

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.14:618.19-006.6-089.87

І. І. Анікіна

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
anikinainna@ukr.net

Актуальність. Вплив на людину онкологічного захворювання включає широкий спектр психологічних та психопатологічних реакцій. Депресію діагностують у 38 % пацієнтів онкологічного профілю, лише 50 % пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25 % випадків, у 60 % випадків спостерігаються повторні депресивні епізоди.

Мета дослідження – вивчити поширеність, клінічні особливості та динаміку перебігу депресивних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Матеріали та методи. Для скринінгу депресії, згідно з настановами уніфікованого клінічного протоколу «Депресія» від 25 грудня 2014 року № 1003, у пацієнтів групи ризику використано Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). Оглянуто 200 пацієток Львівського обласного онкологічного диспансеру, хворих на рак молочної залози, після мастектомії. З них 88 дали позитивну відповідь на одне запитання, 42 – на обидва запитання. Згодом пацієтки цієї групи (разом 130 жінок) тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар–пацієнт», вдруге і втретє – через місяць та через 12 місяців відповідно) пройшли обстеження за допомогою PHQ-9 та PHQ-15. Антидепресивне лікування призначали пацієнткам згідно з Протоколом № 1003 у «нульовий» день залежно від психічного стану, ревізували під час другого (через 1 місяць) та третього (через рік) оглядів.

Результати. У пацієток з РМЗ, які проходили скринінгове обстеження після мастектомії, що дали ствердну відповідь на запитання PHQ-2, при дослідженні інструментами PHQ-9 та PHQ-15 виявлено ознаки депресивного розладу. Спектр депресивних проявів включав в себе рівномірно як «ментальні» депресивні конструкти, так і тілесні феномени середньої тяжкості виявів, причому соматичний компонент за результатом дослідження був тяжчим.

Висновки. Виявлено три вагомі кластери ментальних конструктів, які впливали на формування депресивних симптомів: перший стосувався «свого образу в очах партнера» та асоціювався з пригніченим настроєм; другий – «фатальності хвороби», описувався переживанням больового синдрому та задишки (як еквівалент і тривоги); третій – «почуття власної цінності та гідності», який, на думку досліджуваних жінок, сприяв втраті насолоди від життя та постійній втомі.

Ключові слова:

рак, молочна залоза,
депресія, ментальний
конструкт.

Актуальність. Вплив на людину онкологічного захворювання, окрім патогенного соматичного статусу, включає й широкий спектр психологічних та психопатологічних реакцій [1]. З одного боку, діагноз перетворює один лише факт повідомлення про захворювання на тяжку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенного характеру (психогенії) [2]. З іншого боку, онкологічну патологію можна розглядати як один

з найтяжчих у соматичному плані чинників, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади [3]. В онкологічних хворих на всіх етапах лікування спостерігають певні психогенні реакції, які відрізняються за своїми клінічними проявами та вираженістю. Депресивні розлади маніфестують, здебільшого, на етапі діагностики злоякісного новоутвору. Розвиток депресії відбувається за механізмом гострої тривожно-

депресивної реакції на стрес. У клінічній картині на перший план виходять тривога, ажитація, плаксивість, відчуття безвиході і безпорадності [4]. Подібні прояви свідчать про тяжкість афективних розладів і небезпеку суїциду (Alcalar N., 2012). Згодом афективні розлади супроводжуються проявами соматизації з формуванням спільних з основною соматичною патологією симптомів та хронобіологією стану, що прямує до ендogenous: до клінічної структури тривожно-депресивної реакції додаються інсомнічні розлади; в симптомокомплексі депресії домінують песимістичні думки щодо несприятливого наслідку захворювання, невідворотності смерті, перспектив лікування [5]. Депресію діагностують у 38 % пацієнтів онкологічного профілю. Загалом лише 50 % пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25 % випадків (Hamalainen et al., 2004; Kessler et al., 2003). Важливо враховувати, що у 60 % випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, у пацієнтів, виникають повторні депресивні епізоди [6]. Все вищепераховане окреслює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження – вивчити поширеність, клінічні особливості та динаміку перебігу депресивних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Матеріали та методи дослідження

