

The issue of the clinical and psychological support of patients with cervical pathology

Kononova I.N.¹, Rogacheva T.V.²

¹ Kononova Irina Nikolaevna

Candidate of Medical Sciences, State-Funded Educational Institution of Higher Vocational Education Ural State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation; Repina st., 3, Ekaterinburg, 620028, Russian Federation. Phone: (343) 214-85-66.

E-mail: ircon@e1.ru

² Rogacheva Tat'yana Vladimirovna

Doctor of Psychological Sciences, State-Funded Educational Institution of Higher Vocational Education Ural State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation; Repina st., 3, Ekaterinburg, 620028, Russian Federation. Phone: (343) 214-85-66.

E-mail: TVRog@yandex.ru

Abstract. The growth of cervical cancer pathology, frequent recurrence of precancerous process resulted in search of still unexplored psychosomatic aspects of activation of human papillomavirus infection. The psychosomatic status of 120 patients with precancerous cervical disease has been estimated. The comparison group consisted of 120 patients with benign diseases of the cervix. The study was conducted on the basis of the women's health clinic No. 1 of the Central Hospital No. 7 of the city of Yekaterinburg. Psychosomatic health of patients with precancerous cervical pathology can be characterized by psychological maladjustment of 68% of patients. Revealed characteristics dictate the need for the including of the psychological support into complex therapy of patients with cervical neoplasia to optimize the therapeutic and preventive measures. Psychological support to women with cervical pathology with Gestalt approach is offered. The purpose and main methods of work of the psychologist in Gestalt therapy are specified. Thus, the aim of Gestalt approach is to help a person to find a satisfactory equilibrium with the environment by the unique to that individual way. To achieve this goal, first it is necessary to establish a relationship of trust that helps to look for the "target" of the traumatic experience. Second, it is necessary to help the person to understand clearly their own sensations, feelings, emotions, needs, and the signals perceived from others; to understand exactly who can meet the need and how it can be done. Therefore, Gestalt approach pays attention primarily to growth of ability to realize things and to form of responsibility for their choices. Techniques to reconstruct the position of "doctor – patient" relationship to "psychologist (dialogue partner) – patient (dialogue partner)" are built. These interventions help to study the transition from work with a "customer's problem" to awareness as "inside knowledge" by identifying a client with all the parties of her experience, taking all sides of her personality that contribute to the growth of self-awareness of her own characteristics and usage of her own resources in the treatment of the disease.

Key words: psychosomatic status; pre-malignant condition of cervix; psychological follow-up.

Bibliographic reference

Kononova I.N., Rogacheva T.V. The issue of the clinical and psychological support of patients with cervical pathology. *Med. psihol. Ross.*, 2015, no. 1(30), p. 10 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

Received: December 18, 2014

Accepted: January 12, 2015

Publisher: January 23, 2015

Cervical disease is widespread, occur at any age and require timely diagnosis, adequate treatment and rehabilitation for the prevention of cancer pathology primarily because cervical cancer is the second most common malignancy among women worldwide. [11]. Despite numerous activities aimed at solving issues of primary and secondary prevention of cancer of the cervix, the cancer rate of this localization is growing, especially among the young patients of reproductive age [10]. For example, in Ekaterinburg, the

incidence rate of cervical cancer increased 1.7 times in 10 years, and the rate of cervical cancer pathology among women of reproductive age (20–35 years) increased 1.7 times over the last 3 years.

Since formed in world and Russian science biopsychosocial model of disease pathogenesis proves the need for an integral study of the patient's personality in a continuous unity of biological, psychological and social components [2], the role of in-depth studies of the psychological status of patients with premalignant cervical disease has been growing. It is known that there are psychological factors, depending on the personal characteristics of women and a number of circumstances of their lives and relationships with other people, which can influence the onset and progression of various diseases [14].

Speaking about clinical processes in the pathology of the cervix, it is worth considering that the malignant process has a stage of cervical intraepithelial neoplasia in its development (CIN) [7]. Currently etiologic role of human papillomavirus in cervical epithelial malignant transformation is proved [6]. According to Pyter L., inveterate psycho-emotional stress is accompanied by increased production of lipid hydroperoxides and free radicals [17; 27]. And the infecting process arising alongside with it increases the impact of pro-inflammatory cytokines on the brain, leading to a developing aggravating effect of the depression caused by the disease state, which manifests itself in the vegetative, psychological and somatic symptoms [20]. The pathological condition of the central nervous system leads to the development of immune deficiency syndrome [15], which is accompanied by the development of a vicious circle. The immune system having been altered also induces pathological changes in the neuroendocrine system, which in turn aggravates the immunosuppression and promotes activation of persistent infection [9].

In this regard, there is a most relevant study of psychological spheres in patients in order to find the factors contributing to the activation and progression of precancerous process, determination of significant stressful factors for the development of the earliest methods of psychological prophylaxis and correction of the emotional state of a person in the high-risk groups for the prevention of cervical cancer pathology.

It's not that all women at the same time that have the virus causing the progression of the process; malignant transformation occurs in 11–13% of cases, but 33% of the patients have recurrence of the precancerous process [18] even after the treatment, and therefore the need of searching for other significant factors that could affect the implementation of HPV remains crucial.

On the other hand, any woman with cervical pathology, especially with malignant transformation of this nosology, cannot but responds to her disease. It is known that the treatment of psychosomatic disorders should take into account the main factors of pathogenesis: endogenous and exogenous. Underestimating psychogenic factors in the development of any disease with psychosomatic mechanisms, causes inadequate treatment of such states. It is worth noting that, despite the recognition among the scientific community of the importance of psychocorrective and psychotherapeutic effects with such a diagnosis, there are practically no justification of psychological consulting and psychocorrective work with such patients. In fact, in Russian medicine care for patients with psychosomatic disorders starts and ends at the first stage in hospital. Weak efficiency of this approach almost guaranteed, since this involves only symptomatic and sedative therapy, but compensatory capabilities and resources of women, their personal potential are not considered.

Therefore, study of the issue of psychosocial status of patients with precancerous lesions of the cervix to optimize the treatment and prevention becomes relevant. To achieve this goal 120 patients with precancerous diseases of the cervix (the main group) underwent the clinical psychodiagnostic examination. The comparison group (the control group) consisted of 120 patients with benign pathology of the cervix.

The study was conducted on the basis of the women's health clinic No. 1 of the Central Hospital No. 7 of the city of Ekaterinburg. For a comprehensive study of the psychological status of the program this study included the following psychodiagnostic methods:

- 1) the personal scale manifestations of anxiety by J. Taylor modified by A.F. Kudryashova;
- 2) the questionnaire by E. Eysenck;
- 3) the method of quantifying the mental phenomena with scaling of subjective assessments of functional status (test WAM).
- 4) "Life satisfaction index" methodology (by N.V. Panin).

The groups were matched by age, menstrual function, somatic, and obstetric and gynecological history.

The experimental data having been obtained from the study was treated by variational statistics using Microsoft Excel programm.

