

ISSN 0234-5730



9 770234 573007

# ГЕМАТОЛОГИЯ и ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

Hematology and Transfusiology



4' 2011

Издательство "МЕДИЦИНА"

75. Goker H., Haznedaroglu I. C., Beyazit Y. et al. Local umbilical cord blood renin-angiotensin system. *Ann. Hematol.* 2005; 84: 277–281.
76. Beyazit Y., Aksu S., Haznedaroglu I. C. et al. Overexpression of the local bone marrow renin-angiotensin system in acute myeloid leukemia. *J. Natl. Med. Assoc.* 2007; 99: 57–63.
77. Li J., Volkov L., Comte L. et al. Production and consumption of the tetrapeptide AcSDKP, a negative regulator of hematopoietic stem cells, by hematopoietic microenvironmental cells. *Exp. Hematol.* 1997; 25: 140–146.
78. Aksu S., Beyazit Y., Haznedaroglu I. C. et al. Enhanced expression of the local haematopoietic bone marrow renin-angiotensin system in polycythemia rubra vera. *J. Int. Med. Res.* 2005; 33(6): 661–667.
79. De la Iglesia Inigo S., Lépez-Jorge C. E., Gémez-Casares M. T. et al. Induction of apoptosis in leukemic cell lines treated with captopril, trandolapril and losartan: A new role in the treatment of leukaemia for these agents. *Leukemia Res.* 2009; 33(6): 810–816.
80. Aksu S., Beyazit Y., Haznedaroglu I. C. et al. Over-expression of angiotensin-converting enzyme (CD 143) on leukemic blasts as a clue for the activated local bone marrow RAS in AML. *Leuk. Lymphoma* 2006; 47(5): 891–896.
81. Danilov S. M., Sadovnikova E., Scharenborg N. et al. Angiotensin-converting enzyme (CD 143) is abundantly expressed by dendritic cells and discriminates human monocyte-derived dendritic cells from acute myeloid leukemia-derived dendritic cells. *Exp. Hematol.* 2003; 31(12): 1301–1309.
82. Гальцева И. В., Пашин Л. Е., Савченко В. Г. Лейкемические дендритные клетки. *Тер. арх.* 2008; 80(7): 84–88.

Поступила 20.05.11

© Д. Э. ВЫБОРНЫХ, 2011  
УДК 616.15-092:612.821

## СУБЪЕКТИВНЫЕ ТЕОРИИ БОЛЕЗНИ И НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Д. Э. Выборных

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Резюме.** У пациентов с заболеваниями системы крови формируются субъективные теории болезни, представляющие собой когнитивные конструкции больных относительно природы, причины и лечения заболевания. Условия их формирования отличает витальный характер переживаний, отсутствие осязаемого субстрата болезни. Данные конструкции тесно связаны с совладанием — ответом, направленным на ослабление нагрузок, связанных со стрессом. У 192 пациентов, наблюдавшихся в клиниках ГНЦ, выявлены следующие нозогенные реакции: невротические — тревожно-диссоциативные — у 67 (34,9%), тревожно-фобические — у 42 (21,8%), аффективные — тревожно-депрессивные — у 51 (26,6%), гипоманиакальные — у 3 (1,6%) и шизофренические — диссоциативные — у 19 (9,9%), тревожно-коэнестопатические — у 10 (5,2%) больных.

**Ключевые слова:** субъективные теории болезни, заболевания системы крови, нозогенные реакции

### SUBJECTIVE THEORIES OF DISEASE AND NOSOGENIC REACTIONS IN HEMATOLOGICAL PATIENTS

D.E. Vybornykh

Hematology Research Center, Moscow

**Summary.** Hematological patients develop subjective theories of disease - cognitive constructions of the patients on the nature, cause, and therapy of their disease. The conditions of these theories formation are characterized by vital nature of suffering and the absence of perceptible substratum of the disease. These constructions are closely related to control - the response aimed at attenuation of stress-associated loading. The following nosogenic reactions were detected in 192 patients treated at the Hematology Center clinics: neurotic - anxious dissociative in 67 (34.9%) and anxious phobic in 42 (21.6%), affective - anxious depressive in 51 (26.6%), hypomanic in 3 (1.6%), and schizophrenic - dissociative in 19 (9.9%), anxious coenestopathic in 10 (5.2%) patients.

