

*Потемкина Е.А., Кремлева О.В.*

## **Психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации и копинг-стратегии у больных с хронической гинекологической патологией**

Кафедра психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г.Екатеринбург

*Potemkina E.A., Kremleva O.V.*

### **Psychosocial stress-factors, adjustment disorders and coping strategies at patients with a chronic gynecologic pathology**

#### **Резюме**

Целью сплошного контролируемого и корреляционного исследования было изучение психосоциальных факторов, повышающих риск обострения хронического гинекологического заболевания и определение стратегий совладания со стрессом. Клинико-психологически психиатром исследована 151 женщина (101 - с хронической гинекологической патологией). У 94% больных обострению заболевания предшествовали психосоциальные стрессоры, преимущественно, связанные с семьей, расстройства адаптации выявлены у 22%. Пациентки с гинекологическими заболеваниями в сравнении со здоровым контролем значимо реже использовали адаптивные эмоциональные копинг-стратегии, испытывая заметные адаптационные трудности в эмоциональной регуляции при сохранении широких возможностей адаптации в когнитивной и поведенческой сфере.

**Ключевые слова:** психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации, копинг-стратегии, хронические гинекологические заболевания

#### **Summary**

The purpose of the nonrandomized controlled and correlation study was to detect psychosocial factors that increase risk of exacerbation of chronic gynecological diseases and to identify strategies for coping with stress. The psychiatrist conducted a clinical and psychological study of 151 women (101 - with chronic gynecological diseases). In 94% of patients exacerbation of the disease was preceded by psychosocial stressors, mainly related to the family, adjustment disorders were found in 22%. Patients with gynecological diseases compared with healthy controls were significantly less likely to use adaptive emotional coping strategies, experiencing notable adaptation difficulties in emotional regulation while maintaining large adjustment opportunities in the cognitive and behavioral field.

**Key words:** psychosocial factors of stress, adjustment disorders, coping strategies, chronic gynecologic pathology

#### **Введение**

Современная медицина рассматривает заболевания с позиции биопсихосоциальной модели болезни и лечения [1 - 4]. Социальные и психологические факторы стресса являются равными по важности с физическими факторами риска опухолевых, инфекционно-воспалительных и многих других заболеваний, причем действуют синергически с ними, умножая эффекты до высокого риска заболевания [5, 6]. Хотя понимание физиологических механизмов влияния психосоциальных факторов на соматическое здоровье еще неполно, нарастает объем исследований, доказывающих их влияние через посредство гено-средовых взаимодействий [7] на центральную и вегетативную нервную систему, на иммунитет, рост и метаболизм тканей, реактивность многих органов и систем [8, 9, 10, 11].

Опосредуют связи стресса с состоянием здоровья когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы и способы совладания со стрессом (копинг-стратегии), определяя степень адаптации, следующую за стрессовым событием [12, 13]. Механизмы копинга, как показали современные исследования, тесно связаны с иммунной защитой, в результате чего желательное или нежелательное копинг-поведение воздействует и непосредственно на соматический процесс и опосредованно – через сотрудничество больных в лечении [14, 15].

Многими авторами показано, что тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, наличие осложнений, частота обострений во многом зависят от психического состояния больных, наличия личностно значимых социальных стрессовых ситуаций, личностных особенностей пациенток [16, 17]. Однако исследо-

вания специфики психосоциальных стрессоров и копинг-стратегий у больных с гинекологическими заболеваниями ограничены транзиторными расстройствами [18].

**Цель** настоящего исследования было изучение психосоциальных факторов, повышающих риск обострения хронического гинекологического заболевания (ХГЗ) и определение копинг-стратегий женщин с ХГЗ.

## Материалы и методы

В сравнительное контролируемое и последующее корреляционное исследование включена 151 женщина в возрасте от 18 до 50 лет: 101 пациентка с ХГЗ (основная группа) и 50 женщин без гинекологической патологии (контрольная группа).

