



# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ

[под редакцией А.Б. Смулевича]

№3-4  
[2011]



## СОДЕРЖАНИЕ

Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови <i>Д.Э.Выборных, С.В.Иванов, В.Г.Савченко</i>	4
Дисморфофобия в дерматологической практике <i>Е.Н.Матюшенко</i>	11
Нерешенные проблемы психосоматических расстройств <i>Е.А.Григорьева, Л.К.Хохлов</i>	17
Паранойяльные нозогенные реакции при онкологических заболеваниях: клиника, влияние на лечебный процесс и прогноз выживаемости (клиническое наблюдение) <i>Л.К.Мясникова, С.В.Иванов, Г.А.Жаченко, А.Д.Панахов, А.В.Климов</i>	20
Клинико-психологические особенности пациентов с кардионеврозом <i>Е.А.Лас, К.А.Албантова</i>	26
Кардионевроз: аспекты этиопатогенеза, клиники и динамики (обзор литературы) <i>К.А.Албантова</i>	32
Психопатологические расстройства у предпринимателей <i>Н.И.Влах</i>	38
Психопатологические особенности пациентов с расстройствами пищевого поведения <i>О.И.Салмина-Хвостова, В.Я.Семке</i>	40
Состояние психоэмоциональной сферы у больных с различными вариантами головокружений. Подходы в лечении <i>Е.М.Илларионова, Н.П.Грибова</i>	43
Ноотропные препараты в комплексной патогенетически обоснованной терапии депрессий (обзор литературы) <i>А.Н.Богдан, П.В.Морозов, Ю.В.Сейтку</i>	46
Применение флувоксамина (феварина) в общей медицине (обзор литературы) <i>Е.Н.Матюшенко</i>	52
Лечение фибромиалгии дулоксетином в гибком режиме дозирования (расширенный реферат) <i>L.Arnold, D.Clauw, F.Wang, P.Jonmaabl, J.Gaynor, M.Woblbreich</i>	56
Современные проблемы психосоматической медицины на XIX Европейском конгрессе по психиатрии <i>И.Ю.Дороженов, С.В.Иванов</i>	62
Рецензия на монографию «Психические расстройства в клинической практике». Под ред. академика РАМН А.Б.Смулевича <i>П.И.Сидоров</i>	65

# Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови

Д.Э.Выборных<sup>1</sup>, С.В.Иванов<sup>2</sup>, В.Г.Савченко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Учреждение РАМН Гематологический научный центр РАМН, Москва;

<sup>2</sup>Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

**Резюме.** Изучена структура нозогений в выборке (192 пациента гематологического стационара) страдающих миело- и лимфопролиферативными заболеваниями. Установлено преобладание невротических (тревожно-диссоциативных, тревожно-фобических), аффективных (тревожно-депрессивных, гипоманиакальных), шизофренических (диссоциативных, тревожно-коэнестопатических) реакций. Динамика последних подчиняется сходным закономерностям с отчетливой сменой этапов, отражающих изменение обстоятельств, связанных с заболеванием системы крови: диагностический, госпитальный (уточнение диагноза, терапия) и катamnестический.

**Ключевые слова:** заболевания системы крови, нозогенные реакции, шизофренические реакции, динамика реакций.

## Nozogenic reactions in the patients with hematological malignancies

D.E.Vybornykh<sup>1</sup>, S.V.Ivanov<sup>2</sup>, V.G.Savchenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Research Center for Hematology of RAMS, Moscow;

<sup>2</sup>Mental Health Research Center of RAMS, Moscow

**Summary.** This research was carried out on 192 patients were on hospitalization at the National Research Center for Hematology, Moscow, in connection with the wide spectrum of myelo- and lymphoproliferative disorders. There was revealed following nozogenic reaction – neurotic (anxious-dissociative, anxious-phobic), affective (anxious-depressive, hypomaniacal), schizophrenic (dissociative, anxious-coenestopathic). Dynamic of nozogenic reactions comply with compatible regularity and reveal the clear change of stages, that reproduces of circumstances changes associated with a blood system disease: diagnostic, hospital (diagnosis specification, therapy) and catamnestic at all studied sample patients.

