

В. В. Марилов¹, В. А. Молочков², О. А. Лукина¹, Т. Ю. Марилова³
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ХАРАКТЕР ПСИХИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛИОМОЙ**

¹ *Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Российского университета дружбы народов, Москва*

² *Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, Москва*

³ *НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва*

Обследовано 70 больных (21 мужчина и 49 женщин) базалиомой. Психиатрическое и экспериментально-психологическое обследование показало, что психические нарушения у больных этой патологией включают аффективные расстройства — главным образом депрессию и гипотимную окраску окружающего, синдром дисморфобии — дисморфомании разной выраженности, относительно кратковременные канцерофобические переживания, соматогенную астению и патологическое развитие личности.

Ключевые слова: психологическая защита, тревога, депрессия, личностные особенности, дисморфобия — дисморфомания, истеропанические атаки, соматогенная астения, патологическое развитие личности.

Базалиома (базальноклеточный рак кожи, базальноклеточная эпителиома) — **злокачественная эпителиальная опухоль**, развивающаяся из зародышевого слоя эпидермиса или волосяных фолликулов. Она отличается местнодеструктирующим ростом и относительно редким метастазированием [4]. По распространенности базалиома занимает 3-е место после рака желудка и рака легкого [4] и составляет 75—90% злокачественных эпителиальных новообразований кожи [7; 8]. Наиболее частой локализацией базалиомы являются открытые участки кожи, особенно лицо. Клинически выделяют поверхностную, опухолевую, склеродермоподобную и язвенную формы базалиомы.

Нами изучены особенности психологических реакций и психические нарушения на разных этапах развития базалиомы.

1. Додиагностический этап (от появления опухоли до обращения к дерматологу). Продолжительность этого этапа варьировала от нескольких месяцев до 2 лет. На этом этапе можно было выделить психологически понятные реакции в виде вариантов психологической защиты и собственно психические нарушения (при этом границы между этими состояниями были настолько прозрачны, аморфны и зыбки, что точная диагностика была часто невозможна или чрезвычайно затруднена).

2. Диагностический этап включал в себя пребывание больного в стационаре, когда ставился диагноз,

подтвержденный данными цитологического и гистологического исследований. Этот этап с соответствующей психологической переработкой диагноза больным, как правило, длился от нескольких дней до 2 нед.

3. Этап лечения включал в себя подбор лекарственных средств и проведение криодеструкции в стационарных или амбулаторных условиях. Этот этап длился, как правило, несколько лет. На этом этапе главным образом и появлялась различная психопатология.

4. Катамнестический этап позволял проследить спонтанность компенсации психических расстройств при этом виде патологии.

Следует особо подчеркнуть, что классические психиатрические синдромы, описанные, как известно, у больных с психическими нарушениями, с большой условностью могут быть отнесены к больным базалиомой, поэтому часто отражают не сущность, а лишь тенденции.

В отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии Московского областного научно-исследовательского института им. М. Ф. Владимирского психиатром обследованы 70 больных базалиомой (21 мужчина, 49 женщин). Соотношение мужчин и женщин (1:2,3) не подтверждает данные литературы [6], указывающие на явное преобладание мужчин среди больных этой патологией. Данные о частоте разных форм базалиомы представлены в табл. 1. Склероподобная форма базалиомы встречается достаточно редко и в данном исследовании не наблюдалась.

Некоторые характеристики обследованных больных представлены в табл. 2. Промежуток времени между началом заболевания и обращением к дерматологу варьировал от нескольких месяцев до 2 лет. Следовательно, для

Таблица 1

Распределение больных по формам базалиом

Больные	Форма			Всего
	поверхностная	язвенная	опухолевая	
Мужчины	5	10	6	21
Женщины	17	17	15	49
Всего	22	27	21	70

больных базалиомой, как и для других онкологических больных, характерна отсроченная реакция обращения к врачу (*delay reaction*) [9], что, вероятно, является вариантом пассивной психологической защиты. Эту особенность больных базалиомой необходимо учитывать в профилактической работе среди населения.

Среди преморбидных особенностей большинства обследованных отмечались черты тревожной мнительности, ранимости, скрупулезной педантичности, склонности винить в своих неудачах в первую очередь самих себя.

Следует особо подчеркнуть, что базалиома, независимо от клинической формы, почти всегда приводит к косметическим дефектам разной выраженности. Этот факт, значительно усиленный личностными особенностями и разными моделями индивидуального реагирования на дистресс, явился причиной исследования психического реагирования у больных базалиомой. Отметим также, что на примере больных базалиомой особенно четко проявляется неопределенность границ между так называемой нормой и психической патологией.

Исследование показало, что те или иные психические нарушения, не всегда четко отличимые от нормальных психологических реакций, а поэтому относимые к патологии с известной долей условности, могут возникать на любом этапе заболевания.