As a result, we obtained the following data. Analysis of mental and emotional status, obtained with test on anxiety by J. Taylor revealed a certain increase in anxiety in the personality structure of the patients accompanied by precancerous lesions of the cervix, with increased responsiveness to internal and external stimuli compared to those women with benign disease of the cervix. Take a look at table 1.

Table 1

The results on the index of the level of anxiety

The index of the level of anxiety	The main group		The control group	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Absolute	%	Absolute	%
low	5	4.2	12	10.0
middle, closer to low	15	12.5*	49	40.8*
middle, closer to high	56	46.7*	34	28.3*
high	44	36.7*	25	20.8*

Note: * — accuracy of differences from control group ($p < 0.05$).

Analysis of the results obtained during the test by J. Taylor reads that 83.4% of patients of the main group show a relatively stable tendency to perceive situations of precancerous cervical as negative, threatening and react to their state of anxiety. The increased level of anxiety is a subjective manifestation of psycho impaired balance and serves as the most reliable measure of mental stress [1]. Anxieties and worries both explicit (type 1 of response to psychological stress) and hidden (type 2) [29] cause the overall reaction of not only activating sympathetic-adrenal, but also all of the neuroendocrine system. It is accompanied by a violation of the physiological mechanisms that ensure full and coordinated activity of organs and systems. During violation of the interaction of emotion and autonomic processes adaptive processes are upset and the psychovegetative syndrome as a pathological change in the reproductive system as a whole is formed [12].

Table 2

Scores distribution according to the extroversion and introversion scale in the questionnaire by Eysenck in the groups observed

Indexes of extroversion/introversion	The main group		The control group	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Absolute	%	Absolute	%
introversion	41	34.1*	15	12.5
"happy medium"	53	44.2**	93	77.5
extroversion	26	21.7*	12	10.0

Note: * — accuracy of differences from control group ($p < 0.05$).

The questionnaire by Eysenck, that allows to determine the dynamic characteristics of the subjects to which the scale of extra — introversion and emotional stability-instability is related, revealed certain peculiarities in patients with precancerous lesions of the cervix. Look at table 2.

First of all, it's of primary note that the main group according to statistics has more introverted women and fewer women who have been put in the so-called "happy medium" group as a result of psycho-diagnostic examinations. The disease for these women (emotionally unstable introverts) becomes emotional stress, which leads to a violation of psychological response to mental and physical stress, the appearance of pathological relations of mental and autonomic processes.

With the help of the questionnaire by Eysenck the temperament types were distinguished among the patients. The main group proved to have more emotionally unstable introverts 45.8%, which is significantly greater than it is in the comparison group — 15.8% ($p < 0.05$). It should be noted that the number of emotionally unstable extraverts in the main group is according to statistics also significantly higher — 37.5% than in the control group — 25.8% ($p < 0.05$).

The statistic analysis showed high positive correlation level of personal anxiety and emotional imbalance ($r = 0.67$ when $r \leq 0.001$), which may indicate the presence of anxiety and depressive neurotic disorders, causing the inner tension, anxiety, depressed mood, pessimistic evaluation of the prospects. The study of emotion indicator shows emotional imbalance and instability in patients of the main group (Table 3).

Table 3

The levels of emotional capability in the groups observed

The indexes of emotional capability	The main group		The control group	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Absolute	%	Absolute	%
emotional stability	—	—	—	—
emotional balance	9	7.5*	18	15.0
"happy medium"	41	34.2	62	51.7
emotional imbalance	38	31.6*	23	19.2
emotional instability	32	26.7*	17	14.2

Note: * — accuracy of differences from control group ($p < 0.05$).

Even a slight psycho-emotional impact with a high level of personal anxiety is transformed into a particular strong one and causes inadequate reaction among these patients [18]. These phenomena lead to increased tension in the adaptive systems and can contribute to the development of recurrence of precancerous.

To solve the issue whether the high level of anxiety in patients initial core group of personal property or an increase is directly related to the situation of the disease, the correlation of the dynamic manifestations of emotion and personal anxiety being formed and developed during life cycle was considered. The Pearson correlation coefficient was used to achieve this goal.

The results of the Pearson correlation for coefficient calculation methods of personal scale manifestations of anxiety by J. Taylor and the questionnaire by Eysenck in group 2 ($p < .05$) show that there is a strong direct correlation ($r = 0.77$) between these indicators, which again speaks in favor of the assumption that the present study revealed that the increased results on the scale by J. Taylor in the main group are only related to the situation of the disease, and are not a sustainable personal quality.

Table 4

Dynamic results of the WAM test indexes among the women observed (scores)

Index	The main group	The control group
	n = 120 ($P \pm m$)	n = 120 ($P \pm m$)
well-being	31.2 ± 0.3**	48.6 ± 0.2
activity	30.9 ± 0.4**	45.9 ± 0.8
mood	37.4 ± 0.5**	53.4 ± 0.1

Note: * — accuracy of differences from control group ($p < 0.05$).

When studying the psycho-emotional state of the patients with the WAM test adverse tendencies were marked compared to the test results of women in the control group (see Table 4).

The analysis of the life satisfaction of patients with precancerous cervical disease, resulting in life satisfaction index figures show the prevalence of medium and low index among the patients of the main group in contrast with the patients in the control group, which is related to high levels of emotional intensity ($r = 0.87$ at $p \leq 0.001$), high levels of anxiety ($r = 0.71$ at $p \leq 0.001$). These statistical analyses reads low total adaptability, capability of the patients in this group to adjust to the life situations related to their disease.

Table 5

Life satisfaction index results

Life satisfaction index results	The main group (n=120)	The control group (n=120)	Accuracy of differences
very high	13.0 ± 1.3	64.0 ± 5.6	$P \leq 0.05$
high	27.0 ± 3.2	23.0 ± 3.1	$P \leq 0.05$
medium	29.0 ± 3.4	9.0 ± 1.2	$P \leq 0.05$
low	31.0 ± 3.6	4.0 ± 0.1	$P \leq 0.05$

Identified adverse trends of women with precancerous cervical pathology enable us to assume the real psychosomatic nature of the nosology and necessity of psychological help. The analysis of existing approaches to psychological correction of psychosomatic disorders in women of childbearing age reveals the following priorities at present:

1. The rational combination of individual and group forms of work; the most effective and successful approaches in psychotherapy and psychological correction of psychosomatic disorders is a customer-focused therapy (K. Rogers) and Gestalt therapy.
2. Inclusion of the family of the patient in the psychotherapeutic process (often as a prerequisite).

As for the stages of treatment of psychosomatic diseases and disorders we can divide them into three stages: Stage 1 — urgent, Stage 2 — short and mediating, and Stage 3 — long. The proposed approach implies the first stage of symptomatic therapy for health reasons. The second phase suggests the use of pharmacotherapy and psychotherapy after the elimination of the crisis. And the third one suggests only psychotherapeutic influence.

