

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хасанова К.Д., Гафур-Ахунوف М.А.

ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА ДЕПРЕССИВ ҲОЛАТЛАР ВА СУИЦИДАЛ ХУЛҚ АТВОР

Хасанова К.Д., Гафур-Ахунوف М.А.

DEPRESSIVE STATES AND SUICIDAL BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CANCER

Khasanova K.D., Gafur-Akhunov M.A.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Мазкур мақолада онкологиядаги руҳий бузилишлар кўриб чиқилган. Онкологик касалликлар билан касалланган беморлардаги депрессив ҳолатлар ва суицидал хулқ атворнинг ўзига ҳос томонлари таҳлил қилинган. Таҳлил асосида муаммо кам ўрганлагани ва келгусида психосоматика соҳасида янада чуқур ўрганиш зарурлиги хулоса қилинган.

Калит сўзлар: депрессия, суицид, онкологик касалликлар.

This article deals with mental disorders in oncology. The characteristic features of depressive states and suicidal behaviors in patients with oncological diseases are analyzed. Based on the analysis, they came to the conclusion that the problem is poorly understood, but it is promising in terms of further, broader study in the field of psychosomatics.

Key words: depression, suicide, oncological illness.

Согласно статистике, которую приводит Всемирная организация здравоохранения, заболеваемость раком в мире увеличивается с каждым годом. Так, в Европе ежегодно выявляются почти 3,5 млн человек с раковыми заболеваниями, этот недуг становится причиной смерти более 1 млн человек [8]. Эти показатели особенно высоки в странах с развитым производством и нездоровой экологической средой.

В Узбекистане показатели заболеваемости и смертности вследствие онкологических заболеваний остаются на стабильном уровне. В результате внедрения высокоэффективных методов диагностики и лечения, применения первичных профилактических и скрининг-исследований увеличивается число больных с ранними стадиями заболеваний. Благодаря этому возрастает эффективность специализированной помощи. Показатели выживаемости пациентов с различными формами злокачественных новообразований в течение 5 лет возросли с 30-35 до 45-55% [2].

В последнее десятилетие разработка более эффективных, инновационных методов лечения способствовала увеличению продолжительности жизни у больных с онкологическими заболеваниями. Повышение выживаемости больных, а также ориентация современной медицины на поддержание достойного качества жизни делают очевидной необходимость изучения психологических механизмов адаптации и разработки принципов психологической реабилитации больных данной категории [2,4]. Однако современные методы лечения не могут гарантировать абсолютного выздоровления, сопровождаются побочными эффектами и могут приводить к функциональным нарушениям, что усугубляет страх перед болезнью и возможностью рецидива, метастазов опухоли [1].

Онкологические заболевания приводят не только к органическим нарушениям. Помимо чисто физических страданий пациент испытывает мощную

отрицательную психическую нагрузку, постоянно, зачастую длительное время, находясь в серьезной стрессовой ситуации [12]. Заболеваемость психическими расстройствами у онкологических больных выше, чем у пациентов с другими патологиями, поэтому в последние годы актуальность психолого-психиатрической помощи данному контингенту больных значительно возросла [17].

Распространенность психических расстройств у онкологических больных варьирует в широких пределах – от 24 до 60%. Психическая патология оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая ухудшение у онкологических больных качества жизни [16]. Нозогенные реакции у онкологических пациентов представляют собой крайне гетерогенную клиническую категорию. Наиболее выраженные психические нозогенные расстройства сопряжены с раком легкого, печени, поджелудочной железы, головы и шеи. В то же время у пациентов с раковым поражением женских репродуктивных органов, молочной железы, прямой кишки и предстательной железы выявляются менее тяжелые психопатологические расстройства [11]. Одним из самых распространенных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями является депрессия.

Факт заболевания раком воспринимается в большинстве случаев как соматическая катастрофа, приобретающая характер экзистенциального кризиса, завершающегося формированием депрессий [13]. Депрессии не только становятся причиной душевных страданий, они ассоциированы с целым рядом социально-демографических, и терапевтических и психологических проблем. Депрессия у больных раком снижает качество жизни, сокращает ее продолжительность, усиливает боли и другие соматиче-

ские симптомы, продлевает сроки госпитализации, ухудшает компетентность и адгерентность, ложится тяжелым бременем на семью пациента [18].

