

Г.А. Ткаченко¹, В.А. Чулкова^{2,3,4}

Социально-психологические проблемы больных после радикального лечения рака молочной железы

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

⁴ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

В настоящей статье приводится обзор литературы, посвященный социально-психологическим проблемам больных раком молочной железы. После завершения радикального лечения возникает множество проблем, обусловленных не только развитием физических и функциональных осложнений, но и психическим состоянием пациентки. Осознание серьезности заболевания, страх рецидива, возможное нарушение семейных отношений, потеря работы — все это снижает качество жизни больных, вызывает у них тревожно-депрессивные и астено-депрессивные расстройства. Психологическая помощь пациенткам улучшает их психоэмоциональное состояние и повышает качество жизни. В этой связи необходимо, чтобы психологическая помощь больным раком молочной железы, являющаяся неотъемлемой частью реабилитации и осуществляемая в процессе лечения, могла быть продолжена и после завершения радикального лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, лимфатический отек верхней конечности, социально-психологические проблемы, психологическая помощь, реабилитация

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин, и статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте данной патологии [1]. Ранняя диагностика и использование современных технологий в лечении этого заболевания значительно продлевают жизнь больным, но, как показывают многочисленные исследования, после завершения лечения ухудшается качество их жизни [6, 13, 20, 23, 29, 36]. Это связано со многими факторами, в том числе и с психологическим стрессом, возникающим у больных с момента обнаружения опухоли. В большинстве случаев женщина обнаруживает новообразование самостоятельно и совершенно неожиданно для себя. На развитие стресса у больных РМЖ влияет постановка диагноза злокачественного заболевания, который всег-

да вызывает психологический шок. Фатальный характер заболевания, предстоящая калечащая операция и лечение, сопряженное со многими побочными эффектами, отсутствие гарантии полного излечения — все это влияет на восприятие больными диагноза заболевания, вызывая у них сверхсильный стресс, который характерен для экстремальной или кризисной ситуации, несущей в себе угрозу психической травмы [23].

Специфика онкологического заболевания состоит еще и в том, что угроза для жизни исходит не из внешней среды, а изнутри организма — ее нельзя «отделить» от индивида. Кроме того, в отличие от событийных видов психических травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на человека, опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека, поскольку рак — не событие, а скорее переживание, отмеченное повторными травмами и неопределенностью прогноза, страхом повторения заболевания [3].

Злокачественное новообразование представляет для больной реальную угрозу жизни, но, как правило, она связана с будущим. В тоже время угроза качеству жизни больных представлена в настоящем и носит пролонгированный характер. Одновременно с наличием онкологического заболевания, вызывающим сверхстрессовое состояние у больных, некоторые аспекты лечения этого заболевания могут также выступать в качестве событийного травматического стресса — операция, приводящая к физическому дефекту, комбинированное или комплексное лечение — и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия. Следует заметить, что применение в настоящее время реконструктивно-пластических операций у больных РМЖ снижает остроту переживаний пациенток, связанных, в основном, с восприятием себя как женщины, но не освобождает от других психологических проблем, сопутствующих этому заболеванию. По нашим наблюдениям, у больных, подвергнувшимся реконструктивно-пластическим операциям, чаще

возникает страх рецидива. Изменение образа тела, особенно в случае неудовлетворительного косметического результата лечения, по мнению многих авторов, вызывает психологический дистресс [6, 25, 31, 34].

Еще больше меняется психическое состояние больной при возникновении осложнений, развивающихся после радикального лечения. К числу осложнений, появляющихся в результате применения различных методов лечения РМЖ, в первую очередь, относится лимфатический отек верхней конечности, который наблюдается у 35-40 % пролеченных женщин [4]. Лимфатический отек руки возникает как в ранние, так и в поздние сроки после операции.

Авторы статей, опубликованных в зарубежных источниках, придерживаются мнения о том, что лимфатический отек вместе с физической и функциональной ограниченностью приводит к выраженным психологическим проблемам. Психологические последствия лимфатических отеков включают фрустрацию, депрессию, тревогу, потерю уверенности в себе, социальную изоляцию и сексуальную дисфункцию [24, 30].

Фрустрация (от лат. *frustratio* — обман, расстройство, разрушение планов) — это психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задач; состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи [14].

Выдающийся отечественный психолог Б.Г. Ананьев подчеркивал, что в большинстве случаев фрустраторы, дезорганизующие индивидуальное сознание и поведение человека, имеют преимущественно социальную природу и связаны с распадом и нарушением социальных связей личности, с изменением социального статуса и социальных ролей, с различными нравственными и социальными потерями [2]. Очевидно, что это в полной мере относится к больным РМЖ, имеющим лимфатический отек верхней конечности.

