

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Б. Арзыматова

Рассмотрены результаты реабилитационных мероприятий с психологической поддержкой у пациенток раком молочной железы после радикального лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы; психологическая коррекция.

Актуальность. В структуре злокачественных опухолей у женщин на первом месте находится рак молочной железы (РМЖ). В некоторых странах эта опухоль составляет треть всех злокачественных новообразований у женщин [1]. Ежегодно в Кыргызстане регистрируется от 350 до 400 пациенток раком молочной железы, что составляет от 10 до 12 % в общей структуре заболевших (оба пола). Из-за элементарной неграмотности и высокой запущенности при первичном поступлении, остается высокая смертность при РМЖ [1]. Лечение РМЖ сопровождается патологическими изменениями со стороны различных органов и систем, в т. ч. нарушениями в психологической сфере [2]. Многочисленные исследования доказали, что большинство онкобольных ис-

пытывают страхи, тревогу, стресс, во многих случаях депрессию и другие психологические проблемы [3]. Эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что, в конечном итоге, может отразиться на качестве лечения [4]. В таком состоянии человеку для достижения благоприятного исхода заболевания необходима психологическая поддержка (психотерапия) [3]. Что же касается непосредственно РМЖ, то факт наличия этой патологии рассматривается многими исследователями как “сверхсильный стресс”, “особый вид психической травмы из категории сверхсильных психических раздражителей”, “двойная психическая травма” – наличие рака и необходимость удаления молочной железы [2, 5].

Таблица 1 – Виды расстройств в контрольной и основной группах больных РМЖ

Виды расстройств	Контрольная группа, n = 40		Основная группа n = 110		Достоверность, P
Астенический	10	25,0 ± 3,7	26	23,6 ± 2,8	> 0,05
Паранойяльный	8	20,0 ± 4,0	19	17,3 ± 4,4	> 0,05
Истеровозбудимый	8	20,0 ± 4,1	14	12,7 ± 4,9	< 0,05
Синтонный	14	35,0 ± 3,5	28	25,4 ± 2,7	< 0,05
Отсутствие симптомов	0		23	20,9 ± 3,0	< 0,001

Цель исследования – изучить психологический статус пациенток РМЖ после психологической коррекции.

Материал и методы. В основу исследования по изучению психологического статуса вошли клинические наблюдения за 150 больными РМЖ, получившими курс комплексной терапии в Национальном центре онкологии МЗ КР (2008–2010 гг.). В качестве основной группы исследовано 110 пациенток, прошедших курс реабилитации с психологической поддержкой. Контрольная группа состояла из 40 человек, не прошедших реабилитационный курс. Критериями отбора явились больные с гистологически подтвержденным РМЖ всех стадий, за исключением терминальной, возраст пациенток – от 30 до 70 лет, достаточный уровень образованности (не ниже среднего специального).

Лечебно-реабилитационные программы были разработаны для этапа стационарного лечения. В качестве основных направлений психологической деятельности или мишеней были выдвинуты: тревога, депрессии, проблемы самооценки и самовосприятия, межличностные взаимоотношения.

Согласно программе психологической коррекции для больных РМЖ нами были использованы различные методы: суггестивные, когнитивные, поведенческие, мышечная релаксация и др.

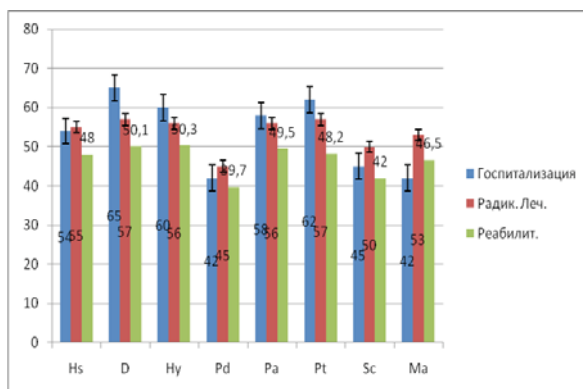


Рисунок 1 – Динамика изменений профилей личности пациенток РМЖ на этапах госпитализации, радикального лечения и реабилитации

Они также включали медико-информационное консультирование и рациональную психотерапию. Для рациональной психотерапии были разработаны приемы, учитывающие преморбидные черты характера, личностные реакции на предшествующие психогении и ведущую негативную установку больной.

