

2. Строгое соблюдение техники операции является залогом хороших результатов вмешательства.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Салей А.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра психиатрии с курсом общей психологии  
Научные руководители - д.м.н., проф. Королева Е.Г.;  
д.м.н., проф. Угляница К. Н.*

Особенности нервно-психических нарушений при опухолях зависят от личностно-конституциональных особенностей больного, от этапа болезни, эффективности ее терапии. Практически у них почти не бывает канцерофобии, а скорее имеет место анозогнозия, «бегство от болезни». В то же время могут обостряться характерологические черты личности, нарастает напряженность.

При злокачественных новообразованиях вне мозговой этиологии отмечали зависимость психических расстройств от стадии течения рака (В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов, 1961). В начальный период отмечаются заострение характерологических черт больных, невротические реакции, астенические явления. В развернутой фазе наиболее часто отмечаются астенодепрессивные состояния, иногда анозогнозия.

Нами были обследованы 50 женщин с первыми стадиями рака молочной железы.

С момента постановки диагноза, ставшего больному известным, соматогенная симптоматика уступает место психогенной, может появляться недоверие к диагнозу, к врачам.

Наиболее часто полученные сведения о наличии опухоли вызывает депрессивные реакции, иногда очень тяжелые, которые могут приводить к суицидальным мыслям. Известие о наличии злокачественной опухоли является для человека большим стрессом, которое нередко приводит к чувству беспомощности. А такая приобретенная беспомощность приводит к депрессии.

Кельгольц выделяет 9 симптомокомплексов депрессивных состояний: апатии, агрессии и страха, ипохондрии, неврастении, фобии, бреда с амнестической и смешанной симптоматикой.

Тремя основными «красками» депрессии являются печаль, подавленность, а также страх и агрессивность. Когда печаль глубока, то ей часто сопутствует страх. В этом страхе очень важным является элемент ожидания.

В дальнейшем это состояние может переходить в астено- депрессивное состояние с превалированием вялости, на фоне которого появляется тревога и страх. Если депрессия не очень сильная, то над страхом преобладает агрессия, которая требует большей жизненной активности. Чаще это аутоагрессия.

Для следующих стадий характерно снижение высших волевых функций, утрата желания заниматься какой-либо деятельностью, пропадают прежние интересы, прекращаются прежние контакты, становятся более замкнутыми, аутичными. Любое принятие решения становится чрезмерным.

У некоторых развивается психотическое состояние, преимущественно депрессивно-параноидное.