

К обоснованию необходимости фармакологической коррекции психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы

Категория: [Т.9, Вып.4](#)

С. Б. Марасанов, Е. М. Мохов, О. А. Гордеева

К обоснованию необходимости фармакологической коррекции психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы

Библиографическая ссылка на статью:

Марасанов С. Б., Мохов Е. М., Гордеева О. А. К обоснованию необходимости фармакологической коррекции психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы //Верхневолжский медицинский журнал.- 2011.-Т.9. Вып.4 – С. 93-95.

Психологические последствия рака молочной железы сходны с психологическими реакциями на любое серьезное соматическое заболевание. Некоторые женщины, больные раком молочной железы, откладывают обращение к врачу из страха перед предполагаемым диагнозом или вследствие отрицания своих симптомов («анозогнозия») [4]. Так, страх перед утратой женственности удерживал многих из них от своевременного обращения в больницу. Обнаружив опухоль в молочной железе, женщины нередко произвольно откладывают визит к врачу [3, 7].

Если пациентке становится известно, что у нее рак, то это может вызвать психоэмоциональный шок, гнев, недоверие, а также тревогу и депрессию. Повышается (особенно на ранних стадиях заболевания) риск самоубийства [12]. Частота самоубийств среди женщин, больных раком молочной железы, в 1,9 раза выше, чем среди остальной популяции. Суицидная настроенность, являющаяся частью депрессивного синдрома, может спонтанно исчезнуть, существовать как составная часть хронического депрессивного синдрома или может постепенно выливаться в реальное действие [7].

Депрессивное настроение обычно сохраняется на протяжении всей болезни. Прогрессирование онкологического процесса, как и его рецидивы, часто сопровождается усугублением психических нарушений, что может быть связано с усилением выраженности соматических симптомов, с обострением страха смерти или с развитием органических мозговых симптомов. В то же время состояние длительной тревоги и депрессии может способствовать возникновению рецидива заболевания, метастазированию, которые, в свою очередь, усугубляют дистресс и резко снижают качество жизни больных [2, 22].

А.В. Вейн (1991) выделяет три фактора, объединяющих практически все формы патологии человека. Первое – генетические факторы, играющие роль предрасположенности к тем или иным болезням. Вторые – иммунитет, определяющий степень защищенности организма. Третий фактор – нейрональная регуляция.

Х. Айзенк (1993) вполне определенно связывает: особенности психоэмоционального статуса, состояние иммунитета и риск промоции и прогрессии опухолевого процесса.

Показано, что фармакологическая коррекция психоэмоционального статуса в предоперационном периоде

создает иммуностимулирующий эффект, а назначение иммуностимулирующих препаратов улучшает психоэмоциональный статус онкологических больных [15, 16]. Использование психотропных средств и иммунокорректоров в процессе предоперационной подготовки уменьшает число интраоперационных осложнений, оптимизирует течение ближайшего послеоперационного периода [5, 18], улучшает отдаленные результаты лечения [17].

Некоторые методы лечения рака молочной железы сами могут обуславливать развитие психологических расстройств. Так, недомоганием и тошнотой часто сопровождается лучевая терапия. Осложнениями полихимиотерапии являются тошнота, рвота, общая слабость, эмоциональный дистресс. Причем у некоторых пациенток тошнота иногда возникает заранее, до начала повторного курса, и может быть настолько сильно выраженной, что дальнейшее лечение становится невозможным. В подобных случаях положительный эффект нередко дают меры, направленные на устранение тревоги, а также другие поведенческие методы [2, 10], в частности психотерапевтические методики.

К моменту выписки из стационара больные отмечают чувство облегчения, иногда даже четкую эйфорию. Тем не менее, и на этом этапе у больных выявляется ипохондрическое настроение, фиксация внимания на собственных ощущениях, концентрация интересов преимущественно на собственном соматическом состоянии. Источник таких реакций – неудовлетворенность своим будущим, сомнение в возможности возобновить работу, страх вернуться в свою семью в качестве инвалида. Наибольшую обеспокоенность вызывают мысли о неполном выздоровлении, возможности рецидива.

В этом смысле патогенную роль играет взятие на учет в онкодиспансер и необходимость проведения курсов химиотерапии [10, 13].

На катамнестическом этапе у многих таких больных отмечается депрессия, которая длится иногда многие годы. Депрессия может усиливаться после адъювантной химиотерапии, несмотря на то, что химиотерапевтические препараты не обладают непосредственным психотропным действием. В связи с этим в некоторых случаях для уменьшения выраженности депрессии и улучшения качества жизни больных раком молочной железы длительность проведения послеоперационной химиотерапии сокращают до 6 мес. [14].

