

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.831-006:612.176:616.89-008-092

В.В. Огоренко

РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск
ogorenkov@gmail.com

В течение последних десятилетий отмечается тенденция к постоянному росту заболеваемости опухолями головного мозга. Полиморфные психические нарушения различного клинического содержания и степени выраженности в большинстве случаев не только коморбидные онкологической патологии головного мозга, но и на ранних стадиях формирования опухоли часто являются первыми, самыми ранними клиническими проявлениями новообразований.

Целью работы было изучить факторы, ассоциированные с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга у больных нейроонкопатологией. Выборку составили 250 пациентов с верифицированным диагнозом первичного новообразования головного мозга, которое клинически манифестировало психическими расстройствами. Исследование проводили с помощью клинического психиатрического метода, в качестве оценочных инструментов использовали стандартизированные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), короткая шкала оценки психического статуса (mini-mental state examination, MMSE). Также были использованы методы математической статистики.

Нами были изучены и выделены потенциальные факторы риска развития психических расстройств как проявлений клинической манифестации опухоли головного мозга. Было показано, что высокая частота психосоциальных стрессов в течение жизни и в период, непосредственно предшествовавший ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса, накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного инициальных или манифестных проявлений новообразования головного мозга, стрессорный характер семантики диагноза является одной из основных групп факторов, ассоциированных с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга.

Ключевые слова:
опухоль головного мозга, психические расстройства, патогенез, стрессовые факторы.

Теоретически и практически ориентированные исследования, выполненные на основе разных методологических позиций, ежегодно накапливают огромное количество экспериментального и клинического материала, позволяющего значительно расширить представления о степени негативного влияния неблагоприятных социально-психологических и психических факторов на возникновение и развитие соматической патологии. Спектр психосоматических расстройств постоянно расширяется. Так, в нашей популяции посттравматический стрессовый синдром стал неотъемлемой частью жизни людей, переживших техногенные или природные катастрофы, нападения, бывших афганцев, чернобыльцев, участников боевых действий. При соматических заболеваниях, по данным большинства исследователей, до 20–38% больных имеют

выраженную депрессию или тревожное расстройство, а при отдельных соматических заболеваниях (язвенная болезнь желудка, эндокринная и сердечно-сосудистая патология, инсульт) депрессивные и тревожные проявления могут отмечаться в 90% случаев. При этом прогнозируется дальнейший рост клинически очерченных депрессивных, тревожных, ипохондрических расстройств и некоторых субсиндромальных нарушений, формирование которых происходит в связи с прогрессирующими жизнеугрожающими соматическими заболеваниями, в частности онкологическими. Вместе с тем, четко определить механизмы, которые вследствие стрессовых событий приводят к соматическим нарушениям, пока не удастся.

Актуальность. Научные работы в области изучения онкогенеза являются одним из приоритетных направ-

лений современной медицины в связи с отмеченным в последние десятилетия значительным ростом числа онкологических заболеваний в странах Европы и Северной Америки [20]. Многие исследователи к основным причинам развития онкологической патологии относят влияние двух факторов – дизэмбриогенетического и мутагенного; в развитии опухолей мозга доказана важная роль реактивных гиперпластических процессов, гормональных влияний, а также травматических повреждений мозга, нейровирусных заболеваний [10, 16, 17].

Данные отечественных и зарубежных исследователей подтверждают актуальность диатез-стрессовой модели генеза психосоматических расстройств, при этом отмечается высокая корреляционная связь между частотой психосоциальных стрессов, обладающих наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием, и развитием острых и хронических заболеваний внутренних органов, нейроиммунных расстройств, а по данным ряда исследователей – и онкологической патологии [15]. Результаты исследований последних лет подтверждают, что онкологические заболевания – интенсивный психотравмирующий, стрессогенный фактор, провоцирующий психические расстройства, дезадаптацию и снижение качества жизни.