**Key words:** subjective theories of disease, hematological diseases, nosogenic reactions

С самого начала развития современной медицины врачи стали задумываться над тем, что переживает человек, когда заболевает. Представители коской школы медицины (III—IV век до н. э.), в частности Гиппократ, отмечали необходимость оказания пристального внимания индивидуальным психологическим особенностям пациента ("психе"), а также его отношению к соматическому страданию ("соме"). В книге Гиппократа "О внутренних страданиях" представлено одно из первых описаний отношения пациентов к своей болезни. В этом литературном источнике [1] указывается, что больные с "общей во-

дянкой" (т. е. выраженной недостаточностью кровообращения), у которых "отек обнаруживается во всем теле" и кожные покровы приобретают "синеватый цвет", "без причины раздражаются и огорчаются от всего, хотя с ними не происходит ничего нового".

В дальнейшем отдельные представители медицинской профессии делились своими наблюдениями и размышлениями на эту тему, однако только в первой половине XX века появляются первые систематические исследования отношения пациентов к своему соматическому заболеванию. Наиболее заметными среди них были работы немецкого исследователя А. Гольштейдера [2], изучавшего аутопластическую картину болезни, советского терапевта Р. А. Лурни, исследовавшего внутреннюю картину болезни и выдвинувшего свою концепцию в 1944 г. [3], а также швейцарского исследователя М. Томмена и соавт. [4, 5].

А. Гольштейдер [2] утверждал, что аутопластическая картина болезни создается самим больным на основе со-

Для корреспонденции:  
Выборных Дмитрий Эдуардович, ст. науч. сотр. ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России.  
Адрес: 125167, Москва, Новозыковский пр., д. 4а.  
Телефон: +7(495)614-90-42.  
E-mail: dvyb@yandex.ru

вокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием. Автор выделяет два уровня картины болезни — сенситивный, т. е. чувствительный, базирующийся на ощущениях, и интеллектуальный, который является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии.

Чешские психологи Р. Конечный и М. Боухал [6] также используют понятие "аутопластическая картина болезни", подчеркивая не только "горизонтальное" разделение картины болезни на сенситивный и интеллектуальный компоненты, но и "вертикальное" — на рациональный и эмоциональный компоненты; они утверждали, что рациональные компоненты восприятия болезни бессознательно управляются эмоциональными процессами.

Наиболее изученным в нашей стране является понятие "внутренняя картина болезни". Р. А. Лурия [3] определял ее как структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Иными словами, это все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений; общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни, о ее причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Р. А. Лурия [3] придерживался деления внутренней картины болезни на два уровня, предложенных А. Гольдшейдером [2], но особое значение отводил интеллектуальному уровню как обладающему большим влиянием на осознание патологических процессов.

В дальнейшем многие исследователи занимались изучением внутренней картины болезни [7, 8]. В развитие теории Р. А. Лурии [3] было выделено 4 ее составляющих: болевая или сенсорная составляющая — это то, что человек чувствует: неприятные ощущения, дискомфорт; эмоциональная составляющая определяет, какие эмоции человек испытывает в связи с заболеванием; интеллектуальная, или когнитивная, — то, что человек думает о своем заболевании, о причинах заболевания и последствиях и, наконец, волевая или мотивационная составляющая связана с необходимостью актуализации деятельности, направленной на сохранение и возвращение здоровья.

В зависимости от особенностей внутренней картины болезни выделяют следующие типы реакций на заболевание:

- норманозогнозия — адекватная оценка заболевания — то, что всегда врач ожидает от пациента;
- гипернозогнозия — преувеличение тяжести заболевания, в результате чего болезнь занимает практически все сознание пациента;
- гипонозогнозия — преуменьшение тяжести заболевания, когда больной относится к имеющейся у него болезни без должного внимания, в результате чего пропускает важные признаки болезни и своевременное обращение за помощью;
- диснозогнозия — искаженное видение заболевания или его отрицание с целью диссимуляции. Такой тип реакций часто наблюдается у психически больных или лиц с выраженными психопатическими чертами;
- анозогнозия — полное отрицание заболевания. Такой тип реакций описан, в частности, при грубых органических поражениях головного мозга и хроническом алкоголизме (алкогольной энцефалопатии).

Необходимо кратко упомянуть и другие термины. Венгерско-английский психиатр и психоаналитик Майкл Балинт (цит. по [9]) предложил понятие "аутогенное представление о болезни", Е. К. Краснушкин [10] и А. С. Познанский (цит. по [11]) — "сознание болезни".

