

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

С.В. Иванов¹, М.А. Самушия¹, Е.А. Мустафина²

¹Отделение соматогенной патологии отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ГУ НЦПЗ РАМН;

²Отделение гинекологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

PSYCHOGENIC REACTIONS IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE ORGAN MALIGNANCIES

S.V. Ivanov¹, M.A. Samushia¹, E.A. Mustafina²

¹Department of Somatogenic Pathology, Division for Study of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, Research Center of Mental Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

²Department of Gynecology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Gynecological malignancies (cervix and corpus uteri cancer, ovarian tumors) are characterized by high comorbidity rates (35—55%) with mental disorders of mainly depression and anxiety sphere, as well as disorders considered within adjustment disorders.

Key words: nosogenic reactions, female reproductive organ cancer, anxiety, depression, hypomania, dissociation

Введение

Возрастающая распространенность злокачественных новообразований органов репродуктивной системы и значительное омоложение контингента больных приводит к увеличению числа пациентов с патологическими реакциями, манифестирующими в связи с тяжелым соматическим заболеванием. Злокачественные опухоли гинекологической системы (рак тела — РТМ и шейки матки — РШМ, новообразования яичников) являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин, их суммарная доля превышает 35% [1]. Рак матки составляет 9,8% всех диагностируемых раковых процессов у женщин и занимает 3-е место (после рака молочной железы и толстой кишки) [2], рак яичников (РЯ) — 4-6% (7-е место). По сводным данным популяционных регистров стран Европы, 5-летняя выживаемость больных раком матки составляет в среднем 43,5%, РЯ — 35% [3].

Изучение психических расстройств — нозогенных реакций, манифестирующих в связи с известием о заболевании, клиническими проявлениями и лечением злокачественных новообразований гинекологической сферы, вплоть до настоящего времени осуществлялось преимущественно психологами [4—6]. В работах данного направления основное внимание уделяется выделению личностных факторов, способствующих дезадаптивным формам реагирования. При этом симптомы нозогении (тревога, гипотимия, ангедония, дисфория) рассматриваются в рамках концепции «неспецифического дистресса» — деморализации («комплекс отказа» [7] или «синдрома социального отказа/поломки» [8]). Так, в исследовании N. Boscaglia,

D.M. Clarke [9] для выявления подверженности деморализации авторами было использовано введенное A. Antonovsky [10] определение субъективной компетентности («sense of coherence» — SOC) — способности индивида к спланированной и согласованной деятельности, решительности в выборе направления действий, позитивное самовосприятие. По результатам исследования 120 пациенток с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы (рак эндометрия, РШМ, РЯ, рак фаллопиевых труб и злокачественные новообразования наружных половых органов), авторы предполагают наличие значимой связи между показателями SOC, качеством жизни, симптомами психологического дистресса и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Для объяснения механизмов развития нозогенных реакций, как правило, используется концепция стратегии преодоления стресса (копинг-стратегия) [11, 12], на основании которой разрабатываются методы психологической (преимущественно бихевиоральной) коррекции.

В отдельных клинических работах, посвященных психопатологической оценке реактивных состояний, развившихся у пациенток с раковыми новообразованиями органов репродуктивной системы, анализ психических расстройств проводится в аспекте отдельных психопатологических проявлений, преимущественно депрессивного и тревожного круга, а также нарушений, рассматривающихся в рамках расстройств адаптации, и их распространенности (табл. 1).

В работе В.В. Васиановой [16] представлен клинический анализ пограничной психической патологии, манифестирующей у 122 женщин с ди-



агнозом злокачественного новообразования матки и яичников. Автор рассматривает клиническую динамику психических расстройств на 3 этапах онкологического заболевания: до выполнения онкогинекологической операции, в краткосрочном (1—3 года) и отдаленном (> 3—4 лет) послеоперационном периодах.

По данным автора, в предоперационном периоде преобладают психогенные (связанные с установлением диагноза онкопатологии) психические расстройства, не обнаруживающие тесной связи с преморбидными свойствами личности и проявляющиеся нестойкими депрессивными (64,7%) и тревожно-фобическими (35,5%) симптомокомплексами с тенденцией к спонтанной редукции. На II этапе выявляются депрессивные (42,4%), астенические (24,2%), ипохондрические (21,3%) и истерические (12,1%) расстройства. На III этапе доля пациенток с психической патологией сокращается, но эта патология приобретает хроническое течение в рамках дистимии (8,9%) или ипохондрического развития личности (3,6%).

