

Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы

А.Ю. Березанцев, Л.И. Монасыпова, С.В. Стражев
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
Онкологический диспансер № 3, Москва

Контакты: Андрей Юрьевич Березанцев Berintend@yandex.ru

В статье представлены результаты изучения 110 женщин, перенесших радикальные операции в связи с раком молочной железы и находящихся на различных этапах катамнестического наблюдения. У 68,18% пациенток диагностированы психические расстройства пограничного уровня, у остальных — донозологические психические нарушения. Установлены взаимосвязи между клиническими факторами, индивидуально-личностными особенностями и параметрами качества жизни и социальной адаптации. Отмечены редукция психопатологических проявлений и улучшение субъективных параметров качества жизни пациенток в процессе проведения индивидуально подобранной психотерапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, пограничные психические расстройства, качество жизни, защитные личностные механизмы, психотерапия

Clinical and psychological aspects of rehabilitation of women with breast cancer

A. Yu. Berezantsev, L. I. Monasyпова, S. V. Strazhev
Serbsky National Research Centre for Social and Forensic psychiatry;
Moscow oncologic dispensary № 3

Results of studying of 110 women on various stages of follow-up care after radical surgery for breast cancer are stated in this article. Borderline mental disorders are diagnosed for 68.18% of patients, prenosological mental disorders — for the others. Interrelations between clinical factors, individually-personal features and parameters of quality of a life and social adaptation are ascertained. The reduction of psychopathological semiology and improvement of subjective parameters of patients' quality of life in the course of individually selected psychotherapy is marked.

Key words: breast cancer, borderline mental disorders, quality of life, psychological defence mechanisms, psychotherapy

Введение

Одним из неблагоприятных патогенных факторов, влияющих на индивидуальное психическое здоровье, является наличие тяжелых соматических заболеваний, в том числе злокачественных новообразований, которые существенно изменяют качество жизни (КЖ) и уровень социальной адаптации пациентов. Высокий уровень нарушений психического здоровья среди онкологических больных отмечается многими исследователями, что подтверждает актуальность рассмотрения различных аспектов этой проблемы [1, 2]. В последние 20 лет во всем мире наблюдается всплеск интереса к различным психологическим аспектам злокачественных новообразований, прежде всего к аспектам предупреждения психиатрической заболеваемости и формирования эффективной адаптации у данного контингента больных, в связи с чем было сформировано новое научное направление — психоонкология. По определению J. Holland [3] психоонкология занимается двумя психологическими факторами, вызываемыми таким недугом, как рак: эмоциональной реакцией пациентов на всех стадиях заболевания, членов их

семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор), а также психологическими, поведенческими и социальными факторами, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психобиологический фактор). Получены многочисленные научные данные, подтверждающие эффективность проведения психосоциальных вмешательств у больных онкологического профиля, о чем свидетельствуют некоторые оценки исходов заболевания [4, 5].

Патогенез психических нарушений у онкологических пациентов сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу больных мощных астенизирующих экзогенно-органических и психотравмирующих влияний. Основу психопатологии онкологических пациентов составляют пограничные психические расстройства [6–11]. В формировании невротических расстройств при онкологической патологии немаловажная роль отводится и личностному фактору, определяющему ответ индивидуума на стрессовые влияния. Злокачественные опухоли молочной железы затрагивают как общие для онкологии, связанные с уху-

шением здоровья, инвалидизацией, экзистенциальным жизненным кризисом, так и присущие именно данной группе проблемы, обусловленные угрозой утраты привлекательности, женственности, значительным снижением самооценки, ощущением потери ценности для окружающих. В структуре онкологической заболеваемости женского населения России злокачественные новообразования молочных желез занимают 1-е место. В 2007 г. они составили 20% от всех случаев онкопатологии у женщин по сравнению с 2002 г., когда показатель был 13,1%. Доля рака молочной железы (РМЖ) достигает максимума в возрастной группе 40–54 года (29,7%), занимает 2-е место в возрастной группе 15–39 лет и имеет наибольший удельный вес в структуре смертности от онкологической патологии в целом — 17,3% [12].

