

УДК 616

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2007 г. А.В. Овсянников

The dependence of psychological status at women with breast cancer from duration of treatment.

Одной из самых распространенных злокачественных опухолей у женщин является рак молочной железы. Частота этого заболевания неуклонно увеличивается, достигая максимума в возрастной группе 40–60 лет. Более 60 % больных составляют лица трудоспособного возраста, поэтому возрастает потребность в социальной, трудовой и психологической реабилитации таких пациентов [1–3].

Реабилитация данных больных рассматривается в двух аспектах – медицинском и психологическом. Медицинская реабилитация включает операции на молочной железе, реконструктивные операции и психотерапевтическую помощь больным. Психиатры считают мастэктомию «калечащей» операцией, так как речь идет об удалении эстетически значимого органа, имеющего символическое значение. Потеря молочной железы ведет к развитию реакций тяжелой утраты, которые бывают нормальными и патологическими.

Нами обследовано 78 женщин в возрасте 23–60 лет в сроки от одного года и более после окончания радикального лечения рака молочной железы. У всех женщин, перенесших радикальное лечение рака молочной железы, обнаружены психические расстройства в эти сроки.

Исследования проводили с использованием клинико-психопатологического, анамнестического и экспериментально-психологического методов исследования. Экспериментально-психологическое исследование включало адаптированный сокращенный вариант Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММП1), методику Спилбергера–Ханина (1972), шкалу самооценки депрессии Цунга, модифицированную шкалу теста Дембо–Рубинштейн (1971).

Анализ синдромологической структуры пограничных психических расстройств, выявленных у 75 (96,1 %) женщин, позволил выделить 7 психопатологических синдромов: тревожный – у 60 (76,9 %), тревожно-депрессивный – у 14 (17,9 %), депрессивный – у 10 (12,8 %), ипохондрический – у 9 (11,5 %), дисморфобический – у 6 (7,7 %), нозофобический – у 5 (6,4 %), невротической деперсонализации – у 27 (34,6 %).

При реконструктивных операциях обнаружено 3 синдрома: тревожный, ипохондрический и нозофобический, которые распределились следующим образом: тревожный синдром наблюдался у 6 (7,7 %) женщин, ипохондрический – у 4 (5,1 %), нозофобический – у 3 (3,8 %).

Анализ психопатологических феноменов у больных после радикальной мастэктомии продемонстрировал яркий клинический полиморфизм психопатологических расстройств невротического уровня. Харак-

терной особенностью пограничных психопатологических нарушений вне зависимости от синдрома была специфическая онкологическая окраска переживаний в контексте радикального лечения рака молочной железы или перенесенного оперативного вмешательства, которое явилось для данного контингента больных специфическим паттерном.

Наличие клинических вариантов пограничных психических расстройств у больных показало, что с увеличением длительности диспансерного наблюдения после радикального лечения рака молочной железы происходит увеличение частоты аффективного варианта расстройств и снижение частоты ипохондрического варианта расстройств.

Отмечено, что за трехлетний период диспансерного наблюдения частота психических нарушений возросла с 72,8 до 83,58 %. Чаще других во всех группах больных с учетом срока диспансерного наблюдения встречались аффективные расстройства, наибольшее число которых обнаружено в группе с длительностью наблюдения онкологами 4–5 лет. На втором и третьем местах во всех группах оказались ипохондрический вариант и невротическая деперсонализация. Больше половины психических нарушений возникает при длительности лечения опухоли молочной железы 6 – 30 мес., в то время как при продолжительности лечения 1–2 мес. пограничные психические расстройства выявляются в меньшей степени.

Анализ полученных данных указывает на положительную корреляцию между длительностью заболевания и частотой контакта больных женщин с онкологической службой, с одной стороны, и с другой – со степенью выраженности нарушений невротического уровня. Это, на наш взгляд, демонстрирует выраженную ятрогенность данных психопатологических расстройств.

Правильный выбор лечения данной категории больных – трудная и крайне ответственная задача. Наш опыт работы показал целесообразность и обоснованность следующих этапов работы, которые ведут больного к выздоровлению:

1. Проведение нормализации психосоматического статуса. В этом отношении полезны методики психотерапевтические, восстанавливающие ресурсный потенциал организма. Важно общеукрепляющее медикаментозное лечение.

2. Достижение адекватного осознания своих расстройств. Коррекция внутренней картины болезни в сторону её адекватности с пониманием уровня расстройств, типичность случая, отсутствие особой исключительности. Следует проводить разъяснительную, рациональную психотерапию. Можно использо-

вать методики и изменения убеждения, рациональную, когнитивную психотерапию.

3. Важно осознание больным этой психотравмы как причины расстройства. Проработка этой психотравмы без её вытеснения, «ухода» от неё, меняясь в чем-то, преобразовывая себя, адаптируя к новым обстоятельствам, которые породила психотравма.

4. Дезактуализация травмы и конфликта в целом с дальнейшей потерей внимания к ним, снятия актуальности и насущности в сфере соответствующей конфликту, своеобразное успокоение, путём аналогии данного конфликта у других людей. Разбор с больным судьбы его переживаний в перспективе выхода из этой психотравмы. В этом случае не только действительны аналогии, сопоставление с тем, что раньше очень беспокоило, волновало, но и соответствующие внушения, самовнушения.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие невротических расстройств. Когда психотравма дезактуализировалась, потеряла актуальность, тактика на обратное развитие расстройств имеет перспективу. На данном этапе является актуальной поведенческая психотерапия.

6. Формирование мотива к выздоровлению. Формирование мотива к изменению себя у пациента происходит как раз путём коррекции самосознания, реального «Я» по отношению к идеальному «Я».

7. Преодоление механизмов психологической защиты, которые проявляются в виде рационализации, вытеснения, проекции, реактивных образований. В

этом отношении хорошо работают роджерсовские «помогающие отношения».

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие. Налаживание процесса личностного роста и психологической устойчивости, которые следует закреплять в групповой психотерапии и её вариантах; в проведении техник нейролингвистического программирования, когнитивной психотерапии, элементах аутогенной тренировки, поведенческой психотерапии, психосинтеза.

9. В ряде случаев применение медикаментозной терапии.

Безусловным компонентом выздоровления больного следует считать восстановление полноценных анатомических взаимоотношений молочных желёз. Данное условие достигается путём проведения реконструктивно-восстановительной операции с целью реконструкции отсутствующей молочной железы.

Таким образом, данные исследования определяют необходимость выполнения лечебных мероприятий в комплексе с реконструктивно-пластическими восстановительными операциями у данной категории больных как метод профилактики психических расстройств.

Литература

1. Асеев А.В. // Клинич. медицина. 1993. № 3. С. 30 – 34.
2. Асеев А.В., Коготкова Л.Н., Виноградова Н.Е. // Маммология. 1997. № 1. С. 47 – 52.
3. Бурдина Л.М. // Маммология. 1992. № 1. С. 28 – 43.