

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В.Д.Менделевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д.М.Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С.В.Курашова



Приведен клинико-психологический анализ психических расстройств, возникающих у женщин при некоторых видах онкогинекологической патологии (гистер-, овариэктомия). По результатам обследования 143 больных описаны четыре модели формирования психических нарушений с выделением принципиальных клинических и психосоциальных аспектов, оказывающих влияние на выбор модели психогенеза, при этом особое значение уделено параметру антиципационной состоятельности.

Проблема онкогинекологических заболеваний далеко не очерчивается медицинским аспектом, являющимся основным лишь во врачебной практике [1, 2]. Для пациента и его окружения не менее значимым по сравнению с медицинским аспектом является психосоциальный — статус человека в новых, необычных для него условиях существования и деятельности как онкологического пациента. Принимая во внимание объективную тяжесть заболевания, «груз диагноза» и следующий из этого, как правило, печальный вывод о высокой вероятности неблагоприятного исхода, больной зачастую не игнорирует и такой параметр, как общественное мнение. Рефлексивный стиль мышления, присущий большинству пациентов, приводит к сосуществованию идей необходимости терапии в целях выздоровления и идей борьбы за видоизменение взгляда окружающих на его статус онкологически («безнадежного») больного. Таким образом, принципиальным для понимания механизмов саногенеза онкогинекопатологии может считаться не только медицинский, но и психосоциальный аспект проблемы.

Значимость психосоциального аспекта возрастает в связи с прогрессом онкологической науки и практики, позволяющих значительно расширить рамки критерия «выживаемость» больных в тем самым сместить проблему на параметр «качество жизни». К тому же некоторые злокачественные новообразования в зависимости от локализации сопровождаются чувством большей психосоциальной ущербности по сравнению с другими. Психологические реакции на рак нижней конечности, молочной железы, легких или яичников имеют специфические особенности, связанные именно с локализацией, а не с характером процесса. Психологически и остросоциально значимыми являются гинекологическая локализация онкопатологии и связанные с ней

радикальные операции — гистер- и овариэктомия.

Для оценки влияния гистер- и овариэктомии, проведенных в связи с новообразованиями матки и яичников, на психосоциальный статус (реальный и прогнозируемый пациентками) были обследованы 143 больные женщины в возрасте от 35 до 72 лет в условиях городского онкологического диспансера — до операционных вмешательств и через 1,5-2 года после них. При анализе психосоциального статуса в первую очередь обращалось внимание на семейное положение и на удовлетворенность семейными взаимоотношениями, социальный (отношения в референтной группе, «микросоциальном слое»), сексуальный и «косметический» статус. Степень трудоспособности женщин специально не определяли, поскольку подавляющее большинство пациенток после гистероэктомии и овариэктомии по медицинским показаниям находились на инвалидности.

С учетом того факта, что объективность психосоциального статуса не является абсолютным и решающим критерием для оценки состояния онкологических пациентов, исследование было направлено на выявление субъективной удовлетворенности (комфорта или дискомфорта), которая по психологическим законам является производной от таких параметров, как антиципация и экспектация, то есть от совпадения или несовпадения предполагаемых, прогнозируемых и ожидаемых событий и реакций среды на изменение психосоциального статуса после гинекологических операций по поводу онкопатологии с реальным изменением статуса. Для этой цели анализировалось психическое состояние пациенток в предоперационном периоде в плане разработки ими антиципационного и экспектационного плана — программ формирования структуры будущего и стратегии поведения для достижения желаемых психосоциальных изменений.

Как показали клинические исследования, пограничные нервно-психические расстройства встречаются у больных, перенесших операции на женской половой сфере, в 60-90% случаев. Результаты клинко-психопатологического анализа позволили выявить и описать четыре модели формирования отдаленных психических последствий «специфически женских операций»: психогенную, психосоматическую, психозендокринную и психологическую. Спектр проявлений охватывал как выраженные психопатологические симптомокомплексы, вплоть до психозендокринного синдрома и психопатизации личности, так и допозологические психологические феномены, обусловленные гиперкомпенсаторным поведением в ответ на значимую операцию и сложившуюся в связи с ней ситуацию.

Выбор модели психических последствий определяется рядом факторов, включавших преморбидный вегетативный, соматический и эндокринный статусы, характерологические особенности, навыки психокоррекции и антиципанно-информационный фактор, микросоциальное и сексуально-половое положение после операции, выраженность онкопроцесса. Конstellация перечисленных факторов в той или иной мере создавала каркас психологического реагирования, ограничивала рамки психологического функционирования. Выбор модели психологических последствий операций происходил на фоне противоборства двух составляющих: объективной (стадия онкологического заболевания, выраженность эндокринных и соматических проявлений постоперационного синдрома) и субъективной (психологических способностей — антиципационных и психокоррекционных). Становление психологического статуса протекало у обследованных в несколько этапов. На первом — были представлены три разновидности психических реакций: невротическая, неврозоподобная и психопатоподобная. Невротическая характеризовалась сочетанием астенического симптомокомплекса с фобическими, тревожно-депрессивными расстройствами. Неврозоподобная была представлена церебрастеническими, вегетососудистыми (вагоинсулярными) и ипохондрическими симптомами. В рамках психопатоподобной реакции отмечались апатико-абулические или эксплозивные синдромы, сопровождавшиеся вегетативными симпатико-адреналовыми кризами. На втором этапе у подавляющего большинства больных (вне зависимости от типа реакций) формировался так называемый постоперационный синдром, характеризовавшийся полиморфной симптоматикой, сочетавшей проявления всех типов реакций. Как правило, постоперационный (посткастрационный) синдром формировался через 6-7 месяцев после хирургической операции. К году после операции отмечалось становление одной из четырех моделей формирования психических последствий «специфически женских операций». Психогенная модель (46 чел. — 32,2%) проходила стадии невроза (с преобладанием истерических симптомов и навязчивостей) и невротического состояния личности (истерическое, психастеническое). При психосоматической (52 чел. — 36,3%) модели в начале наблюдался выраженный психове-