Психические нарушения у женщин с онкологическими заболеваниями женской репродуктивной системы привлекают внимание многих исследователей ввиду их актуальности [13–15]. В работе С.Д. Галлиулиной [16] отмечено, что клиническая структура психических расстройств у больных РМЖ на диагностическом этапе представлена аффективными нарушениями в виде реакций депрессии, шока, аутоагрессии; на дооперационном этапе и в момент выписки из стационара — тревожно-депрессивным, в послеоперационном периоде — астено-депрессивным, на катamnестическом этапе — депрессивным синдромами.

Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний в целях увеличения выживаемости онкологических пациентов неизбежно привело к возрастанию ценности такого понятия в онкологии, как КЖ, необходимости разработки надежных инструментов для оценки КЖ и лечебно-реабилитационных мероприятий, способствующих его повышению. В онкологических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Основным принципом медицины — лечить больного, а не болезнь — не может быть реализован без оценки КЖ [17].

Одно из важных мест в улучшении КЖ пациентов с онкологическими заболеваниями и коррекции возникшей на их фоне психопатологической симптоматики занимают различные психосоциальные вмешательства [18]. Вопросы КЖ становятся особенно актуальными на катamnестическом этапе. Если на диагностическом и стационарном этапах внимание больных приковано к предстоящей операции, соблюдению определенного режима, на раннем катamnестическом — к оформлению инвалидности, что подразумевает регулярное общение с медицинскими работниками, то в дальнейшем у пациентов возникает необходимость привыкать к изменившимся обстоятельствам их жизни. В первую очередь это касается стойкого изменения социального статуса (инвалидность), внешнего облика

больных (последствия мастэктомии). После выписки из стационара у пациентов, как правило, обнаруживаются стремление к самоизоляции, утрата интереса к прежним развлечениям и внутрисемейным отношениям, несмотря на то, что у некоторых из них соматическое состояние вполне удовлетворительное.

Материалы и методы

Обследованы 110 пациенток, находившихся под наблюдением в онкологическом диспансере № 3 г. Москвы. Возраст обследуемых варьировал от 28 до 70 лет, все пациентки имели верифицированный диагноз злокачественной опухоли молочной железы, перенесли мастэктомиию и после стационарного лечения находились на различных этапах диспансерного наблюдения. Срок выписки из стационара составил от 2 мес до 3 лет. Из обследуемых пациенток 73,6% состояли в браке, 12,8% — вдовы, 10% — разведены, 3,6% — в браке никогда не состояли. С пациентками было проведено клиническое психопатологическое интервью с использованием критериев МКБ-10. Исследовались преморбидные личностные черты, бессознательные механизмы психологических защит, сознательные механизмы преодоления стресса (опросники Леонгарда, Индекс жизненного стиля Келлермана—Плутчика—Конте в адаптации Вассермана, Индикатор копинг-стратегии (КС) Амирхана). Для уточнения клинических параметров применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкала последствий событий Горовиц, Гиссенский опросник соматических жалоб, шкала астенического состояния. Сокращенный вариант опросника КЖ ВОЗ (WHOQOL_bref) позволил оценить субъективные параметры КЖ пациенток.

Практически все пациентки после выписки из стационара испытывали чувство тревоги, неуверенности в будущем, опасения за свое здоровье и отмечали сопутствующие этому снижение настроения, нарушения сна и аппетита, снижение продуктивности умственной и физической деятельности. Именно на катamnестическом этапе у них появилось ощущение, что жизнь разделилась на «до» и «после» обнаружения злокачественного новообразования. Пациентки отмечали, что после прохождения полного курса лечения (хирургическая операция, лучевая и химиотерапия), когда отпала необходимость в ежедневном посещении медицинского учреждения и появилось много свободного времени, они почувствовали себя «ненужными обществу». Наиболее часто психологический дискомфорт был обусловлен мыслями о невостребованности для общества, невозможности работать и принимать полноценное участие в жизни социума; опасениями по поводу возможного обострения онкологического процесса; тревожными ожиданиями нарушений внутрисемейных и межличностных отношений в связи с изменением внешнего облика. Пациентки пережи-

