

Коротовских Л.И.¹, Обоскалова Т.А.¹, Прохоров В.Н.¹, Серебренников В.А.²,
Егорова Ж.К.², Краюшкина К.Е.²

Психосоматические аспекты ведения пациенток после оперативного лечения по поводу гинекологической патологии

1–Кафедра акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; 2–ЕКДЦ, г. Екатеринбург

Korotovskikh L.I., Oboskalova T.A., Prohorov V.N., Serebrennikov V.A., Egorova G.K., Krayushkina K.E.

Psychosomatic aspects of managing patients after operative treatment in occasion of gynecological pathology

Резюме

Проведен анализ психологической сферы женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу гинекологической патологии в количестве 70 человек. Для оценки психологического статуса пациенток использовались ряд стандартных методик. Полученные данные свидетельствуют о необходимости психологической помощи женщинам с гинекологической патологией после оперативного лечения.

Ключевые слова: психосоматические аспекты, оперативное лечение, гинекологическая патология

Summary

The analysis of the psychological sphere of the women who underwent surgical treatment for gynecological pathology in the amount of 70 people. For the assessment of psychological status of patients was used a number of standard techniques. The data obtained indicate the need psychological help to women with gynecological pathology after surgical treatment.

Keywords: psychosomatic aspects, surgical treatment, gynecological pathology

Введение

По данным ВОЗ, число больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи, в акушерско-гинекологических стационарах, составляет до 33% от общего числа пациенток. Депрессивные расстройства опасны, в первую очередь, своими социально-психологическими последствиями. Для целого ряда гинекологических заболеваний описаны коморбидные депрессивные нарушения, выявление и терапия которых в значительной степени улучшают качество жизни женщин. В сложных условиях развития современного российского общества и фактической несостоятельности института семьи отрицательные последствия возникающего в связи с этим неблагополучия в семьях часто становятся необратимыми, приводя к их социальной дезадаптации [1–4]

В последние годы появились работы, свидетельствующие об интересе исследователей к проблеме изучения и оценки психологического состояния женщин до и после гинекологических операций [1,2,4].

К.Н. Арсланян с соавторами указывает на необходимость проведения женщинам репродуктивного возраста, нередко с нереализованной генеративной функцией, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности,

лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на улучшение прогноза деторождения после реконструктивно-пластических операций и профилактику рецидивов заболевания [2]. Необходима также предварительная психоэмоциональная подготовка в виде разъяснительной беседы, направленной на предупреждение страха боли или неприятных ощущений во время процедур [5–7].

Цель исследования - углубленное изучение психологической сферы женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу гинекологической патологии.

Материалы и методы

Важность углубленного изучения психологической сферы женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу гинекологической патологии, явилась основанием для комплексного психологического обследования группы пациенток, которое проводилось на базе Екатеринбургского консультативно – диагностического центра. Объектом исследования являлись женщины в количестве 70 человек в возрасте от 17 до 42 лет с гинекологической патологией. Все исследуемые были прооперированы в плановом порядке. Оперативные вмешательства проводились лапароскопиче-

ским доступом и различались по объёму (органосоносящий или органосохраняющий). В качестве контроля были взяты 30 здоровых женщин репродуктивного возраста. Для оценки психологического статуса пациенток использовались следующие методики: 1) клиническая беседа[8]; 2) тесты Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина по определению личностной и реактивной тревожности[9]; 3) методика диагностики самооценки психических состояний Г.Айзенка[5,10]. Пациентки, которым проводилось исследование психологического статуса, консультировались клиническим психологом.

Психологическое обследование женщин с гинекологической патологией проводилось на следующий день после операции. Все обследуемые пациентки находились на больничных местах в хирургическом стационаре кратковременного пребывания. Условия, в которых проводилось исследование, были одинаковы для всех испытуемых. Женщины отвечали на вопросы методик в индивидуальном порядке.

Статистическая обработка полученных данных производилась по параметрическим критериям на компьютере с помощью лицензионных программных систем DIAGNOST и Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение

При психологическом обследовании женщин после оперативного лечения по поводу гинекологической патологии нами были получены результаты по следующим методикам.

Клиническая беседа.

По эмоциональному компоненту внутренней картины болезни выявлено, что большинство пациенток (90%) испытывали беспокойство, озабоченность своим состоянием, страх, тревогу, иногда переходящую в паническое состояние. Изучение интеллектуального компонента внутренней картины болезни показал, что все женщины знали свой диагноз, но в 68,6% они имели весьма неполные или не вполне соответствующие объективным медицинским сведениям представления о своём заболевании. Остальные 31,4% вообще не имели более или менее целостной картины представлений о своём заболевании, сообщали лишь фрагментарные сведения, мало соотносимые с объективной медицинской информацией о болезни. Только 70% обследованных больных знали, как называется проведённая им операция. Мотиваци-

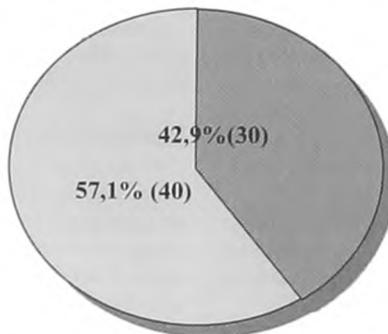
онный компонент внутренней картины болезни: для большинства женщин болезнь имела внутренний негативный смысл, поскольку их состояние являлось препятствием для достижения желанных целей (рождение ребёнка, общение со своими близкими, выполнение какой-либо деятельности и т.д.). По этой причине больные хотели поскорее выздороветь, выписаться из больницы, забыть об операции, начать больше заботиться о своём здоровье.