По результатам анализа доступной литературы, посвященной проблеме нозогенных реакций у пациенток со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы, очевидно, что при относительно высокой распространенности указанных состояний их клиническая характеристика и механизмы формирования обсуждаются в отдельных исследованиях, остаются недостаточно разработанными и требуют дальнейшего систематического изучения.

Цель исследования — клиническое изучение нозогенных реакций, манифестирующих у женщин в связи с онкологическими заболеваниями гинекологической сферы с учетом психосоматических корреляций (вклад расстройств личности, собственно нозогенных и соматогенных факторов).

Материалы и методы

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников отделения соматогенной психической патологии, отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ГУ НЦПЗ РАМН и сотрудников отделения гинекологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина.

Таблица 1. *Распространенность психических расстройств (%) у больных раком органов репродуктивной системы*

Авторы, год	Расстройства адаптации	Депрессии	Тревожно-фобические расстройства
R. Corney и соавт. [13]	52	48	32
А.С. Латыпов [14]	54,3	36	25
L. Grassi и соавт. [15]	24,8	14,85	27

Выборку исследования составили 30 пациенток в возрасте от 24 до 67 лет (в среднем $48,9 \pm 12,5$ года), последовательно поступавших и находящихся на амбулаторном или стационарном лечении в гинекологическом отделении ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина с диагнозом «рак органов репродуктивной системы различной локализации» с сопутствующими нозогенными реакциями, манифестирующими в связи с онкологическим заболеванием. Все пациентки изученной выборки на момент обследования завершили начальный этап лечения, т.е. проходили очередной курс химио-(ХТ) или лучевой (ЛТ) терапии после перенесенных хирургических вмешательств (в среднем 1,5—2,5 мес после установления диагноза онкологического заболевания).

Исключение составили больные с препятствующими проведению исследования нозогенных реакций тяжелыми изменениями личности, обусловленными органическим поражением центральной нервной системы — ЦНС (F00-05, F07-09 по МКБ-10), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10—F19), манифестной шизофренией и другими психозами шизофренического спектра (F20—F29), умственной отсталостью (F71—F79).

53% пациенток проживали в браке, преобладали лица с высшим образованием (56,7%). Онкологические диагнозы и методы лечения представлены в табл. 2.

Результаты

Во всех изученных случаях нозогении манифестировали непосредственно вслед за сообщением диагноза онкологического заболевания по типу «шоковой» реакции с тревогой, ажитацией, страхом смерти, явлениями растерянности, чувством безысходности и беспомощности. В дальнейшем через несколько дней (в среднем 2—4) по мере расширения информации об исходах и методах лечения онкологического заболевания наступала определенная стабилизация состояния с частичной редукцией острых тревожных расстройств и формированием более очерченной клинической картины нозогенной реакции. Общими характерными для всех типов нозогений, развивающихся

вслед за установлением диагноза рака гинекологической локализации и следующих за этим хирургических вмешательств (в большинстве случаев расширенная гистерэктомия с билатеральной сальпинго-овариэктомией), являются фобии, связанные с предполагаемыми посткастрационными изменениями в организме. Перед и после ги-

Таблица 2. Распределение больных со злокачественными новообразованиями в зависимости от применения комбинированных методов лечения ($n=30$)

Диагноз	Число больных	хирургическое вмешательство	Комбинированное лечение						ЛТ
			карбоплатин, таксол	таксол	ХТ винкристин + платина	5-ФУ; лейковарин	препараты платины	ГТ тамоксифен	
РШМ	9	9	1	—	—	—	—	—	7
РТМ	7	7	—	—	—	—	1	—	4
Первично-множественное метастатическое заболевание тела матки и молочной железы	3	3	—	—	—	—	1	3	2
Предраковые заболевания шейки матки	3	3	—	—	—	—	—	—	—
РЯ	6	5	3	2	—	—	1	—	—
Первично-множественное метастатическое заболевание яичников и ЖКТ	2	2	—	—	1	1	—	—	—
Всего...	30	30	4	2	1	1	3	3	13

Примечание. ГТ — гормонотерапия, 5-ФУ — 5-фторурацил, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

некологической операции пациентки с тревогой ожидают проявлений посткастрационного синдрома, высказывают опасения относительно быстрого старения, утраты женственности, красоты. При этом наблюдаются преходящие явления ранней инсомнии, яркие и образные (вплоть до сценноподобных) сновидения, отражающие возможные неблагоприятные исходы болезни или планируемой терапии. В связи с тем что средний возраст пациенток изученной выборки был достаточно молодым, подобные опасения наблюдались в 80% случаев ($n=24$).

