ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST KOD BOLESNICA SA KARCINOMOM GRLIĆA MATERICE PRE OPERATIVNOG LEČENJA

Anxiety and depression in patients with cervical cancer before surgical treatment

Ljiljana Stanimirović, Opšta bolnica "dr Laza.K.Lazarević", Šabac, Srbija

Korespondent:

Dr Ljiljana Stanimirović,

Mob.tel: +38164 8623390

Mejl adresa: drljiljanastanimirovic@gmail.com

SAŽETAK

U sklopu liazon psihijatrije, psihoonkologija zauzima bitno mesto sa ciljem adekvatnog lečenja onkoloških pacijenata. Krajem prošlog veka prvu fazu razvoja ove oblasti obeležila je dilema, da li reći pacijentu od čega boluje i kako to učiniti. Karcinom grlića materice je najčešće oboljenje genitalnih organa žene, a u poslednjih par godina se beleži porast u oboljevanju i smrtnosti.

Niska zdravstvena kultura naroda kao i rano ne prepoznavanje prvih simptoma bolesti, utiču na kasni početak lečenja. Pored biološkog uzročnika Humanog Papiloma virusa, na nastanak ovog oboljenja utiču psihološki i psihički faktori, što je kroz istoriju medicine opisano. Temperament i karakter žene su osnova za emocionalno reagovanje na psihološke prekurzore i psihološke faktore. Istraživanja su pokazala da žene koje su emocionalno inhibovane i smanjenog kapaciteta za emocionalno pražnjenje su predisponirane za maligna oboljenja. Psihičko reagovanje na somatske bolesti i uopšte odnos prema somatskim bolestima je različit i individualan. Istraživanja potvrđuju uvek prisutnu anksioznost, već kod prvog pregleda kod ginekologa, što ukazuje na strah od neizvesnosti.

Potvrda dijagnoze maligne bolesti i dalji tok lečenja, pored anksioznosti mogu dovesti do dijagnostikovanja depresije, poremećaja raspoloženja, seksualnih disfunkcija žene.

U psihoonkološkoj praksi se koriste skale, testovi i upitnici za procenu anksioznosti, depresivnosti, stresa, kvaliteta života, psiholoških mehanizama odbrane, kroz timski rad.

Ključne reči: karcinom grlića materice, psihoonkologija, anksioznost, depresija.

ABSTRACT

As part of the Liaison Psychiatry, psycho-oncology takes important place with the goal of adequate treatment of oncology patients. At the end of last century, the first phase of the development of this area is marked by dilemma, whether to tell the patient what is suffering of and how to do it. Cervical cancer is the most common diseases of women genital organs and in the last few years, trend shows the increase of illness and mortality.

Overall low level of health culture in general population, as well as late recognition of symptoms, results in late cure treatment. In addition to the biological nature of causes – Human Papiloma virus, the illness is affected by emergence of psychical factors, which is described throughout the history of medicine. Women temper and character is the basis for emotional reaction of psychological factors. Studies had shown that women, who are emotionally inhibited with reduced capacity for emotional discharge, were predisposed for malignant diseases. Psychological response to somatic diseases and, in general, attitudes towards physical illness is different and individual. Research confirms the always present anxiety, already at the first examination by a gynecologist, indicates a fear of uncertainty.

Confirmation of diagnosis of malignant diseases and expected treatment, in addition to anxiety, can lead to a diagnosis of depression, mood disorder and sexual dysfunction.

In common psychological practice are in use various scales, test and questionnaires for assessment of anxiety, depression, stress level, quality of life, psychological defense mechanisms, all that convey through team work.

Key words: *Cervical cancer, psychology, anxiety, depression*

UVOD

Psihoonkologija je proistekla iz liaison-psihijatrije uključujući primenu psihijatrijskog znanja, ideja i tehnika, koje mogu biti od pomoći onkologu u razumevanju i tretmanu pacijenta. Sa druge strane, bolest sama za sebe ne postoji, uvek postoji bolstan čovek, te psihijatrija je i pacijentu od pomoći. Holistički pristup baziran na trojstvu: telo, psiha, sredina – bolest je suma totalnih reakcija i ne postoji nezavisno od čoveka [2].