The client-oriented therapy offered by K. Rogers is especially true for women, since it has the aim of creating favorable conditions for the growth of an individual, recognizing the obstacles to this and to encourage spontaneity and creativity of a client. To achieve these objectives Rogers proposed the so-called T-group or group training. The main objectives of this training are: the definition of the style of communication to the group, intra-emotional climate, and decision-making at the level of the group as a whole. In situations where the group is focused on the individual interests of the participants, the objectives are: development of self-awareness, change of social attitudes and increase of the level of social competence.

The T-group is a kind of a teaching laboratory, hence the emphasis during training sessions is on the development and testing of new qualitatively different interpersonal skills to ensure the possibility of resolving the issues that are not always solved in real life, and contribution to gaining knowledge of social structures (especially the family), the features of development and interaction within them, finding and organizing their own social "niche", the realization of their own needs and possibilities of communication, increase in the level of communicative competence.

The purpose of Gestalt approach is to help a person find a new satisfactory equilibrium with the environment unique in the individual way. To achieve this goal it is necessary to help a person clearly understand their sensations, emotions, feelings, needs, the signals perceived from others, understand exactly who can meet the need and how it can be done. Therefore, Gestalt approach has been primarily focusing on growth and ability to understand the formation of responsibility for their choices. Therefore the role of dialogue between a psychologist and a client in the process of psycho-operation, based on the Gestalt approach, is of primary importance. The first problem in psychological work with such clients is a trustworthy relationship. During the forming of the primary psychological anamnesis and observation of a potential client the psychologist needs to provide caution in the dialogue, as any person who asks for help is always of ambiguous character: the first "part" wants to change (it is due to this part that a client asks for help), and the other one does not want these changes. The scientific literature is dominated by [3] point of view that every effort should be made to create an alliance with the first part. However, understanding the nature of psychosomatic diseases studied, it is advisable to start to influence the second "part", a routine part of patient person.

The relationships that are established between the psychologist and the client in the Gestalt approach have serious corrective potential. Consequently, S. Ginger exploring the etymology of the word "therapy" refers to the following values: "taking care of religious rites, the cult of the gods; respect for parents, caring for them, serving them; caring for the body; treatment" [Ibid]. Basically the treatments such as service, care, and respect are vital for us in the detection volume of the concept of "therapy". Therefore, the essence of the relationship

between a psychologist and a client in Gestalt approach can be described as a partnership. J. Bugental uses the concept of "presence" for "quality of life in a situation or relationship" in the process of psycho-correction between people, thus emphasizing the sincerity and the completeness with which the person exists in a particular situation.

The main ways in which it is possible to establish trustworthy relationships and the inclusion of the client in the process of psycho-correction is joining in describing their experiences. Attachment to the client is made through clarifying of the causes that prompted her to ask for help at this particular point in time. This may be a manifestation of empathy as an attempt to see the situation through the eyes of the patient. The main task of a psychologist here is to show by all available means that the psychologist perceives this man not as a hopelessly ill, "cancer patient", but as a quite normal one, but having an identity problem. In addition, a psychologist often talks about his own concerns about the possibility to become a "cancer patient", which also contributes to building trust. It promotes self-esteem of the client and the creating his responsibility by changing relationship with the position of "doctor (dominant) — the patient (subdominant)", to the position of "psychologist (dialogue partner) — the client (dialogue partner)". On part of the psychologist it's required to establish a trusting relationship when both the client himself and the psychologist are at the same level of presence or as close as possible, which does not mean the similarity of their statements on the issue, but the need to require the psychologist to be authentically affordable and adequately expressive. Accessibility refers to the extent to which the patient admits to what is happening in this situation to influence it, in other words, how much is happening for a psychologist refers to the events on the contact boundary. Expressiveness also means the degree to which a person expresses themselves outwardly, allowing another person to really know themselves in a particular situation of interaction.

Therefore a psychologist in a psychological session can talk about all the emotions and feelings experienced by him or her "now and how" including the negative (rage, anger, fear and so on) ones. This disclosure of the world of your own experiences to a client, a kind of "training" the verbalization of experiences allows establishing a relationship of trust.

Transition to the second method (suggestion that a client should tell about his or her experiences) provided the psychologist has experience of self-discovery to a client does not cause her rejection. A client in situation "now and how" expressively focuses on the flow of experience and more concerned about the expression of his inner world, rather than the image, the explanation ("not acknowledging them") and others. Her speech is emotionally saturated, varied in tempo and intonation and it may have expletives and obscenity (from the perspective of Gestalt approach it is one of the markers that establish trust). The pose is usually open as she describes the physiological sensations in detail, desires, and perceptions of herself as in the altered and in a normal state of consciousness. It is important to remember that the client talks about her experience in the present tense, as if it was happening in the moment.

Having established trust in a diad "psychologist — client", you can start to look for the "target" of the traumatic experience. In Gestalt approach such targets often appear frustrated needs. Chronic deprivation of needs in the real world leads to creative adaptation, the essence of which is transferring border contact into the intensive (internal) zone. A person makes optimal use of the excitement accumulated over many years which he or she has locked and is finally able to pass the entire cycle of contact. The result is the coherent "packaged" in all modalities Gestalt. The new model of behavior is fixed at the level of bio-chemical processes in the form of structured and typical reactions. This is the way the field with pathological processes of the patient is organized in accordance with the satisfaction of needs, which is constantly frustrating in reality.

It is at this stage that it's already so important to have a trusting relationship with the client, because this is where the search for new meanings of existence and new appropriate ways to meet basic needs is done. The client usually accepts her inner self and sees the adoption of this fact and the responsibility for her choice. It is desirable that the transition

from study "the problem of the customer" to the awareness of how "inside knowledge" was made at this stage of psychocorrective work by identifying the client with all the parts of her experience, taking all sides of her personality in consideration. This process is possible when a person becomes who he or she really is, with all his or her faults, shameful, negative aspects of personality. In most cases, this process is directly related to insight, the result of which is a new meaning. The essence of the new meaning is to change the way of living life experience, to change the functioning of the system "man — the world" in personality.

This study allowed us to evaluate the psychological status of patients with pathology of the cervix. Based on these data we can draw a conclusion that psychological maladjustment exists in this category of patients. The data provided justifies the need for a systematic approach to the formation of treatment and prevention programs for women with cervical pathology taking into account the availability of psycho-vegetative disorders including psychological support.