Развитие лимфатического отека и нарушение функции руки приводят к ухудшению ежедневной жизнедеятельности. Женщины при развитии отека руки не могут в полном объеме выполнять повседневные домашние обязанности, испытывают трудности в подборе и ношении одежды, а в тяжелых случаях теряют способность к самообслуживанию и нуждаются в помощи даже в элементарных вещах, например, в застегивании молнии [29]. Вследствие этого, возникает множество ограничений, влияющих на снижение женщиной своей значимости и своей роли в социальной жизни, что приводит к развитию депрессии.

Изменение образа тела, связанного с последствиями оперативного лечения или развитием отека руки, ведет к снижению уверенности в себе, утрате независимости и самостоятельности, приносит душевные страдания. Некоторые женщины начинают избегать своих друзей и знакомых, резко ограничивают контакты с людьми. Особенно большие трудности возникают в летние месяцы, когда скрыть дефект под одеждой крайне затруднительно [26]. Эти обстоятельства приводят к социальной изоляции женщин.

Многие женщины вынуждены отказаться от своих прежних увлечений, например, вождения автомобиля, занятия спортом, садоводством. Это, безусловно, еще больше усугубляет социальную депривацию — снижение или отсутствие у индивида возможности общаться с другими людьми, т.е. жить в социуме, свободно взаимодействуя с его членами по различным вопросам. Нарушение контактов личности с обществом может спровоцировать характерное психическое состояние, служащее патогенным фактором развития ряда болезненных явлений, например, депрессивного состояния, вплоть до психотических расстройств.

Переизбыток негативных чувств вызывает дискомфорт и напряжение. Наиболее распространенными негативными психическими состояниями являются депрессия, тревога и астения. Тревожно-депрессивные и астено-депрессивные расстройства являются наиболее частыми у больных РМЖ, по мнению всех исследователей этой проблемы [3,6,7,20]. Они сопровождают переживания, характерные для экстремальной или кризисной ситуации — ситуации онкологического заболевания и лечения, и сами по себе могут еще более усиливать страдания и переживания больных, делая их непереносимыми.

Тревожность в структуре интегральной индивидуальности относится к уровню свойств личности. Ч.Д. Спилбергер использует термин “тревога” для описания неприятного эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения и ожидания неблагоприятного развития событий [18]. Это состояние, по мнению автора, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы, отрицательного к себе отношения. Оно характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией автономной нервной системы. Тревожное состояние, как правило, сопровождается снижением когнитивных функций: замедляется мыслительная деятельность, ухудшается память, появляется повышенная отвлекаемость и рассеянность внимания, снижается способность к тому, чтобы сосредоточиться на каком-либо предмете.

Проведенные зарубежные исследования выявили прямую связь между выраженностью тревоги и депрессии и самооценкой больных РМЖ [30, 38].

Для больной, имеющей отек руки, становятся крайне сложными для исполнения должностные обязанности, связанные с регулярным использованием пораженной руки, например, подъема, захвата и другими мелкими двигательными навыками. Кроме того, когнитивные нарушения, вызванные тревогой, усложняют выполнение профессиональных обязанностей. В результате некоторые женщины вынуждены оставить свою работу, т.е. происходит смена роли социально активного члена общества на инвалида. Это приводит к изменению семейного бюджета, что особенно негативно проявляется в семьях, где женщина была единственным (или основным) источником дохода.

Инвалидность по общему заболеванию, основной причиной которой являются осложнения после радикального лечения РМЖ, в нашей стране получают до 80% женщин [9].

Отсутствие поддержки в обществе, изменение роли женщины в семье, инвалидизация — вот социальные последствия радикального лечения РМЖ.

Анализ проведенных исследований свидетельствует об ухудшении сексуальных отношений в семье [30, 32]. Это связано, по мнению авторов, с функциональными ограничениями, возникающими у женщин, и с болевыми ощущениями, особенно при отеке верхней конечности. Кроме того, психологический стресс и депрессия снижают половое влечение женщины, а неудовлетворенность своим внешним видом и негативное отношение к себе проецируется на отношение мужа к ней, что приводит к избеганию сексуальных контактов. Как показали наши исследования, в большинстве случаев именно нарушение сексуальных отношений послужило причиной распада семьи [21].