Осложнения, которыми сопровождается проведение химиолучевой терапии (алопеция, ломкость ногтей, гематоксичность, гепатотоксичность и др.), оказывает отрицательное влияние на психику женщин, больных раком молочной железы, оставляет глубокий след в их сознании и делает их психоэмоционально уязвимыми. Постоянно довлеющая мысль об оперативном лечении, боязнь смерти, косметические дефекты создают атмосферу психического неблагополучия, что мешает больной спокойно жить и работать. Существует мнение, что при проведении химиолучевого лечения женщин, больных раком молочной железы, следует руководствоваться не столько возможностью продления жизни, сколько улучшением ее качества [9, 10]

Выраженность эмоционального напряжения у больных раком молочной железы снижается только через 10–15 лет после операции, когда укрепится уверенность в постоянстве выздоровления [9, 21].

Настоящее исследование проведено с целью дать анализ психоэмоционального статуса больных раком молочной железы в процессе послеоперационной полихимиотерапии и выяснить возможности коррекции выявленных изменений.

В Тверском областном клиническом онкологическом диспансере обследовано 60 женщин, больных раком молочной железы. Средний возраст больных составил 46 лет. Все пациентки со стадией заболевания I–IIIА наблюдались в процессе послеоперационной химиотерапии по схеме CAF. В ходе первого этапа исследования у женщин изучался уровень психоэмоциональной напряженности.

Исследование проводили с использованием следующих методик: шкала тревоги Тейлора и Сарассона, ММРІ(СМОЛ), тест отношения к болезни, шкала стресса Холмса-Рахе, шкала SF-36, тест Люшера. Данные методы обследования позволили определить уровень тревоги и степень депрессии больных, выявить коэффициент тревожности и напряженности, судить о психологическом дискомфорте женщин во время прохождения послеоперационного лечения, исследовать содержание внутренней картины болезни пациенток.

Клинически у обследованных больных раком молочной железы отмечено подавленное состояние, повышенный уровень тревоги с признаками депрессии. В качестве основного метода психологического тестирования больных раком молочной железы был избран сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), который представляет собой метод изучения личностных свойств и степени адаптированности обследуемого [11].

Среди обследованных пациенток, больных раком молочной железы, не было лиц, профиль которых превышал 60Т-баллов. Это указывает на отсутствие выраженной психологической декомпенсации. Вместе с тем, почти у половины женщин показатель профиля на 9-ой шкале (отрицание тревоги) был достоверно ниже, а на 2-ой шкале (депрессия) достоверно выше, чем у здоровых, что отражает депрессивные тенденции, столь характерные для онкологических больных в послеоперационном периоде.

Уровень тревожности больных раком молочной железы в послеоперационном периоде верифицировался с помощью шкалы тревоги Тейлора и Сарассона [20]. У 68% пациенток этот показатель был средним с тенденцией к высокому и составил 21 ± 02 балла.

Согласно тесту SF-36 (качество жизни) 77% обследованных женщин испытывали психологическую напряженность во время прохождения послеоперационной химиотерапии.

Тревога и депрессия, характерные для больных раком молочной железы, в послеоперационном периоде могли оказать определенное влияние на формирование отношения к болезни. По данным теста отношения к болезни [6], лишь у 27% больных был адаптивный (эргопатический) тип отношения к болезни. У остальных пациенток (73%) наблюдался дезадаптивный тип: у 14% – неврастенический, у 13% – меланхолический. Также зафиксированы тревожный, смешанный и диффузный типы.

Как дополнительная методика изучения «наличного состояния» пациенток использовался цветовой тест Люшера [19]. Согласно этому тесту основные цвета находятся в 1–5 позициях. Считается, что психологическая потребность, которую они символизируют, воспринимается как удовлетворяемая. Анализ

цветовой выборки показал, что у 54% больных раком молочной железы в послеоперационном периоде наблюдалось появление дополнительных цветов на первых пяти позициях, что свидетельствует о наличии тревожности, страха и психологического дискомфорта.

Таким образом, клинические проявления психоэмоциональных расстройств у больных раком молочной железы в послеоперационном периоде выражаются в виде тревожно-фобического синдрома с признаками депрессии. В структуре тревожных расстройств преобладает хронический страх и общее внутреннее напряжение.