References

1. Bokhan T.G. *Problema stressa v psikhologii: transspektivnyi analiz* [The problem of stress in psychology: transpective analysis]. Tomsk: Izd-vo "Ivan Fedorov" Publ., 2008. 156 p.
2. Broitigam V., Kristian P., Rad M. *Psikhosomaticheskaya meditsina: kratk. uchebn. / per. s nem. G.A. Obukhova, A.V. Bruenka; predisl. V.G. Ostroglazova* [Psychosomatic medicine]. M.: GEOTAR MEDITSINA Publ., 1999. 376 p.
3. Kanaikin D.P., Baskakov A.V., Krylov A.V. et al. The influence of adaptive stress on the nature of protective responses. *Meditsinskaya immunologiya*, 2001, vol. 3, no. 2, p. 125 (In Russian).
4. Ginger S. *Chto takoe Geshtal't? Dvadsat' bazovykh ponyatii* [What is Gestalt?]. St. Petersburg, Institut Geshtal't-terapii Publ., 1996. 41 p.
5. Padun M.A., Tarabrina N.V. Cognitive and personality aspects of experiencing post-traumatic stress disorder. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2004, vol. 25, no. 5, pp. 5–15 (In Russian).
6. Serova V.N., Sukhikh G.T., eds. *Ratsional'naya farmakoterapiya v akusherstve, ginekologii i neonatologii: ruk. dlya praktikuyushchikh vrachei. T. 2.* [Rational pharmacotherapy in obstetrics, gynecology and neonatology: a guide for practitioners. Vol. 2]. Moscow, 2010. 726 p.
7. Rogovskaya S.I. *Papillomovirusnaya infektsiya u zhenshchin i patologiya sheiki matki: v pomoshch' prakticheskomu vrachu* [HPV in women with cervical pathology: a guide to the practical physician]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2008. 192 p.
8. Smirnov S.D. Methodological pluralism and the subject of psychology. *Voprosy psikhologii*, 2005, no. 4, pp. 3–8 (In Russian).
9. Kharchenko E.P. Carcinogenesis: the immune system and immunotherapy. *Immunologiya*, 2011, vol. 32, no. 2, pp. 50–56 (In Russian).
10. Clarke M.A., Rodriguez A.C., Gage J.C., Herrero R., Hildesheim A., Wacholder S., Burk R., Schiffman M. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection. *BMC Infectious Diseases*, 2012 Feb. 8, pp. 1286–1292.
11. Saslow D., Runowicz C., Solomon D., A.-B. Moscicki, Smith R.A., Eyre H.J., Cohen C. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin*, 2002, vol. 52, pp. 342–362.
12. Pallett S., Ramsanahie A., Abukar A., et al. Biomarkers and their predictive ability to grade anal intra-epithelial neoplasia: a systematic review. Oral Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy. 2014, pp. 41–42.
13. Camargo M.J., Russomano F., Raibolt N. Post-treatment disease after electrosurgery in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective cohort. Oral Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy. 2014, pp. 46–47.

14. Campisi J., Leem T.H., Fleshner M. Stress-induced extracellular hsp72 is a functionally significant danger signal to the immune system. *Cell Stress Chaperones*, 2003 Jul., vol. 8(3), pp. 272–286.
15. Meisel C., Schwab J., Prass K., Meisel A., Dirnagl U. Central nervous system injury induced immune deficiency syndrome. *Nat. Rev. Neurosci*, 2005, vol. 6, pp. 775–786.
16. Collins S., Rollason T.P., Young L.S., Woodman C.B. Cigarette smoking is an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia in young women: A longitudinal study. *Eur J Cancer*, 2010, vol. 46(2), pp. 405–411.
17. Desruisseau A.J., Schmidt-Grimminger D., Welty E. Epidemiology of HPV in HIV-positive and HIV-negative fertile women in Cameroon, West Africa. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*, 2009, vol. 2009. Available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2009/810596>
18. Deutsch H. *The psychology of women. Vol. II.* N.Y., Grune & Stratton, 1995, pp. 23–31.
19. Bosch F.X., Burchell A.N., Sciffman M., Giuliano A.R., de Sanjose S., Bruni L., Tortolero-Luna G., Kjaer S.K., Muñoz N. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infection and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine*, 2008, vol. 24(10), pp. 1–16.
20. Dantzer R.O., Connor J.C., Freund G.G., Johnson R.W., Kelley K.W. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat. Rev. Neurosci*, 2008, vol. 9, pp. 46–57.
21. Figueiredo P.G., Sarian L.O., Tambascia J.K., Simões J.A., Rabelo-Santos S.H., Discacciati M.G., Derchain S. Increased detection of clue cells in smears from cervical intraepithelial lesions with reduced expression of COX-2. *Diagn Cytopathol*, 2008, vol. 36, pp. 705–709.
22. Roeters A.M., Boon M.E., van Haften M., et al. Inflammatory events as detected in cervical smears and squamous intraepithelial lesions. *Diagn Cytopathol*, 2009, vol. 38, pp. 85–93.
23. Sarah P., Manley K., Brett M., et al. Is 10 year annual follow-up of? Glandular Neoplasia necessary? A review of follow-up cytology in Bristol. Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy. 2014, pp. 109–110.
24. Kjaer S.K., Frederiksen K., Munk C., Iftner T. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. *J. Natl. Cancer. Inst.*, 2010, vol. 102, pp. 1478–1488.
25. Lowy D.R., Schiller J.T. Reducing HPV-associated cancer globally. *Cancer Prev. Res (Phila)*, 2012, vol. 5(1), pp. 18–23.
26. De Masi A., Cuming T., Ratnasingam U., Chindawi N., Wijeyekoon S., Nathan M. Multifocal intraepithelial neoplastic disease in HIV positive women: we could be missing opportunities. Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy, 2014. *HIV Medicine*, 2014, vol. 15 (Suppl. 3), pp. 55.
27. Pyter L., Pineros V., Galang J.A., McClintock M.K., Prendergast B.J. Peripheral tumors induce depressive-like behaviors and cytokine production and alter hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2009, vol. 106, pp. 9069–9074.
28. Ferguson M., Heath A., Johnes S., Pagliusi S., Dillner J. Results of the first WHO international collaborative study on the standartization of the detection of antibodies to human papillomavirus. *Int. J. Cancer.*, 2006, vol. 118, pp. 1508–1514.
29. Silneos P.E. The prevalennse of alxithtymie chracterisics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 2003, no. 22, pp. 255–262.
30. Kalantaridou S.N., Makrigiannakis A., Zoumakis E., Chrousos G.P. Stress and the female reproductive system. *J. of Reproductive Immunology*, 2004, vol. 62, no. 12, pp. 61–68.

Проблема клинико-психологического сопровождения пациенток с патологией шейки матки

Кононова И.Н.¹, Рогачева Т.В.²

¹ Кононова Ирина Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, ул. Репина, 3, Екатеринбург, 620028, Российская Федерация. Тел.: (343) 297-98-61.

E-mail: ircon@e1.ru

² Рогачева Татьяна Владимировна

доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, ул. Репина, 3, Екатеринбург, 620028, Российская Федерация. Тел.: (343) 214-85-66.