Ряд исследований посвящен оценке качества жизни больных РМЖ, перенесших радикальное лечение и имеющих лимфатический отек верхней конечности. Так, польские исследователи представили в своей работе доказательства ухудшения качества жизни и увеличения психологического дистресса у больных с отеком руки в сравнении с больными без этого осложнения [33]. Прежде всего, они отмечают более высокий процент инвалидности в группе больных, имеющих лимфатический отек руки (45,0% и 38,8% соответственно). Согласно этим данным, больные с отеком верхней конечности достоверно ниже оценивали свое физическое и эмоциональное состояние и социальное функционирование. Среди

физических жалоб преобладали следующие: боль, повышенная утомляемость и одышка. На ухудшение эмоционального состояния указывали жалобы на раздражительность, постоянные тревожные мысли, бессонницу, снижение когнитивно-мнестических функций (снижение памяти, замедление мышления). Социальное функционирование нарушалось, прежде всего, за счет инвалидизации и изменения ролевого статуса больной. Кроме того, больные отмечали финансовые проблемы и ограничение межличностных контактов.

О снижении качества жизни, особенно психологического и социального параметров этого показателя, сообщают и другие авторы [25, 35, 37]. В их работах показано, что по мере увеличения продолжительности и интенсивности симптомов лимфатического отека руки, особенно болевых ощущений, постепенно ухудшается психологическое состояние больных, повышаются уровни тревоги и депрессии. Авторы также обсуждают и другие причины психологического стресса у этих больных. В частности, они большое внимание уделяют проблеме низкой информированности больных о рисках и последствиях лечения РМЖ, о профилактике осложнений и возможностях лечения в случае их возникновения. Немаловажное значение, по мнению указанных авторов, должно уделяться подготовке специалистов, работающих в сфере восстановительного лечения.

Эффективность лечения отека верхней конечности при обращении в специализированные учреждения показана в работе N. Linnitt и H. Young [27]. Описывая психологические проблемы, связанные с болезненным состоянием пациенток, авторы отмечают, что даже информация о возможности лечения этого осложнения вызывает у больных чувство облегчения и уменьшения напряжения. После завершения полного курса консервативной терапии у пациенток снижается психологический стресс, и они начинают более полноценно жить [28].

Отечественных исследований о психологических проблемах больных РМЖ с отеком верхней конечности значительно меньше, чем зарубежных, причем почти все они выполнены врачами, занимающимися медицинской реабилитацией. В одной из первых отечественных работ, посвященных этой проблеме, подчеркивается, что значительную долю в структуре поздних нарушений при РМЖ занимают постмастэктомические анатомо-функциональные расстройства и душевные переживания, которые, усиливаясь в отдаленном периоде, требуют активного вмешательства. Реализация последнего чаще всего невозможна в связи с отсутствием системы поддержки больных РМЖ [7].

В последующие годы уже другими авторами, в частности А.С. Койчакаевой, была выявлена четкая зависимость психоэмоциональных расстройств от выраженности постмастэктомиического синдрома и, прежде всего, его отечного компонента: с нарастанием степени отека увеличивается частота депрессии и повышается уровень тревожности [10]. С появлением и нарастанием степени выраженности неврологических проявлений постмастэктомиического синдрома (двигательных нарушений, а особенно боли) пропорционально увеличивается частота депрессии и повышается уровень тревожности. В результате подавляющее большинство показателей качества жизни снижается.

Примерно такие же данные отмечены в работах М.Ю. Кирсанова [9], М.О. Мясниковой [11], С.В. Стражева [19]. О снижении качества жизни больных после комплексного лечения РМЖ говорится в работе А.П. Серякова с соавт. [17].

Сложность ситуации при онкологическом заболевании заключается в том, что качественные характеристики жизни не могут быть обеспечены современными методами лечения злокачественных опухолей, так как большинство лиц, излеченных от рака, все же находятся в плену у страданий, различных по характеру и выраженности [7].

Таким образом, парадокс состоит в том, что у излеченных больных РМЖ основное инвалидирующее действие оказывают именно последствия радикального лечения, что ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своим масштабам и характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях. Вопросы сохранения прежнего образа жизни волнуют больных, успешно завершивших радикальное лечение или максимальное приближенных к нему, еще и потому, что процесс лечения онкологического заболевания даже при отсутствии выраженного физического дефекта оставляет глубокий след в сознании женщин. Нельзя забывать, что постоянно довлеющая мысль о перенесенной тяжелой болезни и страх смерти формируют, так называемый, «Дамоклов синдром», для которого характерно чувство неопределенности в отношении собственного здоровья и постоянное опасение рецидива заболевания. Кроме того, повышенная чувствительность и, как следствие, обеспокоенность пациентки отношением к ней окружающих после возвращения в мир здоровых и активных людей — «синдром Лазаря» — создают нервность, атмосферу психического неблагополучия, мешающего больной РМЖ спокойно жить и работать. Исследования показывают, что дефекты внешности, даже не имеющие функционального

значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни, что в полной мере, по нашим наблюдениям, относится к больным, которые перенесли радикальное лечение РМЖ [15].

