



Г.М. Науменко¹, О.С. Чабан^{1, 2}

Індивідуально-психологічні характеристики стану жінок після перенесених оперативних втручань з приводу лейоміоми матки

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²ДЗ «Дорожня клінічна лікарня №1 станції Київ ДТГО «Південно-Західна залізниця», м. Київ

Ключові слова: психоемоційна сфера, дезадаптація, механізми психологічного захисту, екстирпація матки, гістеректомія, оваріоектомія, лейоміома матки, тривожність, депресія.

Лейоміома матки (ЛМ) — поліетіологічне захворювання, симптоматика якого дає змогу розглядати його як системну хворобу, що впливає на регуляторно-адаптивні можливості організму жінки [12].

На ЛМ страждають 25—30 % жінок старше 35 років, а останніми роками захворювання все частіше виявляється в молодшому віці [2, 5, 6, 8]. Якщо 20 років тому у віковій групі від 25 до 45 років ЛМ зустрічалася у 30 % жінок, то останніми роками ця цифра зросла до 50 % [14].

Тривалі негативні емоції, психічне напруження й дистрес — найчастіші патогенетичні фактори порушення центральних механізмів регуляції організму і, як наслідок, виникнення розладів жіночої репродуктивної сфери. Крім того, хронічний стрес і супутній вторинний імунodefіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології [12, 13]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, частота дисгормональної патології репродуктивної системи, у патогенезі якої особливу роль відіграє психоемоційний стрес, залишається досить високою й не має тенденції до зниження. Поєднання гінекологічної і психологічної патологій погіршує клінічний прогноз кожної з них, а також соціальну адаптацію та якість життя жінок [1].

Гінекологічне захворювання створює особливу ситуацію для хворої жінки, зумовлену специфічними процедурами обстеження й лікування, спілкування з лікарем, тобто саме звернення до гінеколога може бути додатковим чинником стресу. Це пов'язано із проблемами, що беруть свій початок у стереотипах, які склались у суспільстві щодо жінок, зі страхами, пов'язаними з низькою соціальною оцінкою захворювань цієї нозології [8]. Захворювання на ЛМ суб'єктивно забарвлене

переживанням сорому, провини, тривоги, напруженості у стосунках, депресії та ізоляції [9—11]. Встановлена значна роль стресу в їх виникненні і вторинний негативний вплив психічних порушень на результат лікування основного захворювання. Водночас недостатньо досліджені особистісні аспекти гінекологічної патології — як психогенні/соматогенні впливи хвороби, так і вплив особистісних характеристик, механізмів психологічного захисту та способів подолання стресової ситуації на перебіг захворювання жінки.

Виокремлюють такі психосоціальні параметри [4], що впливають на психіку жінок, які перенесли радикальні операції: символічне значення матки і ставлення до її повного видалення, розуміння характеру операції, розуміння результатів операції, зміна сексуального й естетичного статусу, ставлення до стерильності та — у зв'язку з цим — до родичів та чоловіка, а також очікування їхнього ставлення до хворої, розуміння необхідності подальшої гормональної терапії. Зазначається, що важливе значення мають індивідуально-типологічні особливості особистості, від яких залежить ступінь адекватності психологічної реакції на оперативне втручання [6]. Ступінь напруження захисту, що його визначає вираженість різних механізмів захисту, діє як єдиний потужний механізм, який охороняє психіку від травмивних переживань.

Останнім часом обговорюється роль індивідуально-психологічних особливостей хворих у генезі пухлинного росту в матці та правомірність зарахування цього захворювання до групи психосоматичних. Психоемоційні розлади виявлені у 2/3 хворих з ЛМ [13]. Особливості психічної сфери (психічний стан як у конкретний момент, так і стабільніші особливості особистості) позначаються на зміні гормонального статусу. Згідно із психосоматичною концепцією ЛМ, дис-

гормонемія стає наслідком синдрому психоемоційного напруження, у результаті якого розвиваються порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [14].

Досі, на жаль, у більшості хворих видалення пухлинного вогнища досягається шляхом операції та інших «агресивних» методів лікування. Це призводить не лише до функціональних порушень, пов'язаних із втратою органа або його частини, а й до глибоких емоційних розладів, гальмує процес адаптації та ресоціалізації. Значною мірою це стосується жінок, у яких виявлено доброякісні пухлини органів репродуктивної сфери.

