

Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzy

Psychological aspects of breast cancer for women during the menopause

Natalia Guglas¹, Jacek Mackiewicz², Piotr Pawlik¹, Wojciech Cichy¹

¹Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Akademii Medycznej w Poznaniu,
kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Wojciech Cichy

²Katedra Biotechnologii Medycznej, Zakład Immunologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii,
kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Andrzej Mackiewicz

Przeгляд Menopauzalny 2007; 1: 19–22

Streszczenie

Rak piersi jest główną przyczyną umieralności kobiet w Polsce. Zachorowalność na ten nowotwór wykazuje stałą tendencję wzrostową. Najczęściej chorują kobiety w okresie okołomenopauzalnym. W tym czasie w życiu kobiety zachodzi wiele zmian fizycznych i psychicznych. Dolegliwości związane z menopauzą często współistnieją z nagle zmieniającą się sytuacją społeczną, ekonomiczną i rodzinną. Chorobie nowotworowej towarzyszą bardzo silne negatywne reakcje emocjonalne, w postaci lęku, poczucia zagrożenia i niepokoju. Podobne objawy są charakterystyczne dla klimakterium. Labilność emocjonalna, utrata poczucia atrakcyjności fizycznej, zaburzenia w relacjach partnerskich i poczucie obniżenia własnej wartości, w konsekwencji przyczynić się może do wystąpienia depresji. Niezwykle ważne jest zaproponowanie kobietom opieki lekarskiej i psychologicznej, w szczególności poszukanie zasobów i sieci wsparcia, które mogą pomóc w procesie powrotu do uzyskania równowagi fizycznej i psychicznej. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na fakt, że rozpoznanie choroby nowotworowej gruczołu piersiowego w okresie menopauzy jest znacznym, dodatkowym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Istotnym elementem terapii jest objęcie chorych, a także ich rodzin kompleksową opieką lekarską i psychologiczną. Ma to szczególne znaczenie w okresie menopauzy, kiedy to zaburzone zostają dotychczasowe role kobiety jako matki i żony. Znacząca jest aktywna współpraca całego personelu medycznego i indywidualne podejście do pacjentki.

Słowa kluczowe: rak piersi, menopauza, psychoonkologia

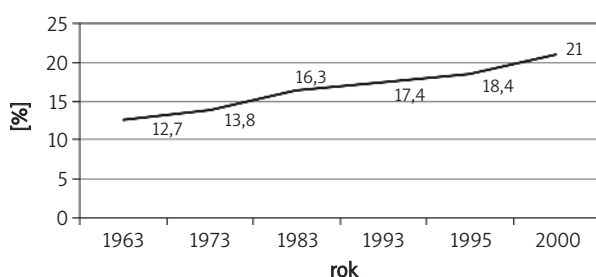
Summary

Breast cancer is the main cause of death of women in Poland. The morbidity rate for this cancer is invariably on the increase. Of considerable significance is certainly the age at which one is stricken with the cancer. The most ill-timed period for breast cancer to appear is the menopause, the period when, apart from any standard cancer-related ailments, women undergo violent menopause-related changes as far as both their psyches and their bodies are concerned. The social, economic and familial circumstances of the diseased undergo similar changes. Cancers are usually accompanied by intensely negative emotional reactions such as fear and immense uneasiness. These emotions overlap with those characteristic for the menopause, such as the lack of emotional stability, vascular and locomotory disorders, the impression of being physically unattractive – all of which can result in depression. It is of vital importance that cancer-stricken women are taken care of in both a strictly medical and psychological sense; extra-medical emotional assistance can also prove crucial here. The goal of the present paper is to underline the fact that identification of nipple gland cancer during the menopause is an additional major burden, both physical and emotional. An important part of the therapy is to provide the diseased and their families with an all-around medical and psychological care. This is especially important during the menopause, when the hitherto-stable female roles of a mother and a wife are severely upset. All of the above relies heavily on the active co-operation of each and every member of the medical staff and on the individual approach to each and every patient.