Для улучшения качества жизни больных, по мнению как зарубежных, так и отечественных исследователей, необходимы реабилитационные мероприятия. Впервые о проблемах реабилитации онкологических больных заговорили в США в 1966 году на I Международной конференции, на которой рассматривались вопросы реабилитации онкологических больных. Реабилитация была определена как сложный комплекс восстановительных мероприятий, включающих медицинские, социально-психологические и экономические аспекты [22].

В работах Т.И. Грушиной убедительно доказано, что после радикального лечения РМЖ полная реабилитация, основанная на современных методах, возвращает больных к прежней работе, способствует их социальной адаптации [4, 5]. Подобные выводы отражены и в последующих исследованиях В.П. Демидова и И.П. Качанова [8], Е.В. Никитиной [12] и С.В. Стражева [19].

Почти одновременно с изучением вопросов физической реабилитации стали появляться исследования психологического статуса больных в процессе лечения и после его завершения. Авторы в своих исследованиях указывают на то, что сверхсильные переживания больной РМЖ, связанные с заболеванием и особенно с калечащей операцией, оказывают негативное влияние на всю ее дальнейшую жизнь, формируя отношение к себе, к другим, к своему будущему [8, 22].

Онкологическая статистика благоприятных исходов после радикального лечения РМЖ не отражает тот факт, что в большинстве случаев следует говорить не столько об излечении или ремиссии, сколько о замене онкологической симптоматики на психосоциальную.

Самостоятельное возвращение к прежнему образу жизни, восстановление психосоматического состояния и социальных связей возможно лишь у небольшой группы больных РМЖ. Подавляющее большинство женщин нуждается не только в медицинской, но и в профессиональной психологической помощи [3, 21, 22].

При исследовании значения психотерапии в восстановительном лечении больных РМЖ было показано, что выраженный положительный эффект имеет весь курс восстановительного лечения, но при этом положительный эффект выше у больных, в программу реабилитации которых была включена психотерапия. У них значительно улучшается психоэмоциональное состояние, снижается уровень тревоги и повышается само-

оценка, больные становятся менее замкнутыми и сосредоточенными на болезни, повышается способность осознавать и обсуждать свои проблемы. Указанные обстоятельства свидетельствуют о целесообразности включения психотерапии в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, проводимых больным РМЖ в амбулаторных условиях [7].

О позитивном влиянии физиотерапии на физические функции и уровень депрессии у больных РМЖ с лимфатическим отеком руки указывается в работе О. Atalay et al. [24]. В частности, в ней говорится, что после комплексной программы физиотерапии сократился объем окружности верхней конечности, в результате чего улучшились физические функции руки, и достоверно снизился уровень депрессии.

Необходимо отметить, что в большинстве работ отечественных авторов рассматривается, как правило, комплексная программа реабилитации, включающая, в том числе, и психологическую помощь. Так, в работе С.В. Стражева показано, что стандартная реабилитационная терапия женщин с постмастэктомическим синдромом способствует уменьшению болевого синдрома и уровня депрессии на 15-18%. При этом качество жизни улучшается на 5-7%. Однако достигнутые положительные результаты редко сохраняются в течение полугода. Вместе с тем, сочетание стандартной терапии с психокоррекционными мероприятиями в значительной мере (практически в 5 раз) снижают уровень депрессии пациенток, способствуют уменьшению восприятия пациентками болевого синдрома на 43% и повышают качество жизни в среднем на 14,5%. Отдаленные результаты по регрессу уровня депрессии и болевого синдрома стабильно сохранялись в течение полугода и более [19].

В исследованиях А.С. Койчакаевой получены убедительные данные в пользу психотерапии: проведение реабилитационных мероприятий без психотропного воздействия улучшает психоэмоциональное состояние в среднем на 5%, а показатели качества жизни — на 10%, что свидетельствует о благотворном влиянии самого факта психотерапевтической работы с больными РМЖ [10]. В свою очередь, комплексное восстановительное лечение с применением медикаментозной (психотропной) терапии и психотерапии приводит к снижению уровня депрессии и тревоги у больных с постмастэктомическим синдромом в среднем на 20% и повышению показателей качества жизни в среднем на 25%.