E-mail: TVRog@yandex.ru

Аннотация. Рост онкопатологии шейки матки, частое рецидивирование предракового процесса обусловили поиск неизученных до сих пор психосоматических аспектов активации папилломавирусной инфекции. Проведена оценка психосоматического статуса у 120 пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки. Группу сравнения составили 120 пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки. Исследование проводилось на базе женской консультации № 1 ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга. Психосоматическое здоровье пациенток с предраковой патологией шейки матки характеризовалось психологической дезадаптацией у 68% пациенток. Выявленные особенности диктуют необходимость включения в комплексную терапию пациенток с цервикальными неоплазиями психологического сопровождения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий. Предлагается психологическое сопровождение женщин с патологией шейки матки с позиции Гештальт-подхода. Указываются цель и основные способы работы психолога в Гештальт-терапии. Так, целью Гештальт-подхода выступает помощь в обретении человеком нового, удовлетворяющего его равновесия с окружающим миром уникальным для данной личности способом. Для осуществления этой цели необходимо, во-первых, установить доверительные отношения, которые помогают искать «мишени» травматичного опыта. Во-вторых, помочь человеку ясно осознать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребность и каким образом это можно осуществить. Поэтому Гештальт-подход занимается прежде всего ростом способности осознать и формированием ответственности за свой выбор. Сформулированы приемы, позволяющие перестраивать позицию «врач — больной» на взаимоотношения «психолог (партнер по диалогу) — пациентка (партнер по диалогу)». Подобные интервенции помогают переходу от проработки «проблемы клиента» к осознанию как «знанию изнутри» через идентифицирование клиентки со всеми сторонами ее опыта, принятие всех сторон ее личности, что способствуют росту осознания пациенткой своих особенностей и использованию собственных ресурсов при лечении патологии.

Ключевые слова: психосоматический статус; предраковые заболевания шейки матки; психологическое сопровождение.

УДК 618.146-006:159.9

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Кононова И.Н., Рогачева Т.В. Проблема клинико-психологического сопровождения пациенток с патологией шейки матки // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 1(30). – С. 10 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 18.12.2014 Прошла рецензирование: 12.01.2015 Опубликована: 23.01.2015

Заболевания шейки матки имеют широкое распространение, встречаются в любом возрасте и требуют своевременной диагностики, адекватной терапии, реабилитации с целью профилактики прежде всего онкопатологии, поскольку рак шейки матки является вторым по распространенности злокачественным новообразованием у женщин во всем мире [11]. Несмотря на многочисленные мероприятия, направленные на решение вопросов первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний шейки

матки, уровень онкозаболеваемости данной локализации растет, особенно среди пациенток молодого репродуктивного возраста [10]. Например, в Екатеринбурге показатель заболеваемости раком шейки матки вырос в 1,7 раза за 10 лет, а показатель онкопатологии шейки матки у женщин активного репродуктивного возраста (20—35 лет) вырос в 1,7 раза за 3 последних года.

Поскольку сформированная в мировой и отечественной науке биопсихосоциальная модель патогенеза заболеваний доказывает необходимость целостного изучения личности пациентки в непрерывном единстве биологических, психических и социальных компонентов [2], возрастает роль углубленных исследований психологического статуса пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки. Известно, что существуют психологические факторы, зависящие от особенностей личностных характеристик женщин и от целого ряда обстоятельств их жизни и взаимоотношений с окружающими людьми, которые могут влиять на возникновение и прогрессирование различных заболеваний [14].

Если говорить о клинических процессах при патологии шейки матки, то стоит учесть, что злокачественный процесс проходит в своем развитии стадию цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) [7]. В настоящее время доказана этиологическая роль вируса папилломы человека в опухолевой трансформации шеечного эпителия [6]. По данным Pyter L., хронический психоэмоциональный стресс сопровождается увеличением продукции гидроперекисей липидов и свободных радикалов [14; 27]. Возникающий при этом инфекционный процесс усиливает воздействия провоспалительных цитокинов на мозг, приводя к углублению вызванного депрессией болезненного состояния, проявляющегося в вегетативных, психологических и соматических симптомах [20]. Патологическое состояние центральной нервной системы приводит к развитию синдрома иммунной недостаточности [15], что сопровождается развитием порочного круга. Измененная иммунная система индуцирует патологические сдвиги также и в нейроэндокринной системе, которая в свою очередь усугубляет иммуносупрессию и способствует активации персистирующей инфекции [9].

В этой связи наиболее актуально исследование психологической сферы у пациенток с целью поиска факторов, способствующих активации и прогрессированию предракового процесса, определение значимых психотравмирующих факторов с целью разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции эмоционального состояния личности в группах высокого риска для профилактики онкопатологии шейки матки.

При этом не у всех женщин вирус вызывает прогрессирование процесса, злокачественная трансформация возникает в 11—13% случаев, но у 33% пациенток даже после проведенного лечения происходит рецидивирование предракового процесса [19], поэтому остается актуальным поиск других значимых факторов, которые могут повлиять на реализацию вируса папилломы человека.

С другой стороны, любая женщина с патологией шейки матки, особенно со злокачественной трансформацией данной нозологии, не может не реагировать на свое заболевание. Известно, что терапия психосоматических расстройств должна учитывать основные факторы патогенеза: эндогенные и экзогенные. Недооценка психогенных факторов в развитии любой болезни, имеющей психосоматические механизмы, обуславливает неадекватную терапию подобных состояний. Стоит обратить внимание на факт, что несмотря на признание широкой научной общественностью значимости психокоррекционных и психотерапевтических воздействий при подобном диагнозе, практически отсутствуют обоснования психоконсультативной и психокоррекционной работы с подобными пациентками. По существу, в отечественной медицине помощь пациентам с психосоматическими расстройствами начинается и заканчивается на первом этапе в условиях стационара. Слабая эффективность при таком подходе практически

запрограммирована, т.к. при этом проводится только симптоматическая и седативная терапия, не учитываются компенсаторные возможности и ресурсы женщин, их личностный потенциал.

Следовательно, вопрос исследования особенностей психосоциального статуса пациенток с предраковой патологией шейки матки для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий становится актуальным. Для достижения поставленной цели выполнено клинко-психодиагностическое обследование 120 пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки (основная группа). Группу сравнения составили 120 больных с доброкачественной патологией шейки матки (контрольная группа).

Исследование проводилось на базе женской консультации № 1 ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга. Для комплексного изучения психологического статуса в программу данного исследования вошли следующие психодиагностические методики:

- 1) Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлор, модифицированная А.Ф. Кудряшовой.
- 2) Опросник ЕРІ Г. Айзенка.
- 3) Метод количественной оценки психических явлений с применением шкал субъективных оценок функционального состояния (тест САН).
- 4) Методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (Н.В. Панина).

Группы были сопоставимы по возрасту, характеру менструальной функции, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу.

Экспериментальный материал, полученный в результате исследования, обрабатывался методом вариационной статистики с использованием программы Microsoft Excel.

В результате были получены следующие данные. Анализ психоэмоционального статуса, полученный с помощью теста тревожности Дж. Тейлор, выявил достоверное повышение тревожного компонента в структуре личности пациенток с предраковой патологией шейки матки, с повышением реактивности на внутренние и внешние раздражители по сравнению с данными женщин с доброкачественной патологией шейки матки. Рассмотрим Таблицу 1.