На додиагностическом этапе при появлении базалиомы на коже лица после более или менее длительного отсроченного этапа, по существу временной анозогнозии, возникали депрессивные реакции, не всегда четко отличимые от обычной озабоченности человека при появлении на его лице язвы. Эти реакции были непостоянными,

возникали лишь при встрече со знакомыми или же при разглядывании себя в зеркало. Пациенты были уверены, что язвы пройдут так же внезапно, как и появились (по аналогии с «угрями в подростковом периоде»). Однако поскольку язвы не только не исчезали сами собой, но постепенно распространялись на другие участки тела, эта уверенность проходила, а депрессивные реакции усложнялись и удлинялись, переходя из временных реакций в постоянное депрессивное состояние. Следовательно, уже на этом этапе можно было говорить о развитии невротической депрессии. Ее особенностью было наличие дисгармонической депрессивной триады (О. П. Вертоградова), т. е. значительная выраженность дистимии при относительно меньшей выраженности замедления мыслительных и особенно двигательных процессов [1].

На этом же этапе начинал формироваться сверхценный синдром дисморфобии — дисморфомании, включающий в себя, как известно, триаду взаимосвязанных симптомов: депрессию, сверхценные идеи отношения и мнимый или значительно преувеличенный дефект внешности [3]. При этом у больных на фоне хронической безрадостности и дистимии отмечались попытки объяснения всех своих жизненных неудач не столько неумением или нежеланием работать, сколько наличием дефекта внешности на лице. Следует отметить, что это в большей степени касалось женщин. Это, вероятно, связано с тем, что внешность для них имеет несравненно большее значение, чем для мужчин. Таким образом, у женщин гораздо чаще (если не всегда) при поражении кожи лица формировался сверхценный синдром дисморфобии — дисморфомании.

На диагностическом этапе депрессия все больше приобретала характер тревожной. Этому во многом способствовало осознание онкологической природы заболевания. Временами больных охватывало отчаяние с типичными паническими атаками, сопровождающимися сердцебиением, учащением пульса и другими вегетативными расстройствами. Панические атаки возникали на высоте отчаяния и временами ничем не отличались от типичных истерических реакций (так называемые истеропанические атаки). Появлялись также паранойяльные поиски причин заболевания или его виновников, как при осознании собственного заболевания больными СПИДом [5; 10].

Кроме того, для этого этапа характерна бредоподобная ревизия прожитой жизни с самобичеванием, самокопанием и попытками религиозной трактовки случившегося. При этом нередко болезнь расценивалась как божья кара или удар судьбы за прегрешения прошлого. Борьба с дефектом внешности реализовалась в отчаянных попытках самолечения или лечения у экстрасенсов, ясно-видящих, колдунов и прочих «целителей». На этом этапе при осознании онкологической сущности заболевания появлялся страх мучительной смерти от рака — канцероалготанатофобия, которая нередко сопровождалась суицидальными мыслями, но не тенденциями. Кроме того,

Таблица 2

Некоторые характеристики обследованных больных

Больные	Возраст начала заболевания, годы	Возраст постановки диагноза, годы	Возраст при данном обследовании, годы
Мужчины	48,7±3,4	50,1±2,8	51,9±5,8
Женщины	54,9±2,9	56,3±3,1	59,1±4,6

как альтернатива могло появляться желание мгновенной безболезненной смерти (танатофилия).

В целом этот этап, несмотря на его непродолжительность, отличался большой аффективной насыщенностью и субъективно был наиболее тягостным для больных.

На этапе лечения, который, как уже указывалось, длился несколько лет, тревожная депрессия оформлялась в унылую обреченность, депрессивную покорность судьбе, «безрадостное смирение» нередко с религиозным оттенком. На фоне безрадостного существования нередко появлялись депрессивные бредоподобные идеи собственной никчемности, отверженности и сверхценные переживания собственного физического уродства. Синдром дисморфофобии — дисморфомании был достаточно полно выражен и включал в себя не только идею физического недостатка сверхценного характера и безрадостно-депрессивное настроение, но и отчетливо выраженные идеи отношения. Последние в отличие от типичного синдрома дисморфофобии — дисморфомании [3] носили не бредовый и сверхценный, а бредоподобный характер. Течение этого синдрома носило волнообразный характер, то интенсифицируясь, то дезактуализируясь в зависимости от обострения или затухания основного патологического процесса.

Характерной для этого этапа была и нарастающая астенизация, которая появлялась и была максимально выраженной в периоды значительного обострения основного заболевания, после чего практически исчезала. Кроме того, почти полностью дезактуализировались канцероалготанатофобические и танатофилические переживания. Уже на этом этапе (в среднем на 2—3-м году заболевания) у больных значительно усиливались прежние (преимущественно психастенические) черты личности и появлялись новые, не свойственные им ранее характерологические проявления в виде излишней раздражительности, несдержанности, конфликтности, мстительной злопамятности и истерических форм реагирования. Указанные характерологические изменения свидетельствовали о патологическом развитии личности, приближающемся к «нажитой психопатии» в понимании О. В. Кербилова [2] и начинающемся (это следует подчеркнуть особо) уже на этапе лечения.