Средняя длительность нозогении (от даты сообщения диагноза) на момент включения в выборку составила 1,8 ($1,8 \pm 1,2$) мес.

По результатам психопатологической оценки в изученной выборке преобладают тревожно-депрессивные реакции (22 из 30 наблюдений). В 8 случаях нозогении определялись как тревожно-гипоманиакальная и тревожно-диссоциативная реакции (по 4 наблюдения соответственно).

Тревожно-депрессивные нозогенные реакции ($n=22$)

Клиническая картина определяется явлениями генерализованной тревоги, формирующимися на фоне стойкой гипотимии (подавленность, плаксивость, гипертрофированно-пессимистическая оценка перспектив лечения). В структуре тревожных расстройств доминируют явления антиципирующей тревоги с полиморфными тревожными

опасениями. Наряду с тревожным ожиданием неблагоприятного течения онкологического заболевания (быстрое прогрессирование, метастазирование, развитие осложнений) и явлениями танатофобии пациентки нередко обеспокоены возможностью обострения имеющихся хронических заболеваний (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь и др.), которые могли бы препятствовать своевременному началу лечения опухоли (ХТ, ЛТ). Тревожная симптоматика расширяется за счет возникновения опасений, связанных с возможными побочными эффектами ХТ и ЛТ, сопряженными как с дополнительным телесным дискомфортом (тошнота, рвота, слабость), так и с изменениями внешности (выпадение волос, сухость, бледность кожи), а также страхов, связанных с социальными последствиями болезни (нарушения сексуальных отношений с партнером, изменения в половых отношениях с партнером, ограничение возможности появляться в обществе и пр.).

При этом выявляется крайняя лабильность аффекта в связи с сопутствующими нозогенными факторами — отчетливые обострения тревожной и депрессивной симптоматики вплоть до непереносимого напряжения, ощущения паники, растерянности в сочетании с чувством отчаяния и безысходности в ожидании очередных диагностических обследований, хирургических операций, очередных курсов консервативной терапии. Часто эпизоды обострения тревоги сопровождаются



присоединением дисфорического аффекта с недовольством и раздражительностью, которые обусловлены необходимостью дополнительных исследований у различных специалистов, увеличением числа курсов ХТ, ЛТ и связанных с ними повторных госпитализаций в онкологический стационар. На высоте дисфории возможны вспышки гнева при незначительных разногласиях с соседями по палате, медицинским персоналом, лечащим врачом, которые разрешаются слезливостью и чувством слабости с жалобами на ухудшение соматического состояния.

Клиническая картина нозогении дополняется стойкими явлениями ранней инсомнии — затрудненное засыпание с тревожными руминациями, связанными с обстоятельствами онкологического заболевания (опасения по поводу того, что предстоящее обследование выявит ухудшение, усиливающиеся при изменении плана лечения; страх недостаточной эффективности проводимой ХТ и ЛТ с образными представлениями неблагоприятных последствий прогрессирования болезни).

Рассматриваемые тревожно-депрессивные нозогенные реакции, ограничивающиеся представленной выше симптоматикой и формирующиеся при отсутствии явных соматогенных факторов, имеют место лишь у 1/3 (7 из 22, 31,8%) пациенток. В этих случаях тревожно-депрессивная реакция может рассматриваться в контексте привычного для больных модуса реагирования. При анализе преморбидных особенностей в этой подгруппе выявляется тесная связь с личностными свойствами, среди которых преобладает акцентуация по тревожному типу — склонность к шаблонным тревожным реакциям с антиципирующей тревогой (опасения по поводу вероятности возникновения неблагоприятных событий в будущем с ретенцией преимущественно отрицательных впечатлений). Указанная тревожная акцентуация выступает в рамках ананкастного (в сочетании с ригидностью) или истерического (в сочетании с впечатлительностью, эмоциональной лабильностью, повышенной внушаемостью) расстройства личности.