Большой интерес представляют работы в области психоиммунологии рака – одного из направлений психонейроиммунологии. Связи между психологическими факторами и онкологическими заболеваниями чрезвычайно сложны и во многом пока недостаточно понятны, но между ними определен посредник – психо-нейро-эндокринно-иммунная ось, через которую реализуются многочисленные последствия острого и хронического психоэмоционального стресса, к которым можно отнести диагноз рака [21]. Рядом исследований, посвященных психоиммунологическим эффектам гипносуггестивной психотерапии при онкологической патологии, доказано наличие статистически значимых взаимосвязей между параметрами психического и иммунного статуса, которые изменились качественно и количественно после гипносуггестии [3]. Эти данные свидетельствуют о том, что хронический стресс, которым является диагноз рака, оказывая иммуносупрессорное действие, подавляет функциональную активность естественных киллерных клеток, повышает плазменные уровни провоспалительных цитокинов. В целом полученные результаты исследований, выполненных на основе разных методологических позиций, убедительно показывают связь между стрессами и рядом иммунных показателей, а также различие иммунных эффектов в зависимости от характера стрессового воздействия [14].

Решение проблемы прямого влияния стресса на этиологию и динамику онкологических заболеваний далеко от своего завершения, однако уже сейчас на основании репрезентативных исследований можно утверждать, что интенсивные посттравматические реакции, присутствующие у части больных, осложняют течение онкологического заболевания, оказывая негативное воздействие на иммунный статус пациентов и повышая риск рецидива заболевания [12, 19].

Многие авторы, рассматривая личностные особенности больного раком человека, его внутреннюю картину

заболевания, указывают на особую роль психологического фактора в развитии и течении онкологического заболевания [5]. Сохраняют актуальность и исследования личности человека, болеющего раком. Существуют подтвержденные на большой выборке данные о психологической предрасположенности к некоторым соматическим заболеваниям, об инфантильной личности, о регрессивных механизмах возникновения разного рода заболеваний, в том числе и онкологических. В современных исследованиях выделено понятие саногенетических факторов при онкологической патологии, так называемых внутренних ресурсов адаптации, отражающих актуальное состояние нервно-психической реактивности индивида, своеобразный порог чувствительности к психотравмирующим воздействиям.

Благодаря сформировавшейся в структуре онкологии самостоятельной дисциплине – психоонкологии, выделены онкологические заболевания, наиболее часто сочетающиеся с психическими нарушениями [18, 22]. Данные по клинике и систематике психосоматических расстройств в онкологии, результаты клинко-эпидемиологических исследований с анализом распространенности и спектра психических нарушений свидетельствуют, что у пациентов, страдающих различными видами новообразований, преобладают пограничные нервно-психические расстройства, большая часть которых (от 60 до 80%) относятся к нозогениям [11].

Отмечаемая в последние десятилетия тенденция постоянного роста онкологической патологии прослеживается и в отношении опухолей головного мозга. Во многих случаях опухоли головного мозга (по данным различных авторов, от 40 до 100% наблюдений) сочетаются с психическими расстройствами. Полиморфные психические нарушения различного клинического содержания и степени выраженности не только в большинстве случаев коморбидны онкологической патологии головного мозга, но и на ранних стадиях формирования опухоли зачастую являются первыми, наиболее ранними клиническими проявлениями новообразований [1, 13]. Клиническая гетерогенность и полиморфизм психопатологических нарушений при нейроонкопатологии, хорошо известная клиницистам, по мнению большинства исследователей связана с биологической природой и локализацией поражения мозговой структуры [6]. Опухоли головного мозга в силу локализации и особенностей роста характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями; современные методы нейровизуализации позволяют достаточно точно установить наличие опухоли. Вместе с тем, в нейрохирургические клиники больные чаще всего поступают с опухолью больших размеров, нередко в состоянии суб- или декомпенсации – период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза, по данным различных авторов, составляет от 1 до 24 месяцев [2, 4]. Клиническая манифестация опухоли головного мозга появлением психических нарушений влияет на продолжительность диагностического периода и, соответственно, на своевременность оказания специализированной помощи [7–9]. В связи с этим понятна актуальность исследования этиопатогенеза и клинических особенностей ранних психопатологических проявлений формирования новообразований головного мозга.