Улучшение психологического состояния пациенток при применении комплексного восстановительного лечения, включающего физическую и психологическую реабилитацию, выявлено в исследовании А.М. Позднякова [16]. Проведен-

ное им клинико-психологическое тестирование показало нормализацию психоэмоционального состояния и улучшение когнитивно-мнестических функций: внимания, памяти и быстроты реакций. Кроме того, была отмечена нормализация клинических и функциональных показателей: снижение болевого синдрома, восстановление объема движений в плечевом суставе, улучшение периферического кровообращения, уменьшение или полная ликвидация отека верхней конечности на стороне операции, увеличение жизненной емкости легких и физической работоспособности.

Положительную динамику психологического статуса и нормализацию нейро-физиологических показателей отмечает в своей работе и М.Ю. Кирсанов [9].

Резюмируя сказанное, следует заметить, что после радикального лечения у больных РМЖ возникает множество социально-психологических проблем, обусловленных, в том числе и развитием физических и функциональных осложнений. Осознание серьезности заболевания, страх рецидива, нарушение сексуальных отношений, угроза распада семьи, потеря работы, социальная депривация — все это приводит к развитию тревожно-депрессивного синдрома, ухудшает качество жизни пациенток. Психологическая помощь больным РМЖ, осуществляемая на всех этапах лечения и реабилитации, должна быть продолжена и после завершения радикального лечения, так как она способствует повышению качества жизни больных, что является в настоящее время крайне актуальной задачей, имеющее, в том числе, важное экономическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Статистика рака молочной железы в России // Актуальные аспекты клинической маммологии / ред.: Е.Б. Кампова-Полева, С.М. Портной. — М.: Автор. акад., 2014. — С. 12–17.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. — СПб. Питер, 2002. — 288с.
3. Ворона О.А. Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы. Дисс. канд. псих. наук. — М., 2005. — 205 с.
4. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР, 2006. — 239 с.
5. Грушина Т.И. Реабилитация пациенток после радикального лечения первичного рака молочной железы с помощью методов физической терапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2011. — № 2. — С. 11-17.
6. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2016. — Т. 12. — № 1. — С. 56-62.