Пациентки с ХГЗ включены в исследование методом сплошной выборки - 101 пациентка, находящаяся на стационарном лечении в плановом гинекологическом отделении общесоматической городской больницы (ГКБ № 6). Критерии включения в исследование: возраст 18÷50 лет; наличие ХГЗ: хронические воспалительные заболевания (хронический аднексит в стадии обострения; хронический эндометрит); бесплодие (первичное и вторичное трубного и гормонального генеза); гиперпластические заболевания матки (миома матки, эндометриоз, гиперплазия и полипы эндометрия, повторно выявленные); а также информированное согласие пациентки на клинико-психологическое обследование психиатром. Критерии исключения: возраст младше 18 лет и старше 50 лет; наличие онкологического заболевания и психотических расстройств; впервые выявленное гинекологическое заболевание продолжительностью менее 1 года.

Средний возраст женщин основной группы (ОГ)  $35,57 \pm 1,77$  лет. 53% пациенток ОГ на момент исследования имели высшее образование, 82% сохраняли трудовую занятость, 73% состояли в браке. 40% женщин ОГ на момент исследования не имели детей. Из них 21% пациенток имели соматические трудности с зачатием и вынашиванием беременности, 19% пациенток выражали желание иметь ребенка в данный период жизни из-за социальных трудностей.

В качестве контрольной группы (КГ) исследована выборка из 50 здоровых женщин, обращавшихся в женскую консультацию на профилактический осмотр. Средний возраст женщин КГ  $35,19 \pm 2,68$  ( $18,0 \div 50,0$ ) лет. ОГ и КГ были естественно гомогенны по полу, сопоставимы по возрасту ( $t=0,189$ ,  $p>0,05$ ), уровню образования (ОГ КГ высшее образование 52,5% / 52% соответственно,  $S_{bin} 5,17 / 7,35$ ,  $p>0,05$ ), уровню трудовой занятости (ОГ КГ работали 82% / 84% соответственно,  $S_{bin} 3,82 / 5,18$ ,  $p>0,05$ ), семейному положению (ОГ / КГ замужем 73% / 78% соответственно,  $S_{bin} 4,41 / 5,85$ ,  $p>0,05$ ).

Соматический (гинекологический) статус оценивался лечащим гинекологом отделения. В соответствии с задачами данного исследования учитывались диагноз гинекологического заболевания и продолжительность заболевания, распределенная по интервальной шкале. Средняя продолжительность гинекологических заболеваний в исследованной группе составляла  $4,8 \pm 0,8$  г. Более

половины (55%) пациенток исследованной группы страдали на момент исследования гинекологическим заболеванием 4 и более года, еще четверть (25%) - от года до трех лет, и только 20% пациенток были больны 1 год.

Социально-демографический и психологический статус женщин ОГ и КГ изучались стандартным образом. Для исследования социально-демографических характеристик использован краткий структурированный опросник. Для психологического исследования в настоящей работе использована только методика определения копингов Э. Хайма (E. Heim) [19].

Клиническое исследование проводилось психиатром посредством неструктурированного наблюдения и клинического интервью. Заключение выражалось клиническим диагнозом в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Проблемы, не достигающие уровня психического заболевания, специфицировались Z-кодами (Приложение МКБ-10).

Формализованные данные исследования вносились как переменные в базу статистического пакета Vortex 8.0 в виде одного файла (всего сформирован 151 документ). Сравнение средних значений проводилось на основе критерия Стьюдента при условии нормальности распределения, сравнение качественных переменных - с помощью критерия Фишера, сравнение интервальных значений оценивалось посредством вычисления стандартной ошибки для дихотомической переменной (S bin) в процедурах интервального оценивания, корреляционный анализ проводился на основе коэффициента корреляции V Крамера.

## Результаты и обсуждение

93,63% пациенток с ХГЗ при психиатрическом интервью предъявляли жалобы на супружеские, детско-родительские и другие проблемы, которые были оценены по Z-кодам приложения МКБ-10. Частотное распределение психосоциальных и психологических проблем (формализованное в Z-кодах), выявленных у 91 пациенток с ХГЗ, представлено в порядке убывания в таблице 1.