Л. Л. Рохлин [12] выделял отношение к болезни, которое также определяется понятием "сознание болезни",

включающим прогноз болезни — познание болезни на основе интероцептивных ощущений больного, имеющихся у него медицинских знаний, личного опыта собственной болезни или болезни близких; при этом учитываются общие изменения в психике больного. Отношение больного к заболеванию определяется рядом факторов: спецификой заболевания, особенностями личности заболевшего и факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение больного.

Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин [13] выделили "позицию к болезни" — реакцию личности на возникновение патологических проявлений. Особое значение здесь имеет отношение больных к симптомам, наиболее полно отражающим патогенетическую сущность болезни.

Е. А. Шевалев [14] и В. В. Ковалев [15] предложили понятие "переживание болезни" — общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. В. В. Ковалев [15] при этом выделил 6 основных типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорический и анозогнозический.

Е. А. Шевалев [14] ввел также понятие "реакции адаптации", т. е. комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний по поводу ограничения физических и психических возможностей, преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни. Эти реакции могут быть компенсаторного, псевдоаутистического характера (т. е. искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т. п.), кроме того, возможны псевдокомпенсаторные реакции (отрицание и игнорирование болезни при тяжелых соматических заболеваниях).

Т. Н. Резникова, В. М. Смирнов [16] выдвинули положение о "психологическом информационном поле болезни", в центре которого находится измененная болезнь "схема тела". И, наконец, польский исследователь J. Heszen-Klemens [17] упоминает "образ собственного заболевания".

В 1990 г. швейцарский исследователь М. Томмен и соавт. опубликовали ряд работ [4, 5], посвященных субъективным теориям болезни и проблемно-ориентированной психотерапии. В них авторы сформулировали определение субъективных теорий болезни — это когнитивные конструкции больных относительно природы их заболевания, его причины и его лечения. Тесно связанными с ними являются понятия, указанные в работах зарубежных исследователей, в которых рассматриваются "восприятие болезни" [18, 19], "смысл заболевания" [20, 21] и "самооценка состояния здоровья" [22–24].

В процессе изучения формирования субъективных теорий болезни у пациентов с заболеваниями системы крови обнаружилось, что такие теории существенно зависят от информации, которую пациент получает относительно своего заболевания. Однако эта зависимость ни в коем случае не является прямолинейной. У одних пациентов недостаток информации повод для более поверхностного восприятия своего заболевания (т. е. гипонозогнозии "не знаю — и не очень-то хотелось"), у других — фактор, способствующий вследствие неудовлетворенности недостаточным объемом сведений повышению уровня тревоги, более глубокому самостоятельному изучению подробностей заболевания и способов его лечения. У таких больных недостаток информации становится источником недоверия к врачу и в некоторых случаях (у склонных к этому лиц) приводит к развитию психопатологических (паранойальных) реакций.

Субъективные теории болезни, формирующиеся у пациентов с заболеваниями системы крови, существенным

образом отличаются от субъективных теорий болезни, формирующихся у больных с неонкологическими заболеваниями. Многие исследователи в качестве одного из отличий упоминают витальный характер переживаний, связанный с фатальным смыслом онкогематологической патологии, а также во многих случаях — отсутствие ощущаемого субстрата заболевания, такого как, например, локализованная боль, что вносит дополнительную тревогу и неопределенность в осознание пациентом своего заболевания [25].

М. Koehler и соавт. [26] изучали субъективные теории болезни у онкогематологических больных на примере пациентов с острым миелобластным лейкозом. Взяв за основу положения, выдвинутые М. Томпсом и соавт. [4, 5], они исследовали особенности составляющих субъективных теорий болезни на основе клинического опроса пациентов.

Пациенты воспринимали свою болезнь как зловещую и коварную, сравнивая ее с "вором в ночи". В качестве аргументов такого сравнения приводилось отсутствие на первых порах знаний о сущности заболевания. Пациенты говорили, что знают только то, что в крови много "белых шариков"; в свою очередь многие из них не хотят знать всей правды, аргументируя это тем, что чем больше знаешь, тем больше задумываешься. События, сопряженные с заболеванием системы крови, и отвержение более подробной информации заставляют пациентов все более дистанцироваться от своей болезни эмоционально и интеллектуально.