Для скринінгу депресії, згідно з настановами уніфікованого клінічного протоколу «Депресія» від 25 грудня 2014 року № 1003, у пацієнтів групи ризику використано Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) з двох запитань: 1. Чи відчуваєте Ви пригнічений настрій впродовж останніх 14 днів? 2. Чи відчуваєте Ви втрату задоволення від життя впродовж останніх 14 днів? При позитивній відповіді хоча б на одне з запитань PHQ-2 проводили подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9. У разі підтверджуючої суми балів уточнювали особливості перебігу депресії та її соматичного компонента з використанням опитувальника PHQ-15. Варто зазначити, що клінічний діагноз встановлювали сукупно на підставі критеріїв МКХ-10 та результатів використаних опитувальників.

З використанням діагностичного інструменту PHQ-2 було проведено скринінговий огляд 200 пацієток Львівського обласного онкологічного диспансеру, хворих на рак молочної залози, після мастектомії. З них 88 дали позитивну відповідь на одне запитання, 42 – на обидва запитання. Згодом пацієтки цієї групи (разом 130 жінок) тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар–пацієнт», вдруге і в третє – через місяць та через 12 місяців, відповідно) були обстежені за допомогою PHQ-9 – Анкети (опитувальника) пацієнта про стан здоров'я – шкали самооцінки депресії з дев'яти пунктів для моніторингу стану (пацієткам ставили запитання «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Протягом декількох днів» – «1», «Половину та більше цього часу» – «2», «Майже кожного дня» – «3») та PHQ-15 (пацієткам ставили запитання «Наскільки сильно Вас турбували нижчепераховані проблеми впродовж останніх 4 тижнів?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Трохи турбували» – «1», «Сильно турбували» – «2») – для уточнення фізичних симптомів

депресії. Оцінка вираженості депресії була наступною: «0–4» – «Депресія відсутня», «5–9» – «Легка («субклінічна») депресія», «10–14» – «Помірної тяжкості депресія», «15–19» – «Середньої тяжкості депресія», «20–27» – «Тяжка депресія». Лікування антидепресантами призначали пацієткам згідно з актуальним вищезгаданим Протоколом № 1003 у «нульовий» день залежно від психічного стану, ревізували під час другого (через 1 місяць) та третього (через рік) оглядів [7]. Завдяки досягнутому доброму адгеренсу пацієток, що вибули з дослідження, не було.

Отримані дані обробляли за допомогою ліцензійного пакета програм Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA). Для оцінки відмінностей між групами за якісними бінарними характеристиками застосовано точний критерій Фішера, для рангових (більше двох рангів) – критерій Манна–Уїтні. Вік і ліжко-дні у групах мали нормальний розподіл (перевірка з допомогою критерію Шапіро–Уїлка), їх подавали як $M \pm s$ і порівнювали з допомогою непарного t-критерію.

Результати та обговорення

Обстежені жінки були у віці від 18 до 65 років, середній вік склав $57,47 \pm 0,58$ років, при середній тривалості хвороби $7 \pm 0,36$ років. Середній вік на час виявлення РМЗ становив $52,22 \pm 0,46$ роки. Результати обстеження пацієток з РМЗ після мастектомії за PHQ-9 та PHQ-15 наводимо у таблицях 1 та 2.

У всіх обстежених пацієток діагностичним інструментом PHQ-9 підтверджено наявність депресивної симптоматики. Серед найвагоміших скарг у жінок з РМЗ після мастектомії були скарги на ангедонію, сповільненість когнітивної діяльності, занепад сил, погані (негативні) думки про себе, і лише на п'ятому місці по вагомості була скарга на знижений настрій. Скарги, що окреслюють суїцидальні думки та наміри, виявились низькоамплітудними та зайняли останні позиції серед інших.

Завдяки діагностичному інструменту PHQ-15 з'ясовано соматичний компонент депресивних скарг, який виявився неочікувано вагомим та декларувався пацієтками у вигляді переважних больових відчуттів у спині та грудях, руках, ногах та голові.

Загальний бал PHQ-9 у «нульовий» день відповідав депресії середньої тяжкості, через місяць, на фоні лікування – мав тенденцію зниження до рівня легкої тяжкості, через рік – зростання знову до середнього, який, проте, не сягав рівня «нульового» дня.

