

Татьяна Юрьевна Марилова, Ирина Михайловна Шестопалова

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ КАК СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ РАКЕ

*Отделение госпитальной терапии и функциональной диагностики
НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)*

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии
ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение госпитальной терапии и функциональной диагностики,
Марилова Татьяна Юрьевна; e-mail: taras.marilov@mail.ru

При помощи ряда психологических тестов (опросник Тейлор, Айзенка, тест Лондонской клиники Мидлсекс — МНҚ) обследованы 100 больных раком молочной железы в предоперационном периоде. У всех пациенток выявлен весьма высокий уровень тревоги ($11,9 \pm 0,3$ усл. ед. при норме $3,7 \pm 0,4$ усл. ед.; $p < 0,001$), депрессии ($10,1 \pm 1,2$ усл. ед. при норме $2,7 \pm 0,5$ усл. ед.; $p < 0,001$), фобий ($8,6 \pm 0,4$ усл. ед. при норме $4,0 \pm 0,6$ усл. ед.; $p < 0,01$) и навязчивых состояний, или obsessions ($10,7 \pm 0,5$ усл. ед. при норме $5,2 \pm 0,4$ усл. ед.; $p < 0,01$). Высокий уровень данных показателей свидетельствует о суицидальной готовности этих пациентов.

Ключевые слова: невротизм, тревога, суицидальные мысли, рак молочной железы.

Известно, что депрессивно-тревожные реакции, стойкие по времени и выраженные по силе, которые нередко и обуславливают суицидальные мысли, широко представлены при злокачественных опухолях различной локализации как «аккомпанемент» основного заболевания [4].

В особой степени это касается рака молочной железы (РМЖ), хирургическое удаление которой нередко приводит к изменению физической и психологической схемы тела, чувству ущербности, потери женственности, мнимой потери сексуальности. Эти переживания, сопровождающиеся отчетливой депрессией с тревожным компонентом, нередко выступают в виде сверхценной идеи физического недостатка и составляют ядро редуцированного синдрома дисморфофобии-дисморфомании [2].

Депрессия, столь характерная для этого синдрома, играет роль триггера суицидального поведения, которое, впрочем, не всегда реализуется в поступки. В отсутствие психологической защиты по типу анозогнозии (отрицание заболевания) у ряда больных осознание наличия злокачественной опухоли как неизлечимого заболевания постоянно подпитывает их суицидальную предрасположенность.

Зная уровень депрессии [1], а также нередко сопутствующей ей тревоги, можно предположительно рассчитать вероятность появления суицидальных мыслей и предотвратить их либо купированием антидепрессантами,

либо выработкой у больного незрелой (уход от болезни путем вытеснения) или зрелой (по типу рационализации) психологической защиты [3].

При помощи ряда психологических тестов (тест Лондонской больницы Мидлсекс — МНҚ, опросники Тейлор и Айзенка) нами обследованы 100 больных РМЖ в предоперационном периоде. Возраст обследованных варьировал от 32 до 54 лет, у всех было высшее или среднее специальное образование, позволявшее адекватно понимать вопросы тестов. В браке состояли 85 пациенток, из них 76 имели детей.

Экспериментально-психологическое обследование выявило у всех пациенток весьма высокий уровень тревоги ($11,9 \pm 0,3$ усл. ед. при норме $3,7 \pm 0,4$; $p < 0,001$), а также депрессии ($10,1 \pm 1,2$ при норме $2,7 \pm 0,5$ усл. ед.; $p < 0,001$). Значительно повышенными были также уровни фобий (навязчивых страхов) ($8,6 \pm 0,4$ усл. ед. при норме $4,0 \pm 0,6$ усл. ед.) и навязчивых состояний (obsessions) ($10,7 \pm 0,5$ усл. ед. при норме $5,2 \pm 0,4$ усл. ед.). В то же время уровни соматизации аффекта не отличались от среднестатистической нормы. Другими словами, характерная для многих соматических и особенно психосоматических заболеваний закономерность перевода (нейтрализации) патологических эмоций на уровень вегетативного реагирования у больных РМЖ не отмечалась.