Таким чином, у гінекологічній клініці перед лікарем досить часто постає психосоматична проблема. Пацієнтки потребують лікування не тільки соматичного захворювання, а й психопатологічних розладів, коморбідних з основною патологією. Для жінок, які страждають на ту чи ту гінекологічну хворобу, часто буває більш актуальним не саме захворювання, а уявлення про те, як воно вплине на ставлення до них близьких, родичів та інших людей. Об'єктивні критерії тяжкості патології немовби відходять на другий план і не визнаються принципово значущими. На цій основі ґрунтується статево-рольовий фактор — уявлення жінки про можливі й високо вірогідні (з її погляду) зміни її ролі як матері, дружини, жінки у зв'язку з гінекологічним захворюванням [11, 12].

Зазначається, що важливе значення мають індивідуально-типологічні особливості особистості, від яких залежить ступінь адекватності психологічної реакції на оперативне втручання [6].

Передиспозиційною основою особистісних дисфункцій є знижена стійкість до переживань складних стресових ситуацій. Вона може бути пов'язана з недосконалістю особистих механізмів психологічного захисту [9]. За З. Фройдом, захисні механізми запускаються при екстремальній ситуації й виконують функцію зняття внутрішнього конфлікту.

Розглянувши психологічні характеристики захисту, встановлені дослідниками різних шкіл і напрямків, можна вивести таке визначення: психологічний захист — це система адаптивно-орієнтованих психічних процесів, спрямованих на мінімізацію внутрішнього дискомфорту і тривоги, зумовлених внутрішніми й зовнішніми конфліктами, а також на збереження цілісності «Я» (як суб'єктивного світу) для більш адекватної взаємодії з реальністю.

Наявні в літературі дані про психоемоційний стан жінок після операції свідчать про різноманітність цих станів — від психологічного благо-

получчя до глибокої психічної дезадаптації. Тому подальше вивчення психосоматичного статусу, індивідуальних особливостей особистості хворих із ЛМ з різними варіантами клінічного перебігу дозволить оптимізувати лікувальний процес, поставити завдання для розробки психотерапевтичної дії з метою поліпшення якості соціальної реадaptaції жінок, які страждають на це захворювання. Вивчення та корекція способів психологічного захисту в конкретній особистості (можливо, і групі жінок) може допомогти в профілактиці й лікуванні захворювань.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 56 жінок основної групи віком 25–50 років з ЛМ в анамнезі хвороби, тривалість захворювання від 1 до 6 років. Середній вік обстежених жінок складав (42 ± 4) року. Рівень освіти всіх обстежених жінок — вищий. Дослідження проводилось протягом 2011–2013 рр. на базі гінекологічних відділень Миської клінічної лікарні № 18 та Дорожньої клінічної лікарні № 1 станції Київ.

Пацієнток основної групи поділили на підгрупи. За віком: 25–34 років (репродуктивний вік) — 13 (23 %) пацієнток та 35–49 років (старший репродуктивний вік) — 43 (77 %) пацієнтки. За тривалістю захворювання: перебуває на обліку 1–6 років — 47 (84 %) осіб та нещодавно виявлена патологія — 9 (23 %) хворих. За об'ємом проведеного оперативного втручання: органозберігальна операція (міомектомія), підгрупа 1А — 19 (35 %) пацієнток; екстирпація матки, підгрупа 1Б — 26 (46 %) пацієнток; екстирпація матки з оваріоектомією, підгрупа 1В — 11 (19 %) хворих (рис. 1). За періодом діагностики: ранній післяопераційний період (3–5-а доба) — 32 (57 %) особи та пізній післяопераційний період (1–6 міс) — 24 (43 %) пацієнтки.

Критеріями відбору для залучення в основну групу були: вік жінок 25–50 років; наявність у анамнезі захворювання ЛМ; добровільна згода

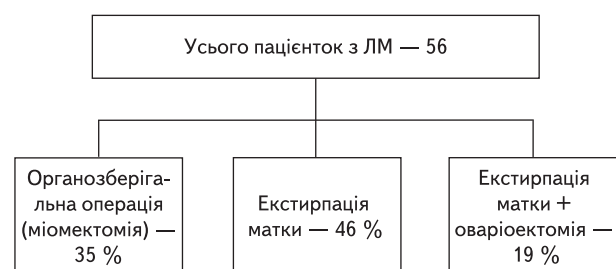


Рис. 1. Розподіл пацієнток за об'ємом проведеного оперативного втручання

пацієнтки на участь у психологічному дослідженні. Критеріями вилучення слугували: вік старше 50 років, клімактеричний період; наявність в анамнезі злоякісної пухлинної патології, наявність черепно-мозкової травми; тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі, відмова пацієнтки від участі в дослідженні.