По поводу причины заболевания пациенты говорят о неопределенности его источника и неконтролируемости его проявления. Они заявляют, что такая болезнь "может случиться с каждым". Предрасполагающими факторами заболевания, по их мнению, являются наследственность, окружающая среда и даже психологические стрессы.

В отношении возможности контроля пациенты заявляют о стремлении избегать знания в целях защиты от переживаний угрозы и установления контроля — "то о чем вы не знаете, не может вам навредить". Кроме того, при отсутствии возможности повлиять на течение болезни пациенты рассматривают сосуществование с болезнью как один из механизмов совладания — "стисни зубы и иди" вперед.

И наконец, у пациентов выявляется скептический взгляд на прогноз заболевания, особенно в отношении возможности его рецидива — "волна может быстро вернуться".

Авторы высказывают предположение, что для пациентов более болезненно даже не отсутствие сведений о вероятном благоприятном исходе лечения, а информация о результате с потенциально неблагоприятными последствиями.

Тесно связано с понятием субъективных теорий болезни понятие совладания (копинга). Совладание — это ответ, направленный на ослабление физических, эмоциональных и психологических нагрузок, связанных со стрессовыми жизненными событиями и ежедневными трудностями [27]. В более узком смысле под совладанием имеется в виду деятельность, направленная на снижение уровня тревоги.

Попытки совладания с тревогой начинаются с развития субъективных теорий болезни, поскольку через субъективное осмысление болезни пациент в значительной степени определяет выбор стратегии совладания, от которого зависит успешность такой попытки.

Кратко приведем классификацию стратегий копинг-поведения [28—30].

Эмоциональный/проблемный:

— эмоционально-фокусированный копинг направлен на урегулирование эмоциональной реакции;

— проблемно-фокусированный копинг направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

Когнитивный/поведенческий:

— "скрытый" внутренний копинг — когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс;

— "открытый" поведенческий копинг — совладание с ситуацией путем формирования определенного поведения.

Успешный/неуспешный:

— успешный копинг — использование конструктивных стратегий, приводящих в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс;

— неуспешный копинг — использование неконструктивных стратегий, препятствующих преодолению трудной ситуации.

Каковы же предрасполагающие аспекты формирования субъективных теорий болезни? Наиболее представленные в когнитивных конструкциях больного характер, источник и лечение заболевания (когнитивные, поведенческие, аффективные, социальные аспекты) в конце концов непосредственно приводят к возможности совладания (табл. 1).

Среди предрасполагающих аспектов — это прежде всего самоэффективность, понимаемая как возможность субъекта контролировать ситуацию. В качестве иллюстрации к этому показателю служит пункт используемого формализованного клинического опросника — "благодаря моей находчивости я знаю, как управлять непредвиденной ситуацией".

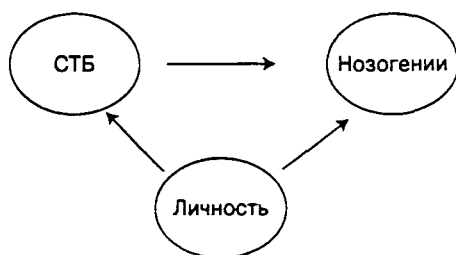
Внутренний локус здоровья — "если что и случается с моим здоровьем, то это моя ошибка", т. е. субъект берет на себя ответственность за возникновение заболевания.

Таблица 1

## Предрасполагающие аспекты субъективных теорий болезни

Показатель	Пункт
Самоэффективность	Благодаря моей находчивости я знаю, как управлять непредвиденной ситуацией
Локус контроля здоровья:	
внутренний	Если что и случается с моим здоровьем, то это моя ошибка
могущественные иные шансы	С помощью врачей я выздоровею Судьба играет большую роль в определении, как скоро я выздоровею
Чувство связности:	
понятность	У Вас смешались чувства и идеи?
управляемость	У Вас есть ощущение, что Вас лечили недобросовестно?
ясность	Как часто у Вас возникало ощущение, что мало смысла в том, что Вы делаете в Вашей ежедневной жизни?