Наряду с приведенными общими характеристиками отмечается отчетливая клиническая гетерогенность тревожно-депрессивных нозогенных реакций, обусловленная в первую очередь соучастием соматогенных факторов — особенности «почвы» [17]. Причем последние, как свидетельствует проведенный клинический анализ, выявляются у большинства — 2/3 пациенток с тревожно-депрессивным типом нозогений (15 из 22 наблюдений). Результаты исследования позволили выделить среди этой части больных с тревожно-депрессивными расстройствами подгруппы пациенток; разделение обусловлено различиями сопутствующих соматогенных факторов и, соответственно,

клинической неоднородностью психопатологических синдромов: нозогенные реакции на фоне послеоперационного «посткастрационного» синдрома (5 из 22 наблюдений — 22,7%) и на фоне соматогенной астении (10 из 22 наблюдений — 45,5%).

У пациенток с тревожно-депрессивными реакциями, осложненными развитием посткастрационного синдрома ($n=5$), клиническая картина психопатологических расстройств на начальных этапах течения нозогении полностью сопоставима с представленным выше описанием тревожно-депрессивного состояния. Однако в дальнейшем (в среднем через 3—4 мес после выполнения радикальной хирургической операции) наблюдаются расширение и утяжеление проявлений нозогении за счет дополнительного соматогенного влияния — клинических признаков послеоперационного посткастрационного синдрома. Последний протекает с полиморфными вегетососудистыми расстройствами, включая ощущения «приливов» жара к голове, груди, признаки дермографизма, разнообразные парестезии (ощущения онемения, жжения, покалывания, «ползания мурашек» по коже, преимущественно в области головы, нижней части живота, внутренней поверхности бедер). Если на начальном этапе подобные нарушения сопровождаются вегетативно-сосудистыми пароксизмами, то в последующем они начинают возникать изолированно.

Видоизменение клинической картины нозогении в связи с присоединением эндокринных расстройств проявляется углублением аффективных расстройств — от раздражительности и дисфории до выраженной тревоги с чувством неопределенного внутреннего беспокойства и далее вплоть до признаков тоскливого аффекта. Гипотимия сопровождается отчетливой лабильностью психической активности с внезапными эпизодами выраженной усталости, нарушениями концентрации внимания, непереносимостью привычных умственных нагрузок (чтение литературы, просмотр телепередач). Следует отметить, что приведенные выше явления посткастрационного синдрома выявляются практически у всех пациенток, перенесших операции резекции матки и придатков. Тот факт, что в изученной выборке ятрогенные эндокринные нарушения выявляются не во всех случаях, объясняется, по всей видимости, относительной кратковременностью послеоперационного периода на момент обследования, так как по данным, опубликованным в литературе, сроки таких осложнений варьируют в широких пределах от нескольких месяцев до нескольких лет [Borugeois M., 1975].

У пациенток с тревожно-депрессивной реакцией, развившейся на фоне соматогенной астении ($n=10$), отмечены иные (в определенном смысле противоположные) психосоматические соотношения. Сопряженная с нозогенией тревожная

и депрессивная симптоматика манифестирует на фоне уже сформировавшегося астенического синдрома, первые признаки которого выявляются в среднем за 2—3 мес до установления диагноза онкологического заболевания. К основным проявлениям астении в таких случаях относят чувство физической слабости, вялости, повышенную истощаемость, раздражительную слабость с явлениями гипобулии и адинамии. В ряду соматовегетативных расстройств наблюдаются упорные цефалгии и признаки стойкой артериальной гипотензии. Формирование нозогении наряду с расширением клинической картины за счет наличия описанной выше тревожно-депрессивной симптоматики сопровождается утяжелением предшествующих астенических расстройств с усугублением эмоциональной лабильности, раздражительной слабости, быстрой истощаемости, гиперестезии.

В связи с развитием астенического синдрома до радикальной операции и отсутствием у этой части пациенток гормонозависимых опухолей представляется возможным интерпретировать выявленные фоновые астенические расстройства как проявления токсического поражения ЦНС продуктами деятельности опухолевых клеток. Такое предположение в изученных случаях подтверждается тем фактом, что в данной подгруппе преобладают больные с распространенным опухолевым процессом (поздние стадии развития рака с высокой степенью инвазивности и метастатическим поражением органов). Данные о развитии астенических расстройств как проявлений токсической энцефалопатии у больных онкологической патологией представлены также в других работах [18].