вали по поводу утраты сексуальности, привлекательности для спутника жизни. У них формировалось мнение о том, что люди меняют свое отношение к онкологическим пациентам, жалеют их. Часть больных ($n = 28$; 25,4%) сообщили, что избегают контактов с людьми, так как сами считают онкологическое заболевание заразным.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования практически у всех пациенток выявлено наличие той или иной степени акцентуации характера. Это может быть связано с заострением личностных черт в ситуации длительного, массивного стресса, связанного с болезнью. У 65,4% больных РМЖ отмечалось наличие стрессового фактора в течение от полугода до 5 лет перед манифестацией злокачественного процесса, и они высказывали предположение о возможной связи заболевания с длительной стрессовой ситуацией. Результаты, полученные с помощью опросника Индикатор КС, свидетельствуют о напряжении механизмов сознательных психологических защит, нахождении пациенток в ситуации дистресса и высоком риске формирования стрессогенных невротических расстройств у обследуемых. Показатели способа преодоления проблем «поиск социальной поддержки» были низкими у 19% пациенток, что может быть фактором риска развития нарушений социальной адаптации. Лишь у 6 (5,45%) обследованных пациенток показатели по всем адаптивным способам поведения в условиях стресса были в пределах нормы. Таким образом, у подавляющего числа пациенток отмечалась дисгармония сознательных (или полуосознанных) механизмов (Индикатор КС) преодоления проблем, связанных с болезнью.

При оценке бессознательных механизмов психологических защит (МПЗ) с помощью опросника Индекс жизненного стиля обнаружено высокое напряжение по использованию ряда эффективных механизмов психологических защит, однако у большинства обследуемых имела место одновременно высокая напряженность и по другим, дезадаптивным МПЗ (у 89,09% пациенток — напряжение по 2 МПЗ и более). У 45 пациенток выявлено напряжение по применению неадаптивных МПЗ (проекция, реактивное образование, вытеснение, замещение, компенсация, регрессия). Напряжение неэффективных, дезадаптивных механизмов личностных защит проявилось в тесной корреляции с результатами других клинических психодиагностических методик и психопатологического обследования.

У 75 (68,18%) обследованных пациенток были диагностированы нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня, у 35 (31,82%) — нозологические расстройства, которые представляли не резко выраженные, атипичные симптомокомплексы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую руб-

рику МКБ-10. Согласно критериям МКБ-10 у 34 (30,9%) пациенток психические расстройства соответствовали диагнозу F 43.22 (смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), у 14 (12,72%) — F 48.0 (неврастения), у 12 (10,9%) — F 43.21 (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), у 6 (5,46%) — F 42.1 (смешанное тревожное и депрессивное расстройство), у 7 (6,36%) — F 06.6 (органическое эмоционально-лабильное — астеническое расстройство), у 2 (1,82%) — F 43.8 (другие реакции на тяжелый стресс). Донозологические расстройства были представлены сочетанием астенических симптомов с мягкими аффективными нарушениями. У 21 (19,09%) пациентки преобладали астенические симптомы, у 14 (12,73%) — аффективные в виде колебаний настроения, раздражительности, ощущения психического дискомфорта.

С помощью анкеты оценки КЖ ВОЗ и на основании объективных данных было установлено 4 варианта соотношения объективных параметров КЖ и их субъективной оценки больными:

1) адекватно-позитивный (пациентки оценивают свое социальное функционирование как хорошее при высоких объективных параметрах социального функционирования);

2) неадекватно-позитивный (оценивают свое социальное функционирование как хорошее при низких объективных параметрах социального функционирования);

3) адекватно-негативный (оценивают свое социальное функционирование как плохое при низких объективных параметрах социального функционирования);

4) неадекватно-негативный (оценивают свое социальное функционирование как плохое при высоких объективных параметрах социального функционирования).