7. Демин Е.В., Чулкова В.А. Качество жизни больных раком молочной железы как социально-психологическая проблема // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях (сборник). — Л., 1990. — Т. 127. — С. 126-129.
8. Демидов В.П., Качанов И.П. Современные принципы реабилитации при раке молочной железы: Обзор // Советская медицина. — 1988. — № 10. — С. 67-70.
9. Кирсанов М.Ю. Рефлекторная терапия при восстановлении функции верхней конечности у больных раком молочной железы в послеоперационном периоде (клинико-нейрофизиол. характеристика): автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2008. — 22 с.
10. Койчакаева А.С. Психоэмоциональные расстройства и качество жизни у больных с неврологическими проявлениями постмастэктомического синдрома: автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2004. — 25 с.
11. Мясникова М.О. Обоснование и оценка эффективности методов диагностики и лечения больных с постмастэктомическим отеком верхней конечности: автореф. дис. д.м.н. — СПб., 2002. — 39 с.
12. Никитина Е.В. Комплекс реабилитационных мероприятий у женщин, инвалидизированных в результате радикального лечения рака молочной железы: автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1999. — 23 с.
13. Пасов В.В. Вопросы качества жизни, социальной реабилитации и психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2001. — № 3. — С. 36-39.
14. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. М.: ИНФРА-М, 1998. — 528 с.
15. Пиковский Ю.Б., Климашин Ю.И., Руденко К.Н., Климашин А.Ю. Задачи организации объективной психодиагностики в соматической клинике. // Материалы 5 Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. Москва. — 2002. — С. 113.
16. Поздняков А.М. Физическая реабилитация пациенток после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы: автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2007. — 26 с.
17. Серяков А.П., Забелин М.В., Сидоров Д.Б., и др. Оценка качества жизни больных после комплексного лечения постмастэктомической лимфедемы // Врач скорой помощи. — 2014. — № 6. — С. 21-26.
18. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте: междунар. сб. научн. ст. / сост. Ю.Л. Ханин. — М.: Физкультура и спорт. — 1983. — С. 12-24.
19. Стражев С.В. Медицинская реабилитация больных с постмастэктомическим синдромом : автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 2012. — 48 с.
20. Ткаченко Г.А. Динамика личностных особенностей женщин в кризисной ситуации. Дисс. канд. психол. наук. — М., 2008. — 155 с.
21. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы // Сиб. психол. журн. — 2008. — № 3. — С. 97-101.
22. Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы. Дисс. канд. псих. наук. — СПб; 1999. — 190 с.
23. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевания с витальной угрозой: и экстремальная ситуация и психологический кризис // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н.С. Хрусталевой. — СПб: Из-во С.-Петерб. ун-та, 2018. — С. 199-236.
24. Atalay O. T., Özkir A., Çalik B. B. et al. Effects of phase I complex decongestive physiotherapy on physical functions and depression levels in breast cancer related lymph edema // J. Phys. Ther Sci. — 2015. — Vol. 27(3). — P. 865-870.
25. Beaulac S.M, McNair L.A, Scott T.E. et al. Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer // Arch Surg. — 2002. — Vol. 137. — P. 1253-1257.
26. Carter B.J. Women's experiences of lymphedema. Oncol Nurs Forum. 1997; 24: 876-882.
27. Linnitt N., Young H. The complexities of managing breast oedema // Br. J. Community Nurs. — 2007. — Vol. 12(11). — P. 513-517.
28. Farncombe M., Daniels G., Cross L. Lymphedema: the seemingly forgotten complication // J. Pain. Symp. Manage. — 1994. — Vol. 9. — P. 269-276.
29. Funch D.P., Marshall I. The role of stress, social support and age in survival from breast cancer // J. Psychosom. Res. — 1983. — Vol. 27. — P. 77-83.
30. Mc Wayne J., Heiney S.P. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema // Cancer J. — 2005. — Vol. 104. — P. 457-466.
31. Meijer R.S, Rietman J.S, Geertzen J.H. et al. Validity and intra- and interobserver reliability of an indirect volume measurement in patients with upper extremity lymphedema // Lymphology. — 2004. — Vol. 37. — P. 127-133.
32. Passik S.D, Newman M.L, Brennan M, Tunkel R. Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer // Psycho-Oncology. — 1995. — Vol. 4. — P. 255-263.
33. Pyszel A., Malyszczak K, Pyszel K. et al. Disability, psychological distress and quality of life in breast cancer survivors with arm lymphedema // Lymphology. — 2006. — Vol. 39(4). — P. 185-92.
34. Sammarco A. Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer // Cancer Nurs. — 2001. — Vol. 24. — P. 272-277.
35. Shapiro S.L., Lopez A.M., Schwartz G.E. et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables // J. Clin. Psychol. — 2001. — Vol. 57. — P. 501-519.
36. Swenson K.K., Nissen M.J., Ceronisky C. et al. Comparison of side effects between sentinel lymph node and axillary lymph node dissection for breast cancer // Ann. Surg. Oncol. — 2002. — Vol. 9. — P. 745-753.
37. Velanovich V, Szymanski W. Quality of life of breast cancer patients with lymphedema // Am. J. Surg. — 1999. — Vol. 177. — P. 184-188.
38. Voogd A.C, Ververs J.M, Vingerhoets A.J. et al. Lymphoedema and reduced shoulder function as indicators of quality of life after axillary lymph node dissection for invasive breast cancer // Br. J. Surg. — 2003. — Vol. 90. — P. 76-81.

Поступила в редакцию 03.09.2018 г.

G.A. Tkachenko¹, V.A. Chulkova^{2,3,4}

Socio-psychological problems of patients after radical treatment for breast cancer

¹N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow

²N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, St. Petersburg

³I.I. Mechnikov North-West State Medical University, St. Petersburg

⁴St. Petersburg State University, St. Petersburg

This article presents an overview of literature on the socio-psychological problems of breast cancer patients. After the completion of radical treatment there are arisen a lot of problems caused not only by the development of physical and functional complications but also by a patient's mental state. Awareness of the seriousness of the disease, fear of relapse, possible disruption of family relationships, loss of work - all this reduces the quality of life of patients, causes anxiety-depressive and astheno-depressive disorders. Psychological assistance to patients improves their psycho-emotional state and improves the quality of life. In this regard it is necessary that psychological assistance to patients with breast cancer, which is an integral part of rehabilitation and is carried out in the course of treatment, could be continued even after the completion of radical treatment.

Key words: breast cancer, lymphatic edema of the upper limb, socio-psychological problems, psychological assistance, rehabilitation