Соматичний (гінекологічний) статус жінок основної групи оцінював лікар гінеколог на основі клініко-лабораторних даних та (за показаннями) на основі даних ультразвукового дослідження. Відповідно до завдань дослідження враховували такі параметри (гінекологічного) захворювання: діагноз; тривалість захворювання; гострота захворювання. Тривалість захворювання виявлялась при збиранні анамнезу зі слів пацієнток, а також на основі даних історії хвороби та інших медичних документів (виписки зі стаціонару після попередніх госпіталізацій, амбулаторні дані). У жінок основної групи соціально-демографічний та психологічний статус вивчали стандартним шляхом.

Результати та обговорення

Для дослідження соціально-демографічних характеристик використовували короткий структурований опитувальник, за яким оцінювали вік, освіту, соціальний статус, сімейний стан жінок, наявність чи відсутність дітей.

Для психологічного дослідження використали «Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-Мульт» (адаптований Ф.Б. Березіним і М.П. Мірошниковим, 1960); опитувальник самооцінки тривоги Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна; Шкалу депресії Бека (BDI) та опитувальник «Індекс життєвого стилю» («Life style index»).

Для оцінки психологічного статусу пацієнток з ЛМ досліджували ситуаційну та особистісну тривожність за шкалою Спілбергера – Ханіна.

З табл. 1 стає очевидним, що особистісна тривожність — відносно стійка індивідуальна характеристика особистості, що утримується на високих рівнях незалежно від об'єму проведеного оперативного втручання (53,7–56,5 %), на відміну від

Таблиця 1

Порівняльний аналіз рівня тривожності жінок основної групи з ЛМ			
Вид тривожності	Жінки, яким проведено оперативне лікування з видалення ЛМ (показники тривожності в балах)		
	Група 1А	Група 1Б	Група 1В
Реактивна	27,3	30,7	38,4
Особистісна	53,7	55,8	56,5

Таблиця 2

Порівняльний аналіз рівня депресії обстежених жінок з ЛМ

Рівень вираженості депресії за шкалою Бека	Жінки, яким проведено оперативне лікування з видалення ЛМ, відсоткові показники депресії		
	підгрупа 1А	підгрупа 1Б	підгрупа 1В
Легка	2,5	1,1	0,8
Помірна	48	26,3	28
Виражена	27,5	49,2	53
Тяжка	22	23,4	18,2

реактивної тривожності, яка характеризується порівняно низьким рівнем у жінок з груп 1А та 1Б (27,3 та 30,7 % відповідно) та середнім — у жінок з групи 1В, котрим було проведено екстирпацію матки разом з оваріоектомією (38,4 %).

З табл. 2 видно, що більшість жінок підгрупи 1А (48 %), яким проведено органозберігальні оперативні втручання, мають помірний рівень депресії. Натомість пацієнтки підгрупи 1Б та 1В мають виражений ступінь депресії (49,2 та 53 % відповідно).

У той же час наявність високого рівня особистісної тривожності свідчить про тенденцію до соматизації депресивних розладів, коли на перший план виступають соматичні скарги, жінки зосереджені на відчутті соматичного неблагополуччя й висловлюють тривожні побоювання щодо свого здоров'я.

Треба зазначити, що особистісна тривожність характеризує схильність людини сприймати коло життєвих ситуацій як загрозливі для неї та реагувати на них станом тривоги; висока особистісна тривожність підвищує ймовірність виникнення дезадаптивних станів, емоційних та невротичних розладів, психосоматичних захворювань. Реактивна тривожність характеризує особливості психологічного стану людини як реакцію на значущу життєву подію та виражається в напруженні, невротичності тощо [12]. Встановлено [11] наявність не лише ситуаційної негативної психологічної реакції на оперативне втручання взагалі та втрату матки зокрема, а й глибокої патопсихологічної готовності до розвитку станів психічної дезадаптації у прооперованих жінок. Обстеженим пацієнткам були притаманні тривожні побоювання з приводу свого здоров'я, збереження жіночої сутності, успішності подальшого подружнього життя та повноцінних стосунків із чоловіком, соціальної реакції.