**Key words:** hematological malignancies, nozogenic reactions, schizophrenic reactions, reactions dynamics.

### Введение

В соответствии с данными литературы (G.Rodin, K.Voshart, 1986) нозогенные реакции пациентов с заболеваниями системы крови не являются однородными: в одних случаях в ответ на ситуацию заболевания системы крови манифестируют синдромально завершённые психопатологические расстройства (нозогении), которые и представляют предмет данной статьи, тогда как в других не достигают психопатологического уровня, т.е. реализуются реакциями в пределах ресурсов личности (Н.И.Фелинская, 1980). Также сообщается, что нозогенные реакции представляют собой не статичные клинические образования, а подвергаются динамике под влиянием ряда факторов. В первую очередь, в связи с изменениями обстоятельств, сопряженных с соматическим заболеванием, могут частично или полностью редуцироваться при благоприятных изменениях ситуации болезни: ослабление симптомов, ремиссия, положительная динамика в клинико-гематологических показателях и пр., либо утяжеляться при неблагоприятном течении онкогематологической патологии: развитие осложнений либо рецидива за-

болевания системы крови (G.Lloyd и соавт., 1984; F.Hurtado и соавт., 1993; J.Prieto и соавт., 2002). При этом проблема нозогений у онкогематологических пациентов остается малоработанной, включая такие важные аспекты, как клиническая типология, соучастие конституциональных и соматогенных факторов, как и собственно психических заболеваний, а также психофармакологическая коррекция психических расстройств.

### Материалы и методы

Исследование проводилось на базе клинических отделений Учреждения РАМН Гематологический научный центр РАМН (директор – академик РАН и РАМН А.И.Воробьев). Обязательным условием включения в выборку было добровольное согласие пациентов.

Процедура клинического обследования включала анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, включая медицинскую документацию (истории болезни, архивные истории болезни, выписки из историй болезни, амбулаторные карты, справки, протоколы заседаний медико-социальной экспер-

тизы). Психопатологическая оценка проводилась автором исследования, в том числе в рамках клинических разборов с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН под руководством академика РАМН профессора А.Б.Смулевича.

Гематологическое обследование помимо стандартного физикального осмотра включало оценку показателей крови и (при необходимости) костного мозга, морфологической структуры кроветворной и лимфоидной тканей (пункция и трепано-биопсия костного мозга), ультразвукового исследования брюшной полости, проведение различных специализированных исследований (иммунохимическое и пр.) с вынесением окончательного экспертного заключения в результате клинических разборов при участии руководителей и научных сотрудников клинических отделений ГНЦ РАМН.

Выборка исследования сформирована за период с 20 января 2000 г. по 31 декабря 2008 г. из числа больных с верифицированным диагнозом заболевания системы крови, госпитализированных в клинические отделения Гематологического

научного центра РАМН (директор – академик РАН и РАМН А.И.Воробьев), у которых выявлялись нозогенные реакции (А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, 2005). Исключались больные, состояние которых не позволяло выполнить психопатологическое обследование в необходимом для оценки объеме: крайне тяжелое соматическое состояние, умственная отсталость (F71-F79 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10), грубое органическое поражение центральной нервной системы – ЦНС (F00-F09), прогрессивная шизофрения с признаками психоза (F20, F22-F29), злоупотребление психоактивными веществами (F10-F19).

Выборку составили 192 пациента (женщины 48,4%, мужчины 51,6%, возраст от 19 до 68 лет; средний возраст  $36,63 \pm 13,07$  года), преимущественно с острыми лейкозами и тяжелыми лимфопролиферативными заболеваниями (табл. 1), что соотносится с представлением о значимой роли нозогенного фактора в формировании нозогенных реакций при заболеваниях системы крови (J.Prieto и соавт., 2006). Длительность гематологического заболевания от даты выявления заболевания системы крови варьировала от 0,3 до 6,5 года (в среднем 1,3 года).

Нозогенные реакции у 163 больных соответствовали критериям «Расстройства приспособительных реакций» по МКБ-10 (F43.2), у 29 пациентов – нозогенным реакциям у больных шизофренией.

