

Н. Ю. Иванова

ОСНОВНЫЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ

Раком молочной железы в развитых странах страдает как минимум каждая десятая женщина. Это заболевание всегда сопровождается психическими расстройствами, отягчающими течение заболевания, препятствующими установлению с больными терапевтического контакта, что негативно сказывается на качестве жизни и ухудшает прогноз. В работе излагаются психологические особенности пациентов с раком молочной железы, знание которых позволит адекватно вести психологическую коррективную и реабилитацию таких пациентов.

Ключевые слова: женщины, рак молочной железы, мастэктомия, психосексуальные и личностные характеристики.

Заболеваемость раком молочной железы в России с каждым годом возрастает. До сих пор у большинства больных удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции (мастэктомия – полное удаление молочной железы), что приводит не только к функциональным нарушениям, связанным с потерей органа или его части, но и глубоким эмоциональным расстройствам, тормозящим процесс адаптации и ресоциализации. Это заболевание затрагивает не только медицинские, но и социальные, а также психосексуальные аспекты жизни больной.

Не вызывает сомнения тот факт, что онкологическое заболевание, в совокупности с оперативным вмешательством по удалению молочной железы, не может пройти незаметно для женщины. Даже просто сам факт онкологического заболевания может быть рассмотрен в качестве серьезнейшей психологической травмы, которая может вызывать глубокие и длительные изменения в психологическом статусе больного. В ряде современных исследований [1–3] представлены медицинские и социальные факторы, оказывающие влияние на тяжесть эмоционального дистресса у пациенток после мастэктомии.

Психологическая подготовка женщины к результату операции имеет не меньшее значение, чем процесс подготовки к операции. Шоковое состояние в послеоперационный период является типичным для женщины, перенесшей мастэктомию.

Некоторые авторы [4–6] описывают реакцию женщин, перенесших операцию по удалению молочной железы, отмечая такие характерные состояния, как печаль, апатия, страх и безнадежность. Такие проявления могут всерьез осложнять задачи реабилитационных программ, провоцируя новые стрессовые состояния у больных.

Ряд авторов [3, 7, 8] замечают, что сама по себе операция – это еще не гарантия излечения от рака. Психологические причины этого они усматривают в резком снижении самооценки, социальной дезадаптации, изменении в восприятии своего «физического Я», в ряде случаев даже во временной потере идентичности. Как отмечает Р. Б. Сапожникова, идентичность представляет собой базовый ме-

ханизм, обеспечивающий выживание личности. Иначе говоря, идентичность как процесс предполагает постоянное воспроизводство «Я» для получаемого опыта, благодаря чему мир сохраняет стабильность. В этом смысле именно идентичность придает форму реальности нашей жизни» [9].

Большие затруднения для реабилитации онкологических больных могут создавать страхи и переживания относительно возможности рецидивов рака.

Авторы работ, посвященных данной тематике [1, 10], выделяют ряд факторов, влияющих на предрасположенность к появлению психических нарушений среди раковых больных. Сюда относятся изменения в работе эндокринной системы и общего метаболизма, возникающие как в течение самого заболевания, так и в процессе его лечения [3], а также применения препаратов, способствующих развитию психических расстройств [7].

Имеются описания возникновения расстройств депрессивного характера, нейротоксических делириев и гипоманиакального состояния во время применения химиотерапии [8]. Депрессивные и тревожные расстройства становятся особенно часты при наличии в анамнезе пациенток аффективных расстройств.

Такой симптом, как фантомные боли в области груди, после удаления молочных желез развивается наиболее часто у пациенток, имевших в анамнезе тревожно-депрессивные расстройства. Специфический синдром фантомной груди [6] описывается как болезненные ощущения (рези, покалывания, жжение и онемение) в зоне послеоперационных швов. Имеются случаи, когда пациентки, которым были вставлены имплантаты, на место удаленной молочной железы, жалуются на болезненные и дискомфортные ощущения в области протезов и проявляют устойчивое желание от них избавиться.

В большинстве случаев исследователи отмечают формирование непродолжительных (от двух до четырех месяцев) состояний депрессии, рассматриваемых как специфическое расстройство адаптации. Более редки продолжительные (свыше четырех месяцев) депрессивные расстройства, включающие такие симптомы, как расстройства

аппетита, бессонница, тревожные и фобические состояния и т. п.