Результаты исследования. Социально-реабилитационные программы были разработаны для больных РМЖ, проходивших курсы паллиативной терапии. Групповая психотерапия рекомендовала себя эффективным методом коррекции психических расстройств. Участницы группы в более короткие сроки частично восстанавливали способность к домашней работе, не утрачивали социального и семейного статуса, у них изменялось искаженное отношение к своему состоянию после перенесенной болезни и формировались конструктивные способы преодоления различных кризисных ситуаций (таблица 1). Наблюдалось статистически достоверное снижение средних значений в баллах у пациенток основной группы с синтонными и истеровозбудимыми видами расстройств.

На всех этапах лечения наблюдались явления депрессивности, тревожности, повышенной чувствительности к обидам, эмоциональной лабильности, напряженности, раздражительности и др.

В отдаленном периоде, по сравнению с этапом поступления, у больных РМЖ отмечается статистически достоверное повышение значений по следующим шкалам: Ma (гипомания) и Sc (шизоидность). Незначительное повышение было отмечено и по шкале Hs, т. е. увеличение частоты эпизодов ипохондрии, однако это повышение по сравнению с этапом до лечения, было статистически не достоверным (рисунок 1).

После проведения сеансов психологической коррекции отмечена положительная динамика, которая проявилась в снижении средних значений по шкале D до 50,1+2,3, что было статистически достоверно ниже, чем в момент поступления или госпитализации, а также в отдаленные сроки.

Отмечено также понижение значений в баллах у пациенток РМЖ после психологической

поддержки по шкале Ну (эмоциональная лабильность) с $55,9 \pm 2,8$ до $50,3 + 2,3$, но это снижение было статистически не достоверным ($p > 0,05$). По другой шкале Pt (психастения) после проведения определенных психореабилитационных мероприятий средние значения в балах снизились с $56,7 \pm 2,9$ до $48,2 + 2,4$ ($p < 0,05$).

В отдаленном периоде по сравнению с этапом поступления у больных РМЖ отмечаются статистически достоверное повышение значений по следующим шкалам: Ma (гипомания) и Sc (шизоидность). Незначительное повышение было отмечено и по шкале Hs, т. е. увеличение частоты эпизодов ипохондрии. После проведения реабилитационных мероприятий наступили определенные изменения в структурах и частоте встречаемости исследуемых характеристик или профилей личности.

По шкале гипомания (Ma) средние значения баллов заметно снизились с $54 + 2,7$ до $46,5 + 2,6$ ($p < 0,05$). Наступило снижение показателей, причем статистически достоверное при исследовании по шкале “Ипохондрия” с $55,3 + 2,3$ до $48,2 + 2,6$. Явное улучшение показателя было отмечено и по шкале “Шизоидность” – достоверное снижение средних значений до $48,2 + 2,6$.

Выявленные изменения по шкалам паранойяльности и психопатии после проведенных реабилитационных мероприятий также показали снижение средних значений в баллах [6].

Полученные данные свидетельствуют о том, что профиль личности у пациенток РМЖ на разных этапах был неодинаковым. Так, если на этапе поступления в стационар и постановки диагноза он был относительно высоким, то в послеоперационном периоде или в отдаленные сроки данный профиль снижался по некоторым параметрам. Несмотря на снижение средних значений личностных характеристик, было выявлено, что по сравнению с контрольной группой они остаются высокими в отдаленные сроки.

Проведение реабилитационных мероприятий с использованием методов психологической коррекции, указанных выше, показало, что психологический статус пациенток РМЖ заметно улучшился. Снизились значения по шкалам D (депрессия), Ну (эмоциональная лабильность), Pa (паранойяльность), Pt (психастения), шизоидность (Ps), психопатия (Pd).

