

Рак молочной железы: как помочь пациентке его пережить?

Статистические данные свидетельствуют, что, к сожалению, в мире наблюдается рост заболеваемости онкопатологией. В структуре онкологических заболеваний рак молочной железы (РМЖ) занимает третье место после рака легких и рака желудка (от 22 до 30%) и ежегодно диагностируется почти у 1 млн женщин. В структуре смертности от злокачественных опухолей занимает четвертое место после рака легких, желудка и толстой кишки; на его долю приходится 60% всех случаев смерти от злокачественных опухолей.

Особенностью данной патологии является то, что диагноз «рак молочной железы» становится не только физической, но и эмоциональной катастрофой для пациентки: никакой другой вид злокачественной опухоли не сопряжен с развитием такого количества депрессивных осложнений. Пациентки часто избегают лечения, притом осознавая, что рискуют жизнью, и даже после успешной терапии остаются подавленными, тяжело переживают свою болезнь, что значительно ухудшает реабилитацию и прогноз. Почему это происходит и можно ли помочь в этой ситуации?

Что переживают пациентки с онкологическим заболеванием?

Психика большинства пациентов с онкологическими заболеваниями претерпевает существенные изменения, при этом значение имеет не только стадия рака, но и образование, характер больного, наличие у него семьи и детей. Все пациенты переживают этап отрицания, стараясь убедить себя и окружающих, что результаты исследования «ошибочные»; пытаются найти другого врача, который не подтвердит страшный диагноз. Этот этап больше, чем остальные, опасен отказом от дальнейших обследований и лечения, поскольку пациент стремится верить любым, даже самым нелепым слухам и предположениям, которые позволяют ему утвердиться во мнении, что он не болен. Поэтому, сообщая диагноз, крайне важно создать условия для доверительного разговора, убедить пациента в том, что врач сделает все, чтобы как можно детальнее выяснить характер болезни.

Затем наступает этап гнева: когда пациент больше не может отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, зависть и негодование. Это очень тяжелое время для семьи и окружающих, поскольку возмущение и гнев пациент вымещает на тех, кто оказывается рядом. В этот период оптимальные действия лечащего врача, медсестры, родственников — дать пациенту выговориться, не приуменьшая значимости происходящего для этого человека и признавая за ним право на такие эмоции.

После того как самые тяжелые чувства выплеснуты, наступает этап «торговли». Пациент пытается «договориться» — с Богом, обстоятельствами, болезнью. Он искренне верит, что если будет вести себя хорошо и все делать правильно, то болезнь отступит, он пытается «выторговывать» себе здоровье в обмен на обещания посвятить всю оставшуюся жизнь хорошим делам, раздать деньги нуждающимся и т. д. Однако чудеса, как правило, не происходят, болезнь не уходит сама по себе, и наступает следующий, самый тяжелый для пациента этап — депрессия. Именно в этот период случается больше всего самоубийств.

Развитие депрессии связано с истощением психических ресурсов человека, а также с длительным тяжелым лечением, которое сопровождается болевыми ощущениями, тошнотой и слабостью, косметическими дефектами. Для многих пациентов значительную проблему составляет нехватка денежных средств, усугубляемая потерей работы ввиду долгого отсутствия

на рабочем месте или нетрудоспособности. Депрессия может ассоциироваться и с предстоящими потерями. В этот момент чрезвычайно важна поддержка и искреннее участие. Пациента следует убедить в том, что после выздоровления он опять сможет вернуться к активной жизни, максимально положительно описать его дальнейшие перспективы. При благоприятном течении болезни и наличии адекватной помощи со стороны родных и медицинского персонала депрессию сменяет этап смирения и надежды: у пациентов постепенно формируется принятие болезни, более того, они предпринимают попытки организовать жизнь с учетом своего состояния.

На разных стадиях онкологического заболевания тот или иной этап может преувеличиваться. Так, на начальных стадиях болезни (I-II) дольше всего пациенты пребывают в состоянии «торговли» — им свойственна тревожность, беспокойство в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения, а также изменения уровня и качества жизни. Вместе с тем больные стремятся узнать как можно больше о своей патологии, интересуются новыми методами лечения и тщательно выполняют все назначения. На II-III стадиях у пациентов преобладают этап гнева и эгоцентрической настрой; они стремятся привлечь внимание окружающих к себе, своей болезни, сосредотачиваются на субъективных болезненных ощущениях. На поздних стадиях (III-IV) пациентам с онкопатологией свойственны выраженные депрессивные проявления либо «уход» от болезни в другие виды деятельности.

Рак молочной железы

Важно понимать, что пациентки с РМЖ среди всех онкологических больных являются группой особого риска, потому что, помимо основных психологических реакций на болезнь, у них также присутствуют тяжелые психотравмирующие переживания, связанные с внешним видом, ведь молочная железа является символом женственности, красоты, материнства и сексуальной привлекательности. Удаление молочной железы в результате радикальной мастэктомии, как правило, приводит к выраженным депрессивным реакциям, которые усугубляются осознанием опасности заболевания для жизни. Все это способствует развитию у больных состояния постоянного эмоционального напряжения, ведущего к психосоциальной дезориентации и нервным срывам. У пациенток с РМЖ отмечается лабильность эмоционального статуса, снижение уровня положительных эмоций, самооценки, подавленность, увеличение количества физических жалоб; нарастает неудовлетворенность внешним видом, ухудшается восприятие своего будущего. Состояние депрессии усугубляется потерей трудоспособности и отсутствием поддержки со стороны окружающих. Пациенток беспокоят фобические расстройства, связанные с возможным распадом семьи (в первую очередь, уходом супруга), ухудшается сон, появляется общая раздражительность, которая способствует женщине на протяжении всей

болезни. Значительное влияние на психическое здоровье оказывает опасение распространения рака — боязнь развития опухоли в другом органе. Если через месяц после операции преобладают физические нарушения, то через год на первый план выходят психологические, что связано со страхом возвращения болезни, более глубоким нарушением картины восприятия своего тела. Тяжелее всего свою болезнь переносят молодые незамужние пациентки; у больных, состоящих в браке и имеющих детей, отмечается более высокое качество жизни. Пациентки старшего возраста менее подвержены депрессивным проявлениям, связанным с внешним видом, чем молодые женщины.

