

Наиболее оптимальными психокорректирующими методиками в онкогинекологической практике можно считать рациональную психотерапию, семейную психотерапию, нейролингвистическое программирование, телесноориентированную терапию, аутотренинг, арт- и ландшафтную терапию. Психолог выступает в роли разъясняющей, ободряющей и стабилизирующей инстанции, помогая преодолеть чувства одиночества, страха, растерянности и беспомощности. Курсы психотерапии продолжаются обычно не менее 2-х недель, при необходимости - дольше. В любом случае они должны иметь место на протяжении не только этапов активного обследования и лечения, но также в поддерживающем режиме в течение всего периода наблюдения у онкогинеколога. Таким образом, любая лечебно-диагностическая программа в онкогинекологии должна включать элементы психологической адаптации и включать следующие факторы:

- 1) обследование женщины помимо медицинских технологий должно включать оценку её психологических особенностей и нейропсихологического статуса;
- 2) основой психокорректирующих мероприятий являются современные психотерапевтические методологии, подобранные индивидуально на основании изучения профиля личности и психоэмоциональных качеств пациентки;
- 3) в алгоритм действий психолога обязательно должны включаться психотерапевтические технологии в отношении близких родственников пациентки и согласование проводимых мероприятий с медицинскими работниками, курирующими женщину.

## СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

**В.Н. Прохоров, Л.П. Терёшина**

Уральская государственная медицинская академия,  
Центр здоровья и планирования семьи, г. Екатеринбург

Онкологические заболевания занимают особое место в массовом сознании людей. Они обычно ассоциируются с неизлечимыми заболеваниями неизвестной этиологии. Образ опухоли, как правило, формирует представления о невыносимых болях, мучительных страданиях, постепенном угасании и неизбежной смерти. Для многих людей характерно неверное, но достаточно устойчивое мнение об особой тяжести онкологических заболеваний, о неотвратимости трагического конца, фактической бесполезности лечения и недостаточно эффективной деятельности врачей. В представлениях большинства женщин онкогинекологическая патология связана с потерей менструальной и чадородной функций, необратимыми нарушениями сексуальной функции и удалением половых органов.

Несмотря на все достижения современной медицины, остаётся весьма высоким удельный вес позднего выявления злокачественных новообразований. В настоящее время считается, что основная роль хирургического подхода в программах комбинированного лечения онкологических больных заключается в максимальном удалении всех опухолевых очагов, включая первичную опухоль и метастазы, с целью создания оптимальных условий для лекарственной и лучевой терапии. Если для достижения максимальной циторедукции опухоли необходима комбинированная операция большого объёма, она должна быть выполнена.

При комбинированных хирургических вмешательствах на женских половых органах нередко возникает необходимость в расширении операции с осуществлением манипуляций на других органах в виде их резекции, ампутации или экстирпации (прямая или тонкая кишка, мочевого пузыря, мочеточники, печень). Выполнение расширенных оперативных вмешательств, обычно сочетающихся с проведением системной химиотерапии и лучевой терапии, сопровождается не только физическими страданиями, но и тяжёлыми душевными переживаниями.

Любое, даже гипотетическое предположение об онкологическом заболевании вызывает у обычного человека беспокойство, волнение и тревогу. Тем более это касается женщин с их более выраженной остротой и силой восприятия различной негативной информации, лабильностью психологических реакций. Женщины очень чувствительны к восприятию информации о заболеваниях половой сферы, поскольку это подсознательно воспринимается ими как угроза основополагающим функциям женского организма и ставит под угрозу само её существование как полноценной женщины. Безусловно, крайне важно знать особенности изменений психологических реакций женщины с онкологической патологией в процессе медицинского наблюдения и проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Первая реакция женщины на информацию о её онкологическом заболевании - это чувство острого напряжения, страха, ощущение надвигающейся неотвратимой беды, нередко женщина чувствует себя одинокой и незащищенной. У более устойчивых психологически женщин возникает чувство напряжения и ожидания, мысли о том, что этот диагноз ещё требует уточнения и, может быть, ещё не подтвердится. У особо эмоциональных, лабильных личностей могут возникать соматовегетативные реакции, в основном спастического характера: появляется чувство прострации, сопровождающееся ощущениями тяжести и даже болей в голове, тяжесть в области эпигастрия, повышение артериального давления. У лиц с астенической и истерической направленностью психических реакций возникают обморочные состояния, чувство похолодания конечностей, колющие боли в области сердца, головы, подложечной области, парестезии. Значение этих первоначальных психических реакций в том, что в дальнейшем они могут неоднократно повторяться и даже усугубляться при негативном развитии событий и при отсутствии грамотной и профессионально проводимой тактики общения и информирования со стороны врача.

Нередки случаи, когда женщины, не желая смириться с реальностью, внутренне отрицают возможность возникновения опухолевого процесса. Они не консультируются с врачом даже при самостоятельном обнаружении первых симптомов наличия опухоли, отгоняя от себя даже мысли о такой возможности. В дальнейшем они не обращаются к врачам даже при нарастании симптоматики, появлении явных признаков прогрессирования процесса, например, при аутопальпации опухоли, появлении кровянистых выделений из влагалища в менопаузальном периоде, резком похудании. Они склонны объяснять эти явления другими причинами. Высокая медицинская грамотность пациентки не является гарантией своевременного обращения и аккуратного выполнения всех рекомендаций медиков. Даже женщины-врачи при обнаружении признаков онкологической патологии иногда стремятся отрицать, психологически вытеснить сами мысли о зловещем диагнозе. В психологии это относится к проявлениям так называемого «синдрома вытеснения негативных эмоций». Женщина стремится не думать о негативном, а, значит, активно уходит от мыслей о страшной болезни, переключается на другие мысли, интересы, занятия. В дальнейшем, когда диагноз подтверждён окончательно, нередко развивается чувство усталости, безнадежности, опустошения и безразличия.

В онкогинекологической практике наиболее типичными являются психические нарушения невротического плана: тревожно-фобические расстройства, навязчивые состояния в виде стремления использовать любые, даже экзотические, "ритуальные" и неадекватные виды лечения; депрессия, часто с идеями самообвинения, нередко выраженная астенизация; психосоматические вегетативные расстройства, ухудшение отношений больной женщины с близкими, эмоционально напряжённые отношения с коллегами по работе, знакомыми, одиночество. Все эти психические нарушения требуют оказания квалифицированной психотерапевтической помощи.

Всё вышеизложенное подтверждает необходимость обязательного и активного участия психолога и психотерапевта в курации женщин с онкогинекологической патологией.