Выявление, диагностика и терапия депрессий в онкологии представляются весьма сложной и на современном уровне знаний пока еще далекой от разрешения проблемой. В качестве серьезного барьера, препятствующего эффективному лечению депрессий, выступает весьма распространенное заблуждение, согласно которому для пациента, страдающего онкологическим заболеванием, грусть и тоска являются естественным, нормальным и соответственно – не требующим лечения состоянием. Другое препятствие адекватному подходу к терапии депрессий – отрицание необходимости психофармакотерапии из-за ложных представлений о приоритетности психологического воздействия на аффективные расстройства у этого контингента [12,22].

Тем не менее, можно с уверенностью утверждать, что распространенность депрессий у онкологических больных значимо выше, чем в общей популяции.

Развитию депрессий подвержены пациенты с большинством онкологических заболеваний. Наиболее высокие показатели распространенности депрессии регистрируются при опухолях мозга (41-94%), головы и шеи (до 42%), поджелудочной (до 50%) и молочной (10-25%) желез, легких (15-44%), женской репродуктивной сферы (23%) (рисунок) [11].

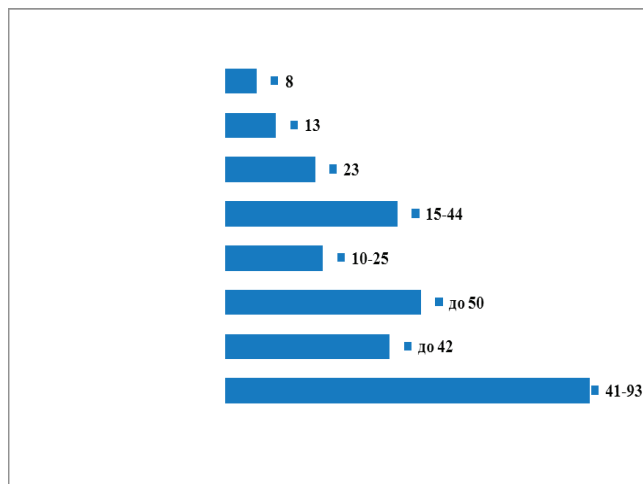


Рисунок. Распространенность депрессий при онкологических заболеваниях, %.

В качестве факторов риска манифестации депрессий, связанных со злокачественным новообразованием, рассматриваются тяжесть соматического состояния, инвалидность, наличия сильных болей, функциональные ограничения, молодой возраст, побочные эффекты химио- и лучевой терапии, лечение медикаментами, провоцирующими депрессивные расстройства [10]. К числу значимых факторов риска относятся также депрессии в анамнезе больного.

Можно полагать, что существенный вклад в формирование аффективных расстройств у больных злокачественными новообразованиями вносит конституциональное предрасположение. Аффективные нозогенные реакции сопряжены с преморбидными характерологическими аномалиями, предпочтительно относящимся

к расстройствам личности тревожного и аффективного кластеров [3,7].

Депрессии наблюдаются на всех этапах течения онкологического заболевания, тем не менее, их клинические проявления дифференцируются в соответствии со стадией болезни [22]. В то же время депрессии могут сопровождать онкологический процесс на всем его протяжении, например, при орофарингеальном раке, что связано с характеристиками как самого заболевания, так и методов его лечения, способствующих образованию увечий и нарушениям жизненно важных функций (головных, приема пищи, дыхания) [11,15].

Гипотимические состояния могут формироваться еще на додиагностическом этапе и интерпретироваться в качестве продромы, психиатрической «маски» основного страдания [11,20]. Выживаемость пациентов с депрессией, выявляемой на додиагностическом этапе, с высокой степенью отличается от шансов на выживание больных без депрессии. Депрессия становится предиктором более позднего обращения за онкологической помощью и соответственно меньшего объема лечебных воздействий [17].

В клинической картине выраженной депрессии гипотимия сосуществует с тревогой, предчувствиями приближающейся смерти. Однако чаще всего аффективные расстройства протекают по типу легкой субсиндромальной астено-апатической депрессии, проявляющейся плаксивостью, вялостью, снижением активности, потерей интереса и побуждений к деятельности. В более тяжелых случаях аффективные расстройства приобретают форму соматизированной депрессии [18,19]. Гипотимия в этих случаях сопряжена с органо-невротическими нарушениями, инсомнией, анорексией, астеническими симптомокомплексами и выраженным болевым синдромом. В онкологической практике хроническая боль обычно ведет к развитию депрессии. Формирование депрессий у онкологических больных сопряжено с повышенным риском самоубийств [6].