Загальний бал PHQ-15 виявився вищим у всіх трьох діагностичних зрізах та відповідав у «нульовий» день і через рік середньо наближеному до важкого ступеня, через місяць – середньому, наближеному до легкого. Виняткову позицію займала скарга на «Біль/проблеми під час статевого акту», яка залишалася високо значною та незмінною при огляді через місяць та навіть дещо збільшувала свою вагу при огляді через рік.

Додаткове розпитування пацієток дозволило з'ясувати природу отриманих результатів. Досліджувані жінки виділили три вагомні кластери ментальних конструктів, які, на їхню думку, впливали на формування саме таких симптомів. Перший стосувався «свого образу в очах партнера»; другий – «фатальності хвороби»; третій – «почуття власної цінності та гідності» (табл. 3).

Таблиця 1. Результати обстеження пацієток з використанням PHQ-9

Скарги-симптоми згідно з опитувальником PHQ-9 (n=130)	Середній бал вираженості скарги ±m		
	«0» день	1 міс.	12 міс.
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	2,12±0,12	0,41±0,10	1,67±0,14
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	1,70±0,20	1,15±0,14	1,83±0,18
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	1,11±0,12	1,04±0,11	1,22±0,13
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	2,01±0,24	0,73±0,20	1,74±0,12
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	1,41±0,22	1,12±0,16	1,22±0,18
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	1,64±0,14	1,32±0,32	1,11±0,24
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	2,04±0,24	1,44±0,22	1,65±0,16
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли це помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі чи збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	2,20±0,32	1,10±0,20	1,97±0,14
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	1,22±0,26	0,76±0,22	1,12±0,12
Загальний бал	15,45±0,20	9,07±0,17	13,53±0,14

Таблиця 2. Результати обстеження пацієток з використанням PHQ-15

Скарги-симптоми згідно з опитувальником PHQ-15 (n=130)	Середній бал вираженості скарги ±m		
	«0» день	1 міс.	12 міс.
Біль у шлунку	1,10±0,18	0,85±0,13	0,97±0,14
Біль у спині	1,27±0,22	0,57±0,02	0,88±0,11
Біль у руках, ногах, суглобах	1,73±0,24	1,03±0,12	1,44±0,08
Менструальний біль / порушення менструального циклу	1,56±0,20	1,25±0,14	1,51±0,12
Головний біль	1,77±0,34	1,14±0,11	1,55±0,13
Біль у грудях	1,11±0,26	0,36±0,02	0,91±0,02
Головокружіння	0,99±0,23	0,34±0,02	1,10±0,20
Втрата свідомості	0,45±0,02	0,22±0,01	0,40±0,03
Посилене / пришвидшене серцебиття	1,67±0,30	0,69±0,24	1,51±0,20
Задишка	1,44±0,12	0,72±0,14	1,32±0,16
Біль / проблеми під час статевого акту	1,88±0,18	1,82±0,22	2,02±0,18
Запори / схильність до проносу, діарея	1,54±0,16	0,93±0,15	1,44±0,20
Нудота, «гази» / розлад шлунка	1,11±0,24	0,47±0,02	0,96±0,10
Відчуття втоми / слабкості	1,55±0,12	1,07±0,16	1,30±0,12
Порушення сну	1,67±0,16	1,15±0,30	1,33±0,10
Загальний бал	20,84±0,19	12,10±0,12	17,77±0,12

Таблиця 3. Ментальні конструкти та їх депресивні еквіваленти

Ментальний конструкт	Депресивний еквівалент
«Я неприваблива для свого партнера / я соромлюсь свого тіла / мені соромно бути на людях»	Поганий настрій, пригніченість, відчуття безпорадності, біль / проблеми під час статевого акту
«Рак виїв мою плоть»	Біль (у спині, грудях, руках, ногах)
«У мене буде рецидив»	Відчуття слабкості, задишка
«Я неодмінно помру»	Задишка, нудота / проноси / запори, головокружіння / пригніченість
«Я інвалід / є меншвартісною»	Ангедонія, пригніченість, почуття втоми, головний біль

Переживання «насиченості контакту з партнером та спотвореності образу власного «Я» асоціювалося у жінок переважно з виникненням симптому пригніченого настрою та стабільних острахів перед статевим контактом. Факт захворювання на рак описувався жінками переважно у вигляді відчуттів соматизованих больових феноменів та задишки, що, ймовірно, у їх випадку є еквівалентом підвищеної тривожності. Меншвартісність (як соціальний

феномен) проявлялася в свідомості хворих на РМЗ жінок після мастектомії втратою зацікавлення до життя (ангедонією) та постійним почуттям втоми, тобто переважанням зниженого вітального енергетичного потенціалу.