Порівняльний аналіз за методикою Міні-Мульт трьох підгруп хворих, що зазнали оперативного

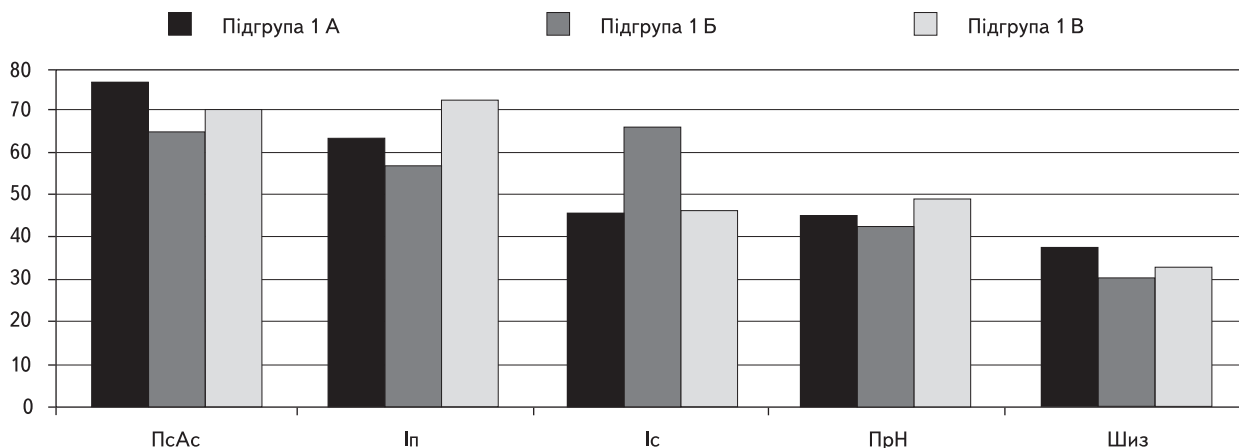


Рис. 2. Порівняльний аналіз обстежених підгруп хворих за рівнем вираженості профілю особистості за Міні-Мульт: PsAc – шкала психастенії; In – шкала іпохондрії; Ic – шкала істерії; PrH – шкала паранояльності; Шиз – шкала шизофренії

втручання та відрізняються за об'ємом проведеного оперативного втручання, дав змогу виявити високі серед порівнюваних груп показники за шкалами: психастенії (64–76 %), вищий у підгрупі 1А; іпохондрії (57,4–71 %), вищий у підгрупі 1В; істерії (45,7–65,1 %), вищий у підгрупі 1Б; паранояльності (42,3–48,6 %), вищий у підгрупі 1В, шизоїдності (32–37 %), вищий у підгрупі 1А (рис. 2).

Встановлено, що провідним механізмом психологічного захисту в жінок з дезадаптивними станами підгрупи 1А виступає проєкція (89,02 %). В основі проєкції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані й неприйнятні для особистості почуття й думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям і для власного «Я» стають немовби вторинними (рис. 3).

У жінок підгрупи 1Б вираженим механізмом захисту були регресія (72,03 %) та проєкція (70,05 %).

При регресії, яка становить собою захист маніпулятивного типу, відбувається повернення до ранніх, інфантильних особистісних реакцій, які виявляються в демонстрації беззахисності, залежності, дитячості поведінки з метою зменшення тривоги [8]. Людина, в якій регресія визначає стратегічну лінію подолання життєвих труднощів, може бути охарактеризована як інфантильна особистість [11]. Очевидно, що пряме повернення до дитинства як механізм психологічного захисту не здатне виконати свою функцію (зменшити тривогу) у випадку радикального оперативного втручання на внутрішніх статевих органах. Можливо, саме домінування такого типу психологічного