Таблица 1

Результаты показателей уровня тревожности

Показатели уровня тревожности	основная группа		контрольная группа	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Абс.	%	Абс.	%
низкий	5	4,2	12	10,0
средний, ближе к низкому	15	12,5*	49	40,8*
средний, ближе к высокому	56	46,7*	34	28,3*
высокий	44	36,7*	25	20,8*

Примечание: * — достоверность различий с группой сравнения ($p < 0,05$).

Анализ результатов, полученных в ходе проведения теста Дж. Тейлор, показал, что 83,4% пациенток основной группы проявляют достаточно устойчивую склонность к восприятию ситуации предракового процесса шейки матки как негативной, угрожающей

и реагируют на нее состоянием тревоги. Повышенный уровень тревожности является субъективным проявлением нарушенного психовегетативного равновесия и служит наиболее достоверным критерием психического стресса [1]. Переживания тревоги, как явные (1-й тип психологического реагирования на стресс), так и скрытые (2-й тип) [29] вызывают общую реакцию в виде активации не только симпатикоадреналовой, но и всей нейроэндокринной системы в целом. Это сопровождается нарушением физиологических механизмов, обеспечивающих полноценную и координированную деятельность органов и систем. При нарушении взаимодействия эмоций и вегетативных процессов расстраиваются приспособительные процессы, формируется психовегетативный синдром, как патологическое изменение репродуктивной системы в целом [12].

Таблица 2

Распределение баллов по шкале экстраверсии—интроверсии личностного опросника Айзенка в обследованных группах

Показатели экстра- интровертированности	основная группа		контрольная группа	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Абс.	%	Абс.	%
интровертированность	41	34,1*	15	12,5
«золотая середина»	53	44,2**	93	77,5
экстравертированность	26	21,7*	12	10,0

Примечание: * — достоверность различий с группой сравнения ($p < 0,05$).

Опросник Г.Айзенка, позволяющий определить динамические характеристики испытуемых, к которым относится шкала экстра- интровертированности и эмоциональной стабильности—нестабильности, выявил определенные особенности у пациенток с предраковой патологией шейки матки. Рассмотрим Таблицу 2.

Прежде всего, обращает на себя внимание, что в основной группе статистически больше интровертированных женщин и меньше женщин, попавших в результате психодиагностического обследования в группу, названную Г. Айзенком «золотой серединой». Заболевание для таких женщин (эмоционально неуравновешенных интровертов) становится эмоциональным стрессом, приводящим к нарушению психовегетативного реагирования на психические и физические нагрузки, появлению патологических соотношений психических и вегетативных процессов.

С помощью опросника Айзенка был определен тип темперамента обследуемых пациенток. Выявлено, что в основной группе эмоционально неуравновешенных интровертов 45,8%, что значимо больше, чем в группе сравнения — 15,8% ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что эмоционально неуравновешенных экстравертов в основной группе также статистически значимо больше — 37,5%, в контрольной группе — 25,8% ($p < 0,05$).

При статистической обработке была выявлена высокая корреляционная положительная связь уровня личностной тревожности и эмоциональной неуравновешенности ($r = 0,67$ при $p \leq 0,001$), что может свидетельствовать о наличии тревожно-депрессивных невротических расстройств, обуславливающих внутреннюю напряженность, тревогу, снижение настроения, пессимистическую оценку перспективы. Изучение показателя эмоциональности демонстрирует эмоциональную неуравновешенность и нестабильность у пациенток основной группы (Таблица 3).

Таблица 3

Уровень эмоциональности в обследованных группах

Показатели эмоциональности	основная группа		контрольная группа	
	(n = 120)		(n = 120)	
	Абс.	%	Абс.	%
эмоциональная стабильность	—	—	—	—
эмоциональная уравновешенность	9	7,5*	18	15,0
«золотая середина»	41	34,2	62	51,7
эмоциональная неуравновешенность	38	31,6*	23	19,2
эмоциональная нестабильность	32	26,7*	17	14,2

Примечание: * — достоверность различий с группой сравнения ($p < 0,05$).

Даже незначительное психоэмоциональное воздействие при высоком уровне личностной тревожности трансформируется у этих пациенток в особо актуальное и вызывает неадекватную реакцию [18]. Такие явления приводят к усилению напряжения в адаптивных системах и могут способствовать развитию рецидивирования предракового процесса.

Для решения вопроса: является ли высокий уровень тревожности у пациенток основной группы изначальным личностным свойством, или его повышение прямо связано с ситуацией заболевания, было рассмотрено соотношение показателя эмоциональности как динамического проявления и личностной тревожности, формирующейся и развивающейся в процессе жизнедеятельности. Для реализации данной цели использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты расчета коэффициента корреляции Пирсона для методик «Личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлор» и «Личностный опросник Айзенка» во 2-й группе (при $p < 0,05$) показывают, что между данными показателями отмечается сильная прямая связь ($r = 0,77$), что еще раз говорит в пользу предположения о том, что выявленное в данном исследовании повышение результатов по шкале Дж. Тейлор только в основной группе связано с ситуацией заболевания, и не является устойчивым личностным качеством.

При изучении психоэмоционального состояния пациенток с помощью теста САН также отмечены неблагоприятные тенденции по сравнению с результатами тестирования женщин контрольной группы (см. Таблицу 4).

Таблица 4

Уровень эмоциональности в обследованных группах

Показатель	основная группа	контрольная группа
	n = 120 (P ± m)	n = 120 (P ± m)
самочувствие	31,2 ± 0,3**	48,6 ± 0,2
активность	30,9 ± 0,4**	45,9 ± 0,8
настроение	37,4 ± 0,5**	53,4 ± 0,1

Примечание: степень достоверности разности сравниваемых показателей: ** — $p < 0,01$.

Проведенный анализ жизненной удовлетворенности пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки, полученные показатели индекса жизненной удовлетворенности демонстрируют преобладание у пациенток основной группы среднего и низкого индекса в отличие от пациенток контрольной группы, что связано с

высоким уровнем эмоциональной напряженности ($r=0,87$ при $p \leq 0,001$), высоким уровнем тревожности ($r=0,71$ при $p \leq 0,001$). Данные статистического анализа говорят о низкой общей адаптированности, приспособленности пациенток основной группы к жизненной ситуации, связанной с их заболеванием.

Таблица 5

Показатели индекса жизненной удовлетворенности

Показатели индекса жизненной удовлетворенности	основная группа (n=120)	контрольная группа (n=120)	достоверность различий
очень высокий	13,0 ± 1,3	64,0 ± 5,6	$P \leq 0,05$
высокий	27,0 ± 3,2	23,0 ± 3,1	$P \leq 0,05$
средний	29,0 ± 3,4	9,0 ± 1,2	$P \leq 0,05$
низкий	31,0 ± 3,6	4,0 ± 0,1	$P \leq 0,05$

Выявленные неблагоприятные тенденции женщин с предрактовой патологией шейки матки дают возможность предполагать действительно психосоматический характер данной нозологии и требуют вмешательства психологов. На данный момент анализ имеющихся подходов психокоррекции психосоматических нарушений у женщин фертильного возраста позволяет выделить следующие приоритеты:

1. Рациональное сочетание индивидуальных и групповых форм работы; Наиболее эффективными и успешными подходами в психотерапии и психокоррекции психосоматических нарушений является ориентированная на клиента терапия (К. Роджерс) и Гештальт-терапия.