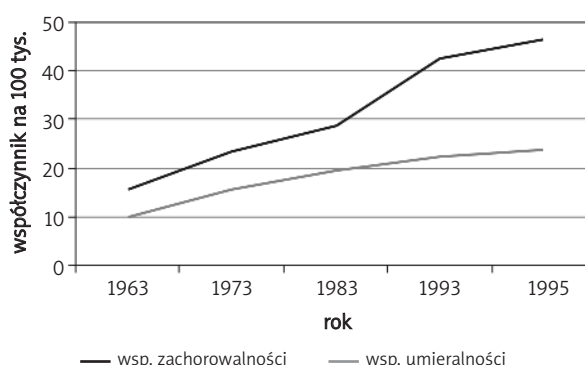
Key words: breast cancer, menopause, psycho-oncology

Adres do korespondencji:

lek. **Natalia Guglas**, Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych i Katedry Pediatrii Akademii Medycznej, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań



Ryc. 1. Procentowy udział nowotworów złośliwych piersi w ogólnej liczbie nowotworów złośliwych u kobiet



Ryc. 2. Zachorowalność i umieralność na raka piersi u polskich kobiet w latach 1963–1995

Epidemiologia raka piersi u kobiet w Polsce

W Polsce nowotwory złośliwe są pierwszą przyczyną zgonów kobiet w wieku poniżej 65. roku życia. Wśród tych nowotworów pierwsze miejsce zajmuje rak piersi. Od ponad stu lat obserwuje się w Polsce wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi [1]. W ostatnich latach odnotowano tendencję wzrostową, jeśli idzie o zapadalność na nowotwory gruczołu piersiowego u kobiet w wieku pomenopauzalnym, podczas gdy w latach 80. Polska należała jeszcze do krajów niskiego ryzyka. Przyczyna tego zjawiska nie jest w pełni poznana, ale wydaje się, że wyjątkowo ważne mogą być te elementy stylu życia, które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na metabolizm hormonalny. Zmiany te znajdują odzwierciedlenie w różnicach zachorowalności i umieralności na nowotwory pomiędzy populacjami miejskimi i wiejskimi. Zjawisko to spowodowane jest częściowo wpływem środowiska, czyli pojawieniem się większej liczby czynników rakotwórczych (związanych np. z uprzemysłowieniem i urbanizacją), ale związane jest również z przedłużeniem średniej długości życia kobiet.

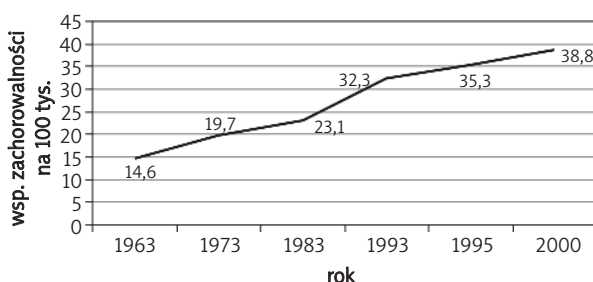
Zmiany modelu prokreacji w krajach rozwiniętych, polegające na tym, że średni wiek kobiet rodzących po raz pierwszy jest coraz wyższy, mogą mieć szczegól-

ne znaczenie w epidemii raka piersi w XX wieku. Inne czynniki ryzyka, takie jak hormonalna terapia zastępcza w okresie menopauzy, doustne środki antykoncepcyjne, promieniowanie jonizujące, czy alkohol odgrywają mniejszą rolę. Wynika to z badań kohortowych, które wykazały istotny, odwrotnie proporcjonalny związek pomiędzy liczbą ciąż a ryzykiem zachorowania [2].

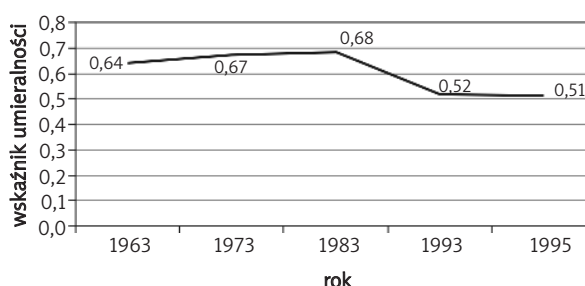
Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce [1]; na chorobę tę zapada 1 na 12 kobiet w wieku 20–65 lat (ryc. 1). Dane z lat 1963–1996 wskazują, że wzrost zachorowalności jest szybszy od umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce (ryc. 2).