Обращает на себя внимание, что первые места в рейтинге занимают проблемы, связанные с группой периничной поддержки: одиночество, дисфункциональная семья. С целью дальнейшего корреляционного анализа все выделенные психосоциальные проблемы объединены в четыре тематических подгруппы: связанные с семьей, связанные с работой, связанные с социальной жизнью, акцентированные личностные черты (рисунок 1).

Возможно, такое значительное преобладание у больных ХГЗ проблем, связанных с семьей (55%), объясняется, с одной стороны, скрытым давлением на бездетных женщин общественного мнения, социальных нормативов женской роли, повышающими в их ожиданиях и мотивах приоритет материнства и, соответственно, фрустрацию. С другой стороны, длительные периоды лечения хронически протекающего гинекологического заболевания часто ухудшают семейно-сексуальные отношения женщин, вызывая у них снижение сексуального влечения и напряженность в отношениях с партнером.

**Таблица 1. Распределение пациенток с гинекологической патологией по типам психосоциальных и психологических проблем (Z-коды МКБ-10) (n=101).**

№	Типы психосоциальных и психологических проблем (Z-коды)	n	%
1.	Отсутствие члена семьи (Z63.30)	15	9,55
2.	Другие проблемы, связанные с группой первичной поддержки (разногласия в семье, чрезмерный эмоциональный уровень в семье, неадекватные или расстроены взаимоотношения в семье) (Z63.80)	14	9,55
3.	Акцентированные личностные черты (Z73.10)	13	6,37
4.	Нет проблем	10	6,37
5.	Распад семьи в результате разделения или развода (Z63.50)	8	5,10
6.	Отсутствие работы (Z56.00)	5	3,18
7.	Напряженное рабочее расписание (Z56.30)	5	3,82
8.	Недостаточная семейная поддержка (Z63.20)	4	2,55
9.	Исчезновение и смерть члена семьи (Z63.40)	3	1,91
10.	Угроза потерять работу (Z56.20)	3	1,91
11.	Проживание в одиночестве (Z60.20)	3	1,91
12.	Потеря в детстве любимых родственников (Z61.00)	3	1,91
13.	Неподходящая работа (Z56.50)	2	1,91
14.	Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера (Z59)	2	1,27
15.	Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (Z60.00)	2	1,27
16.	Проблемы взаимоотношений с родителями или родственниками мужа. (Z63.10)	2	1,27
17.	Конфликт с начальником и сослуживцами (Z56.40)	1	0,64
18.	Смена работы (Z56.10)	1	0,64
19.	Трудности, связанные с принятием другой культуры (миграция, изменение в социальном статусе) (Z60.30)	1	0,64
20.	Излишняя опека со стороны родителей (Z62.10)	1	0,64
21.	Зависимый член семьи, нуждающийся в уходе в домашних условиях (Z63.60)	1	0,64
22.	Другие стрессовые жизненные события, влияющие на семью и экономические условия (Z63.70)	1	1,91
23.	Недостаточность отдыха и расслабления (73.20)	1	1,91
Итого:		101	100,0

*Примечание: в данном рейтинге у каждой пациентки учитывалась только одна ведущая проблема.*



**Рис. 1. Долевое распределение (%) тематических групп психосоциальных проблем пациенток с гинекологической патологией. Количество установленных проблем (108) превышает число пациенток (101), так как некоторые из них имели более одной проблемы.**

У 21,8% больных в общей выборке больных ХГЗ психологическая реакция на психосоциальные стрессоры достигала клинических (психопатологических) проявлений: расстройства адаптации (F 43.2) диагностированы у 22 больных в исследуемой группе. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, диагноз F 43.2 был верифицирован у пациенток, аффективные симптомы которых начинались в течение месяца после идентифи-

цируемого психосоциального стресса, не относящегося к катастрофическому типу. Реакция на стресс (дистресс) включала тревожные и депрессивные симптомы, у некоторых пациенток – вспышки раздражительности и гнева, субъективное чувство неспособности справиться с возникшей ситуацией, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах, заметное для окружающих. На момент консультации психиатра ситуации оставались не-



Рис. 2. Долевое распределение (%) типов расстройств адаптации у пациенток с гинекологической патологией (n=22).