**Примечание.** Локус контроля здоровья описывает индивидуальную локализацию (в сознании пациента) причин заболевания. Выделяют внешний локус контроля, когда причины заболевания соотносят с факторами, находящимися вне собственной личности (стечение обстоятельств, судьба, могущественные иные (врач, Бог); и внутренний локус контроля, когда причина возникновения болезни содержится в собственной личности. Чувство связности или когеренции [31] — это ощущение человеком того, что стимулы, поступающие из внешних и внутренних источников, являются структурированными, предсказуемыми и поддаются толкованию; имеются ресурсы, необходимые для того, чтобы соответствовать требованиям, которые вызваны этими стимулами; эти требования являются вызовами, которые стоят того, чтобы вкладывать в них ресурсы и самого себя.



Роль субъективных теорий болезни (СТБ) в развитии нозогений.

Локус контроля здоровья (внешний — могущественные иные) — "с помощью врачей я выздоровею". Субъект перекладывает ответственность за выздоровление на значимых иных.

Локус контроля здоровья — шанс. "Судьба играет большую роль в определении, как скоро я выздоровею". Пункт, свидетельствующий о некоем фаталистическом подходе к прогнозу заболевания.

Чувство связности: понятность. "У Вас смешались чувства и идеи?" Имеется в виду возможность оценки и контроля сложившейся в связи с болезнью ситуации.

Чувство связности: управляемость. "У Вас есть ощущение, что Вас лечили недобросовестно?" Имеется в виду, не пропустили ли на прошлых этапах лечения чего-то важного, что впоследствии может повлиять на исход заболевания.

Чувство связности: ясность. "Как часто у Вас возникало ощущение того, что мало смысла в том, что Вы делаете в Вашей повседневной жизни?" Имеется в виду ясность предстоящих перспектив.

Рассматривая возможность практических рекомендаций по поддержке субъективной регуляции пациентов [26], необходимо отметить, что при работе с пациентами, склонными к негативным размышлениям относительно природы заболевания, рекомендуется использовать метафоры и аналогии из их повседневной жизни. Так, в процессе взаимодействия врача с пациентом больному предлагается "окинуть внутренним взором свой костный мозг как чердак в старом доме, который следует почистить несколько раз, после чего его можно будет снова использовать".

При наличии негативных размышлений относительно источника заболевания предполагается, что каждый эмоциональный ответ пациента на диагноз является целесообразным в первый момент. "Когда вы услышали диагноз, какая была ваша первая мысль/эмоция?"

Для улучшения контакта с врачом во время лечения рекомендуется развивать коммуникативное поведение с врачами, придерживаться ориентированного на лечение здорового поведения (по возможности отказ от курения, алкоголя, вредных пищевых привычек, использование физических упражнений), ориентированного на лечение знания о предотвращении нежелательных событий, об адекватной оценке симптомов для управления нежелательными событиями, вызванными лечением. Вопрос, на который отвечает в данном разделе пациент, звучит так: "Что должны сделать Вы сами для поддержки лечения?"

Переходя к разделу, посвященному нозогенным реакциям, следует напомнить определение таких состояний. Нозогенные реакции (нозогении) — это психопатологически завершённые реактивные расстройства, манифестирующие в связи с соматическим заболеванием.

На схеме, представленной выше, показана взаимосвязь типа личности, субъективных теорий болезни и нозогенных реакций. Видно, что для развития определенных нозогений необходима не только соответствующая личность, но и сопряженные с ней субъективные теории болезни, которые в свою очередь также зависят от личностной структуры.

В исследовании, выполненном на материале стационарных и амбулаторных больных, проходивших лечение в клиниках Гематологического научного центра РАМН в 2005—2008 гг., у 192 пациентов были выявлены нозогенные реакции (психопатологически завершённые реактивные расстройства, манифестирующие в связи с соматическим заболеванием), формирующиеся как у лиц без признаков эндогенной патологии (невротические и аффективные), так и у больных шизофренией (шизофренические нозогении) (табл. 2; собственные неопубликованные данные).

**Тревожно-диссоциативные нозогенные реакции** протекают с явлениями феномена отчуждения реального заболевания системы крови и признаками латентной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и сопровождаются аномальным поведением в болезни [33]. Данные реакции относятся к подтипу умеренной диссоциативной (диссоциация — вид психологической защиты, когда человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним) реакции (синдром множественной личности — диссоциативное расстройство идентичности по DSM-IV-TR). Для них характерна фрагментарность самосознания — отчуждение проявлений заболевания системы крови сопряжено с выраженными деперсонализационными и дереализационными расстройствами (происходящие события, связанные с диагностикой и лечением заболевания системы крови, воспринимаются как бы со стороны). Собственно диссоциация при этом охватывает не только и не столько аффективное сопровождение реакции на болезнь, сколько ее когнитивный аспект, т. е. фактологическое содержание, связанное с заболеванием системы крови (так называемая когнитивная диссоциация).