гетативный синдром (астенодепрессивная, фобическая, депрессивно-ипохондрическая симптоматика), завершившийся становлением патологического развития личности (ипохондрический вариант). Психозендокринная модель (18 чел. — 12,6%) характеризовалась нарастанием психопатизации личности (эксплозивное развитие) на базе эндокринного психосиндрома. В отличие от трех описанных выше моделей в рамках психологической (27 чел. — 18,9%) после этапа постоперационного синдрома психопатологических симптомов определить не удалось, однако, выделялись новые для больных стереотипы психологического реагирования. Отмечалось гиперкомпенсаторное поведение женщин в рамках «паранойи здоровья» и/или «мистификации действительности».

Как показали исследования, из 109 (76,3%) пациенток, состоявших до операции в браке, 90 (82,6%) считали, что уход мужа из семьи вследствие гинекологической операции на матке и яичниках высоко вероятен. Подобной точки зрения придерживались 29 из 34 (85,3%) незамужних, разведенных и вдов, готовившихся к радикальной гинекологической операции. Учитывая подобную антиципационную программу, пациентки вырабатывали стратегию поведения и в целях предотвращения разводов не сообщали мужьям о характере предполагаемого оперативного вмешательства. Таким образом, формировалась «антиципационная несовместимость» [3, 4] — отрицательный исход событий исчерпывающе не прогнозировался. Пациентки, выбирая описанную структуру поведения, тем самым блокировали анализ возможных действий и психологических реакций на распад семьи после операции. Будущее прогнозировалось по следующей схеме: «Подобного (то есть ухода мужа из семьи) не должно произойти», что обозначается как моновариантное ригидное вероятностное прогнозирование, являющееся базовым параметром для неврозогенеза. Дальнейшее исследование подтвердило тот факт, что именно в тех случаях, когда экспектации не совпадали с реальностью, возникали дезадаптивные психологические реакции и психические расстройства невротического регистра. В тех случаях же, в которых прогнозировался (брался в расчет) высоко вероятный развод после гистер- или овариэктомии, психический статус оперированных оставался объективно или субъективно удовлетворительным, что зачастую не коррелировало даже с реальными событиями.

Подобные закономерности влияния антиципационной несовместимости на постоперационный психосоциальный статус были обнаружены и в случаях с оценкой удовлетворительности отношения референтной группы к пациенткам. Следует отметить, что иные данные были получены при самооценке и объективной оценке психосоциального статуса по параметрам «сексуальный и косметический статус», что можно объяснить не их малозначимостью для больных, а совпадением антиципационных программ и экспектационной стратегии с реальностью. Пациентки в таких случаях прогнозировали и ожидали худшие результаты исходов операций и их влияния на сексуальную и эстетическую сферы

жизни, что не сформировало дезадаптивных психических реакций при действительном изменении подобных статусов.

Результаты исследования позволяют констатировать, что в формировании клинического и психосоциального статуса женщин, перенесших гистер- или овариэктомию вследствие онкологических заболеваний, важную роль играет психологический фактор, как антиципационная состоятельность. На формирование последней и должна быть направлена работа онкологов и психиатров по вторичной профилактике онкогинекологических заболеваний.

Литература

1. Герасименко В.П.// Реабилитация онкологических больных — М., 1988.
2. Демин Е.В., Чулкова В.А.// Психологическая диагностика отношения к болезни — Л., 1990.
3. Менделевич В.Д.// Тезисы докладов научно-практической конференции врачей — Ульяновск, 1992. — С. 67-68.
4. Менделевич В.Д., Каценельсон В.М., Макаричева Э.В.// Казанский мед. ж. — 1992. — №1. — С. 19-22.

Поступила 09.04.93.

Хатын-кыз женес авыруларының онкологик патологиясенң клиник һәм психо-социаль аспекты

В.Д.Менделевич

Мәкаләдә хатын-кызларда очрый торган женес авыруларының онкологик патологиясында (авалыкны һәм яичник кисү) күзәтелә торган психика какшау очракларына клиник-психологик тикшеренүләр китерелгән. 143 авыруны күзәтү нигезендә барлыкка килгән психик үзгәрешләрең 4 моделе каралган, психогенез моделе сайлауга йогынты ясаган принципаль клиник һәм психосоциаль аспекты күрсәтелгән, антиципацион параметр торышна аерым әһәмият бирелгән.

Clinical and psychosocial aspects of oncogynecologic pathology

V.D.Mendelevich

The clinicopsychologic analysis of psychical disfunctions in woman with some types of oncogynecologic pathology (hysterovariectomy) is given. According to the results of examinations of 143 patients, four models of the formation of physical disfunctions are described emphasizing principal clinical and psychosocial aspects witch affect the selection of psychogenesis model, as this takes place, the particular importance is given to the anticipational validity parameter.