Od svih malignih oboljenja na genitalnim organima žene najčešće se javlja rak grlića materice i čini 75% svih malignih tumora genitalija. Najčešće se javlja u periodu između 35 i 60 godina, sa tendencijom da sve više nastaje kod mladih žena, čak i ispod 30 godina starosti, što je veoma zabrinjavajuće. Prema podacima Instituta „Dr Milan Jovanović Batut“, svake godine registruju se 1.244 nova slučaja raka grlića materice, dok 480 pacijentkinja umre od te bolesti. Po broju obolelih od ove bolesti, četvrti smo u Evropi, posle Bugarske, Litvanije i Rumunije, a drugi po broju umrlih žena, posle Rumunije. Dobijeni su poražavajući rezultati za sve vrste malignih tumora uopšte, jer imamo čak 36.000 novoobolelih, a za rak grlića materice najnoviji podacdi su surovi i ukazuju da trostruko više žena kod nas oboljeva u odnosu na žene u okruženju. Podaci SZO ukazuju da je drugi po učestalosti, treći po smrtnosti maligni tumor u populaciji žena u globalu. Žene starije od 35 godina oboljevaju 80-90%. Godišnje, 83% žena umre u zemljama u razvoju. Predpostavke su da će u 2020. god. oboleti oko 1 000 000 žena [5].

Na visoku stopu oboljevanja kao i smrtnosti, pored zdravstvene neprosvećeneosti i niske zdravstvene kulture, utiče činjenica da rano prepoznavanje raka grlića materice nije moguće, jer u početku bolesti simptomi izostaju [6].

POVEZANOST PSIHIČKO PSIHOLOŠKIH FAKORA I NASTANKA KARCINOMA

Izazivač karcinoma grlića materice je u 90% slučajeva Humani Papiloma Virus. Nekoliko sojeva ovog virusa su prijemčivi za tkivo grlića materice i svojim menjanjem genetskog materijala ćelije dovode do poremećenog izgleda grlića i rasta ćelija, njihovog nekontrolisanog razmnožavanja i pojave raka. Ova maligna bolest ne daje tipične simptome teške bolsti na početku. Zato je veoma bitno da žena obrati pažnju na svako krvarenje između menstrualnih ciklusa, kao i na krvarenje tokom i posle seksualnih odnosa. Bolovi se javljaju u poodmaklom stadijumu bolesti, usled čega se pacijentkinja valja kasno na pregled, kada je bolest uznapredovala. Tada je lečenje komplikovanije, a za neke i ne postoji, jer je bolest u terminalnoj fazi [6].

Veza između psihičko-psiholoških faktora i nastanka karcinoma, prema istoričarima medicine, datira od II veka, od Galenovog zapažanja da se karcinom mnogo češće javlja u melanholičnih žena, nego u onih sa sangviničkim temperamentom.

Da se podsetimo: melanholični temperament ima retke ali izuzetno intenzivne emotivne reakcije, koje dugo traju; sangvinična osoba se odlikuje brzim, kratkotrajnim emocionalnim reakcijama, lako menja raspoloženje, sklona je optimizmu i vedra. Temperament je način emocionalnog reagovanja osobe u svakoj situaciji, dok karakter ukazuje na individualni sklop pretežno socijalnih aspekata u strukturi ličnosti, motivacionih i moralnih [1].

U XVIII i XIX veku, objavljeni su radovi u kojima se pominje „emocionalni protest“ koji predhodi potvrdi malignog oboljenja. 1759. Richard Guy potvrđuje Galenovu teoriju da je melanholični karakter sklon oboljevanju od karcinoma, a100 godina kasnije Paget u Londonu i Parker u Americi, svojim studijama potvrđuju predhodnike (Greer, 1983. godine).

Na osnovu istraživanja koja su ispunjavala nužne stručno-metodske kriterijume, dobijeni rezultati kao bitni činioici iz ove oblasti se delele u dve grupe: psihološki prekurzori (stresogeno iskustvo, depresija i njena uloga u razvoju karcinoma, karakteristike ličnosti); psihološki faktori koji utiču na tok karcinoma [1].

Ako se stresni događaj uzme kao parametar, rađene dosadašnje studije nisu pokazale da je bilo koji ili određeni potresni događaj prethodio pojavi karcinoma.