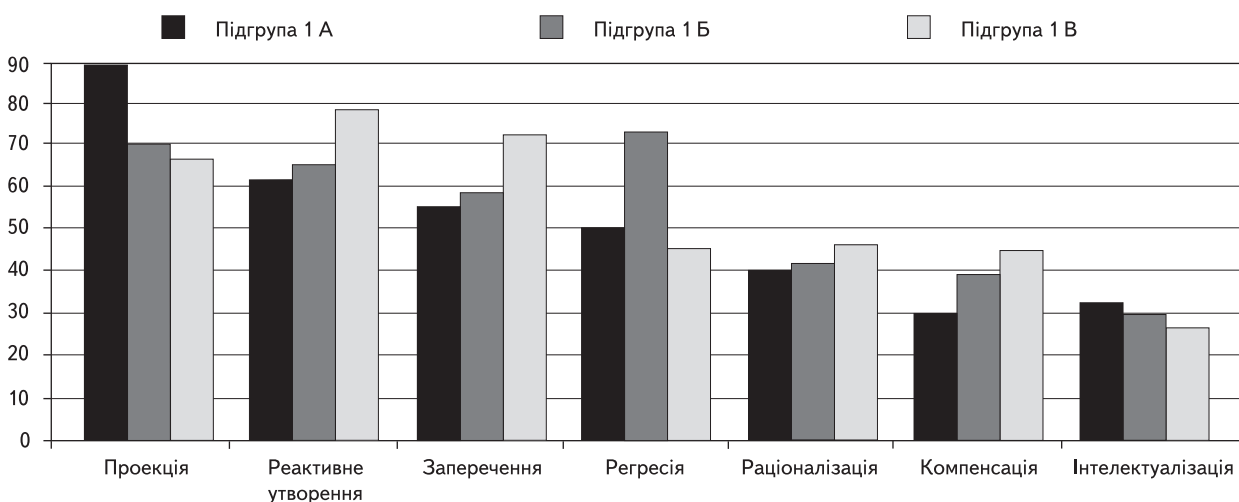


Рис. 3. Порівняльна характеристика вираженості механізмів психологічного захисту в обстежених жінок

захисту лише посилює симптоми, коли жінка відчуває себе незахищеною дитиною та демонструє переживання. Регресія виступає одним з механізмів захисту, які притаманні істеричним особистостям, схильним до драматизації афекту.

Для жінок підгрупи 1В з проведеною екстирпацією матки та оваріоектомією характерні високі показники за шкалами реактивного утворення та заперечення. У результаті реактивного утворення відбувається заміна автентичних почуттів та поведінки на протилежні. Особливості захисної поведінки в нашому випадку — неприйняття всього, що пов'язане з функціонуванням організму та ставленими стосунками, різке негативне ставлення до «непристойних» розмов, кінофільмів еротичного змісту тощо [9].

Висновки

Отримані дані свідчать на користь того, що розвиток та перебіг захворювання на лейоміому матки залежать від індивідуально-особистісних характеристик. Феноменологічно емоційні порушення в ситуації хвороби, яка загрожує життю, найчастіше представлені у вигляді станів тривоги й депресії.

Виходячи з результатів досліджень, можна скласти психологічний портрет жінок трьох підгруп залежно від об'єму проведеної операції. Так, для жінок підгрупи 1А характерний високий рівень особистісної та низький рівень реактивної тривожності (27,3 %), помірний рівень депресії за шкалою Бека (48 %). Пацієнтки, котрим було виконано органозберігальну операцію, мають психастенічний тип особистості (Міні-Мульт), якому притаманна проєкція як механізм психологічного захисту й фактор адаптування при стресовій ситуації, пов'язаній із захворюванням та оперативним втручанням.

Література

1. Бейшенбиева Г.Дж. Репродуктивное здоровье женщин и влияние на него медико-социальных факторов // Тавр. мед.-биол. вестник. — 2009. — № 3. — С. 149—152.
2. Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петрикова С.А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2008. — № 6. — С. 45—51.
3. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий // Нейро news. — 2008. — № 2. — С. 36—40.
4. Володин Б.Ю. Психотерапия и психологическая реабилитация больных миомой матки после оперативного вмешательства. — Рязань: Узорочье, 2006. — С. 70—72.
5. Долецкая Д.В. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического
6. лечения миомы матки // Акушерство и гинекология. — М., 2006. — № 5. — С. 35—37.
6. Кахиани Е.И., Цыган В.Н., Апчел В.Я., Татарова Н.А. Механизмы взаимодействия систем адаптации после абдоминальных гинекологических операций // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — М., 2009. — Т. 4. — С. 47—50.
7. Кузнецова А.А. Психодиагностика эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. — 2008. — № 49. — С. 315—319.
8. Кулагина Н.В. Миома матки: иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивидуальный прогноз и тактика ведения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.01, 14.00.46 / Н.В. Кулагина. — СПб, 2008. — 49 с.
9. Новиков В.В., Володин Б.Ю. Психотерапевтический контакт. — Рязань, 2004. — Ч. 1. — С. 52—54.