Используя Шведский Канцер-регистр, включающий 424177 пациентов, Р. Allebeck и соавт. (1989) показали, что среди суицидентов преобладают мужчины, но эти различия практически отсутствуют в самоубийствах, совершенных в течение первого года после установления диагноза. Частота самоубийств у мужчин с онкологическими заболеваниями оказалась в 1,9 раза выше показателя суицидов среди всех мужчин с другими патологиями. Частота самоубийств среди больных женщин со злокачественными новообразованиями в 1,6 раз выше, чем среди здоровых женщин. Исследования, проведенные F. Levi и соавт. в Швейцарии (1991), показали высокий риск самоубийства в течение первого года после установления диагноза (3,9), с последующим его снижением до 2,2 за пятилетний период и до 1,5 в последующие годы. По мнению R. Chatton [14], риск самоубийства остается значительно повышенным для женщин в течение даже 15 лет после обнаружения опухоли.

Среди больных с распространенными формами злокачественных новообразований с хронической болью депрессия выявлена у 70,9%. Именно хроническая боль у этих больных явилась ведущим соматогенным фактором суицидальной активности [10].

Важным детерминантным фактором самоубийства является хроническая боль, так как на стадии генерализации опухоли от 80 до 94% пациентов страдают от боли, требующей назначения системной фармакотерапии [17].

Между тем, коррекция хронического болевого синдрома является важным условием поддержания качества жизни у онкологических пациентов и в профилактике нарушений психического статуса. Известно, что хроническая боль имеет тесную связь с эмоциональными расстройствами [17]. Болевой синдром, с одной стороны, может выступать в виде клинического маркера ларвированной депрессии, а с другой, индуцировать развитие психопатологической симптоматики [21].

Первые суицидальные идеи, как правило, формируются на этапе диагностики заболевания. Ряд зарубежных авторов подтверждают мнение о высоком риске самоубийств в течение первого года после установления диагноза [21]. Считается, что большинство самоубийств совершается в интервале 3-5 месяцев после выявления злокачественного новообразования, обычно вскоре после выписки из клиники. Высоким суицидальным риском обладает также период рецидива и прогрессирования заболевания, сопровождающийся неуклонным ухудшением состояния пациентов, появлением плохо контролируемых болей и других тягостных проявлений распространенного рака [13].

В большинстве случаев суицидальные идеи, возникшие однажды, сохраняются длительный период, актуализируясь под воздействием суицидогенных факторов. Длительное присутствие суицидальных идей, мотивированных, преимущественно, соматическими детерминантами распространенного злокачественного новообразования, позволяет тщательно продумать и спланировать суицид, выбрать метод и средства, гарантирующие, по мнению больного, летальный исход (эти категории отражают истинный характер суицида) [19].

Однако до сих пор недостаточное внимание уделяется психосоциальным факторам, определяющим успешную адаптацию к болезни, психологическим ресурсам в преодолении рецидивов, то есть тем индивидуально-психологическим и социально-психологическим характеристикам больного, которые могут выступать в качестве опоры в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса [6,19].

Известно, что на сегодняшний день в успешном лечении рака главную роль играют классические методы: хирургический, химиотерапевтический и метод лучевой терапии. Но с недавнего времени онкологи выделяют еще один аспект – коррекцию психологического и особенно эмоционального состояния больного, которую считают важной и эффективной составляющей комплексного лечения [5,12].

Признание специалистами значимости субъективной оценки больными своего физического, психологического и социального благополучия способствовало включению показателя качества жизни в

исследовательские программы оценки эффективности методов лечения, а также изучению психопатологических нарушений, психогенных реакций и психосоциальных факторов адаптации к болезни при онкологической патологии [22]. Однако до сих пор недостаточное внимание уделяется психосоциальным факторам, определяющим успешную адаптацию к болезни, психологическим ресурсам в преодолении рецидивов, то есть тем индивидуально-психологическим и социально-психологическим характеристикам больного, которые могут выступать в качестве опоры в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса [13]. Но с недавнего времени онкологи выделяют еще один аспект – коррекцию психологического и особенно эмоционального состояния больного, которую считают важной и эффективной составляющей комплексного лечения.

Таким образом, анализ психических расстройств, особенно одного из этих сложных нарушений – депрессии и суицидального явления, показал, что с учетом тяжести и распространенности онкологического процесса на ранних этапах диагностики необходимо провести коррекцию с учетом тяжести психических расстройств. К сожалению, в онкологической практике этим нарушениям уделяют недостаточное внимание, в то время как эта проблема требует комплексного подхода.