Цель работы – изучить факторы, ассоциированные с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга у больных нейроонкопатологией.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены пациенты с верифицированным диагнозом первичного новообразования головного мозга, клинически манифестировавшего психическими расстройствами. Выборку составили 250 пациентов, из них 140 (56%) мужчин и 110 (44%) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст $44,8 \pm 15,9$ года). В соответствии с гистологическими данными, у 126 (50,4%) пациентов диагностированы злокачественные (ЗНО), у 124 (49,6%) – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводили на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационный период. Критериями отбора в группу исследования служили следующие признаки: отсутствие преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения (код по МКБ-10 – F00 – F99); отсутствие сопутствующих заболеваний нервной системы (код по МКБ-10 – G00 – G99) и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы; отсутствие на этапе клинко-диагностического обследования нарушений сознания, признаков гипертензионно-дислокационного синдрома; диагностированные стационарно и верифицированные результатами магнитно-резонансной томографии, эмиссионно-позитронной томографии, данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли в фазе клинической компенсации либо клинической субкомпенсации; возможность проведения в дооперационный период психопатологического и психологического обследования в необходимом для последующего анализа объеме.

Исследование проводили с помощью клинического психиатрического (включавшего клинко-анамнестический метод) обследования с использованием объективных данных из доступной медицинской документации при получении добровольного согласия пациента. При этом использовали структурированное интервью. Проводили интервьюирование как самого пациента, так и его ближайших родственников. Клинко-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. В качестве оценочных инструментов использовали стандартизованные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), краткая шкала оценки психического статуса (mini-mental

state examination, MMSE). Также были использованы методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение

Изученную нами выборку из 250 больных первичной опухолью головного мозга характеризовал сложный и довольно продолжительный диагностический маршрут: период от появления психопатологических нарушений до диагностики новообразования в среднем по группе составил 7,5 месяцев.

Анализ диагностического маршрута позволил выделить группы факторов, повлиявших на увеличение продолжительности диагностического периода.

У преобладающего числа больных отмечался донозологический либо пограничный уровень психических нарушений в период клинического дебюта опухоли головного мозга, обусловивший высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью – отмечавшиеся в этот период нарушения, преимущественно непсихотические, депрессивные и невротические, а также личностные изменения отличались неразвернутостью и синдромальной незавершенностью, их появление все больные связывали с психотравмирующими ситуациями.

В связи с высокой распространенностью в изученной выборке больных опухолью головного мозга лиц, переживших серьезные стрессы, в том числе связанные со значимыми другими, нами подробно изучен характер указанного фактора (таблица). Перечень психосоциальных стрессов включал стрессы, пережитые больными на протяжении жизни, в том числе те, которые обладают наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием. При анализе психосоциальных стрессовых факторов учитывали характер воздействия (острый/кумулятивный); наличие/отсутствие тяжелых психосоциальных стрессов в период, непосредственно предшествующий появлению психопатологических расстройств; длительность периода от последнего тяжелого стрессового события до диагностики опухоли головного мозга.

Таблица. Частота психосоциальных стрессорных факторов в выборке больных опухолью головного мозга (n=250)

Содержание и характер психосоциальных стрессорных воздействий	Число наблюдений (% больных)	
	ДНО	ЗНО
Острые стрессы	31 (20,9)	32 (25,4)
Кумулятивные стрессы	248 (87,9)	223 (81,7)
Стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами	97 (67,7)	98 (69,4)
Стрессы, связанные с неблагоприятием семейной жизни	64 (42,7)	83 (61,9)
Стрессы, связанные со смертью, в том числе значимых других	47 (31,5)	47 (38,9)

Анализ социально-психологических и психосоциальных характеристик изученной выборки не подтвердил данных ряда исследователей о линейной зависимости между количеством и интенсивностью стрессорных воздействий и частотой развития онкологической патологии [6, 22]: в преобладающем большинстве случаев