2. Включение в психотерапевтический процесс (нередко, как обязательное условие) семьи пациентки.

Говоря об этапах лечения психосоматических заболеваний и расстройств, можно выделить три этапа: 1 этап — неотложный, 2 этап — кратковременный и опосредующий, и 3 этап — длительный. Предлагаемый подход предусматривает на первом этапе симптоматическую терапию по жизненным показаниям, на втором этапе, после устранения кризисной ситуации — применение психофармакотерапии и психотерапии, а на третьем — только психотерапевтическое воздействие.

Терапия, центрированная на клиенте, предложенная К. Роджерсом, особенно актуальна для женщин, поскольку имеет целью создание благоприятных условий для роста личности, распознавания факторов, препятствующих этому, и поощрение спонтанности и творческой активности клиента. Для осуществления данных целей К. Роджерс предложил так называемые Т-группы, или группы тренинга. Основными целями такого тренинга выступают: определение стиля общения участников группы, внутригруппового эмоционального климата, принятие решений на уровне группы в целом. В ситуациях, когда группа сосредоточена на индивидуальных интересах участников, целями являются: развитие самосознания, изменение социальных установок, повышение уровня социальной компетентности.

Можно сказать, что Т-группа — это своеобразная обучающая лаборатория, следовательно, главный упор при проведении тренинговых занятий делается на развитие и отработку новых, качественно иных навыков межличностного взаимодействия, на обеспечение возможности разрешения проблем, не всегда решаемых в реальной жизни, а также способствует получению знаний о социальных структурах (в частности, о семье), особенностях развития и взаимодействия в них, поиску и организации собственной социальной «ниши», осознанию собственных потребностей и возможностей общения, повышению уровня коммуникативной компетентности.

Целью Гештальт-подхода выступает помощь в обретении человеком нового, удовлетворяющего его равновесия с окружающим миром уникальным для данной личности способом. Для осуществления этой цели необходимо помочь человеку ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребность и каким образом это можно осуществить. Поэтому Гештальт-подход занимается прежде всего ростом способности осознавать и формированием ответственности за свой выбор. Поэтому в процессе психокоррекционной работы, основывающейся на Гештальт-подходе, так велика роль диалога между психологом и клиентом. Первой проблемой в психокоррекционной работе с такими клиентами становятся доверительные отношения. В ходе сбора первичного психологического анамнеза, наблюдения за потенциальной клиенткой от психолога требуется осторожность в диалоге, т.к. у любого человека, который обращается за помощью, всегда есть «две части»: одна желает изменений (именно благодаря ее присутствию клиент и обращается за помощью), другая не желает этих изменений. В научной литературе доминирует [3] точка зрения, согласно которой необходимо приложить все усилия, чтобы создать союз с первой частью. Однако, понимая психосоматический характер исследуемой патологии, желательно начинать воздействие именно со второй, привычной частью личности пациентки.

Отношения, которые устанавливаются между психологом и клиентом, в Гештальт-подходе обладают серьезным коррекционным потенциалом. Так, С. Гингер, исследуя этимологию слова «терапия», указывает на следующие значения: «забота о религиозных отправлениях, культ богов; уважительное отношение к родителям, забота о них, служение им; заботливый уход за телом; лечение» [Там же]. Для нас принципиально обнаружение в объеме понятия «терапия» таких трактовок, как служение, забота, уважение. Поэтому суть отношений между психологом и клиентом в Гештальт-подходе можно охарактеризовать как партнерство. Так, Дж. Бьюдженталь для обозначения «качества бытия в ситуации или отношениях» между людьми в психокоррекционном процессе использует понятие «присутствие», подчеркивая тем самым степень искренности и полноты, с которыми человек существует в конкретной ситуации.

Основные способы, с помощью которых возможно установление доверительных отношений и включение клиентки в психокоррекционный процесс — это присоединение при описании своих переживаний. Присоединение к клиентке осуществляется через выяснение причин, побудивших ее обратиться за помощью именно в данный момент времени. При этом возможно проявление эмпатии как попытки увидеть ситуацию глазами пациентки. Здесь главная задача психолога — показать всеми доступными способами, что психолог воспринимает данного человека не как безнадежно больного, «ракового пациента», а как вполне нормальную, но имеющую проблему личность. Кроме того, достаточно часто психолог рассказывает о собственных опасениях по поводу возможности стать «раковым больным», что также способствует формированию доверия. Это содействует повышению самооценки клиента и возникновению у него ответственности через изменение отношений с позиции «врач (доминирующий) — больной (субдоминантный)» на позицию «психолог (партнер по диалогу) — клиент (партнер по диалогу)». Со стороны психолога установление доверительных отношений требует, чтобы и клиент и сам психолог находились на одном и том же уровне присутствия или по возможности максимально близких, что не означает схождения их высказываний по содержанию, но с необходимостью требует от психолога быть аутентично доступным и адекватно экспрессивным. Под доступностью понимается степень того, насколько пациентка допускает, чтобы происходящее в данной ситуации воздействовало на нее, другими словами, насколько происходящее относится для психолога к событиям на границе—контакт. Экспрессивность же означает степень, в которой человек выражает себя вовне, позволяя другому действительно узнать себя в конкретной ситуации взаимодействия.

Поэтому в психокоррекционной сессии психолог может говорить обо всех своих эмоциях и чувствах, переживаемых им «теперь и как», в том числе и о негативных (злости, гнева, страхах и пр.). Именно раскрытие мира собственных переживаний перед

клиенткой, своеобразное «обучение» вербализации переживаний позволяет установить доверительные отношения.

Переход ко второму способу (предложение рассказать клиентке о своих переживаниях) при наличии опыта самораскрытия психолога перед клиенткой, не вызывает у последней отторжения. Клиентка в ситуации «теперь и как» экспрессивно сосредотачивается на потоке переживаний и более обеспокоена выражением своего внутреннего мира, нежели имиджем, объяснениями («эбаутизмами») и пр. Ее речь эмоционально насыщена, разнообразна по темпу и интонационному строю, в ней могут присутствовать ругательства и непристойности (с позиции Гештальт-подхода — это один из маркеров установления доверительных отношений). Поза обычно открытая, детально описываются физиологические ощущения, желания, восприятие себя как в измененном, так и в обычном состоянии сознания. Здесь важно помнить, чтобы клиентка рассказывала о своем опыте в настоящем времени, как если бы это происходило в данный момент.

Установив доверие в диаде «психолог — клиент», можно начать искать «мишени» травматичного опыта. В Гештальт-подходе такими мишенями очень часто выступают фрустрированные потребности. Хроническая депривация потребностей в реальном мире приводит к творческому приспособлению, суть которого — перевод границы—контакта в интенсивную (внутреннюю) зону. Человек оптимально использует накопившееся за многие годы блокированное возбуждение и имеет, наконец, возможность пройти весь цикл контакта. Результатом выступает целостный, «упакованный» во всех модальностях Гештальт. Новая модель поведения закрепляется также на уровне биохимических процессов в форме структурированных а-типичных реакций. Так организуется поле пациентки с патологическими процессами в соответствии с удовлетворением потребности, которая в реальной действительности постоянно фрустрируется.