Распределение больных по нозологическим категориям психической патологии и расстройствам личности (РЛ) приводится в табл. 2.

Переходя к обсуждению этого распределения, отметим, что при установлении диагноза малопрогрессирующего эндогенного процесса использовались критерии МКБ-10 для шизотипического расстройства (F21).

Следует также подчеркнуть, что шизотипическое РЛ диагностировалось на основе критериев классификации DSM-IV-TR (1994 г.). В данной работе термин «шизотипическое РЛ» используется для обозначения устойчивой констелляции патологических черт, обнаруживающих свойства расстройств шизофренического спектра, не выявляющих динамику, характерную для прогрессирующего эндогенного процесса (нарастание с течением времени негативной симптоматики). В связи с этим подобные случаи невозможно рассматривать ни по параметрам статичности, ни динамики в

Гематологический диагноз	Нозогенные реакции	
	абс.	%
Острые миелобластные лейкозы	23	11,9
Острый лимфобластный лейкоз	19	9,9
Хронический миелолейкоз	27	14,1
Лимфогранулематоз	74	38,5
Лимфосаркомы	32	16,7
Множественная миелома	14	7,3
Острый малопроцентный лейкоз	3	1,6
Всего...	192	100

Психопатологическая квалификация	Число больных	
	абс.	%
<b>РЛ по типам</b>		
Шизоидное	39	20,3
Истерическое	33	17,2
Аффективное	24	12,5
Тревожное	21	10,9
Ананкастное	18	9,4
Пограничное	9	4,7
Зависимое	6	3,1
Нарциссическое	4	2,1
Параноидное	4	2,1
Избегающее	3	1,6
Диссоциальное	2	1,0
Шизотипическое	15	7,8
<b>Шизофрения</b>		
Вялотекущая невротоподобная	10	5,2
Юношеская одноприступная	4	2,1
Всего...	192	100

рамках сформулированной еще Е.Кгаерпелн (1920 г.) модели шизофрении – болезни, интегрирующей позитивные и негативные психопатологические расстройства и характеризующейся прогрессирующим течением с формированием дефекта. Обязательным условием диагноза шизотипического РЛ было соответствие двум основным критериям: 1) наличие признаков шизотипического расстройства; 2) отсутствие признаков эндогенно процессуального заболевания, включая приведенные выше критерии вялотекущей шизофрении.

Данные табл. 2 позволяют утверждать, что в изученной выборке преобладали больные с шизоидным, истерическим, аффективным, тревожным и ананкастным личностными расстройствами.

### **Результаты исследования**

Нозогенные реакции в изученной выборке представлены сравнительно широким спектром психопатологических состояний. На основании ведущих симптомокомплексов

выделены следующие типы нозогенных реакций (табл. 3).

В целом выявленные типы нозогенных реакций соотносятся с вариантами нозогений, выделенных у больных с другими онкологическими процессами (А.Б.Смулевич и соавт., 2007; М.А.Самушия, Е.А.Мустафина, 2007; Д.С.Скрябин, 2009). В контексте нозологической принадлежности представленные невротические (тревожно-диссоциативные и тревожно-фобические), аффективные (тревожно-депрессивные) и шизофренические (диссоциативные, тревожно-коэностопатические) нозогенные реакции квалифицируются в рамках динамики РЛ – конституционально обусловленных или нажитых (психопатоподобные изменения при вялотекущей шизофрении) вследствие соматического заболевания.

При этом, как показано в табл. 3, у больных с заболеваниями системы крови незначительно преобладают диссоциативные нозогенные реакции, т.е. нозогении, протекающие с преобладанием явлений диссоциации при слабо выраженных признаках

Таблица 3. Синдромальные типы нозогенных реакций у больных изученной выборки (n=192)		
Нозогенные реакции	абс.	%
<b>Невротические</b>		
Тревожно-диссоциативные	67	34,9
Тревожно-фобические	42	21,8
<b>Аффективные</b>		
Тревожно-депрессивные	51	26,6
Гипоманиакальные	3	1,6
<b>Шизофренические*</b>		
Диссоциативные	19	9,9
Тревожно-коэнестопатические	10	5,2
Всего...	192	100

\*Термин «шизофренические нозогении» используется в соответствии с определением предложивших его авторов для обозначения нозогенных реакций у больных с расстройствами шизофренического спектра и шизофренией (Н.А.Ильина, А.В.Бурлаков, 2005).