Субъективная оценка КЖ в соотношении с объективными параметрами социальной адаптации у 49 (44,5%) больных была адекватно-негативной, у 29 (26,4%) — адекватно-позитивной, у 5 (4,5%) — неадекватно-позитивной, у 25 (22,6%) — неадекватно-негативной. У пациенток с астенической симптоматикой преобладали адекватно-негативная и адекватно-позитивная оценки КЖ. Неадекватно-негативная оценка коррелировала с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой. Отмечена корреляция между выраженностью психопатологической симптоматики (тревоги, депрессии по шкале Гамильтона, астении по шкале астенического состояния) и результатами по Опроснику КЖ. Низкая оценка КЖ наблюдалась у пациенток с более высокими показателями тревоги, депрессии. Высокие показатели по Опроснику соматических жалоб коррелировали с более высоким уровнем тревоги. Для улучшения психического состояния и КЖ была предложена комбинированная схема лечения,

включающая применение суггестивной (гипнотерапия по Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону) и рациональной (огнитивно-поведенческая психотерапия, краткосрочные образовательные программы) психотерапии. Выбор психотерапевтической методики определялся суммарными результатами тестирования по опросникам Индикатор КС, Индекс жизненного стиля, опроснику КЖ ВОЗ.

Преобладание таких механизмов личностной защиты, как отрицание, вытеснение, замещение, предполагало использование суггестивных методик. Пациенткам с высокими показателями по использованию механизмов компенсации, интеллектуализация, реактивное образование были предложены когнитивно-поведенческие техники. Кроме того, учитывались результаты субъективной оценки социального функционирования по опроснику КЖ. Гипнотерапия была рекомендована пациенткам, низко оценивающим свое КЖ по сферам физическое состояние, психологическая сфера, уровень независимости. Кроме того, у пациенток, давших неадекватно-позитивную оценку своему социальному функционированию, была обнаружена высокая напряженность по МПЗ отрицание, вытеснение и регрессия, что также служило дополнительным показателем к назначению гипнотерапии. Пациентки, низко оценившие такие области своей жизни, как социальные отношения, окружающая среда, были настроены на активную работу с психотерапевтом и обсуждение проблем взаимоотношений, появившихся как в связи с онкологическим заболеванием, так и существовавших до него и служивших источником дистресса. Когнитивная терапия в данном случае воспринималась пациентками как более приемлемая.

В формате групповой и индивидуальной универсальной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву [19] психотерапию прошли 35 пациенток. Особенностью гипнотерапии по Тукаеву является работа с образами: внушение цветовых ощущений в гипнозе вызывает отчетливое, направленное (седативное либо активирующее) комплексное воздействие на человеческую психику, а через нее — и на весь организм в целом. Внушение цветовых образов с использованием седативных цветов приводит к нерезкой общей активации. Целенаправленное изучение и применение механизмов воздействия внушенных цветовых ощущений в гипнозе, аутогенной тренировке может расширить возможности словесного психотерапевтического воздействия, так как является его адекватным, синергизирующим фоном. Кроме того, проективная гипнотерапия по Тукаеву подразумевает комплексную оценку состояния пациента в процессе проведенного сеанса и с момента начала лечения.

В терапии тревожно-депрессивных, депрессивных состояний пациенток применялось внушение ощущения синего цвета, вызывающее седативное воздействие.

В группе и индивидуально с каждой пациенткой было проведено от 10 до 20 сеансов. Из них 19 больных дополнительно были обучены технике самогипноза и методике релаксации по Джекобсону. Психотерапию в формате индивидуальной когнитивно-бихевиоральной терапии прошли 10 пациенток. В основе когнитивного подхода лежит теоретическая посылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир. Представления человека (вербальные или образные события, присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта [20]. Основной целью когнитивной терапии стало решение актуальных проблем пациенток, а также изменение дисфункционального, искаженного мышления и поведения.