Все без исключения пациентки испытывали потребность в информации о своём заболевании, его причинах и возможных последствиях. Большинство женщин были дезориентированы в происходящем с медицинских позиций, и фактически не знали, каково состояние их половой сферы после операции и каков прогноз на будущее, возможны ли осложнения, они оценивали свою медицинскую информированность как «частичную и недостаточную». Для большинства пациенток был чрезвычайно важен контакт с лечащим врачом, его поддержка, участливое отношение, заинтересованность в благополучном исходе операции. Женщины отмечали, что они хотели бы задать множество волнующих их вопросов.

Часть пациенток (30%) выписывались с «надеждой на выздоровление, чувством определенной уверенности и стремлением к внутреннему спокойствию», но при беседе с психологом выявлялась скрытая тревога, большая часть обследованных пациенток (70%) испытывала серьезный психологический дискомфорт («явное внутреннее беспокойство и выраженный страх перед будущим»).

Из 70 пациенток, лишь несколько более, чем у половины женщин (40 человек или 57,1+4,3%), имела место адекватная психологическая реакция на ситуацию, в которой они оказались, у остальных 30 человек (42,9+4,9%) имели место проявления патологических реакций в виде гинекофобической реакции, тревожно-депрессивной и ипохондрической реакции (соответственно, в 46,7%, в 33,3% и в 20,0% среди лиц с патологическими реакциями).

Пациентки с гинекофобической реакцией фиксируют свое внимание на менструальной и репродуктивной функции, испытывают большие сомнения в отношении полноценности этих функций в будущем, что формирует чувство собственной неполноценности. Депрессивная реакция (тревожно-депрессивная) – это угнетенное, подавленное настроение,



■ Адекватная психологическая реакция

■ Патологическая психологическая реакция

Рис.1. Психическое состояние женщин с гинекологической патологией после операции на госпитальном этапе (n=70)



Рис. 2. Самооценка психических состояний.

патия, чувство безнадежности, пессимизм, неверие в возможность благоприятного течения и исхода заболевания. Ипохондрическая реакция (депрессивно-ипохондрическая) характеризуется неоправданным беспокойством за свое здоровье. Имеет место выраженное несоответствие между числом жалоб и незначительностью или отсутствием объективных соматических нарушений. Характерно, что отмеченные выше невротические расстройства обычно наблюдаются на фоне более или менее выраженной психической астении: общей слабости, быстрой утомляемости при незначительном физическом или умственном напряжении, психологической ранимости, вегето-сосудистой неустойчивости и нарушениях сна. По нашим данным, у большинства пациенток психические изменения не выходят за рамки психологических сдвигов, адекватных ситуации.

Таким образом, психологическое состояние женщин в послеоперационном периоде заслуживает серьезного внимания, так как выявленные невротические реакции требуют проведения психокорректирующей терапии. Даже женщины с адекватными психологическими реакциями нуждаются в консультации клинического психолога и проведении профилактической психотерапии, так как из-за нестабильности их психического статуса в будущем у них могут развиваться невротические реакции. Психическое состояние женщин после операции по поводу гинекологической патологии было весьма динамичным, оно могло изменяться в зависимости от течения послеоперационного периода и от получения новой медицинской информации (данные анализов, беседа с врачом).

Тест на реактивную тревожность по методике Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина.

В течение первых суток после операции показатель реактивной тревожности по Ч.Д.Спилбергеру-Ю.Л.Ханину у женщин был: 62,7±4,2 балла, а перед выпиской - 38,8±5,1 балла ($p < 0,05$). У женщин с органосохраняющим объемом операции данный показатель был 54,5±4,4 балла и 33,8±3,6 балла ($p < 0,05$) (соответственно перед выпиской), а с органосохраняющим объемом операции - 68,4±6,4 балла и 44,6±5,8 балла соответственно ($p < 0,05$).

Психотерапевтические мероприятия, проводимые после операции, способствовали более быстрому исчезновению болевого синдрома и уменьшению количества применяемых болеутоляющих препаратов. У пациенток, получавших в ги-

некологическом стационаре психотерапевтические мероприятия, болевого синдрома купировался на 1,2±0,3 дня быстрее, чем у тех, которые такой терапии не получали.

Можно сказать, что в послеоперационном периоде при нахождении в гинекологическом стационаре психологическое состояние женщины в форме показателя реактивной тревожности в значительной степени зависело от вида оперативного вмешательства как сразу после операции, так и особенно перед выпиской. Удаление половых органов является фактором, повышающим уровень тревоги испытуемых, но это травмирующее обстоятельство часто оказывается неосознаваемым.

Результаты исследования по методике диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка.

