2% пациенток указало, что именно информирование своих

близких о случившемся позволило им получить поддержку, особенно в период от обнаружения заболевания до поступления в клинику.

Большинство (65,9%) пациенток отрицали изменение семейных отношений в связи с заболеванием. Из 68,3% пациенток, состоящих в браке, 75% женщин отрицали изменения в супружеских взаимоотношениях: мужья этих женщин вели себя по сложившему до заболевания стереотипу поведения («*всё как всегда*»). Данное отрицание отражает страхи онкогинекологических пациенток в связи с заболеванием, также можно предположить, что мужья, в свою очередь, склонны защищаться от психотравмирующего факта заболевания жены.

Отмечали сильный страх 61% женщин перед лечебными процедурами: их пугало, состояние беспомощности, которое может возникнуть в связи с лечением, они опасались утраты женской привлекательности (страх кастрации). Наиболее тяжелым и опасным видом лечения (по представлению пациенток) являлась химиотерапия. При этом у 24,4% больных выявлялся тотальный страх («*все страшно*»). Следует отметить, что на этапе «после операции» пациентки предъявляли больше страхов в отношении лечения (пугали беспомощность, истощение, боль, инвалидность) – ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение, которое проявлялось и на соматическом уровне.

Изучение особенностей реагирования онкогинекологических пациенток на заболевание (ТОБОЛ) выявило у 39% больных отношение к болезни без признаков нарушения психосоциальной адаптации, при этом преобладал эргопатический тип: эти женщины стремились, не смотря на болезнь, продолжать активную, в том числе профессиональную, деятельность. У 61% пациентки выявлялось отношение к болезни с признаками психосоциальной дезадаптации: у 60% пациенток на этапе «до операции» и у 73% на этапе «после операции». Дезадаптивное отношение к болезни в большинстве своем было представлено смешанными и диффузными типами. При этом в структуре

отношения к болезни у больных «до операции» был выражен тревожный компонент: пациентки ощущали неопределенность в связи с предстоящей операцией, прислушивались к разговорам женщин, которые уже прооперированы, беспокоились о последствиях операции. В отличие от них, у пациенток на этапе «после операции» в структуре отношения к болезни выражен дисфорический компонент: дисфоричность в отношении к болезни проявлялась в виде раздражительности, гневливости, мрачного настроения, чувства зависти к здоровым, недовольства тем, что лечение не приносит отчетливого и быстрого результата. При этом женщины, осознающие свою повышенную раздражительность, были склонны объяснять свое настроение климактерическими проявлениями в связи с лечением. Вместе с тем, страдание, отражающееся на психическом уровне, независимо от его физиологической составляющей (например, гормональная перестройка) - это всегда душевная боль, которая, не имея конструктивного выхода, создает у пациентки внутреннюю напряженность и влияет на ее отношение к лечению, к болезни и жизни в целом.

Анализ показателей шкал опросника EORTC QLQ-C30 не выявил статистически достоверных различий отдельных показателей качества жизни пациенток в зависимости от локализации онкологического процесса (РШМ, РТМ, РЯ). Выявились различия качества жизни пациенток в зависимости от этапа лечения заболевания: на этапе «до операции» у женщин, независимо от того, проходили они предоперационную терапию или нет, были выше показатели ролевого ($p < 0,02$) и когнитивного функционирования ($p < 0,03$), менее выраженные симптомы утомляемости ($p < 0,01$), боли ($p < 0,02$), запоров ($p < 0,04$), а также реже отмечаются жалобы на финансовые затруднения в связи с заболеванием ($p < 0,02$).

Признание пациентками злокачественного характера заболевания сочеталось с более низкими показателями по шкале «когнитивное функционирование» ($p < 0,01$) и более выраженными симптоматическими шкалами «утомляемость» ($p < 0,02$), «потеря аппетита» ($p < 0,03$). Снижения

качества жизни онкологического пациента в процессе принятия им злокачественного характера своей болезни не является неожиданным: это естественно, потому что больной испытывает душевные страдания. Только страдая, человек становится способным соотнести историю своей жизни с происходящим и восстановить душевное равновесие, нарушенное известием о заболевании. Выявлена связь между качеством жизни онкогинекологических пациенток и их способностью найти субъективную причину своего заболевания: больные, которые воспринимали заболевание как «что-то внешнее», «событие, свалившееся на голову и не поддающееся осмыслению», «что-то не из моей жизни» имели ниже показатели по шкале «физическое функционирование» ($p < 0,03$).

У пациенток с высшим и незаконченным высшим образованием выше показатели по шкале «эмоциональное функционирование», по сравнению с теми, кто имел среднее образование ($p < 0,04$). Можно предположить, что более высокий образовательный уровень пациентки является предиктором её эмоциональной компетентности в собственном внутреннем мире: женщина лучше ориентируется в субъективном пространстве своей жизни и осознает значимость душевной работы. Анализ литературы подтверждает, что эмоциональное состояние онкологического больного определяется не только обстоятельствами возникновения заболевания и процессом лечения, но и целями, мотивами и ценностями заболевшего человека.