W 2002 r. rak piersi był przyczyną 13% zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet (9% w 1963 r.) [3]. Nie ma wątpliwości, że w najbliższych latach nowotwory piersi nadal pozostaną ważnym problemem zdrowotnym (ryc. 3).

Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe piersi gwałtownie wzrasta po 35. roku życia, a bardzo wysokie wskaźniki utrzymują się do późnego wieku. W ogólnej liczbie zachorowań na raka piersi ponad 70% dotyczy kobiet w wieku pomenopauzalnym. Wskaźnik śmiertelności (iloraz zgonów do zachorowań) chorych na nowotwory złośliwe piersi wykazuje tendencję do obniżania się. Może to świadczyć o poprawie metod wykrywania, rozpoznawania i leczenia (ryc. 4).



Ryc. 3. Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka piersi u polskich kobiet w latach 1963–2000



Ryc. 4. Wskaźnik śmiertelności u polskich kobiet chorych na raka piersi w latach 1963–1995

Problemy związane z klimakterium

W niniejszej pracy chcemy zwrócić uwagę na szczególnie trudną sytuację kobiet, u których choroba nowotworowa rozwija się w okresie menopauzy. Termin menopauza oznacza dosłownie ostatnie krwawienie miesięczne. Jest to przejściowy moment trwającego kilka lat okresu przejściowego (klimakterium) w życiu kobiety między wiekiem prokreacyjnym a starością. Polega ona na stopniowym wygasaniu funkcji hormonalnej jajników; przypada między 45. a 55. rokiem życia. Zmiany, które zachodzą w organizmie kobiety prowadzą do licznych dolegliwości fizycznych i psychicznych. Często dolegliwości fizyczne, takie jak uderzenia gorąca, wzmożona potliwość, bezsenność, drażliwość uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie zawodowe i pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych [4]. Wiele kobiet przyznaje się do tego, że z lękiem myśli o zbliżającej się menopauzie. Staje się ona dla nich wyznacznikiem początku starości, a co za tym idzie – utratą sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. W tej trudnej dla nich sytuacji życiowej szukają pomocy zarówno u psychologa, jak i lekarza. Postępowanie lekarskie obejmuje stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Polega ona na suplementacji estrogenów, których brakuje w tej dekadzie życia. Leczenie takie jest jednak bezwzględnie przeciwwskazane u kobiet chorych na raka piersi. W prewencji chorób serca skuteczne okazują się leki obniżające poziom cholesterolu (inhibitory reduktazy – statyny). W przypadku stwierdzenia obniżonej masy kostnej i związanej z tym faktem osteoporozy można rozważyć podanie bisfosfonianów, które mają działanie antyresorpcyjne i przeciwzapalne. Obniżenie liczby i nasilenia uderzeń gorąca można uzyskać poprzez stosowanie klonidyny oraz witaminy E, lecz prawie nigdy nie są one tak skuteczne, jak estrogeny. Zmiany w obrębie układu moczowo-płciowego o charakterze zapalno-zanikowym, które występują u blisko 50% kobiet w okresie menopauzy można złagodzić poprzez środki nawilżające pochwę oraz estrogenne preparaty dopochwowe o znikomym działaniu ogólnoustrojowym [5]. Z powodu ograniczonych możliwości farmakologicznego leczenia objawów menopauzy u kobiet chorych na raka piersi powinny one zostać objęte szczególnie opieką psychologa i lekarza, a także wsparciem personelu medycznego [6].

Menopauza pojawia się w życiu kobiety, kiedy jest jeszcze młoda, ma często już dorosłe dzieci, ustabilizowaną sytuację zawodową i wydaje się, że czas, który ma przed sobą, może wykorzystać na rozwijanie zainteresowań i pasji. W wielu przypadkach spędza go jednak na walce z ciężką chorobą, jaką jest rak piersi i z narastającym lękiem.