Симптомы мании (обеспокоенность, тревожность, гиперактивность), приходящие на смену депрессивным проявлениям, также регулярно отмечаются у пациенток, перенесших удаление молочных желез.

Отдельного рассмотрения, помимо уже перечисленных, требуют расстройства, определяемые как сенситивные идеи отношения.

Кроме пациенток с тревожно-депрессивными состояниями, среди женщин, перенесших «увечающие» операции, встречается большое число пациенток с ощущениями утраты женственности, восприятия себя как сексуально неполноценных, испытывающих страх перед крушением семьи [8]. Для таких женщин становятся характерными проявления социофобических черт: стеснительность, потеря интереса к общению с мужчинами, идеи об утрате сексуальной привлекательности, избегание социальных контактов. Как отмечает в своей статье Л. Г. Бузунова: «У некоторых женщин психическая травма... впоследствии сказывается на семейной жизни. Они перестают быть сексуальными партнерами мужей, оправдывая себя тем, что эта сторона жизни не достойна их» [11].

Такие пациентки отмечают, что к ним приковано «особое» внимание, по их мнению, окружающие испытывают к ним жалость, настороженность, повышенную опеку.

К. П. Левченко [4], изучая психологический статус женщин с диагнозом «злокачественная опухоль молочной железы», утверждает, что незначительные перемены в структуре личностного профиля в течение года наблюдаются более чем у 40 %.

В то же время практически 60 % пациенток демонстрируют радикальные изменения в личностном профиле. В значительной части перемены имеют негативный характер, выражая замену стенических личностных свойств астеническими.

Оценивая психологические основы успешной реабилитации онкологических больных В. Н. Герасименко и А. Ш. Тхостов [12], отмечают в первую очередь изменения, которым подвергается мотивационная сфера личности: «Эти изменения есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению “позиции” больного, его мироощущения, краху жизненных ожиданий».

Ввиду столкновения с неизвестностью, невозможностью в течение длительного времени дать относительно точный прогноз о перспективах выздоровления серьезным изменениям подвергается функция планирования жизни, постановка долгосрочных целей и ориентированность на достиже-

ние подвергаются ощутимой фрустрации. Под угрозой утраты смысла оказываются такие значимые социально-психологические характеристики, как целеустремленность, активная жизненная позиция, ориентация на достижения. Основные потребности социального характера часто отходят на второй план ввиду столкновения со смертельно опасной болезнью.

Круг психологических проблем, возникающих вследствие онкологического заболевания, не ограничивается переживаниями, связанными с угрозой для жизни, но затрагивают также сферу семейных отношений, где женщина испытывает множество страхов, связанных с утратой женственности, потерей сексуальной привлекательности, страхом отвержения со стороны супруга и т. д.

Еще одной интересной личностной особенностью онкологических пациентов является способ реагирования на известие о диагнозе «рак». В речи и поведении больных часто можно отметить нежелание признавать ситуацию, попытка упростить положение дел. Врачи часто отмечают расхождение между манифестной реакцией на диагноз и сопровождающим ее поведением. Так, пациенты, говорящие, что прекрасно понимают, что у них рак и жить остается недолго, тем не менее строят утопические планы, пытаются организовывать кипучую и зачастую малоэффективную деятельность, одновременно скрывая свою болезнь от окружающих и предпринимая попытки не думать о ней самим. Те же, кто на словах остается уверен в положительном исходе болезни, на деле демонстрируют высокое напряжение во время лечения, подозрительность и некоторые депрессивные проявления.

Амбивалентность в первую очередь в отношении своего прогноза становится постоянной характеристикой личности онкологического больного, транспонированной на многие сферы его жизнедеятельности. «Ипохондричность, фиксированность на своем состоянии сочетаются со склонностью объяснять очевидную и для больного патологическую симптоматику не онкологическими причинами. Происходит “просеивание” информации, гипертрофированное преувеличение временных улучшений и недооценка очевидного ухудшения. Несмотря на то что больные реально видят ход течения онкологического заболевания на примере “соседей”, в каждом живет надежда на “особенность” его собственного случая. Специфической особенностью является и то, что такая анозогностичность не снимает полностью тревоги и депрессивных переживаний. Реальность никогда не исчезает, а как бы отходит на второй план, особым образом перерабатывается» [12].