как латентной тревоги. В изученной выборке на долю диссоциативных реакций приходится около половины (44,8%) от всех нозогений.

Обращает на себя внимание относительно высокая доля (15,1%) шизофренических нозогенных реакций. В доступной литературе не уделяется внимания вероятности существенного превышения распространенности таких реакций у больных с заболеваниями системы крови по сравнению с популяцией больных с другими онкологическими заболеваниями, что исключает возможность сопоставления таких показателей. Полученных в данном исследовании сведений недостаточно для формирования обоснованного суждения о причинах подобного накопления шизофренических нозогений, что определяет необходимость дальнейшего уточнения этого аспекта проблемы психических расстройств в гематоонкологии.

**Невротические нозогенные реакции (n=109)** представлены следующими двумя типами. *Тревожно-диссоциативные реакции (n=67)* протекают с явлениями феномена отчуждения реального заболевания системы крови и признаками латентной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость), сопровождающимися аномальным поведением в болезни (А.Barsky, G.Klerman, 1983).

В соответствии со степенью выраженности диссоциативных расстройств у больных с этим типом реакций был выделен подтип умеренной диссоциативной реакции. По своему клиническому содержанию выделенный подтип соответствует синдрому множественной личности и в целом сопоставим по своим клиническим характеристикам с нозогенными реакциями, представленными в работе А.Б.Смулевича и соавт. (2007 г.).

На первый план в клинической картине выступает свойственная расстройствам множественной личности диссоциативное расстройство идентичности по DSM-IV-TR) фрагментарность самосознания. Отчуждение проявлений заболевания системы крови сопряжено с выраженными деперсонализационными и дереализационными расстройствами. Происходящие в стационаре события, связанные с диагностикой и лечением заболевания системы крови, воспринимаются как бы со стороны.

При умеренной диссоциации проявления тревожных расстройств сводятся к соматовегетативным нарушениям незначительной степени выраженности. Пациенты категорически отрицают какие-либо опасения, связанные с исходом болезни. При данном подтипе реакций собственно диссоциация охватывает не только и не столько аффективное сопровождение реакции на болезнь, сколько ее когнитивный аспект: содержание, связанное с заболеванием системы крови, – так называемая когнитивная диссоциация (А.Б.Смулевич и соавт., 2007). Диссоциация реализуется сомнениями относительно наличия заболевания системы крови, правильности диагноза, фантазиями и декларациями полного выздоровления, игнорированием симптомов ухудшения соматического статуса либо интерпретацией их в качестве проявления менее тяжелого заболевания, например преходящей анемии.

Нами получены сведения о том, что в случаях тревожно-диссоциативных нозогений психопатологические расстройства сосуществуют в рамках большого синдрома (А.В.Снежневский, 1970) и скорее представляют собой выступающие в разных пропорциях основные компоненты единого клинического об-

разования, нежели самостоятельные, но совпадающие во времени типы психогенных реакций (А.Б.Смулевич и соавт., 2007). Соответственно, данный вид нозогений у пациентов с заболеваниями системы крови может рассматриваться в качестве «двойной» реакции: реакцией первого плана, представленной диссоциативной симптоматикой, и реакцией фона, реализующейся формированием тревожно-депрессивного симптомокомплекса. При этом диссоциативные расстройства преимущественно перекрывают и маскируют тревожную симптоматику, вступая в антагонистические коморбидные соотношения с последней: чем более выражена диссоциация, тем меньше представлена тревожная симптоматика, и наоборот.

Пациенты с тревожно-диссоциативными нозогенными реакциями обнаруживают широкий спектр личностных расстройств. При этом преобладают лица стенического склада, трудоголики, в системе ценностей которых здоровье приобретает второстепенное, а именно утилитарное значение – условие для реализации профессиональных устремлений: эгодистонное отношение к здоровью (R.Tölle, 1993; А.Б.Смулевич, А.Ш.Тхостов, А.Л.Сыркин и соавт., 1997). В большинстве наблюдений выявляется шизоидное (экспансивные шизоиды) (42%) и ананкастное (23%) личностное расстройство. В остальных 35% случаев преморбидные свойства квалифицированы в рамках истерического, диссоциального или аффективного (гипертимное, циклоидное) РЛ.