Rak piersi a klimakterium

Wiadomość o ciężkiej chorobie wywołuje bardzo silne, negatywne reakcje emocjonalne, takie jak lęk, poczucie

zagrożenia i niepokój. Pojawiają się one jeszcze przed faktycznym rozpoznaniem choroby, kiedy występują pierwsze niepokojące objawy, wskazujące na raka. Negatywne emocje utrzymują się nawet po zakończeniu leczenia, gdyż nigdy nie ma pewności, że choroba nie ulegnie nawrotowi [7]. Rak piersi zaburza wszystkie sfery egzystencji kobiety. Konsekwencje choroby odczuwane są zarówno w sferze biologicznej, jak i psychicznej oraz społecznej. Wiele z nich może być przyczyną depresji.

Jednym z następstw choroby jest ogólne osłabienie związane z leczeniem, które powoduje obniżenie dynamiki życiowej, co jest jednym z objawów zaburzeń depresyjnych. Towarzyszące chorobie poczucie zagrożenia życia, niepewność dotycząca najbliższej przyszłości, utrata kontroli nad własnym życiem oraz niedostateczna ilość informacji związanej z chorobą i metodami leczenia przyczynia się do poczucia bezsilności chorego wobec raka. Brak wpływu na przebieg choroby poprzez zmianę diety czy stylu życia, może pogłębić bierną postawę wobec procesu leczenia [8]. Bardzo często zmienia się także sytuacja społeczna kobiety chorującej na raka. Zazwyczaj choroba wymusza wycofanie się z życia zawodowego, a także rezygnację z pełnionych przed zachorowaniem ról społecznych. Zmiana wyglądu, dolegliwości fizyczne powodować mogą izolację chorej od otoczenia i rodziny, co z kolei prowadzić może do poczucia osamotnienia.

Leczenie onkologiczne jest źródłem wielu stresów. Szczególnie traumatyczna może być utrata poczucia fizycznej integralności. Towarzyszy jej często szczególna podatność na stres i urazy psychiczne, odrzucenie nowego ciała i obawa przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia. Równie trudne do zniesienia może być poczucie utraty funkcji organizmu, m.in. sprawności seksualnej. Podczas radioterapii obserwuje się niekiedy zespół zmęczenia, narastający pod koniec trwania leczenia i zwiększający ryzyko depresji. Po zakończeniu terapii wielu chorych nie powraca do poprzedniego poziomu aktywności zawodowej i społecznej, chociaż nie obserwuje się u nich cech czynnej choroby nowotworowej. Takie osoby zwykle trwają w poczuciu, że są chore, nie akceptując myśli, że nowotwór został wyleczony. Obawiają się odrzucenia ze strony pracodawcy czy współpracowników. Nie akceptują zmian w obrazie i funkcjach własnego ciała.

Ważne wydaje się otoczenie szczególnie opieką psychologiczną i lekarską kobiet chorujących na raka piersi w czasie trwania menopauzy.

W większości mają one za sobą osiągnięcia z poprzednich faz rozwojowych – ukształtowaną tożsamość, stabilną samoocenę oraz odnalezienie się w rolach rodzinnych, zawodowych i społecznych. Ustabilizowana sytuacja życiowa zarówno pod względem psychologicznym, jak i ekonomicznym niewątpliwie należy do tych czynników, które mogą pomóc w procesie powrotu do zdrowia. Kobiety mają rodziny – partnerów, często dorosłe już dzieci, które mogą przejąć część ich obowiązków. Sieć wsparcia, wraz z ugruntowaną pozycją zawodową, daje

poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i materialnego. W obliczu takich zasobów łatwiejsze wydaje się przezwyciężanie problemów, które pojawiają się często na skutek zadziaania wielu nowych czynników ryzyka.

Grupa zagrożeń jest mniejsza lub większa, w zależności od jakości życia oraz udanego podjęcia ról i rozwiązywania konfliktów w poprzednich fazach rozwojowych. Pojawiają się jednak pewne stałe napięcia, wynikające z zaburzenia gospodarki hormonalnej kobiety. Menopauza przynosić może poczucie utraty atrakcyjności seksualnej. Dodatkowo nowotwór piersi może pogłębiać uczucie utraty kobiecości. Wiele sytuacji trudnych spowodowanych jest również nakładaniem się pozabiologicznych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, np. usamodzielnianie się dorosłych dzieci.