Следовательно, сочетание высоких уровней тревоги и депрессии, напрямую связанное с наличием онкологического заболевания, неспособность больных к самонейтрализации этих эмоций путем процесса соматизации формируют стойкую суицидальную тенденцию, готовую

реализоваться при подтверждении диагноза в условиях стационара. Подтверждение диагноза больные нередко видят в самом факте госпитализации в онкологический стационар, предстоящем хирургическом и/или химиотерапевтическом, радиологическом лечении.

Высокий уровень фобий существенно усиливает суицидальную готовность пациенток, а статистически значимо повышенный уровень навязчивых состояний способствует фиксации этой идеи в сознании больных.

Приведенные данные, по существу, свидетельствуют о выраженном невротическом состоянии пациентов до операции, что подтверждается и результатами тестирования с помощью опросника Айзенка. Так, уровень общего невротизма достигал у больных $26,5 \pm 2,1$ усл. ед. при норме $8,8 \pm 0,6$ усл. ед. ($p < 0,001$).

Подобные же результаты получены и при обследовании больных с помощью шкалы тревоги Тейлор. Тревога, как известно, состоит из трех составляющих: соматической, нервной и социальной. Уровень общей тревоги у обследованных в 3 раза превышал норму: 39 усл. ед. при норме менее 13 усл. ед. ($p < 0,001$). При этом отмечалось отчетливое преобладание нервной составляющей тревоги (77% от максимально возможной). Социальная составляющая тревоги достигала 65%, а соматическая — 53% от максимально возможной. Эти данные свидетельствуют о том, что тревога у больных РМЖ в предоперационном

периоде в большей степени обусловлена нервным, т. е. эмоциональным, фактором в рамках эмоциональной реакции на заболевание и лишь в последнюю очередь соматическим, т. е. болевым, фактором.

Ввиду того что суицидальные мысли всегда обусловлены эмоциональным фоном (депрессия, тревога), усилия врачей в дооперационном периоде должны быть направлены и на купирование депрессивно-тревожных состояний. Это во многом снизит суицидальную готовность больных. Достижение указанного эффекта возможно с помощью не только обязательного назначения больным до операции адекватно подобранных доз транквилизаторов и антидепрессантов, но и проведения соответствующей рациональной психокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветроградова О. И. К психопатологии депрессии // Матер. симпози. по проблеме депрессии. — М., 1983. — С. 109—113.
2. Коркина М. В. Клиника дисморфофобических расстройств: Дис... д-ра мед. наук. — М., 1968. — С. 470—478.
3. Мариллов В. В. Общая психопатология. — М.: Академия, 2002. — С. 58—64.
4. Петровский А. В. Общая психопатология. — М.: Просвещение, 1996. — С. 40—47.

Поступила 27.03.2008

Tatiana Yurievna Marilova, Irina Mikhailovna Shestopalova

ANXIETY AND DEPRESSION AS A SUICIDAL RISK IN CANCER

Department of Hospital Therapy and Functional Diagnostics, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for correspondence: Marilova Tatiana Yurievna, Department of Hospital Therapy and Functional Diagnostics, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: taras.marilov@mail.ru

A total of 100 breast cancer patients were examined postoperatively using a battery of psychological tests (Taylor's Questionnaire, Aisenk's Questionnaire, Middlesex Hospital Questionnaire [MHQ]). All patients presented with rather high levels of anxiety (11.9 ± 0.3 , cf. normal 3.7 ± 0.4 ; $p < 0.001$), depression (10.1 ± 1.2 , cf. normal 2.7 ± 0.5 ; $p < 0.001$), phobias (8.6 ± 0.4 , cf. normal 4.0 ± 0.6 ; $p < 0.01$) and obsessions (10.7 ± 0.5 , cf. normal 5.2 ± 0.4 ; $p < 0.01$). The high levels of these parameters are evidence of suicidal readiness of these patients.

Key words: neurotism, anxiety, suicidal thoughts, breast cancer.