Дополнительные доказательства обоснованности трактовки рассматриваемых астенических расстройств в качестве соматогенных психических нарушений получены при анализе преморбидных особенностей пациенток. В рассматриваемых случаях каких-либо отчетливых признаков преобладания определенного типа расстройств личности не зафиксировано: в подгруппе в равной степени представлены пациентки с акцентуацией как по тревожному, так и по гипертимическому типу в рамках аффективного и шизоидного (экспансивные шизоиды) расстройства личности. Следует отметить отсутствие в анамнезе стойких невротических тревожных реакций в условиях стресса (профессиональные, финансовые, семейные события). Обращает на себя внимание тот факт, что у пациенток рассматриваемых подгрупп не выявляются факторы, сопряженные с предрасположенностью к аффективным расстройствам, а именно — отчетливые аффективные расстройства как в анамнезе самих больных, так и у родственников первой степени родства, что наряду с отсутствием отчетливых признаков гипотимии в картине предшеству-

ющего нозогении астенического синдрома также позволяет исключить связь астенической симптоматики с депрессивной патологией.

Тревожно-гипоманиакальные нозогенные реакции (n=4)

Клиническая картина нозогений данного типа представлена сочетанием патологически повышенного аффективного фона с ситуационно обусловленными (связанными с обстоятельствами онкологического заболевания) тревожными расстройствами.

В ряду проявлений гипомании выражена стойкая гиперактивность. При этом в поведении больных в целом сохраняется адекватная ситуации направленность — поиск передовых диагностических и лечебных центров, обращение к «лучшим» специалистам, выяснение у других пациенток эффективности того или иного метода послеоперационного лечения (препараты ХТ, ГТ, дозы и объем ЛТ и т. п.).

Тревожные расстройства определяются ипохондрическими опасениями прогрессирования онкологического заболевания и развития осложнений. Пациентки тщательно регистрируют малейшие признаки телесного неблагополучия, неукоснительно, не допуская малейших отклонений, выполняют все медицинские рекомендации. Вместе с тем отмечаются повышенная внушаемость, мнительность в отношении препаратов ХТ или ГТ с нарастанием тревоги вплоть до эпизодических нарушений сна и явлений тревожной ажитации по мере приближения сроков очередного курса консервативной терапии или хирургической операции (явления невроза ожидания). Так, очередному курсу ХТ или ЛТ предшествует поиск подробной информации о побочных эффектах, стойкие опасения по поводу неблагоприятных последствий лечения, связанных в первую очередь с токсическим влиянием противоопухолевого лечения на жизненно важные органы и (отчасти) с изменениями внешности (выпадение волос, дряблость кожи).

В преморбиде пациенток с данным типом нозогенной реакции преобладают признаки шизотипического расстройства личности. На протяжении всей жизни они обнаруживают определенные особенности поведения и личностно обусловленного реагирования, отражающие выраженный эмоциональный дефицит и явления нарастающего аутизма. Они слывут «странными», многие ведут замкнутый образ жизни [19]. Им присущи односторонний характер деятельности, узкая направленность интересов, преимущественно ограничивающихся профессиональной активностью [20]. Аффективность представлена явлениями стойкой гипертимии: монотонно приподнятый аффект с оттенком самодовольства, самоуверенности, элементами регрессивной синтонности, речевым напором с чертами монолога. В ряду проявлений гипертимии

выступают стеничность, повышенная работоспособность, настойчивость в осуществлении задуманного, а также оптимизм с устойчивостью к неблагоприятным событиям повседневной жизни. В соответствии с принятыми в официальных систематиках критериями у этого контингента больных перманентно сохраняется высокий уровень социальной адаптации. В специальных исследованиях подтверждаются данные об успешной профессиональной деятельности, устойчивых отношениях в браке, характерных для этих пациенток [21].