Нозогении подобного типа возникают чаще всего у экспансивных шизоидов, людей холодных, рассудительных, способных на странные, с точки зрения окружающих, поступки, и у ананкастов — людей педантичных, склонных к пунктуальному соблюдению порядка, сомневающийся, с тенденцией к формированию различных навязчивостей. Среди остальных — истерическое, диссоциальное (возбудимая психопатия) или аффективное (гипертимное, циклоидное) расстройство личности.

Для **тревожно-фобических реакций** характерны явления генерализованной тревоги с ощущением напряжения, беспокойства; страхи и тревожные опасения по

Таблица 2  
Синдромальные типы нозогенных реакций у наблюдавшихся больных с заболеваниями системы крови

Нозогенные реакции	Количество больных	
	бвт.	%
Невротические:		
тревожно-диссоциативные	67	34,9
тревожно-фобические	42	21,8
Аффективные:		
тревожно-депрессивные	51	26,6
гипоманиакальные	3	1,6
тревожно-депрессивные		
диссоциативные	19	9,9
тревожно-коэнтопатические	10	5,2
Всего...	192	100

Примечание. Термин "шизофренические нозогении" используется в соответствии с определением, данным предложившими его авторами [32], для обозначения нозогенных реакций у больных с расстройствами шизофренического спектра и шизофренией.

поводу своего нездоровья и невозможности в дальнейшем полной социальной реабилитации, гипертрофированная оценка угрожающих здоровью последствий заболевания, панические атаки, протекающие со страхом смерти и соматовегетативными (тахикардия, потливость и т. д.) симптомами ("соматическая тревога" по С. Cloninger [34]). Такие реакции чаще всего манифестируют у лиц с избегающим (тревожным), ананкастным и истерическим личностным расстройством.

При **тревожно-депрессивных нозогенных реакциях** наблюдается подавленность, апатия, повышенная плаксивость, стойкая тревога с тенденцией к ипохондрической рефлексии (упорным размышлениям о своем соматическом состоянии) и формированию нозофобий (боязни различных заболеваний). Также отмечается пессимистическая оценка перспектив лечения и прогноза заболевания, наплывы мыслей о фатальности нарушений деятельности внутренних органов, которыми проявляется болезненный процесс, скором мучительном финале, бесперспективности лечения, негативных социальных последствий. Отмечается значительная выраженность соматовегетативных проявлений (снижение массы тела, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардия, астения, диспноэ, боли в грудной клетке, диспепсические нарушения, включая горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.). Расстройства настроения обнаруживают лабильность и зависимость от динамики соматического состояния и/или изменений в текущей ситуации. Такие нозогении чаще наблюдаются при тревожном (избегающем) или аффективном (циклоидном) расстройстве личности.

Для **гипоманиакальных нозогенных реакций** характерно повышенное настроение, суэтильность, взбудораженность, нередко раздражительность, чрезмерная общительность, фамильярность. Выявляется ускорение темпа мышления, смена тематики по случайным признакам, речевой напор, недооценка тяжести соматического состояния с преуменьшением серьезности его симптомов и потенциальных последствий. При ухудшении соматического состояния нарастает конфликтность, негативизм, раздражительность с формированием стойкого дисфорического аффекта (т. е. недовольство всем), а при улучшении — редукция признаков дисфории. Такие реакции чаще развиваются при аффективном (гипертимном) расстройстве личности.

При **шизофренических диссоциативных нозогениях** доминирует феномен отчуждения в сознании заболевания системы крови, достигающий степени полного отрицания самого факта заболевания, наблюдаются грубые когнитивные нарушения, характеризующиеся отчетливой парциальностью, свойственной синдрому псевдодеменции. Больные полностью отказываются от дальнейшего наблюдения, а также от ряда важных лечебных мероприятий, мотивируя это тем, что они практически здоровы и не нуждаются в специализированной помощи. Такие пациенты обращаются за помощью только при значительном ухудшении состояния, вплоть до уровня претерминального. Такие состояния в наших наблюдениях выявлялись при шизотипическом расстройстве личности (DSM-IV) и малопрогрессирующей шизофрении.

