

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

²Кафедра онкологии РГМУ, Москва

В статье обсуждаются некоторые деонтологические аспекты онкологии, в частности, проблема раскрытия или нераскрытия истинного диагноза. Приводится подробное описание психических нарушений на разных этапах заболевания. Подчеркивается, что наличие этих нарушений может не только препятствовать проведению хирургического лечения, но и негативно отражаться на качестве жизни прооперированных больных. Обсуждаются также психологические проблемы выполнения профилактических операций на молочной железе и яичниках.

Ключевые слова: психопатология, онкология, качество жизни онкологических больных.

The paper discusses deontological aspects of cancer treatment, in particular the problem of disclosure of the true diagnosis. Detailed description is provided for psychological disorders at different disease stages. It is emphasized that these disorders may both interfere with surgical treatment and deteriorate postoperative quality of life. Psychological aspects associated with preventive surgery on the breast and ovary are discussed.

Key words: psychopathology, oncology, cancer patients' quality of life.

Завет Сократа «Нельзя лечить тело, не лечя душу» в особой степени относится к онкологии, где хирургический метод лечения остается главенствующим, а нередко и единственным. Однако даже блестяще технически выполненная операция может не принести пациенту облегчения и выздоровления, если при этом жестоко повреждена психика больного.

Впервые еще врачи эпохи Возрождения стали связывать появление злокачественных опухолей с типом личности, депрессией, длительной тоской, безрадостностью, бессонницей. Так, еще Гален описывал наличие опухолевого процесса чаще у женщин с меланхолическим складом личности и реже у сангвиников. В дальнейшем были описаны практически все разновидности личностного профиля при этой форме патологии. Однако особенности преморбидного склада личности, по всей вероятности, не предопределяют появление опухоли, но вместе с тем могут иметь опосредованное значение. Ведь известно, что нередко появлению опухоли предшествуют тяжелые психические травмы, длительное психическое перенапряжение, действие сверхсильных психоэмоциональных раздражителей или же выраженного стресса.

Вместе с тем большинство исследователей сходятся во мнении о том, что в продrome опухолевого процесса выделяется отчетливый тревожно-депрессивный синдром. В основе этой депрессии (как первого сигнала опухоли) лежат подсознательные механизмы — «импульсы из болезненной ткани».

Депрессия, таким образом, является как бы психологическим гримом начинающегося сложного соматического заболевания. Этот психологический грим в виде изолированного аффективного синдрома может существовать несколько месяцев и является по существу предрakovым состоянием.

Прежде чем перейти к описанию психопатологических феноменов, вызываемых осознанием наличия онкологического заболевания, следует остановиться на чрезвычайно важной деонтологической проблеме этого заболевания. Речь идет о гласности или негласности диагноза. Вопрос о том, следует ли сообщать онкологическому больному истинный диагноз, вызывает большие споры. Многие отечественные онкологи придерживаются деонтологического принципа, не травмирующего психику больного [1]. Большинство зарубежных исследователей считают необходимым информировать онкологического больного о природе его болезни, полагая, что больной имеет право знать истину без смягчения обстоятельств с указанием при этом по возможности точного прогноза. Это мотивируется тем, что неосведомленный больной может принять неправильные решения в личных, в том числе и финансовых вопросах. Кроме того, около 90% госпитализированных больных уже знают свой диагноз, и щадящая ложь вызывает у них чувства обреченности, неверия во врача и неприятия его, что создает вместо необходимого союза между больным и врачом определенный разрыв в межличностных отношениях. Только в том случае, если в анамнезе больного имеется указание на наличие шизофрении или другого психического заболевания, онкологический диагноз ему не

сообщается. Иногда свой диагноз больные узнают (причем часто в искаженном виде) от среднего и особенно младшего медицинского персонала или же от других больных. Поэтому в большинстве случаев наиболее щадящей для больного может оказаться информация от лечащего врача, который учитывает особенности личности и тип реагирования больного. Прежде всего следует учесть, насколько больной хочет знать свой истинный диагноз, чтобы не нарушить механизм его психологической защиты. Больному можно открыть правду настолько, насколько она окажется способной мобилизовать защитные механизмы его психики в борьбе с заболеванием и неопределенностью будущего [2]. Поэтому следует пересмотреть мнение о том, что от больного необходимо скрывать его диагноз.

Кроме того, наивно было бы полагать, что в современном обществе человек, направленный на лечение в онкологическое учреждение, не станет думать, что у него рак. Неумелое, категорическое отрицание этого со стороны врача, как уже указывалось, вызывает недоверие и создает напряженную обстановку, так как больной начинает сомневаться в компетентности врача или считает, что последний недооценивает его интеллект. По нашему мнению, нужно осторожно, с учетом личностных особенностей, предупредить больного о наличии у него опухоли, приложив все усилия к тому, чтобы пациент не терял надежды на выздоровление.

Вслед за вопросом, открывать или не открывать правду о заболевании онкологическому больному, как правило, возникает и другая проблема, что сказать пациенту о прогнозе болезни. Многие наблюдения показывают, что даже в терминальном состоянии больные, знающие о своей обреченности, все же надеются на чудо выздоровления. Эту надежду необходимо всячески поддерживать (вплоть до формирования психологической защиты по типу анозогнозии — отрицание заболевания), ибо погибающий от прогрессирования опухолевого процесса больной больше нуждается в психологической (психотерапевтической) помощи, нежели в соматической.

Первичной психологической реакцией онкологических больных на наличие у них опухолевого процесса независимо от локализации заболевания является аффективная реакция в виде реактивной депрессии невротического уровня с выраженным аффектом страха с кратковременными паническими атаками. Через несколько дней страх и панические атаки сменяются ажитированной депрессией и тревогой. Именно в этом состоянии резко возрастает суицидальный риск, хотя в целом у онкологических больных он невысок, частично из-за анозогнозии.