Анализ результатов по данной методике показал, что 36% испытуемых оценивали уровень своей тревожности как низкий, 58% - считали его средним, 6% - высоким (очень тревожные). Соотношение тревожности представлено на рисунке 2.

Большинство испытуемых (53%) обладали низким уровнем фрустрации, что предполагает высокую самооценку, устойчивость к неудачам и трудностям. 44% пациенток имели средний уровень фрустрации, а 6% - высокий, т.е. у них имела место низкая самооценка. Они избегали трудностей, боялись неудач, а в настоящий момент (в момент обследования) испытывали состояние психического напряжения, тревоги, отчаяния, закономерно возникающее при столкновении человека с таким непреодолимыми препятствиями на пути к достижению значимых целей, удовлетворению потребностей (в нашем случае - это заболевание, требующее хирургического вмешательства).

Низкие и средние показатели тревожности и фрустрации в нашем исследовании говорят о том, что больным женщинам было свойственно приуменьшать тяжесть своего состояния и отрицать неблагоприятные в своей жизни, хотя налицо было серьезное гинекологическое заболевание, способное оказать негативное влияние на репродуктивное здоровье, на семейные взаимоотношения и на их дальнейшую жизнь.

44% испытуемых имели низкий уровень агрессивности, оценивали себя как людей спокойных и выдержанных, 53% - имели средний уровень агрессивности и лишь 3% - признавали свою несдержанность и агрессивность.

Таким образом, большинство испытуемых стремилось

избегать открытых конфликтов, сдерживать негативные эмоции с целью сохранения доброжелательных отношений с окружающими людьми.

Большинство испытуемых (56%) имело средний уровень ригидности, 31% - обладало достаточной гибкостью, лёгкой переключаемостью, а 13% больных имели весьма выраженную ригидность, испытывали затруднения (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной программы деятельности, даже в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Математическая обработка посредством точечно-бисериального коэффициента корреляции ($r_{pb} = 0,42$) показала, что существует достоверная связь на 1-ом уровне значимости ($p < 0,05$) между уровнем тревожности и видом оперативного вмешательства. Пациентки с плановым оперативным лечением являлись более тревожными, что, возможно, было связано с хроническим течением болезненного процесса, оказывающего неблагоприятное влияние на эмоциональное состояние пациенток, с длительным ожиданием операции и страхом возможных рецидивов.

Корреляционный анализ с помощью коэффициента Пирсона g_{xy} позволил сделать вывод о существовании достоверной на 2-ом уровне значимости ($p < 0,01$) связи между возрастом больных и уровнем агрессивности. Эта связь обратная, т.е. молодые пациентки обладают более высоким уровнем агрессивности, что необходимо учитывать при работе с ними. Низкий уровень агрессивных проявлений у пациенток зрелого возраста указывает на тенденцию к их сдерживанию, к вытеснению агрессивных импульсов. Таким образом, психокоррекционная работа с ними должна быть направлена на осознание этих импульсов с целью формирования защитной реакции на их воздействие.

Заключение

Психотерапевтическое сопровождение женщин после оперативного лечения гинекологической патологии применяется на госпитальном этапе.

Методы медицинского ведения женщин после оперативного лечения гинекологической патологии в гинекологическом стационаре достаточно хорошо разработаны и используются в клинической практике. Таким образом,

соматический компонент лечебных мероприятий изучается и применяется достаточно эффективно. Психологический статус пациенток после оперативного лечения гинекологической патологии изучен недостаточно и мероприятия позитивного воздействия на психологическое состояние этих женщин в обычной практике не осуществляются. В клинической практике российских и зарубежных врачей различных специальностей достаточно широко используется так называемое психологическое сопровождение при различных заболеваниях. Психологическое сопровождение – это система мероприятий психокорректирующего и психопрофилактического характера, направленная на оптимизацию общего состояния организма и функций различных органов и систем при различных видах соматической патологии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости психологической помощи женщинам с гинекологической патологией после оперативного лечения. ■

Коротовских Лилия Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; Обоскалова Татьяна Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; Прохоров Валентин Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; Серебrenников Валерий Александрович, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, главный врач МБУ «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр»; Егорова Жанна Константиновна, заместитель главного врача по лечебной работе, врач высшей категории МБУ «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр»; Краюшкина Ксения Евгеньевна, заведующая отделением амбулаторной хирургии МБУ «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр». Автор, ответственный за переписку – Коротовских Лилия Ивановна, e-mail: korotovskikh@uralweb.ru

Литература:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2010. – 260 с., 275с.
2. Арсланян К.Н. Возрастные аспекты восстановительного лечения после гинекологических операций [Текст] / К.Н.Арсланян, Е.Л.Яроцкая // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. конф. под ред. В.И.Кулакова, Л.В.Адамян. – М., 2010. – С.275 – 276.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2013. – 342 с.
4. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Ленинград, 1976. – С.98-99.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара: Бахрах-М, 2006. – 117с., 141с.
6. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 141с.
8. Айламазьян А.М. Метод беседы в психологии. – М.: Смысл, 1999. – 50 с.
9. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2009. – С. 142-143.
10. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 36с.