Висновки

Під час скринінгу 200 жінок, хворих на РМЗ, після мастектомії, у 130 з них виявлено ознаки депресивного розладу.

Спектр депресивних проявів включав в себе рівномірний як «ментальні» депресивні конструкти, так і тілесні феномени середньої тяжкості, причому соматичний компонент за результатами дослідження був більш вираженим.

Додаткове опитування дозволило виділити три вагомні кластери ментальних конструктів, які впливали на формування депресивних симптомів: перший стосувався «свого образу в очах партнера» та асоціювався з пригніченим настроєм; другий – «фатальності хвороби», описувався переживанням болювого синдрому та задишки (як еквівалент тривоги); третій – «почуття власної цінності та гідності», який, на думку досліджуваних жінок, сприяв втраті насолоди від життя та постійній втомі.

Список використаної літератури

1. Massie M. J. Prevalence of depression in patients with cancer / M. J. Massie // *J. Natl. Cancer Inst Monogr.* – 2004. – Issue 32. – P. 57–71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
2. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer / P. N. Butow, J. E. Hiller, M. A. Price [et al.] // *J. Psychosom Res.* – 2000. – Vol. 49, issue 3. – P. 169–181.
3. Pirl W. F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients / W. F. Pirl // *J. Natl. Cancer Inst Monogr.* – 2004. – Issue 32. – P. 32–39. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh026.
4. Montgomery M. Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science / M. Montgomery // *Oncol Nurs Forum.* – 2010. – Vol. 37, issue 1. – P. 77–83. DOI: 10.1188/10.ONF.77-83.

5. The emotional journey of women experiencing a breast abnormality / A. J. Blow, P. Swiecicki, P. Haan [et al.] // *Qual Health Res.* – 2011. – Vol. 21, issue 10. – P. 1316–1334. DOI: 10.1177/1049732311405798.
6. Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients / F. Cousson-Gelie, M. Bruchon-Schweitzer, T. Atzeni, N. Houede // *Psychol. Rep.* – 2011. – Vol. 108, issue 3. – P. 923–942. DOI: 10.2466/02.07.15.20.PR0.108.3.923-942.

References

1. Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, issue 32, pp. 57–71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
2. Butow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Krickler, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *J. Psychosom Res*, vol. 49, issue 3, pp. 169–181.
3. Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J. Natl Cancer Inst Monogr*, issue 32, pp. 32–39. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh026.
4. Montgomery, M. (2010). Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. *Oncol Nurs Forum.*, vol. 37, issue 1, pp. 77–83. DOI: 10.1188/10.ONF.77-83.
5. Blow, A. J., Swiecicki, P., Haan, P., Osuch, J. R., Symonds, L. L., Smith, S. S., ... Boivin, M. J. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qual Health Res*, vol. 21, issue 10, pp. 1316–1334. DOI: 10.1177/1049732311405798.
6. Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T. & Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychol Rep.*, vol. 108, issue 3, pp. 923–942. DOI: 10.2466/02.07.15.20.PR0.108.3.923-942.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

И. И. Аникина

Актуальность. Влияние онкологического заболевания на человека включает широкий спектр психологических и психопатологических реакций. Депрессию диагностируют у 38 % пациентов онкологического профиля, только 50 % пациентов получают специальное лечение в зависимости от тяжести заболевания и пола, при этом оно адекватное только в 25 % случаев, в 60 % случаев наблюдаются повторные депрессивные эпизоды.

Цель исследования – изучить распространенность, клинические особенности и динамику течения депрессивных расстройств у женщин, больных раком молочной железы, после мастэктомии.