Литература

1. Абдихакимов А.Н., Эгамбердиев С.К., Ганиев А.А. Успешная эзофагофарингопластика в лечении местно-распространенного рака гортаноглотки // Хирургия Узбекистана. – 2016. – Т. 69, №1. – С. 102-106.
2. Абдурахимов О.Н., Маликов М.А. Оценка эффективности комбинированного лечения при опухолях гортаноглотки путем эндоскопической ларингоскопии // 3-й Конгресс онкологов Узбекистана: Сб. материалов. – Ташкент, 2015. – С. 89.
3. Аграновский М.Л., Маликова А.Э., Усманова М.Б. Психопатологические особенности личности пациентов с незавершенными суицидами // Неврология. 2014. – Т. 58, №2. – С. 28-29.
4. Бахтияров Р.Ш., Баштан В.П., Мерабишвили В.М. Профилактические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях // Иркутский науч.-мед. журн. – 2011. – №2. – С. 78-94.
5. Зинчук М.С. Биологические основы суицидального поведения // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, №8. – С. 94-101.
6. Ивушкин А.А. Наукометрический анализ тезисов XIII и XIV съездов психиатров России: суицидология // Независимый психиатр. журн. – 2009. – №4. – С. 23-26.
7. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – М., 2013. – 638 с.
8. Коровников А.Г., Сандыбаев М.Н. Факторы риска и основы профилактики суицидального поведения онкологических пациентов // Рос. онкол. журн. – 2015. – Т.20, №4. – С. 28-29.
9. Лопаткин Н.А., Имянитов Е.Н. Психические нарушения в урологии // Московский науч.-мед. журн. – 2009. – №4. – С. 34-38.
10. Рудык А.Н., Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Результаты лечения местно-распространенных форм рака гортаноглотки и шейного отдела пищевода // Рос. онкол. журн. – 2016. – Т. 21, №3. – С. 156-159.

11. Смулевич А.Б. Лекции по психосоматике. – М.: Мед. информ. агентство, 2014. – С. 141-157.

12. Толстикова А.Ю. Нейроиммунологические особенности депрессивных состояний и суицидального поведения // Неврология. – 2010. – №2. – С. 54-55.

13. Томилов Ю.С. Анализ первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки в Республике Башкортостан за 2007-2012 гг. // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2013. – №4. – С. 34-35

14. Хайитбоева Р. Суицидологиянинг долзарб муаммолари // O'zbekistonda sog'liqni saqlash. – 2019. – №12. – С. 7.

15. Чойнзонов Е.Л. Химиолучевая терапия в комбинированном лечении рака гортаноглотки // Вопр. онкол. – 2014. – Т. 60, №4. – С. 510-513.

16. Юсупов Б.Ю. и др. Путь к оптимизации диагностики и лечения плоскоклеточного рака гортаноглотки // Мед. журн. Узбекистана. – 2013. – №3. – С. 41-44.

17. Johnson F, Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // Psycho-oncol. – 2000. – №5. – P. 30.

18. Jones R.D. Clin Depression and anxiety in oncology // Psychiatry. – 2011. – Vol. 62. – P. 5-52.

19. Jox R.J., Anneser J. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students // GMS J. Med. Educ. – 2016.

20. Polônio I.B., Franco M.L., Tegen M.A., Antoneli C.B. Anxiety, depression, and motivation for smoking cessation

in hospitalized patients with and without cancer // J. Bras. Pneumol. – 2015. – Vol. 324. – P. 98-100.

21. Qui J., Yang M., Chen W. et al. Prevalence and correlates of major depressive disorders in breast cancer survivors bin Shanghai // China psychooncol. – 2012. – Vol. 21. – P. 1331-1337.

22. Wekmann M. Psychiatric care at the ends of life; hospice and palliative medicine // Psychosomatic medicine. An introduction to consultation – liaison psychiatry. – 2010. – P. 226-234.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хасанова К.Д., Гафур-Ахунов М.А.

Анализируются психические расстройства в онкологии. Проанализированы характерные особенности депрессивных состояний и суицидальных поведений у пациентов с онкологическими заболеваниями. На основе анализа авторы пришли к выводу, что проблема перспективна в плане дальнейшего более широкого изучения в области психосоматики.

Ключевые слова: онкологические заболевания, депрессия, суицид.