При **шизофренических тревожно-козностопатических реакциях** наблюдаются полиморфные аномальные телесные ощущения (сенсации), включая телесные фантазии и козностезиопатии (состояния, характеризующиеся наличием различных патологических полиморфных телесных ощущений (протопатических, висцеральных и пр.), нарушений общего чувства тела и расстройства соматического самосознания). Существенный вклад в формирование таких ощущений вносят симптомокомплексы объективно существующей соматической патологии.

Так, выраженный зуд кожных покровов при лимфогранулематозе воспринимается как трудно описываемое ощущение, сопровождающееся "перекатываниями", "переливаниями", ощущением наличия мелких насекомых под кожей, в некоторых случаях достигающее степени транзитного дерматозойного бреда.

Также выявляются аномальные телесные сенсации с атипичными (относительно основного соматического заболевания) характеристиками. Наряду со свойственной гематоонкологической патологии астенической симптоматикой (длительное и стойкое ощущение слабости, повышенная истощаемость) пациенты сообщают о необычной неприятной легкости или тяжести в теле, неустойчивости походки с ощущением волнообразных колебаний поверхности под ногами, внезапные приступы слабости в ногах.

Клиническая картина состояния дополняется тревожно-фобическими расстройствами, преимущественно нозофобиями, ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях с неадекватными интерпретациями текущего соматического состояния (ложные суждения о здоровье). Предметом ипохондрической фиксации становятся ощущения, объективно не имеющие отношения к актуальному заболеванию ("потрескивание в коленном суставе", "распирание и перекатывание в грудине" и др.). При этом пациенты обнаруживают склонность к установлению механистических причинно-следственных связей между локализацией аномальных телесных сенсаций и топикой патологии внутренних органов. Подобная тенденция реализуется самостоятельным "выявлением" множества заболеваний (сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических и др.), среди которых текущей гематологической патологии нередко отводится второстепенная роль.

Обращает на себя внимание минимальная выраженность поведенческих расстройств. Признаки аномального поведения в болезни ограничиваются редкими обращениями с просьбами дополнительных обследований в соответствии с неадекватными интерпретациями тех или иных симптомов, резонерскими рассуждениями о полезности нетрадиционных методов лечения, необходимости расширения диагностических обследований и пр. Подавляющее большинство пациентов следуют рекомендациям специалистов относительно режима активности и диетических ограничений, аккуратно принимают назначенные медикаменты, охотно соглашаются на необходимые исследования.

Такого рода нозогении наблюдаются при вялотекущей неврозоподобной шизофрении с преобладанием явлений астенического дефекта с признаками соматопсихической хрупкости [35], характеризующейся повышенной чувствительностью к любым умственным, физическим и эмоциональным нагрузкам, вплоть до того, что любое самое незначительное изменение жизненного стереотипа приводит к резкому усилению слабости, симптомов телесного дискомфорта, обнаруживается тенденция к страховке организма, принятию роли больного, многократным обращениям за медицинской помощью.