неблагоприятные психосоциальные факторы носили кумулятивный характер (накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больных до психопатологического дебюта новообразования головного мозга) – 84,8%. Исследованием установлено, что независимо от степени злокачественности опухоли головного мозга, в анамнезе больных ведущими по распространенности и степени значимости были стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами: серьезная экономическая нужда, потеря профессионального статуса (уход на пенсию, вынужденное изменение места работы) – 68,5%. Следующими по степени значимости стали стрессы, связанные с собственным разводом, разводом родителей, неблагополучием семейной жизни детей – 52,3%. Стрессы, связанные со смертью, в том числе значимых других, составили третью по распространенности группу стрессов с интенсивным психотравмирующим воздействием (35,2% из числа обследованных в анамнезе пережили смерть значимых других – супругов, детей, родителей, либо были свидетелями внезапной гибели других людей). Таким образом, отсутствие либо минимальная выраженность в клинической картине неврологических нарушений (в частности признаков гипертензионно-дислокационного синдрома), субъективная трактовка больными причин появления психопатологических состояний (появление психических нарушений больные связывали с психотравмирующими ситуациями), особенности клинических проявлений психических нарушений (субсиндромальные формы, отсутствие либо доклинический уровень когнитивного снижения), а также низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращались самостоятельно либо были направлены на консультацию, накопление кратковременных (от нескольких дней до месяца) и долговременных (более месяца) психосоциальных стрессов, в том числе обладавших наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием, явились причинами сложного и продолжительного диагностического маршрута. Во многих случаях стрессорные воздействия и развившиеся вслед за ними психические нарушения на начальных этапах диагностики расценивались клиницистами как психоадаптационные либо психодезадаптационные расстройства, что оказывало негативное влияние на своевременность диагностики опухоли головного мозга. До включения в исследование на протяжении диагностического периода психические расстройства в изученной выборке преимущественно были квалифицированы в рамках таких категорий как невротические, связанные со стрессом и соматоформные, и расстройства настроения. Вместе с тем, практически у 90% больных отмечалась неэффективность либо временная эффективность различных методов психотерапевтической интервенции и психофармакотерапии.

Проведенный анализ полученных данных свидетельствует о неоднозначности влияния психосоциальных стрессов, имевших место в жизни пациентов, на динамику и синдромологию психопатологических проявлений развития и роста опухоли головного мозга: достоверно

сокращение диагностического периода при наличии тяжелых психосоциальных стрессов, непосредственно предшествующих появлению психопатологических расстройств. Выявлена тенденция к увеличению периода диагностики при кумулятивном характере стрессорного воздействия, по сравнению с острыми психогениями. Анализ частоты стрессовых событий свидетельствует об отсутствии зависимости степени злокачественности опухоли головного мозга от характера стрессорного воздействия в анамнезе. Острые стрессы влияют на особенности манифестации клинических проявлений опухоли головного мозга, кумулятивные – на продолжительность периода диагностики, связанную с длительностью существования психопатологических расстройств при отсутствии либо минимальной выраженности неврологических симптомов в структуре клинических проявлений формирования опухоли головного мозга. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что семейное отягощение онкологической патологией относится к социально-психологическим предикторам в структуре стрессовых психотравмирующих факторов, влияющих на формирование патопсихологических феноменов психических нарушений при опухоли головного мозга.

Выделены потенциальные факторы риска развития психических расстройств как проявлений клинической манифестации опухоли головного мозга. Фактор недостаточной социальной поддержки положительно коррелирует с невротическими симптомокомплексами на этапе дебюта ранних клинических проявлений опухоли головного мозга, с клиническим уровнем когнитивных нарушений в структуре психопатоподобного дебюта.

Фактор стрессогенных жизненных событий неоднозначно влияет на клиническую манифестацию опухоли головного мозга психическими расстройствами: острый характер стрессов сокращает период диагностики и достоверно коррелирует с полиморфизмом в психопатологических проявлениях дебюта онкологического процесса. Кумулятивный характер стрессов положительно коррелирует с длительным диагностическим периодом у больных с неполоморфными психопатологическими состояниями. Проведенный анализ выявил высокодостоверную корреляцию фактора семейного отягощения онкопатологией с невротическими симптомокомплексами на этапе клинического дебюта и невротическими нарушениями на протяжении всего дифференциально-диагностического периода.