Материалы и методы. Для скрининга депрессии, согласно установок унифицированного клинического протокола «Депрессия» от 25 декабря 2014 года № 1003, у пациентов группы риска использовано Опросник здоровья пациента PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). Осмотрено 200 пациенток Львовского областного онкологического диспансера, больных раком молочной железы, после мастэктомии. Из них 88 дали положительный ответ на один вопрос, 42 – на оба вопроса. В дальнейшем пациентки этой группы (вместе 130 женщин) трижды (впервые – в «нулевой» день знакомства «врач-пациент», второй раз – через 1 месяц и в третий раз – через 12 месяцев соответственно) были обследованы с помощью PHQ-9 и PHQ-15. Антидепрессивное лечение назначали пациенткам согласно Протоколу № 1003 в «нулевой» день в зависимости от психического состояния, ревизировали во время второго (1 месяц) и третьего (через год) осмотров.

Результаты. У пациенток с РМЖ, проходивших скрининговое обследование после мастэктомии, которые дали утвердительный ответ на вопросы PHQ-2, во время исследования инструментами PHQ-9 и PHQ-15 обнаружены признаки депрессивного расстройства. Спектр депрессивных проявлений включал в себя равномерно как «ментальные» депрессивные конструкты, так и телесные феномены средней тяжести проявлений, причем, соматический компонент по результатам исследования был тяжелее.

Выводы. Выявлены три веские кластера ментальных конструктов, которые влияли на формирование депрессивных симптомов: первый касался «своего образа в глазах партнера» и ассоциировался с подавленным настроением; второй – «фатальности болезни», описывался переживанием болювого синдрома и одышки (как эквивалент и тревоги), третий – «чувство собственной ценности и достоинства», который, по мнению исследуемых женщин, способствовал потере удовольствия от жизни и постоянной усталости.

Ключевые слова: рак, молочная железа, депрессия, ментальный конструкт.

DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY

I. I. Anikina

Background. Impact on a cancer patient includes a wide range of psychological and psychopathological responses. Depression is diagnosed in 38 % of cancer patients, only 50 % of patients receive special treatment depending on the severity of the disease and sex, and it is adequate only in 25 % of cases, in 60 % of cases there are repeated depressive episodes.

Objective. To investigate the prevalence, clinical features and dynamics of the course of depressive disorders in female patients for breast cancer after mastectomy.

Materials and methods. For the screening of depression, according to the guidelines of the Unified Clinical Protocol «Depression» dated December 25, 2014, No. 1003, the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) was used in patients at risk. 200 female of the Lviv Regional Oncology Clinic with breast cancer after mastectomy were examined. Of these, 88 gave a positive answer to one question, 42 – on both questions. Subsequently, this group of patients (a total of 130 women) was three times (for the first time on the «zero» date the acquaintance «doctor-patient», second and third – in a month and 12 months respectively) was examined with the help of PHQ-9 and PHQ-15 Antidepressant treatment was prescribed to patients according to the Protocol No. 1003 on a «zero» day according to the mental condition, audited at the time of the second (1 month) and third (one year) review and did not go beyond the recommended treatment options.

Results. In the «screening» patients with breast cancer after mastectomy, which gave an affirmative answer to the PHQ-2 question, the signs of a depressive disorder were detected in PHQ-9 and PHQ-15 instruments. The spectrum of depressive manifestations included evenly as «mental» depressive constructs, as well as physical phenomena of moderate severity of manifestations, with the somatic component as a result of the study was more difficult.

Conclusions. Three important clusters of mental constructs were found which influenced to the formation of depressive symptoms: the first one concerned «their image in the eyes of the partner» and was associated with depressed mood; the second – the «fatalities of the disease», was described by the experience of pain syndrome and shortness of breath (as an equivalent and anxiety); the third – a «sense of self-worth and dignity», which, in the opinion of the women surveyed, contributed to loss of enjoyment and constant fatigue.

Keywords: cancer, mamma, depression, mental construct.

Стаття надійшла до редакції 18.09.2017 р.

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: anikinainna@ukr.net

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, г. Львов, Украина; e-mail: anikinainna@ukr.net

ANIKINA Inna Igorivna, Senior Laboratory Assistant of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: anikinainna@ukr.net