Таким образом, врачам, участвующим в лечебном процессе, важно обращать внимание не только на данные физикального осмотра, лабораторных методов исследования, но также и на психическое состояние больных. Данные, полученные в исследовании, представляются значимыми в прикладном контексте в первую очередь для оптимизации психиатрической помощи пациентам с заболеваниями системы крови, страдающим нозогенными реакциями. Выраженная и распространенная диссоциативная симптоматика, значительно затрудняющая лечение пациентов, требует особого терапевтического подхода с комбинированным применением методов психофармакологической и психотерапевтической коррекции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Гунпокрам*. Сочинения: Перевод В. И. Руднева, комментарии В. П. Карпова. М.: Сварог; 1994.
2. *Goldscheider A. (Гольдшейдер А.)* Боевые вопросы врачевания. Пер. с нем. Л.: ГИЗ; 1929.
3. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина; 1977.
4. *Thommen M., Blaser A., Ringer C., Heim E.* Subjective illness concepts and problem-oriented therapy. *Psychother. Psychosom.* 1990; 53(1-4): 174-178.
5. *Thommen M., Blaser A., Ringer C., Heim E.* The value of subjective illness theories in problem oriented therapy. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1990; 40(5): 172-177.
6. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Прага; 1983.
7. *Добровольский А. В.* Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни (психологические и психопатологические проявления): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999.
8. *Ищенко Э. Н.* Клинические особенности течения, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции при бронхиальной астме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999.
9. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: изд-во МГУ; 1987.
10. *Краснушкин Е. К.* О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях. В кн.: Избранные труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М.; 1960: 189-196.
11. *Хаит Ф. И., Манухина Н. М.* Особенности отношения к болезни эндокринных больных в ситуации обострения их хронического заболевания. Актуальные пробл. соврем. науки. 2003; 3(1): 263-273.
12. *Рохлин Л. Л.* Сознание болезни и его значение в клинической практике. *Клин. мед.* 1957; 9: 32-37.
13. *Фрумкин Я. П., Мизрухин И. А.* Личность и психическое заболевание. В кн.: Материалы симпозиума "Проблемы личности". М.; 1970. т.2: 211-217.
14. *Шевалев Е. А.* О переживании болезни. *Сов. психоневрол.* 1936; 4: 19-34.
15. *Ковалев В. В.* Личность и ее нарушения при соматической болезни. В кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М.: Медицина; 1972: 102-114.
16. *Резникова Т. Н., Смирнов В. М.* О моделировании "Внутренней картины болезни". В кн.: Кабанов М. М. (ред.). Проблемы медицинской психологии: Материалы науч. конф. Л.: Медицина; 1976: 122-124.
17. *Heszen-Klemens I.* Personal image of diseases in patients with pulmonary tuberculosis. *Pneumonol. Pol.* 1978; 46(7): 511-517.
18. *Leventhal H., Safer M. A., Panagis D. M.* The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Hlth Educ. Quart.* 1983; 10(1): 3-29.
19. *Maeland J. G., Havik O. E.* Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 1987; 31(4): 471-481.
20. *Lipowski Z. J.* Psychosocial reactions to physical illness. *Can. Med. Ass. J.* 1983; 128(9): 1069-1072.
21. *Fife B. L.* The measurement of meaning in illness. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40(8): 1021-1028.
22. *Orth-Gomér K., Undén A. L., Edwards M. E.* Social isolation and mortality in ischemic heart disease. A 10-year follow-up study of 150 middle-aged men. *Acta Med. Scand.* 1988; 224(3): 205-215.
23. *Gerstenkorn A.* The phenomenon of non-utilization of medical services by persons suffering from angina pectoris. *Soz. Praventivmed.* 1990; 35(6): 206-208.
24. *Kümiska A., Kupà W., Szczeniowska D., Rywik S.* Drug consumption by the patients with ischemic heart disease (IHD) studied by the Pol-Monica Warsaw and the effect of selected factors on the treatment of IHD. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1992; 87(4-5): 258-264.
25. *Koehler M., Koenigsmann M., Frommer J.* Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: Systematic review. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2009; 69: 237-257.
26. *Koehler M., Koehler K., Koenigsmann M. et al.* Beyond diagnosis: subjective theories of illness in adult patients with acute myeloid leukemia. *Hematology* 2011; 16(1): 5-13.
27. *Snyder C. R., Dinoff B. L.* Coping: where have you been? In: Snyder C. R., ed. Coping: the psychology of what works. New York: Oxford Univ. Press; 1999.
28. *Pearlin L. I., Schooler C.* The structure of coping. *J. Hlth Soc. Behav.* 1978; 19(1): 2-21.
29. *Moss R. H., Schaefer J. A.* Life transitions and crises. Coping with life crises. An integrative approach. New York: Plenum Press; 1986: 3-28.
30. *Frydenberg E., Lewis R.* Teaching coping to adolescents: when and to whom? *Am. Educ. Res. J.* 2000; 37(3): 727-745.
31. *Antonovsky A.* Implications of socio-economic differentials in mortality for the health system. *Popul. Bull.* 1980; 13: 42-52.
32. *Ильина Н. А., Булаков А. В.* Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Аспекты типологии и предикции. *Психиатрия* 2005; 1(13): 7-16.
33. *Barsky A. J., Klerman G. L.* Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140(3): 273-283.
34. *Cloninger C.* Anxiety and theories of emotion. In: Noyes R. Jr. et al., eds. *Handbook of Anxiety*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1988. vol. 2: 1-29.
35. *Внуков В. А.* О дефекте при шизофреническом процессе. В кн.: Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М.; 1937: 466-470.

Поступила 06.05.11