Возникновение и развитие психопатологических нарушений у больных с первичной опухолью головного мозга обусловлено не только природой самого заболевания (биологическим воздействием новообразования на структуры мозга). Диагностирование опухоли головного мозга является мощным стрессовым фактором, имеющим чрезвычайное по силе и продолжительности психотравмирующее влияние на личность больного. Характер патологии и степень ее витальной угрозы являются одним из важных психогенных факторов, влияющих на выраженность и клинические особенности психических расстройств, ряд которых необходимо рассматривать в структуре психогений (дезадаптивных состояний или реактивных образований). Существующие особенности, выделяющие пациентов с опухолью головного мозга из об-

щей популяции онкологических больных, гетерогенность и полиморфизм психических нарушений у большинства больных опухолью головного мозга не исключают экзистенциальный дистресс и, в частности, аспект деморализации, возникающий в ответ на семантику диагноза.

Выводы

Высокая частота психосоциальных стрессов на протяжении жизни и в период, непосредственно предшествующий ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса, накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного до инициальных либо манифестных проявлений новообразования головного мозга, стрессорный характер семантики диагноза являются одной из основных групп факторов, ассоциированных с развитием психических расстройств, как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга. Психопатологический вариант дебюта опухоли головного мозга существенно усложняет и пролонгирует диагностический маршрут пациентов, что, в свою очередь, негативно влияет на своевременность оказания им специализированной помощи. В связи с этим очевидна необходимость дальнейшего исследования и разработки данной проблемы.

Список использованной литературы

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашев-Константиновский. – М., 1973. – 246 с.
2. Айрапетов К. Г. Новые подходы в диагностике, профилактике и лечении метастатического поражения головного мозга у онкологических больных: дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: 14.00.14 / Айрапетов Карен Георгиевич: Ростовский НИИ ОИ. – Ростов-на-Дону, 2006. – 402 с.
3. Бухтояров О. В. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский. – СПб.: Алетейя, 2008. – 264 с.
4. Давыдов М. И. Психонкология / М. И. Давыдов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3 (3). – С. 47–51.
5. Зотов П. Б. Типы внутренней картины болезней у больных со злокачественными новообразованиями / П. Б. Зотов, С. М. Уманский // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 29–31.

6. Касимова Н. Л. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями / Н. Л. Касимова, Т. В. Жилева // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
7. Лавров А. Ю. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения опухолей центральной нервной системы / А. Ю. Лавров // Неврологический журнал. – 2004. – Т. 9, № 6. – С. 49–56.
8. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С. 71–74.
9. Незнанов Н. Г. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации) / Н. Г. Незнанов, В. В. Дунаевский // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 13–16.
10. Сучасні дослідження у психонкології / О. А. Ревенко, О. О. Зайцев, О. П. Олійник, Т. В. Леміщенко // Журнал психіатрії та медичинської психології. – 2009. – № 1 (21). – С. 50–55.
11. Самушия И. А. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы / М. А. Самушия, И. В. Зубова // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–28.
12. Семке В. Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения / В. Я. Семке // Сибирский Вестник Психиатрии и Наркологии. – 2008. – № 3. – С. 7–12.
13. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мульти-центральной программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
14. Тарабрина Н. В. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, Г. П. Генс, М. А. Падул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, Вып. 4. – С. 22–28.
15. Хаустова О. О. Психосоциальні детермінанти в діагностиці психосоматичних розладів ендокринного генезу / О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2004. – № 2 (10). – С. 38–40.
16. Balmain A. The genetics and genomics of cancer / A. Balmain, J. Gray, B. Ponder // Nature Genet. – 2003. – Vol. 33. – P. 238–244.
17. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis / D. Braithwaite, J. Emery, F. Walter [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. – 2004. – Vol. 96. – P. 122–133.
18. Cunningham A. J. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients / A. J. Cunningham, C. V. Edmonds // J. Clin. Oncology. – 2005. – Vol. 23 (22). – P. 5263–5265.
19. Kissane D. Psychological and existential distress / D. Kissane, P. Yates / In: O'Connor M., Aranda S. (Eds.) // Palliative care nursing (2d ed.). – Melbourne: Amused, 2003. – P. 468–493.
20. Soler-Vila H. Prognostic significance of psychological factors in African-American and white breast cancer patients: a population-based study / H. Soler-Vila, S. V. Kasl, B. A. Jones // Cancer. – 2003. – № 98. – P. 1299–1308.
21. Walker L. G. The psychoimmunology of cancer / L. G. Walker // Cancer Topics. – 2000. – Vol. 11. – P. 17–19.
22. The prevalence of psychological distress by cancer site / J. Zabora, K. Brintzenhogsoc, B. Curbow [et al.] // Psycho Oncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 19–28.