разрешенными и сохраняли для больных высокую субъективную значимость. Спектр выявленных расстройств адаптации представлен на рисунке 2.

Более половины расстройств адаптации (54%) были представлены Смешанной тревожной и депрессивной реакцией; у 1/3 больных выявлялась пролонгированная депрессивная реакция, наименее распространенным было Расстройство адаптации с нарушением других эмоций.

В корреляционном анализе психических расстройств и социодемографических показателей выявлены значимые позитивные ассоциации наличия расстройств адаптации с бездетностью ( $V$  Крамера=0,421,  $p \leq 0,01$ ) и разводом в анамнезе женщин с ХГЗ ( $V$  Крамера=0,365,  $p \leq 0,05$ ). Таким образом, уязвимость к возникновению расстройств адаптации у женщин с ХГЗ повышалась социальной и субъективной «дискредитацией» их гендерной роли.

С целью сравнительного изучения копинг-стратегий больных ХГЗ посредством методики Э. Хайма была исследована 101 женщина ОГ и 50 женщин КГ. Процентное соотношение адаптивных, неадаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий (когнитивных, эмоциональных и поведенческих) в ОГ и КГ представлено в таблице 2. Значимость различий оценивалась с помощью критерия Фишера.

Обнаружены значимые различия между группами сравнения только по эмоциональным копинг-стратегиям: больные ХГЗ значимо реже ( $p < 0,001$ ), в сравнении со здоровыми женщинами, используют адаптивные эмоциональные стратегии, и значимо чаще ( $p < 0,001$ ) – относительно адаптивные. В использовании когнитивных и поведенческих копинг-стратегий значимых различий со здоровым контролем не выявлено ( $p > 0,005$ ). Эти различия говорят о том, что больные ХГЗ сохраняют возможность адаптации в когнитивной и поведенческой сфере, но имеют трудности в эмоциональной регуляции при реакциях на стресс.

Сравнение структуры адаптивных эмоциональных копинг-стратегий в ОГ и КГ показало, что больные ХГЗ реже использовали оптимизм (36% против 42%), протест (5% против 20%). Эти различия отражают больший пессимизм и конформность больных ХГЗ в сравнении со здоровыми женщинами. Среди неадаптивных эмоциональных копингов больные ХГЗ чаще использовали самообвинение (23%), подавление эмоций (9%) и покорность (2%), а среди относительно адаптивных копингов – эмоциональную разрядку (16%) и пассивную кооперацию (7%).

Среди когнитивных стратегий больные ХГЗ не использовали такой адаптивный копинг, как установка соб-

Таблица 2. Сравнение вариантов копинг-стратегий у гинекологических больных и здоровых женщин (n=151).

Копинг-стратегии	ОГ (n=101)		КГ (n=50)		F
	n	%	n	%	
Когнитивные					
A	37	36	20	40	0,383
H	30	30	13	26	0,563
O	34	34	17	34	0,040
Эмоциональные					
A	44	43	31	62	11,272**
H	34	34	13	26	2,373
O	23	23	6	12	7,693*
Поведенческие					
A	57	56	28	56	0,006
H	20	20	9	18	0,416
O	24	24	13	26	0,444

Примечание: A – адаптивные, H – неадаптивные, O – относительно адаптивные копинг-стратегии; ОГ – основная группа гинекологических больных; КГ – контрольная группа; F – критерий Фишера; \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$ .

ственной ценности (0%), тогда как в группе здоровых женщин она составила 24%, что косвенно указывает на заниженную самооценку больных ХГЗ.

В целом исследование копинг-стратегий при ХГЗ указывает на заметные адаптационные трудности эмоциональной регуляции в ответ на стрессогенные жизненные события, со склонностью к самообесцениванию, самообвинению и формированию депрессивного мировосприятия.

## Заключение

Психосоциальные стрессы широко распространены среди женщин с ХГЗ. У подавляющего большинства (94%) пациенток с ХГЗ выявлены психосоциальные факторы стресса, предшествовавшие обострению соматического заболевания. Наиболее стрессогенными были, связанные с семьей. У 22% больных ХГЗ диагностированы расстройства адаптации с преобладанием тревожного и депрессивного синдромов. Уязвимость к срывам адаптации повышалась социальной и субъективной «дискредитацией» гендерной роли женщин с нарушениями детородной функции и супружеским разводом.