Первичная реакция может проявляться и различными невротическими симптомами в виде повышенной раздражительности, ранимости, сенситивности, эмоциональной неустойчивости, бессонницы, а также элементами сенестопатически-ипохондрической фиксации на тех или иных органах. В некоторых случаях заостряются характерологические особенности больных.

Начальный период продолжается довольно длительное время, затем он уступает место более короткому, но бурному «диагностическому этапу» — начинается фаза осознания своего заболевания, проявляющаяся исключительно повышенной аффективностью. При этом отмечаются депрессивные состояния, средние между невротическими и психотическими,

постоянная тревога, внутреннее беспокойство, страх смерти. Независимо от преморбидных особенностей онкологическим больным свойственен тревожно-депрессивный характер реакций с пессимистической оценкой своих жизненных перспектив и тревогой о близких. На этом этапе также включается феномен психологической защиты личности в виде бегства от болезни, неприятия и отрицания ее, несмотря на наличие болевого синдрома и нарушений функции пораженного опухолью органа. По-видимому, имеет место не только слабость интероцептивных сигналов, что нередко встречается в начале заболевания, но и своеобразная эмоциональная блокада в отношении этих сигналов, связанная с рано наступающим снижением общего тонуса личности. Отсутствие осознания тяжести своего заболевания, с известной долей условности, можно объяснить извращением внутренней картины болезни, что может отмечаться и при других тяжелых соматических заболеваниях. Именно анозогнозия часто является причиной отказа пациентов от операции.

Другими причинами отказа от хирургического лечения являются страх перед последствиями калечащих операций (наличие противоестественного ануса, недержание кала и газов, отсутствие молочной железы, потеря женственности и привлекательности и т. д.), необходимость проведения в последующем химиотерапии, возможность появления рецидивов и метастазов, наличие фатальной идеи о бесполезности лечения.

Психические нарушения следующего этапа заболевания — стадии полного развертывания картины болезни — во многом определяются нарастанием интоксикации и по существу являются соматогенным психозом, реакцией экзогенного типа. У больных значительно усиливается астенизация, интенсифицируются ипохондрические и депрессивные переживания. Качественно новым психопатологическим феноменом являются возникающие на этом этапе онирические состояния [6]. Выявляется уже определенная специфичность психопатологических расстройств при различных локализациях опухолевого процесса. Так, при раке печени нередко онирические переживания сочетаются с гипнагогическими галлюцинациями, при опухолях поджелудочной железы часто наблюдается нарушение сознания. У многих больных раком шейки матки появляются ощущение внезапного старения, а также сексуальные пerversии. Для больных раком легкого характерны выраженная тревога, страх в сочетании с вялостью. При раке желудка и кишечника наблюдается особо тяжелая ипохондрия.

У пациенток с опухолями молочной железы, перенесших хирургическое лечение, часто развиваются тяжелая невротическая симптоматика и депрессия, иногда с суицидальными мыслями. Характерно, что эмоциональные страдания по поводу удаления молочной железы переносятся больными значительно тяжелее, чем болевой синдром. У таких пациенток появляются чрезвычайно выраженное аффективно окрашенное чувство увечья и ощущение потери женственности вкупе с неосознанными страхами. Иногда пациенткам кажется, что окружающие относятся к ним как к неприкасаемым, т. е. возникают идеи отношения, а также собственной неполноценности. Многие больные живут в постоянном тревожном ожидании рецидива рака, что значительно снижает их адаптивные возможности на послеоперационном

этапе. Именно у тревожных больных описаны рецидивы рака в здоровой молочной железе после оперативного вмешательства. Эти данные нашли экспериментальное подтверждение — длительное напряжение способствовало развитию спонтанных опухолей и предраковых заболеваний молочных желез у животных.

Следует особо подчеркнуть, что указанные выше психологические проблемы и психические нарушения значительно снижают качество жизни онкологических больных, негативно влияют на эффективность реабилитационных программ.

В заключение необходимо обратиться еще к одной психологической проблеме, с которой сталкиваются хирурги-онкологи, проводящие профилактические операции на молочной железе и яичниках у женщин с мутацией генов BRCA1, BRCA2. Наши предварительные исследования пока весьма небольшой группы больных, идущих на подобные операции, позволяют сделать вывод о необходимости учитывать их психический статус при решении вопроса о целесообразности проведения им хирургического вмешательства. Хирург должен быть предупрежден, что нередко в основе согласия на операцию у этих женщин могут лежать сверхценная или навязчивая идея, реже синдром Мюнхгаузена (желание и стремление прооперироваться любой ценой) или же перфекциони-

ческая (perfect (англ.) — совершенный) идея нередко паранойяльного характера. Именно поэтому перед операцией пациентка должна быть осмотрена клиническим психологом или психиатром, знакомым с психопатологией онкологических больных. Наличие каких-либо психических расстройств является, с нашей точки зрения, противопоказанием для подобных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н. Деонтология в онкологии. — М., 1977. — 70 с.
2. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных. — М., 1977. — 143 с.
3. Герасименко В. Н., Марилов В. В., Артюшенко Ю. В., Марилова Т. Ю. О некоторых психологических и психиатрических аспектах онкологии. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1978. — №9. — С. 1399—1408.
4. Колосов А. Е., Шиповников Н. Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». — Киров. — 1994. — 135 с.
5. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — С.-Пб.: ЭЛБИ. — 1999. — 139 с.
6. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке. — М.: Медицина. — 1961. — 387 с.

Поступила 16.07.03