Такая неопределенность и амбивалентность в отношении собственного заболевания не являются случайностью, а выражают некоторую закономерность.

Нарушение структуризации неопределенных стимулов есть своеобразный механизм психологической защиты. Перцептивная защита как нарушение восприятия неоднократно описывалась в литературе. В данном случае мы имеем дело с перцептивной защитой как нарушением осмысления структуризации угрожающих стимулов. Такой тип защиты может быть, видимо, с большей точностью назван семантико-перцептивной защитой. Эта защита повышает степень неопределенности тревожных, угрожающих

стимулов, переводя их в разряд непонятных, неясных. Особенность семантико-перцептивной защиты в том, что она в принципе приводит не столько к снижению негативной оценки угрожающего стимула, сколько к изменению качества этой оценки. Это становится понятным, если учесть, что семантико-перцептивная защита есть защита от «содержания», «смысла». В первую очередь это переструктурирование осознания переживания смысла стимула, и лишь вторично – отношения к нему.

Список литературы

1. Асеев А. В., Васютков В. Я., Мурашева Э. М. Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы // Маммология. 1994. С. 34–48
2. Грушина Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 234 с.
3. Демин Е. В. Пути совершенствования послегоспитальной реабилитации больных раком молочной железы и тела матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 1990. С. 74–105.
4. Левченко К. П. Современные методы дифференцированного подхода к реабилитации пациенток после радикальной мастэктомии: Всероссийская научно-практич. конф. 13-14 мая, 2004 г. / К. П. Левченко, А. М. Поздняков / под ред. В. И. Петрова. Волгоград: ВолГМУ, 2004. С. 138–156.
5. Овчарова Р. В., Великолуг А. Н. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. № 1. С. 16–45.
6. Харченко В. П., Паньшин Г. А., Иванов М. Н. Медицинская реабилитация больных раком молочной железы // Материалы научно-практ. конф., посвящ. памяти проф. Б. К. Шарова. Челябинск, 1997. С. 76–97.
7. Дыхно Ю. А., Денисов И. Н., Мусаева Н. Э. Социально-психологические аспекты жизни больных, перенесших операцию на молочной железе. Избранные вопросы онкологии: материалы Междунар. научно-практ. конф. Барнаул, 1999. С. 114–135.
8. Евтягин В. В., Сдвижков А. М., Борисов В. И., Васильева И. Д. Проблемы реабилитации больных раком молочной железы. Вестн. Московского онкол. общества. 2006. (4). С. 12–29.
9. Сапожникова Р. Б. Анализ понятия «идентичность»: теоретические и методологические основания // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2005. Вып. 1. С. 15.
10. Алясова А. В., Лаптев А. В. Особенности нервно-психических расстройств у больных раком молочной железы. Сб. тр. I конгресса невропатологов, психиатров и нейрохирургов Приволжского федерального округа / под ред. В. Д. Трошина. Н. Новгород: ВОИ, 2002. С. 43–56.
11. Бузунова Л. Г. Индивидуальная психокоррекция и типы женщин // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2005. Вып. 1. С. 6.
12. Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. URL: <http://www.oncopsychology.ru/theoretical/16-2010-03-16-05-13-43.html>

Иванова Н. Ю., психолог-консультант.

Восточно-Европейский институт психоанализа.

Большой пр., П.С., 18, лит. «А», Санкт-Петербург, Россия, 197198.

E-mail: avonavin@yandex.ru

Материал поступил в редакцию 04.03.2013.

N. Y. Ivanova

MAIN PSYCHO-SEXUALS SYNDROMES OF THE WOMEN WITH MASTECTOMY

Breast cancer in developed countries affects as a minimum every tenth woman. It is practically always accompanied by psychotic disorder, which considerably aggravates the course of disease, impeding setting a good therapeutic contact with a patient, negatively affects the quality of life and impairs prognosis. Hence, the knowledge of the above mentioned characteristics enables to carry out psychological correction aimed at real improvement of life quality of breast cancer patients.

Key words: *breast cancer, mastectomy, psycho-sexual and personal changes.*

East European Psychoanalytical Institute.

Bolshoy pr., P.S., 18-A, St. Petersburg, Russia, 197198.

E-mail: avonavin@yandex.ru