Именно на этой стадии так важно уже иметь доверительные отношения с клиенткой, потому что здесь осуществляется поиск новых смыслов существования и новых, адекватных способов удовлетворения базовых потребностей. Клиентка обычно ощущает внутреннее принятие себя и воспринимает этот факт и как ответственность за свой выбор. Желательно, чтобы на этой стадии психокоррекционной работы произошел переход от проработки «проблемы клиента» к осознанию как «знанию изнутри» через идентифицирование клиентки со всеми сторонами ее опыта, принятие всех сторон ее личности. Этот процесс возможен тогда, когда человек становится тем, кто он есть на самом деле, со всеми своими недостатками, позорными, негативными сторонами личности. Чаще данный процесс прямо связан с инсайтом, следствием которого является новый смысл. Сущность нового смысла — в изменении способа проживания жизненного опыта, в изменении функционирования личности в системе «человек — мир».

Проведенное исследование позволило оценить психологический статус пациенток с патологией шейки матки. На основании полученных данных можно сделать вывод о наличии психологической дезадаптации у данной категории пациенток. Представленные данные обосновывают необходимость системного подхода к формированию лечебных и профилактических программ для женщин с патологией шейки матки с учетом наличия психо-вегетативных нарушений с включением психологического сопровождения.

Литература

1. Бохан Т.Г. Проблема стресса в психологии: трансспективный анализ. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 156 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Влияние адаптационного стресса на характер защитных реакций / Д.П. Канайкин, А.В. Баскаков, А.В. Крылов [и др.] // Медицинская иммунология. – 2001. – Т. 3. – № 2. – С. 125.

4. Гингер С. Что такое Гештальт? Двадцать базовых понятий. – СПб: Институт Гештальт-терапии, 1996. – 41 с.
5. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 5. – С. 5–15.
6. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: рук. для практикующих врачей. – 2-е изд., испр. и доп. / под общей редакцией В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М. – 2010. – Т. 2. – 726 с.
7. Роговская С.И. Папилломовирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: в помощь практическому врачу. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 192 с.
8. Смирнов С.Д. Методологический плюрализм и предмет психологии // Вопросы психологии. – 2005. – № 4. – С. 3–8.
9. Харченко Е.П. Канцерогенез: иммунная система и иммунотерапия // Иммунология. – 2011. – Т. 32. – № 2. – С. 50–56.
10. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection / M.A. Clarke, A.C. Rodriguez, J.C. Gage [et al.] // BMC Infectious Diseases. – 2012. – P. 1286–1292.
11. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer / D. Saslow, C. Runowicz, B. Solomon [et al.] // CA Cancer J Clin. – 2002. – Vol. 52. – P. 342–362.
12. Biomarkers and their predictive ability to grade anal intra-epithelial neoplasia: a systematic review: Oral Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy / S. Pallett, A. Ramsanahie, A. Abukar [et al.]. – 2014. – P. 41–42.
13. Camargo M.J., Russomano F., Raibolt N. Post-treatment disease after electrosurgery in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective cohort: Oral Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy. – 2014. – P. 46–47.
14. Campisi J., Leem T.H., Fleshner M. Stress-induced extracellular hsp72 is a functionally significant danger signal to the immune system // Cell Stress Chaperones. – 2003 Jul. – Vol. 8(3). – P. 272–286.
15. Central nervous system injury induced immune deficiency syndrome / C. Meisel, J. Schwab, K. Prass [et al.] // Nat. Rev. Neurosci. – 2005. – Vol. 6. – P. 775–786.
16. Collins S. Cigarette smoking is an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia in young women: A longitudinal study / S. Collins, T.P. Rollason, L.S. Young [et al.] // Eur J Cancer. – 2010. – Vol. 46(2). – P. 405–411.
17. Desruisseau A.J., Schmidt-Grimminger D., Welty E. Epidemiology of HPV in HIV-positive and HIV-negative fertile women in Cameroon, West Africa // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 2009. – URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2009/810596>
18. Deutsch H. The psychology of women. – N.Y.: Grune & Stratton, 1995. – Vol. II. – P. 23–31.
19. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infection and type-specific implications in cervical neoplasia / F.X. Bosch, A.N. Burchell, M. Sciffman [et al.] // Vaccine. – 2008. – Vol. 24(10). – P. 1–16.
20. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain / R.O. Dantzer, J.C. Connor, G.G. Freund [et al.] // Nat. Rev. Neurosci. 2008. – Vol. 9. – P. 46–57.
21. Increased detection of clue cells in smears from cervical intraepithelial lesions with reduced expression of COX-2 / P.G. Figueiredo, L.O. Sarian, J.K. Tambascia [et al.] // Diagn Cytopathol. – 2008. – Vol. 36. – P. 705–709.
22. Inflammatory events as detected in cervical smears and squamous intraepithelial lesions / A.M. Roeters, M.E. Boon, M. van Haften [et al.] // Diagn Cytopathol. – 2009. – Vol. 38. – P. 85–93.

23. Is 10 year annual follow-up of? Glandular Neoplasia necessary? A review of follow-up cytology in Bristol / P. Sarah, K. Manley, M. Brett [et al.] // Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy. – 2014. – P. 109–110.
24. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence / S.K. Kjaer, K. Frederiksen, C. Munk [et al.] // J. Natl. Cancer. Inst. – 2010. – Vol. 102. – P. 1478–1488.
25. Lowy D.R., Schiller J.T. Reducing HPV-associated cancer globally // Cancer Prev. Res (Phila). – 2012. – Vol. 5(1). – P. 18–23.
26. Multifocal intraepithelial neoplastic disease in HIV positive women: we could be missing opportunities: Abstracts 15 World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy / A. De Masi, T. Cuming, U. Ratnasingam [et al.] // HIV Medicine, 2014. – Vol. 15 (Suppl. 3). – P. 55.
27. Peripheral tumors induce depressive-like behaviors and cytokine production and alter hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation / L. Pyter, V. Pineros, J.A. Galang [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2009. – Vol. 106. – P. 9069–9074.
28. Results of the first WHO international collaborative study on the standartization of the detection of antibodies to human papillomavirus / M. Ferguson, A. Heath, S. Johnes [et al.] // Int. J. Cancer. – 2006. – Vol. 118. – P. 1508–1514.
29. Silneos P.E. The prevalennse of alxithymie chracterisics in psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. – 2003. – № 22. – P. 255–262.
30. Stress and the female reproductive system / S.N. Kalantaridou, A. Makrigiannakis, E. Zoumakis [et al.] // J. of Reproductive Immunology. – 2004. – Vol. 62. – № 12. – P. 61–68.