U wielu kobiet obserwuje się tzw. *syndrom pustego gniazda*, charakteryzujący się poczuciem pustki, odrzucenia, a nawet krzywdy, które prowadzić może do poważnych stanów depresyjnych. Syndrom ten występuje głównie u kobiet, których relacja z partnerem jest zaburzona. Przed kobietami staje zatem nietatwe zadanie zmiany relacji z dorosłymi dziećmi oraz relacji małżeńskich [9]. Charakterystyczna dla tego okresu jest refleksja nad dotychczasowym życiem, porównywanie osiągnięć z wcześniejszymi założeniami i stawianie egzystencjalnych pytań o cel i sens życia. Taka analiza dorobku życiowego może dawać wiele satysfakcji, lecz niekiedy może być zagrożeniem dla stabilności emocjonalnej. Można zaobserwować potrzebę potwierdzenia swojej atrakcyjności (ma to związek z menopauzą i starzeniem się), a co za tym idzie – chęć sprawdzenia siły związku. Znamienna jest potrzeba aktywności w kierunku innych partnerów (zwłaszcza młodszego pokolenia – generatywność) oraz znajdowania nowych obszarów aktywności w celu indywidualnego rozwoju.

Opieka nad kobietami chorymi na raka piersi w okresie klimakterium

Merytoryczna współpraca psychologa i lekarza powinna doprowadzić do poznania każdego pacjenta indywidualnie. Podstawą dobrej opieki nad chorym jest ustalenie jego oczekiwań, sposobu zmagania się z chorobą oraz znajomość fazy choroby, w której aktualnie pacjent się znajduje, co obejmuje, m.in. informowanie o diagnozie, proponowanie leczenia i bycia z nim w momencie choroby [10]. Oczekiwania pacjenta dotyczą nie tylko informacji o diagnozie, ale i o rokowaniu co do dalszego przebiegu choroby, możliwościach funkcjonowania rodzinnego i zawodowego. Ponadto chory chce wiedzieć, jakie ograniczenia fizyczne wynikają z choroby, jaki tryb życia powinien prowadzić oraz jaka jest możliwość przeżycia i wyleczenia. Odczytywanie często dyskretnych sygnałów chorego jest możliwe tylko przy dobrym kontakcie interpersonalnym. We wszystkich relacjach międzyludzkich podstawą w porozumiewaniu się jest dobry kontakt.

W pracy z kobietami chorymi na raka piersi, który wystąpił podczas menopauzy kontakt ten jest szczególnie trudny i warto nad nim pracować. Dobry kontakt pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia jest również podstawą poczucia bezpieczeństwa. Personel szpitala powinien pamiętać o szacunku dla chorego, tworzeniu bezpiecznego pola, po to aby pacjent czuł się potrzebny i zauważony w świecie pośpiechu szpitalnego.

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z, Chmielarczyk W, Zwierko M. Rak piersi: zagrożenie populacji polskiej. *Stużba Zdrowia* 2000; 24-26: 2917-9.
2. Zatoński W, Didkowska J. Epidemiologia nowotworów złośliwych. W: *Onkologia kliniczna*. Krzakowski M (red.). Wyd II. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006, 28-53.
3. Kusińska R. Epidemiologia nowotworów. W: *Onkologia – podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kordek R, Jassem J, Krzakowski M i wsp. (red.). Medical Press, Gdańsk 2003, str. 15 – 19.
4. Skałba P. Endokrynologia ginekologiczna. PZWL, Warszawa 2003.
5. Pieńkowski T. Rak piersi. W: *Onkologia kliniczna*. Krzakowski M (red.). Wyd II. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006; 1000-72.
6. Markowska J. *Onkologia ginekologiczna*. Wyd. II. Urban and Partner, Wrocław 2006.
7. Kopczyńska-Tyszko A. Zakończenie. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kubacka-Jasielska D, Łosiak W. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 34.
8. Nowicki A, Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz Onkol* 2005; 9: 369-403.
9. Olejnik M. Średnia dorosłość. Wiek średni. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). PWN, Warszawa 2000; 234-257.
10. Wrona-Polańska H. Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. W: *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kubacka-Jasielska D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 79-98.