U istraživanjima gde je depresija uzeta kao prekursor karcinoma, rezultati ukazuju na značajnu korelaciju između cervikalnog karcinoma uterusa i predispozicije za osećaj beznada [1].

U studijama gde je prekurzor, karakteristike žena obolelih od karcinoma grlića materice u poređenju sa onima obolelim od benignog tumora, autori zaključuju da se ličnosti predisponirane za karcinom genitalnih organa krakterišu emocionalnom inhibicijom i smanjenim kapacitetom za emocionala pražnjenja. Zaključak ukazuje na kontrolisane, konformistički orjentisane i manje agresivne ličnosti koje su podložne ovom oboljenju [3, 7].

PSIHIČKE REAKCIJE NA SOMATSKU BOLEST

Opšte govoreći, psihičke reakcije na somatsku bolest, mogu se manifestovati kroz:

- Anksioznost (radoznalost prema prognozi bolesti – neizvesnost je gora od najcrnje izvesnosti);
- Regresija (zavisnost od drugih – na nivo deteta i vezanost za majku; pasivno – receptivna struktura ličnosti – pozicija deteta);
- Depresija (kod osoba gde je rigidan Super-ego i koji funkcionišu po principu perfekcije);
- Agresivnost (bes i ljutina na okolinu – projekcija osećanja nezadovoljstva na druge) [2].

Retrofleksija – agresija na samoga sebe, povećava rizik od suicida.

Odnos prema somatskoj bolesti može biti veoma različit:
- Aktivno – sarađujući (prihvata bolest i sarađuje u lečenju);
- Kapitulirajući – prihvata bolest, ali se predaje, nema energije; defetistički stav – tako mora da bude – pesimizam;
- Izbegavajući – negacija bolesti (bolest je slepa mrlja, ne prihvata lečenje, kontrole – kontrafobično ponašanje) [2].

Dijagnostičke procedure koje se primenjuju u cilju postavljanja dijagnoze su:

- PAP test, kolposkopski pregled, biopsija, kiretaža cervikalnog kanala, konizacija, HPV tipizacija [6].

Lečenje zavisi od stadijuma bolesti i obuhvata specifične mere hirurške, knverzivne, onkološek i psihijatrijske terapije [6].

Istraživanje anksioznosti i depresivnosti kod bolesnica sa karcinomom grlića materice

pre operativnog lečenja obavljeno je u OB Šabac kod 40 bolesnica koje su pripremane za operaciju karcinoma grlića materice (20 konizacija i 20 radikalna histerektomija). Predhodno nisu bile psihijatrijski lečene. Metode procene: Hamiltonova skala za depresivnost – skor: 0-7 bez depresivnosti; 8-15 minor depresija; 16 i više major depresija.

Hamiltonova skala za anksioznost sadrži 14 ajtema koji pokrivaju somatske i psihičke simptome anksioznosti i depresivnosti. Skor: 0- ne postoji anksioznost; 1 – slaba; 2 – umerena; 3 – ozbiljna; 4 – izražena anksioznost.

U sklopu studije obrađeni su i sledeći parametri: starosna struktura bolesnica (veća prosečna starost druge grupe – 47 godina); godine prve menarhe (srednje vrednosti ukazuju na ho-

ZAKLJUČAK

Izražen je komorbiditet psihijatrijskih i psihoseksualnih poremećaja koji prate operativne zahvate na genitalnim organima žene. Sama poseta lekaru izaziva zabrinutost, koja je još veća kod bolesnica sa utvrđenom malignom bolešću. Broj ginekoloških simptoma je u korelaciji sa „sindromom stresnog odgovora“. Stabilne veze i prisustvo partnera umanjuje zastupljenost depresije i anksioznosti. Bolest i hospitalizacija remeti životne događaje svake osobe, pokreće osećaj bespomoćnosti, nameće osećaj mogućeg gubitka i dovođenja u pasivni položaj [3,4].