Сексуальная функция

Немаловажным аспектом качества жизни для пациенток является сохранение сексуальности. В современном обществе существует миф о том, что женщин старшего возраста, перенесших радикальную мастэктомию, не волнует сексуальность, физическая близость и что у них на первом месте стоит проблема выживания. Однако изучение сексуальности у больных, перенесших лечение по поводу РМЖ, свидетельствует о том, что независимо от возраста женщины этот аспект, являющийся одной из составляющих качества жизни, необходимо принимать во внимание.

Дело в том, что в процессе лечения у всех пациенток с РМЖ развивается сексуальная дисфункция, связанная с наличием боли, побочных эффектов от лечения и неприятием своего тела после радикальной мастэктомии. На сексуальность влияют качество отношений с партнером, образование, возраст, время, прошедшее с момента постановки диагноза, характер оперативного вмешательства, общее состояние, гормональный фон, осложнения, наблюдаемые при проведении химиотерапии, гормональной терапии, — приливы, вагинальная сухость, выделения, зуд. Нередко, несмотря на улучшение других показателей, сексуальная дисфункция сохраняется после излечения и в целом до предоперационного уровня сексуальный статус не восстанавливается. Близкие, доверительные отношения с партнером и раннее начало половой жизни после лечения способствуют нормализации психоэмоционального состояния и коррелируют с уменьшением проявлений депрессии.

Проблемы во взаимодействии с врачом

Одной из основных причин отказа от лечения по поводу РМЖ является этап отрицания женщиной своей болезни и страх потери молочной железы, который порой оказывается сильнее страха смерти. Поэтому необходима особая чуткость специалиста при общении с пациентками, страдающими РМЖ. На начальном этапе даже при отсутствии каких-либо сомнений в диагнозе не следует категорично заявлять о нем больной. Ошибочно считать, что при наличии такой патологии следует запугать пациентку, чтобы она не отказалась от лечения. Больше всего на этом этапе женщины нуждаются в поддержке. У них происходит защитное снижение

критики, мышление нередко заторможенное, при этом доминирующим чувством является страх; если его усилить, неминуемо развивается ощущение обреченности и депрессия. Пациентке важно понять, что врач с ней заодно, и он тоже будет рад, если диагноз окажется ошибочным, поэтому готов проверять его еще и еще. В противном случае женщина будет искать целителя, который даст ей ложную надежду, позволит хоть немного уменьшить проявление тревоги.

После того как врач дает понять больной, что сомнений в диагнозе не осталось, следует подробно описать существующие методы лечения патологии, их особенности, преимущества и недостатки. Важно, чтобы у пациентки сформировалась уверенность в возможности излечения. На этом этапе весьма полезно посещение групп поддержки, которые организованы при большинстве онкологических диспансеров. Общение с женщинами, которые успешно вылечились от РМЖ, значительно мотивирует пациентку, настраивает на лечение и способствует формированию у нее позитивного восприятия будущего: она может представить, как изменится ее жизнь, и спланировать дальнейшие действия, что будет способствовать значительному снижению общей тревожности. Очень важно объяснить родным, что необходимо поддерживать женщину, ведь ей очень важно знать, что она по-прежнему любима и желанна.

Пациенткам из группы риска (факторы риска: молодой возраст, отсутствие семьи, негативные отношения в семье, потеря работы) требуются дополнительные консультации психолога и назначение психотропных препаратов.

Послеоперационный период

Пациентки с РМЖ, перенесшие радикальную мастэктомию, значительно хуже поддаются реабилитации, чем женщины, которым удалили сегмент молочной железы. Это связано как с физиологическими причинами (развитие постмастэктомиического синдрома), так и с психологическими. Поэтому у данной категории больных после перенесенного лечения следует акцентировать внимание на необходимости физиотерапии, а также рекомендовать косметическую реконструкцию молочной железы (одновременно с иссечением опухоли либо спустя некоторое время после операции). Часто пациентки, уже имеющие семью, не считают необходимым соглашаться на дополнительное оперативное вмешательство, аргументируя это отсутствием необходимости «выходить замуж» и «производить впечатление». Однако наблюдения психологов показали, что качество жизни женщин, которым была выполнена такая реконструкция, значительно повышается по сравнению с пациентками, пользующимися протезами в бюстгалтере. У них быстрее происходит социальная реабилитация, восстанавливается сексуальная функция, возвращается желание работать. Даже пожилые пациентки после реконструкции молочной железы были менее склонны воспринимать свое состояние как «тяжелое».

Рак молочной железы — смертельно опасная болезнь не только для тела женщины, но и для ее психики. На современном этапе невозможно качественно проводить лечение этой патологии без учета психологических реакций и их коррекции.

Подготовила Татьяна Спринсян