Исследование копинг-стратегий женщин с ХГЗ указывает на заметные адаптационные трудности в эмоциональной регуляции, снижение самооценки и депрессивное мироощущение. Сохранные когнитивные и поведенческие копинг-стратегии позволяют предполагать эффективность когнитивно-поведенческих вмешательств при психотерапии расстройств адаптации, профилактике адаптационных срывов и обострений гинекологического заболевания. ■

*Потемкина Е.А., к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Кремлева О.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Потемкина Елена Анатольевна, 620142 г. Екатеринбург, ул. Белинского 182, кв. 206, тел. 89022669434, e-mail: e.a.potemkina@gmail.com*

## Литература:

- Alonso Y. The Biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling* 2004; 53: 239-44.
- Novack D.H., Cameron O., Epel E., et al. Psychosomatic Medicine: The Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model. *Acad. Psychiatry* 2007; 31 (5): 388-401.
- Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. Практическое руководство. СПб.: Питер; 2008.
- Кремлева О.В. Биологические эффекты психотерапии на модели ревматоидного артрита. *Российский психотерапевтический журнал* 2012; 3-4 (4-5): 81-9.
- von dem Knesebeck O., Dragano N., Moebs S., Juckel K.-H., Erbel R., Siegris J. Stressful experiences in social relationships and ill health. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2009; 59 (5): 186-93.
- Chrousos G.P. Stress and Disorders of the Stress System. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5(7): 374-81.
- Rutter M., editor. Introduction: whither gene-environment interactions? *Genetic Effects on Environmental Vulnerability to Disease: Novartis Foundation Symposium* 293. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. p. 1-12.
- Cole S.W., Mendoza S.P., Capitanio J.P. Social stress desensitizes lymphocytes to regulation by endogenous glucocorticoids: insights from in vivo cell trafficking dynamics in rhesus macaques. *Psychosomatic medicine* 2009; 71(6): 591 - 597.
- Miller G.E., Rohleder N., Cole S.W. Chronic interpersonal stress predicts activation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways 6 months later. *Psychosomatic medicine* 2009; 71(1): 57 - 62.
- Lutgendorf S.K., Lamkin D.M., Jennings N.B. Biobehavioral influences on matrix metalloproteinase expression in ovarian carcinoma. *Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer* 2008; 14(21): 6839 - 46.
- Sloan E.K., Capitanio J.P., Cole S.W. Stress-induced remodeling of lymphoid innervations. *Brain, behavior and immunity* 2008; 22 (1): 15 - 21.
- Lazarus R.S. Toward better research on stress and coping. *American Psychologist* 2000; 55: 665-73.
- Taylor S.E., Klein L.C., Lewis B.P., Gruenewald T.L., Gurung R.A.R., Updegraff J.A. Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review* 2000; 107: 411-29.
- Heim C., Ehler U., Hellhammer D.H. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25 (1): 1 - 35.
- Temoshok L., Wald R.L., Synowski S., Garzino-Demo A. Coping as a multi-system construct that influences pathways mediating HIV-relevant immune function and disease progression. *Psychosom Med* 2008; 70: 555-61.
- Hart V.A. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment. Health Nurs* 2002; 23 (1): 31 - 41.
- Кулагина Н.В., Колотильщикова Е.А., Семенова Е.Д., Чехлатый Е.И. Индивидуально-психологические особенности больных гиперпластическими процессами матки. *Вестник психотерапии* 2006; 17: 88-95.
- Igarashi M., Saito H., Morioka Y., Oiji A., Nadaoka T., Kashiwakura M. Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior, and severity of symptoms. *Gynecol. Obstet. Invest* 2000; 49 (3): 170-8.
- Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. и соавт. Методика исследования копинг-поведения у больных неврозами (в связи с задачами оценки эффективности психотерапии). СПб.: НИИ ПНИ им. В.М. Бехтерева; 2005.