В целом, выявленный симптомокомплекс в виде тревожно-депрессивного типа личности (ТД), который проявлялся у 42,6 % больных, после реабилитации имел другие значения. Усредненный профиль этой группы имел уже не такие выраженные подъемы по шкалам D (депрессия), Hs (ипо-

хондрия), Ну (эмоциональная лабильность) и Pt (психастения). После проведения реабилитационных мероприятий данный вид расстройств наблюдался у 33,4 % пациенток РМЖ. Это означало, что пациентки стали более спокойными, снизилась тревога, улучшился сон, уменьшилось беспокойство.

Вторая группа нарушений, определяемая как тревожно-ригидный тип (ТР) личности, выявлялась у 23,7 % больных РМЖ. После психологической коррекции и поддержки, такие характеристики, которые определяли Pa (паранойяльность) и Pt (психастения), заметно снизились. Тревожно-ригидный тип личности выявлялся у 18,4 % больных. После реабилитации снизилась частота встречаемости истерического типа личности (с 8,5 до 5,3 %).

Были отмечены изменения у тех пациенток, имевших повышенные значения по шкале Hs (ипохондрия). После проведения психологической коррекции несколько увеличилось число больных, которые старались меньше “уходить в болезнь”. Они не заиклились на повторных обследованиях и у них несколько улучшилась атмосфера в семейных отношениях.

У части пациенток были отмечены относительно высокие показатели по шкале Sc (шизоидность). При этом женщины очень часто выглядели подавленными, тревожными и обидчивыми. Зачастую их внимание было сосредоточено на своих переживаниях, у них отмечались трудности в контактах с другими лицами. Нередко они замыкались в себе.

Для высоких значений шкалы Ну (эмоциональная лабильность) у больных РМЖ в различной степени проявлялись истероидные черты. У таких женщин с истерически подобным типом личности отмечалась эмоциональная лабильность: периоды депрессии сменялись вспышками раздражительности, они часто предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, отмечалась сексуальная неудовлетворенность.

У больных с тревожно-ригидным типом личности после курсов специальной терапии в отдаленном периоде достоверно снижается шкала D (депрессия) и отмечается увеличение по шкале Ma (гипомания) по сравнению с этапом поступления, но по сравнению с контрольной группой отмечается наиболее выраженный подъем шкал Pa (паранойяльность) и Pt (психастения). Для данного типа нарушений были характерны повышенная чувствительность к несправедливости, длительность переживаний конфликтов, периодические вспышки агрессивности. Они часто бывали мнительными и раздражительными.

Таким образом, психологическая коррекция является важным этапом в реабилитации пациен-

ток раком молочной железы и улучшает качество их жизни. После психологической поддержки значительно уменьшаются проявления тревожно-депрессивного, тревожно-ригидного и истерического симптомокомплексов.

Литература

1. *Lal M., Raheja S., Kale S., et al.* An experience with 156 patients attending a newly organized pain and palliative care clinic in a tertiary hospital // *Indian J Cancer*. 2012. V. 49 (3). P. 293–7.
2. *Александров А.А.* Личностно-ориентированные методы психотерапии / А.А. Александров. СПб., 2000. 135 с.
3. *Евтягин В.В.* Проблемы реабилитации больных раком молочной железы / В.В. Евтягин, А.М. Сдвижков, В.И. Борисов и др. // *Вестник Московского онкологического общества*. 2006. № 4. С. 2. (введение).
4. *Москвитина С.А.* Особенности личности больных раком молочной железы / С.А. Москвитина // *Журнал “Alma mater”* (Вестник высшей школы). Спец. выпуск “Премия Менегетти – 2012”. 2012. С. 12–15.
5. *Аверьянова С.В.* Психологические аспекты лечения больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Аверьянова. Саратов, 2001. 21 с.
6. *Wong E., Chow E., Zhang L., Bedard G.* Factors influencing health related quality of life in cancer patients with bone metastases // *J Palliat Med*. 2013. V. 16 (8). P. 915–21.