10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998. — 480 с.
11. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 6. — С. 17—24.
12. Свірідова В.В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах // Медична психологія. — 2009. — № 1. — С. 82—88.
13. Powell C.B., Kneier A., Chen L.M. et al. A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic // Gynecol. Oncol. — 2008. — Vol. 111, N 1. — P. 137—143.
14. Roseske N.C. Hysterectomy and other gynecological surgeries a psychological view. — 2007. — Vol. 1— P. 172—180.
15. Tadir Y., Glezerman M., Goldchmit C. Uterine fibroids. — 2008. — Vol. 147, N 8/9. — P. 725—730, 748.

Г.Н. Науменко, О.С. Чабан

Индивидуально-психологические характеристики состояния женщин после перенесенных оперативных вмешательств по поводу лейомиомы матки

Анализ характерных индивидуально-типологических особенностей личности женщин с лейомиомой матки, особенностей психоэмоциональной сферы, механизмов психологической защиты как факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных и затрудняют процесс послеоперационной реабилитации; исследование изменений психологических характеристик в результате оперативного вмешательства (в зависимости от объема проведенной операции).

В исследовании принимали участие 56 женщин основной группы в возрасте 25—50 лет с лейомиомой матки в анамнезе болезни, длительность заболевания от 1 до 6 лет. Основную группу делили на подгруппы в зависимости от объема проведенной операции: подгруппа 1А (органосохраняющая операция), подгруппа 1Б (экстирпация матки), подгруппа 1В (экстирпация матки с овариоэктомией).

Для психологического исследования использованы «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности Мини-Мульт» (адаптирован Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым, 1960), опросник самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, шкала депрессии Бека (BDI) и опросник «Индекс жизненного стиля» («Life style index»).

Выделены специфические личностные и эмоциональные особенности женщин с лейомиомой матки, перенесших оперативное вмешательство, в зависимости от объема проведенной операции. Определены психологические различия женщин с лейомиомой матки в зависимости от тяжести оперативного вмешательства. Прослежены изменения психологических особенностей при увеличении объема операции на внутренних половых органах.

Результаты исследования легли в основу разработки психокоррекционной программы, направленной на качественную реабилитацию, реадaptацию и ресоциализацию больных в послеоперационный период.

G.M. Naumenko, O.S. Chaban

Individual psychological characteristics of women with uterine leiomyoma in the postoperative period

The purpose of this paper was to analyze the characteristics of individual-typological features of the personality of women with uterine leiomyoma, peculiarities of the psychoemotional state, of the psychological defense mechanisms as factors that contribute to the reduction of the adaptive capacity of patients and complicate the process of passing postoperative rehabilitation; to examine changes in psychological characteristics as a result of surgery (depending on the volume of the performed operation).

The study involved 56 women of the main group aged 25—50 years, with uterine leiomyoma with duration of 1 to 6 years in the anamnesis. In accordance with the objectives of the study, the main group was divided into subgroups depending on the volume of surgery: subgroup 1A (preserving surgery), subgroup 1B (hysterectomy), subgroup 1B (hysterectomy with ovariectomy).

The psychological investigation was performed with the use of the reduced multifactorial questionnaire for the study of personality Mini-Multi (adapted F.B. Berezin and M.P. Miroshnikova, 1960), self-assessment questionnaire anxiety Ch.D. Spielberger and Yu.L. Hanin, Beck Depression Scale (BDI) and lifestyle questionnaire index («Life style index»).

The specific and personal and emotional characteristics have been identified for women with gynecological diseases, depending on the volume of the performed surgery. The psychological differences have been detected for women with uterine leiomyoma depending on the severity of the surgery. The psychological peculiarities have been monitored at the increase in the volume of surgical intervention on the internal reproductive organs.

The results of this study formed the basis for the development of psycho-correction programs aimed at qualitative rehabilitation, re-adaptation and re-socialization of patients in the postoperative period.