Катамнестическое обследование спустя 5 лет показало, что у большинства больных к этому времени интенсивность эмоциональных переживаний значительно снижалась, депрессия чаще всего принимала характер стойкого апатико-брюзжащего настроения с недовольством окружающим и окружающими, пронизанного постоянным чувством слабости, вялости, снижения активности и другими проявлениями нарастающего астенического синдрома. Астения на этом этапе (в отличие от предыдущего) носила стойкий, необратимый характер и уже совершенно не зависела от обострения или временного улучшения течения основного заболевания. Дисморфофобия оформлялась в стойкое и психо-

логически понятное неприятие своего изменившегося физического «Я», а дисморфоманические тенденции реализовались в адекватные способы сокрытия дефекта внешности с помощью шляп, платков, вуали, грима и пр.

В целом спонтанная компенсация психических расстройств при базалиоме по данным анамнеза осуществлялась в сторону уменьшения аффективных и дисморфофобических расстройств и нарастания астенической симптоматики с постепенным переходом к патологическому развитию личности, приближающемуся к нажитым психопатиям в понимании О. В. Кербилова [2].

Таким образом, основной психологической проблемой больных базалиомой является неприятие своего изменившегося физического «Я». Вокруг этой психологически не разрешаемой задачи формируются психические нарушения, включающие аффективные расстройства в виде главным образом депрессии и гипотимной окраски окружающего, синдром дисморфофобии — дисморфомании разной выраженности, относительно кратковременные канцерофобические переживания, соматогенную астению и патологическое развитие личности. Формирование психических нарушений у больных базалиомой обусловлено комплексным воздействием соматогенных и психогенных факторов. Воздействие последних относительно кратковременно и психологически понятно (дисморфофобия, канцерофобия, депрессия). Влияние же соматогенных факторов, по всей вероятности, предопределяет стабильность, длительность и необратимость психических расстройств (астения, раздражительная слабость, патологическое развитие личности).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О. П. К психопатологии депрессии // Матер. 4-го советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессии, 1983 г., Москва. — С. 109—113.
2. Кербилов О. В. Избранные труды. — М: Медицина, 1971. — С. 312.
3. Коркина М. В. Клиника дисморфофобических расстройств: Дис... д-ра мед. наук. — Москва, 1968. — С. 470.
4. Ashby M. A., Smith J., Ainslie S. et al. Treatment of nonmelanoma skin cancer at a large Australian center // Cancer. — 1989. — Vol. 63, N 9. — P. 1863—1871.
5. Chodoff P. Fear of AIDS // Psychiatry. — 1987. — Vol. 50, N 2. — P. 184—191.
6. Feinberg A., Menter M. A. Focal dermal hypoplasia (Goltz syndrome) in a male. A case report // S. Afr. Med. J. — 1976. — Vol. 50, N 14. — P. 554—555.
7. Fleming I. D., Antonette R., Monaghan T. et al. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin // Cancer. — 1995. — Vol. 75, N 2 (suppl.). — P. 699—704.
8. Gupta A. K., Cardella C. J., Haberman H. F. Cutaneous malignant neoplasms in patients with renal transplants // Arch. Derm. — 1986. — Vol. 122, N 11. — P. 1288—1293.
9. Peck A. Emotional reactions to having cancer // C. A. Cancer J. Clin. — 1972. — Vol. 22, N 5. — P. 284—291.
10. Wolcott D., Fawzy F., Pasnau R. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and consultation-liaison psychiatry // Gen. Hosp. Psychiatry. — 1985. — Vol. 7, N 4. — P. 280—292.

Поступила 06.02.2006

V. V. Marilov¹, V. A. Molochkov², O. A. Lukina¹, T. Yu. Marilova³

**PSYCHOLOGICAL PROBLEMS AND THE NATURE OF PSYCHIC DISORDERS
IN PATIENTS WITH BASAL CELL CARCINOMA**

¹ *Psychiatry and Medical Psychology Department,
Russian University of Peoples Friendship, Moscow*

² *M. F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical Research Institute, Moscow*

³ *Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, Moscow*

We studied 70 patients (21 males and 49 females) with basal cell carcinoma. As demonstrated by psychiatric and experimental psychological studies, the patients' psychiatric disorders included affective disturbances (mainly as depression and hypothyria), dysmorphophobia — dysmorphomania syndrome of various severity, relatively short-term cancerophobic feelings, somatogenic asthenia and pathological personality development in the course of time.

Key words: psychological defense, anxiety, depression, personality peculiarities, dysmorphophobia — dysmorphomania, hysterogenic attacks, somatogenic asthenia, pathological personality development.