Таким образом, выявлена высокая степень психоэмоционального напряжения среди женщин, больных раком молочной железы, проходящих послеоперационную химиотерапию. Данные, полученные в результате исследования, позволяют говорить о необходимости улучшения качества жизни пациенток и оптимизации проводимого послеоперационного лечения. Логично полагать, что этим женщинам показана необходимость коррекции психоэмоционального статуса для улучшения качества послеоперационного лечения. Купирование неблагоприятных эмоциональных воздействий представляется важной задачей.

Литература

1. Айзенк Х. Личность и история болезни (лекции в неврологической клинике Московской медицинской академии) // Медицинская газета. – № 81 (5409)13.х.93.
2. Асеев А.В. Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы // Клиническая медицина. – 1993. – 3. – С. 30–34.
3. Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашева З.М. и др. Опыт изучения качества жизни больных раком молочной железы (в условиях областного онкологического диспансера) // Маммология. – 1995. – 3. – С. 40–45.
4. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и опухолевый процесс // Экспериментальная онкология. – 1983. – 1. – С. 7–14.
5. Бедарева Т.А., Марасанов С.Б. Уровень иммуноглобулинов у больных раком мочевого пузыря в предоперационном периоде // Российский онкологический журнал. – 2008. – № 5. – С. 38 – 40.
6. Вассерман Л.И., Зайцев В.П. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии // О психологической диагностике типов отношения к болезни. – Л., 1990. – С. 8–16.
7. Васютков В.Я., Асеев А.В., Бала Л.Н. Качество жизни больных раком молочной железы до и после мастэктомии. // В.Я. Васютков, А.В. Асеев, Л.Н. Бала // Российский онкологический журнал. – 1997. – № 1. – С. 30–34.
8. Вейн А.М. Нервум и медицина // Терапевтический архив. – № 12. – 1991. – С. 4–6.
9. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Учебное пособие. – Киев, 1997. – С. 53–54.

10. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: Методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки // Вопросы онкологии. – 1990. – 36. – С. 360–364.
11. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult// Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
12. Зотов П.Б., Новиков Г.А., Уманский С.М. Суицидальное поведение онкологических больных // Паллиатив, медицина и реабилитация. – 1997. – 4. – С. 25–29.
13. Иванов Л.Н., Музяков В.В., Лебедева Л.Д. Сравнительная оценка и реабилитация психоэмоционального состояния больных раком молочной железы после радикального лечения в зависимости от объема операции // Вопросы онкологии. – 1998. – 44. – С. 447–449.
14. Канаев С.В., Семиглазов В.Ф., Тюряева Е.М. Анализ эффективности интенсивной предоперационной лучевой терапии в лечении больных локализованными формами рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 1998. – № 44. – С. 436–438.
15. Марасанов С.Б. Корреляция психоэмоциональной сферы и иммунологического статуса у больных раком легкого // Вопросы онкологии. – 1999. – Т. 45, № 3. – С. 254–257.
16. Марасанов С.Б. Сравнительная динамика состояния психоэмоциональной сферы больных раком легкого на фоне применения различных лечебных препаратов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. –Т. 9, № 4. – С. 23–26.
17. Марасанов С.Б., Мохов Е.М., А.Онарут. Влияние различных методов предоперационной подготовки на количество осложнений в раннем послеоперационном периоде и на отдаленные результаты лечения больных раком легкого // Итоги и перспективы лечебно-профилактической, научно-исследовательской и педагогической деятельности. Сб. науч.-практич. работ. – Тверь, 2004. – С. 279–280.
18. Марасанов С.Б., Матвеев И.И. Влияние отдаленной премедикации на количество осложнений у онкологических больных, прооперированных в дни повышенной солнечной активности // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53, № 1. – С. 96–99.
19. Марищук В.Л., Блудов Ю.М., Плахтиенко В.А., Серова Л.К. Методики психодиагностики в спорте. – М., 1984.
20. Наракидзе В.Г. Методы исследования характера личности. – Тбилиси, 1975. – 240 С.
21. Семиглазов В.Ф., Канаев С.В., Бугрова И.Л. Промежуточные результаты рандомизированного исследования «Оценка роли адъювантной химиотерапии в органосохраняющем лечении рака молочной железы» // Вопросы онкологии. – 1998. – № 44. – С. 414–421.
22. Сидоров П.И., Панков М.Н. Психотерапевтическая коррекция тошноты и рвоты у терминальных онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1998. – № 3. – С. 31–32.