Еще одной отличительной особенностью, тесно сопряженной с шизотипическим расстройством личности, является наличие признаков гипонозогнозии. Сосредоточенные на профессиональной деятельности пациентки, как правило, легко переносят телесное недомогание, редко обращаются за медицинской помощью. С этим свойством, по-видимому, связан тот факт, что женщины именно с таким типом нозогении впервые попадают в поле зрения онкологов уже на отдаленных этапах онкологического заболевания (III—IV стадия рака при госпитализации). Вследствие игнорирования первых проявлений опухолевого поражения (аномальные выделения по типу белей, менструальные дисфункции, тяжесть внизу живота, склонность к запорам) пациентки откладывают обращение к врачу вплоть до развития тяжелых симптомов, значительно ограничивающих привычную активность либо угрожающих жизни (маточные кровотечения, затяжные задержки мочеиспускания или признаки кишечной непроходимости, обусловленной сдавливанием внутренних органов опухолью, и пр.). Однако необходимо подчеркнуть, что явления гипонозогнозии редуцируются после подтверждения диагноза злокачественного новообразования.

Тревожно-диссоциативные нозогенные реакции (n=4)

Клиническая картина данного типа нозогений представлена явлениями неглубокой соматизированной тревоги с полиморфной соматовегетативной и конверсионной симптоматикой в сочетании с признаками парциальной диссоциации.

В отличие от пациенток с тревожно-депрессивными реакциями (1-я группа) у больных с данным типом нозогении преобладают явления соматизированной тревоги, представленные изменчивыми по степени выраженности и топической проекции функциональными расстройствами, в том числе сердечно-сосудистые (сердцебиение, тахикардия, кардиалгии), бронхолегочные (симптомы гипервентиляции), гастроинтестинальные нарушения в сочетании с явлениями сенсорной гиперстезии и метеопатии.

В то же время в структуре тревожных опасений наблюдается определенное «смещение» с ос-

новной темы, связанной (как это свойственно тревожно-депрессивным нозогениям) с клиническим исходом онкологической патологии, на социальные последствия болезни. Пациентки с явной демонстративностью отрицают беспокойство по поводу утраты здоровья, трудоспособности, эффективности проводимой терапии и дальнейшего прогноза заболевания, определяя онкологическое заболевание как временную проблему со здоровьем. В их высказываниях собственно онкологическое заболевание выступает не как угроза жизни, а как досадная помеха, препятствующая выполнению привычных семейных обязанностей (утрата способности вести домашнее хозяйство, осуществлять уход за членами семьи и пр.), причина огорчений и дополнительных забот близких.

Ведущее положение в структуре тревожно-фобических проявлений занимают стойкие опасения возможного разрыва с супругом вследствие утраты способности к дальнейшему полноценному выполнению «женской» роли в социальном и половом контексте, наиболее отчетливо выраженные у пациенток относительно молодого возраста. В качестве наиболее актуальной темы во время психиатрического обследования они указывают проблему собственной сексуальной идентификации в связи с перенесенной гинекологической операцией, определяя себя как «неполноценную личность» («я теперь не женщина», «у меня все вырезали, кто я?»). Подобные опасения оказывают существенное влияние на модус поведения в семье. В отличие от больных с тревожно-депрессивными расстройствами, активность которых направлена на поиск поддержки, пациентки с тревожно-истерическими реакциями, напротив, стараются максимально отдалить разъяснения супругу природы своего заболевания и характера перенесенной операции. Значительную долю в структуре тревожных расстройств занимают навязчивые сомнения в правильности принятого ранее решения подвергнуться хирургическому вмешательству, несмотря на убедительную медицинскую информацию о высокой эффективности этого метода лечения. Следует отметить свойственную нозогении данного типа фиксацию на изменениях внешнего облика вследствие побочных эффектов послеоперационной ХТ и ЛТ, как косметических, так и общесоматических (явления ятрогенной астении), интерпретируемых пациентками в том же контексте социальной активности.

Диссоциативные расстройства выявляются с момента манифестации нозогении. В течение нескольких дней после сообщения о диагнозе ракового заболевания развиваются нарушения восприятия истерического типа с чувством нереальности происходящего, сомнениями вплоть до убежденности (на высоте состояния) в грубой диагно-

стической ошибке, ощущением, что медицинская информация относится к кому-то другому.