Личный опыт ранее перенесенных болезней (не онкологических) достоверно не влиял на показатели качества жизни пациенток. Однако наличие у них опыта взаимодействия с онкологическим больным взаимосвязано с более высоким качеством жизни по шкале «эмоциональное функционирование», в сравнении с теми, у кого данный опыт отсутствовал ($p < 0,04$). Забота о человеке в ситуации заболевания с витальной угрозой – это присутствие в пространстве сильных переживаний, которое способствует соприкосновению помогающего со своими экзистенциями.

Семейный статус пациенток отражался на их качестве жизни: у женщин, состоящих в зарегистрированном браке были максимальные показатели по шкале «ролевое функционирование», в сравнении с теми, кто был разведен или состоял в гражданском браке ($p < 0,002$). Кроме того, пациентки (34,1%), отмечающие, что их отношения в семье в связи с болезнью «стали лучше и крепче», имели более высокие показатели по шкале «ролевое функционирование» ($p < 0,01$) и минимальные по шкале «финансовые во жизни, в сравнении с теми, у которых семейные отношения «не изменились»: обнаружены значимые различия по шкалам «утомляемость» ($p < 0,05$), «боль» ($p < 0,03$), «тошнота» ($p < 0,01$), «запоры» ($p < 0,03$), «диарея» ($p < 0,03$). Все это подчеркивает то, что семья для человека в ситуации заболевания является одним из главных ресурсов. Статистически достоверных взаимосвязей между показателями качества жизни и наличием у женщин детей не выявлено, но на уровне тенденции отмечено, что у пациенток, имеющих детей, были более высокие показатели по функциональным шкалам - «социальное функционирование», «ролевое функционирование» (*«забота о детях вырвет» из любого состояния*). Однако у них также были более высокие показатели по шкалам «утомляемость», «нарушение сна», «финансовые затруднения».

Исследование тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) показало, что только у 39% женщин с онкогинекологической патологией обнаружена выраженная тревожная симптоматика: в 24,4% случаях – субклинически выраженная тревога, в 14,6% - клинически выраженная тревога. У большинства же больных как «до операции», так и «после операции» показатель уровень тревоги соответствовал нормативным показателям (70,1% и 71,5%, соотв.). Однако, учитывая выраженность тревожного компонента в структуре отношения к болезни, а также данные наблюдения за пациентками, можно предположить существование у них тревоги, маскирующей вследствие бессознательной психологической защиты под «защитный оптимизм», под которым скрываются тяжелые негативные

эмоции. Выраженная депрессивная симптоматика (субклинический уровень) диагностировалась у 15,4% больных на этапе «после операции».

Изучение жалоб онкогинекологических пациенток по поводу состояния своего здоровья показало, что наибольшую выраженность имели жалобы астенического характера – ощущение слабости, усталость, вялость, сонливость (шкала «истощение»). Астеническая симптоматика связана с заболеванием и его лечением, а также может свидетельствовать о потребности пациенток в эмоциональной поддержке. Наряду с астеническими, преобладали «ревматические» жалобы: боли в пояснице или спине, в шее или плечевых суставах, головные боли, чувство тяжести в ногах. Данные жалобы в виде алгических или спастических болей в различных частях тела отражали субъективные страдания пациенток. Интенсивность астенических и «ревматических» жалоб была выше у больных на этапе «после операции» ($p < 0,05$). Пациентки на этапе «после операции», в сравнении с этапом «до операции», более интенсивно предъявляли жалобы по поводу состояния своего здоровья в целом. Так, суммарный интегральный показатель (шкала «давление жалоб») достоверно выше у больных «после операции» (14,7 балла), по сравнению с больными «до операции» (7,7 балла) ($p < 0,05$).

Большинство (68,3%) пациенток считали, что интенсивность и эмоциональная окрашенность их жалоб по поводу состояния своего здоровья связана с психологическим фактором - сильными негативными переживаниями в связи с заболеванием. Показано, что эти пациентки, в отличие от тех, кто связывал жалобы по поводу состояния своего здоровья с физическими/ физиологическими/ гормональными факторами, имели более высокое качество жизни ($p < 0,05$): выражение и понимание, признание адекватности своих переживаний позволяет пациентки ощутить контроль своего эмоционального, что, в свою очередь, отражается на качестве ее жизни.

Следует отметить, для онкогинекологических пациенток характерна высокая выраженность, так называемых, неспецифических жалоб, которые не вошли в основные шкалы опросника. Некоторые из них отражали

специфичность течения онкогинекологического заболевания - боли в нижней части живота, приступы жара и приливы, потливость, запоры и поносы, позывы к мочеиспусканию; другие же - дрожание, боли в горле, расстройства сна, повышенная чувствительность к холоду или к теплу, онемение конечностей, склонность к плачу - свидетельствовали о психосоматической составляющей страдания пациенток. Выраженность жалоб неспецифического характера имела отрицательную взаимосвязь с качеством жизни пациентки ($p < -0,01$).

Таким образом, при оказании психологической помощи онкогинекологическим пациенткам необходимо учитывать особенности их отношения к болезни на разных этапах лечения заболевания, а также социально-психологический статус заболевших женщин.

Литература:

1. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): автор. дис. канд. психол. наук М. - 1984. - 26с.
2. Менделевич Д.Б. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М. – 2002. – 592 с.