Situacija zahteva kupiranje nepovoljne životne situacije mobilisanjem svih raspoloživih potencijala ličnosti. Poremećaj prilagođavanja dominira depresivno raspoloženje. Preoperativna anksioznost je u korelaciji sa očekivanom postoperativnom anksioznošću i brzinom oporavka nakon operacije. Bolesnice koje

LITERATURA:

1. Kecmanović, D., Adamović, V., Jašović – Gašić, M., Diligenski, V., Zimonja – Krišković, J., Volf, N., Ljubović, S. *Liaison psihijatrija, Psihoonkologija, tom III. Psihijatrija, 1989. Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 56:1929-1934.*
2. Marić, J. *Klinička psihijatrija, 1998. „Barex“ Beograd. 22:321-322.*
3. Džodić, R., Nešković – Konstantinović, Z., Gudurić, B. *Rak dojke, Zavod za udžbenike, Beograd, 2014. 12:281-283*
4. Jovanović, D. Nađ, I. *Osnovi onkologije i palijativna nega onkoloških bolesnika. Psihoonkologija, Novi Sad, 2008. Medicinski fakultet Novi Sad, 17.2:371-373.*
5. MOS-ova škola: *Osnovi ginekološke onkologije i novine u medikamentoznom lečenju, Psihosocijalna podrška, 2016. Beograd, 245-249.*
6. Petković, S. i saradnici, *Ginekologija, 2004. Elit Medica, Beograd.*
7. Damjanović, A., Jašović – Gašić, M., Jakulić, S. *Psihobiološki model kancerogeneze. Engrami, Jugoslovenski časopis za kliničku psihijatriju psihologiju i granične discipline, Beograd, Vol. 15, No. 3-4, 1994., 51-56.*
8. Klikovac, T. *Psihološka istraživanja 2010., 13:261-271.*

mogenost obe grupe); broj porođaja (najveći broj ispitanica, dva porođaja); pušenje (kod obe grupe dominiraju nepušači); bračno stanje (obe grupe bolesnica bile su u barku: I grupa 19, II grupa 20 – princip homogenosti); nivo obrazovanja (dominira u obe grupe srednje obrazovanje); podaci obrađeni korišćenjem T- testa.

SKOR DEPRESIVNOSTI na Hamiltonovoj skali neposredno PRE operacije je VEĆI kod bolesnica kod kojih je rađena radikalna histerektomija. SKOR ANKSIOZNOSTI na Hamiltonovoj skali neposredno PRE operacije, kod obe grupe bolesnica je bio JEDNAK [8].

Strah od očekivane operacije je prisutan bez obzira na vrstu zahvata, a najizraženiji je neposredno pred samu operaciju, dok se čeka na ulazak u operacionu salu – strah od neizvesnog! Operacija je psihosocijalni krizni momenat u životu žene, uspešno ili ne savladana u smislu fizičkog, psihičkog zdravlja i seksualnog funkcionisanja. Operacija je provokacija patološke anksioznosti kod predisponiranih bolesnica. Strah – psihoemocionalna reakcija uz anksioznost i pretpostavku loše budućnosti. Ugroženost – fizički integritet i izvesni stepen socijalne izolacije (flustrirajuća reakcija – ličnost zbog bolesti je lišena realizacije nekih socijalnih uloga, sopstvenih ciljeva i ideala) [4, 8].

Anksiozne i depresivne reakcije različitog stepena prate operativne zahvata, zavisno od: značaja koji taj deo tela ima za celokupnu ličnost; obima deformiteta; sistema vrednosti individue; spremnost pojedinca da prihvati ulogu bolesne osobe. Svaka trauma ili hirurška intervencija može izazvati poremećaj polnog identiteta, krizne reakcija anksiozno – depresivnog sadržaja do psihotičnih reakcija [4, 5].

pred operaciju ne pokazuju skoro nikakvu zabrinutost, maskiranju anksioznost i čine rizičnu grupu za nastanak paničnog stanja, porast anksioznosti i pojavu suicidalnosti u postoperativnom toku [2,3]. U socijalnom kontekstu svi vidljivi delovi tela su uključeni u komunikaciju – govor, sluh, gestikulacija, mimika, stav tela, način hoda itd. Somatske traume i operativni zahvati narušavaju i spoljašnju performansu bolesnice. Negativni stavovi vezani za telo nisu određeni samo samoprocenom i doživljajem nesigurnosti, već sa anksioznošću koja se javlja zbog bolova, oboljenja i intervencija na telu [5].

Istraživanja opisuju ozbiljnost depresivnih i anksioznih simptoma kod žena koje se javljaju ginekologu i onkologu u cilju procene ginekološkog statusa. Neophodnost saradnje ginekologa – onkologa i psihijatra je sigurna [4].