В дальнейшем по мере осознания факта онкологического заболевания диссоциативные расстройства редуцируются, но в парциальной форме сохраняются на всем протяжении нозогении. Наряду с указанным выше преуменьшением серьезности проблемы лечения и исхода заболевания, пациентки, несмотря на полную информированность, продолжают утверждать, что страдают «фоновым» или предраковым заболеванием (доброкачественной опухолью, эрозией, кистой яичника и т.п.), а все врачебные манипуляции направлены на профилактику и предупреждение развития злокачественной опухоли. При этом выражаемое в суждениях о болезни отрицание касается только отдельных аспектов рака, имеющих наиболее угрожающий жизни смысл. Полностью исключая в беседе возможность развития летального исхода и тяжелых инвалидизирующих осложнений, пациентки строят профессиональные и семейные планы, не предусматривающие необходимости в ближайшем и отдаленном будущем регулярного наблюдения у онкологов с периодическими повторными обследованиями и курсами ХТ и/или ЛТ.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о преобладании в общей

клинической картине реактивных состояний, формирующихся у женщин при раке органов репродуктивной системы, нозогений тревожно-депрессивного круга (73%). В отличие от данных исследования нозогенных реакций у больных раком желудка [22] доля диссоциативных расстройств в нашем исследовании сводится к минимуму (13% против 67% соответственно) и представлены они в парциальной форме без снижения комплаентности в отношении терапии основного заболевания и игнорирования факта онкологической болезни, свойственного в большинстве случаев больным, страдающим раком желудка.

К особенностям нозогений у пациенток с раком органов репродуктивной системы можно отнести также отчетливую клиническую гетерогенность тревожно-депрессивных нозогенных реакций, обусловленную соучастием соматогенных факторов — послеоперационного «посткастрационного» синдрома и соматогенной астении. В отличие от нозогений у больных раком желудка, не обнаруживающих связи между психической патологией и соматогенным комплексом, пациентки с эндокринными и астеническими нарушениями склонны к углублению нозогенных аффективных и тревожных расстройств за счет дополнительно соматогенного влияния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карсладзе А.И. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников. *Практ онкол* 2000;(4):14—8.
2. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг. *Практ онкол* 2002;3(3):156—65.
3. Survival of cancer patients in Europe: Eurocare 2 Study. IARC Sci Pulp Lyon, 1999. p. 151.
4. Гаевская М.В. Состояние онкоготовности. *Гомеопат фитотер* 1996;(1):48—9.
5. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. *Практ онкол* 2001;(1):5—13.
6. Andrykovski M., Pavlik E.J. Affective, cognitive and behavioral response to an abnormal ovarian cancer screening test result: a longitudinal case control study. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology 2006;151:65.
7. Engel G.L. A psychological setting of somatic disease: the «giving up-given up complex». *Proc R Soc Med* 1967;60:553—5.
8. Gruenberg E.M. The social breakdown syndrome: some origins. *Am J Psychiatr* 1967;123:1481—9.
9. Boscaglia N., Clarke D.M. Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *J Psych Oncol* 2007;(16):189—95.
10. Antonovsky A. Health, stress and coping. Jossey-Bass: San-Francisco, CA, 1979.
11. Manne S., Rubin S., Edelson M. et al. Coping and communication skills versus supportive therapy for women diagnosed with gynecologic cancer. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology 2006;154:66.
12. Zucca A.C., Boyes A.W., Giris A. et al. Coping strategies in long-term cancer survivors. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology 2006;235:98.
13. Corney R.H., Cowther M.E., Everett H. et al. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. *Br J Obstet Gynecol* 1993;100(1):73—8.
14. Латыпов А.С. Влияние полосных гинекологических операций на состояние нервно-психического статуса у женщин с раком. В кн.: Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Уфа, 1994. с. 112—5.
15. Grassi L., Sabato S., Marmai L. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: screening methods by using the distress thermometer compared to the ICD-10. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. 2006;381:162.
16. Васянова В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций. Дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1996.
17. Жислин С.Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956.
18. Черенков В.Г. Клиническая онкология. М., 2005. с. 48—9.
19. Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических). *Рос психиатр журн* 1998;(3):31—7.
20. Абабков В. А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга. *Обзор психиатр мед психол им. В.М. Бехтерева* 1998;(2):4—8.
21. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. М., 1946.
22. Шафитуллин М.Р., Иванов С.В., Смулевич А.Б. Психические расстройства у больных раком желудка. В сб.: Материалы VII съезда научного общества гастроэнтерологов России. М., 2007.