Тревога, сниженный эмоциональный фон обследованных пациенток поддерживались иррациональными убеждениями относительно восприятия их родными и окружающими после обнаружения онкологического заболевания и калечащих операций, представлениями об инфекционной природе злокачественных новообразований, стремлением как можно быстрее вернуться к трудовой деятельности в прежнем объеме. При этом в ряде случаев игнорировалась необходимость определенной продолжительности реабилитационного периода для полного восстановления сил и работоспособности. С каждой пациенткой было проведено от 7 до 12 сеансов индивидуальной терапии. Эффективность психотерапевтических вмешательств оценивалась по изменению показателей клинических тестов (шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, Гиссенского опросника соматических жалоб, шкала астенического состояния и опросник КЖ ВОЗ).

Влияние психотерапевтического вмешательства на КЖ оценивалось путем вычисления среднего процента улучшения КЖ. После проведения гипнотерапии отмечено увеличение КЖ с 2,66 (8,8%) до 7,2 (24,3%) баллов, в среднем на 5,7 (19%) баллов. После проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии показатели КЖ увеличились с 2,34 (7,8%) до 9,25 (30,8%) баллов, в среднем на 5,6 (18,6%) баллов. Гипнотерапия способствовала повышению показателей КЖ по следующим сферам: физическая, психологическая, духовная. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия обеспечивала улучшение состояния по параметрам психологическая сфера, уровень независимости, социальные отношения, духовная сфера. Во всех наблюдаемых случаях у пациенток было зарегистрировано увеличение баллов по субсферам общее КЖ и состояние здоровья. Показатели тревоги и депрессии по шкале Гамильтона в среднем снизились до 3,4 и 5,2 соответственно после проведения гипнотерапии и до 3,9 и 4,4 — после проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Выводы

Таким образом, у 75 (68,18 %) обследованных пациенток с РМЖ выявлены нозологически очерченные пограничные психические расстройства с преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики, у 35 (31,82%) — донозологические нарушения. При исследовании КС и механизмов личностных защит у большинства пациенток обнаружены несостоятельность сознательных адаптивных механизмов совладания со стрессом, а также напряженное использование дезадап-

тивных бессознательных механизмов психологических защит. Отмечена корреляция между выраженностью психопатологической симптоматики (тревоги, депрессии по шкале Гамильтона, астении по шкале астенического состояния) и результатами по Опроснику КЖ. Динамика психического статуса в процессе психотерапии свидетельствует об эффективности проведения психотерапевтического вмешательства при пограничных психических расстройствах у пациенток со злокачественной патологией молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения. Сиб вестн психиатр наркол 2008;(3):7–12.
2. Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез»). Псих расстр в общ мед 2009;(1):4–11.
3. Holland J. Psychooncology: where are we, and where are going? J Psychosoc Oncol 1992; 2:103–12.
4. Fawzy F.I., Fawzy N.W., Hyun C.S., et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch General Psychiatr 1993; 50:681–9.
5. Stein S., Hermanson K., Spiegel D. New directions in psycho-oncology. Curr Opin Psychiatr 1993;(6):838–46.
6. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных. Методические рекомендации. Л., 1983.
7. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007.
8. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. СПб.: Алетейа, 2008.
9. Васянинова В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1996.
10. Менделевич В.Д. Пограничные психические расстройства после радикальных онкологических операций. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994.
11. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. Псих расстр в общ мед 2007;(3):11–6.
12. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 году. Вестн РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2009; (3):20:55.
13. Архипова И.В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом рак молочной железы на этапе хирургического лечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2008.
14. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирования при них механизмов психологической защиты. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2000.
15. Hersh J. et al. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. J Psycho-Oncol 2009;18:795–810.
16. Галлиулина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2000.
17. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных. Вопр Онкол 1999;44(6):749–52.
18. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. Томск, 2004.
19. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. М.: МИА, 2006.
20. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.