РОЛЬ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко

Протягом останніх десятиліть відзначається тенденція до постійного зростання захворюваності на пухлини головного мозку. Поліморфні психічні порушення різного клінічного змісту і ступеня вираженості в більшості випадків не тільки коморбідні онкологічній патології головного мозку, а й на ранніх стадіях формування пухлини часто є першими, найбільш ранніми клінічними проявами новоутворень.

Метою роботи було вивчити фактори, асоційовані з розвитком психічних розладів як ранніх клінічних проявів пухлин головного мозку у хворих на нейроонкопатологію. Вибірку склали 250 пацієнтів з верифікованим діагнозом первинного новоутворення головного мозку, що клінічно маніфестувало психічними розладами. Дослідження проводили за допомогою клінічного психіатричного методу, в якості оціночних інструментів використовували стандартизовані діагностичні / експертні шкали тестів-опитувальників (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), коротка шкала оцінки психічного статусу (mini-mental state examination, MMSE)). Також були використані методи математичної статистики.

Нами були вивчені і виділені потенційні фактори ризику розвитку психічних розладів як проявів клінічної маніфестації пухлини головного мозку. Було показано, що висока частота психосоціальних стресів протягом життя і в період, що безпосередньо передував раннім психопатологічним проявам пухлинного процесу, накоплення негативних емоційних переживань психотравматичних подій, що мали місце в житті хворого до ініціальних або маніфестних проявів новоутворення головного мозку, стрессорний характер семантики діагнозу є однією з основних груп факторів, асоційованих з розвитком психічних розладів як ранніх клінічних проявів пухлини головного мозку.

Ключові слова: пухлина головного мозку, психічні розлади, патогенез, стресові фактори.

THE ROLE OF STRESS FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF MENTAL DISORDERS IN BRAIN TUMORS

V. Ogorenko

In recent decades, there is a trend of constant growth in the incidence of brain tumors. Polymorphic mental disorders of different clinical content and the degree of severity in most cases not only comorbidity of cancer pathology of the brain, but also in the early stages of tumor formation are often the first of the earliest clinical manifestations of tumors.

The goal was to explore the factors associated with the course of mental disorders as the earliest clinical manifestations of brain tumors in patients. The sample included 250 patients with verified diagnosis of primary brain tumors, clinically manifested mental disorders. The research was conducted by clinical psychiatric method, as the assessment tools used standardized diagnostic / expert scale tests, questionnaires (questionnaire symptom levels (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), Mini-Mental State Examination (the mini- mental state examination, MMSE)). Also, methods of mathematical statistics were used.

We have studied and highlighted the potential risk factors for mental disorders as a clinical manifestations of brain tumors. It has been shown that the high incidence of psychosocial stresses throughout life and in the period directly preceding the earliest psychopathological manifestations of the tumor process, the accumulation of negative emotional experiences of traumatic events that took place in the life of the patient before of initial or demonstrative manifestations of brain neoplasms, stressor character of semantics diagnosis are one of the main groups of factors associated with the course of mental disorders as the earliest clinical manifestations of brain tumors.

Key words: brain tumors, mental disorders, pathogenesis, stress factors.