*Тревожно-фобические реакции (n=42)*. На первый план в клинической картине тревожно-фобических нозогенных реакций выступают явления генерализованной тревоги с ощущением напряжения, беспокойства. Характерны страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности в дальнейшем полной социальной реабилитации, которые сочетаются с гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания. В ряде случаев анксиозные расстройства достигают степени панических атак, протекающих со страхом смерти и соматовегетативными симптомами – «соматическая тревога» по С. Cloninger (1988 г.) – диспноэ, тахикардия, кардиалгии и т.д. Клиническая картина реактивного состояния дополняется ипохондрическими фобиями, среди которых преобладает танатофобия. Пациенты сообщают о страхе смерти, тревожных опасениях «перегру-

зить» и без того затронутые болезнью внутренние органы (сердце, легкие и т.д.), «заработать» инсульт, инфаркт миокарда.

В статусе пациентов выявляется выраженная – по типу «невроза ожидания» (С.В.Иванов, 2002) лабильность эмоционального фона с отчетливыми обострениями тревоги и фобических расстройств в связи с практически любыми предстоящими диагностическими обследованиями и/или лечебными вмешательствами (химиотерапия, трансплантация костного мозга и пр.).

Формирование нозогенных реакций в группе пациентов с тревожно-фобическими нозогенными реакциями также сопряжено с выраженной неоднородностью преморбидных личностных черт. Тем не менее можно отметить, что в этой группе выявляется накопление конституциональных аномалий, непосредственно связанных с подобным типом реагирования на стрессовые факторы, – избегающее РЛ (21%), обсессивно-компульсивное РЛ (16%) и истерическое РЛ по типу конверсионной или блазированной истерии (31%).

**Аффективные нозогенные реакции (n=54)** также включают 2 типа. *Тревожно-депрессивные реакции (n=51)*. На первый план в клинической картине выступают явления гипотимии – подавленность, апатия, повышенная плаксивость. Депрессивная симптоматика дополняется стойкой тревогой с тенденцией к ипохондрической рефлексии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, склонность к обостренному самонаблюдению и формированию нозофобий).

В структуре содержательного комплекса депрессии доминируют чрезмерно 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 последствиях телесного недуга.

Важной психопатологической особенностью нозогенных тревожных депрессий является значительная выраженность соматовегетативных проявлений. Среди последних – падение массы тела, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардия, астения, диспноэ, боли в грудной клетке, диспептические нарушения, включая горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.

Аффективные расстройства обналичивают лабильность и зависимость от динамики соматического состояния и/или изменений в текущей ситуации (результаты диагностических процедур, побочные эффекты терапии и пр.).

*Птоманиакальные реакции (n=3)*. Повышенный аффект сопровождается суетливостью, взбудораженностью, нередко – раздражительностью, чрезмерной общительностью или даже фамильярностью. Отмечаются ускорение темпа мышления, смена тематики по случайным признакам, речевой напор. Характерной особенностью гипоманиакальных нозогенных реакций является недооценка тяжести соматического состояния с преуменьшением серьезности его симптомов и потенциальных последствий. Уклоняясь от обсуждения текущих событий, связанных с медицинской помощью в онкологическом стационаре, пациенты охотно рассказывают о своих бытовых и профессиональных планах, зачастую не соблюдают предписанный лечебный режим, не являются на амбулаторное обследование, пропускают курсы химиотерапии.

При ухудшении соматического состояния нарастает конфликтность, негативистичность, раздражительность с формированием стойкого дисфорического аффекта: пациенты придирчиво оценивают действия медицинского персонала, открыто выражают недовольство неблагоприятной динамикой состояния.

При стабилизации соматического состояния и более или менее удовлетворительном самочувствии признаки дисфории редуцируются и пациенты возвращаются к образу жизни, сопоставимому с тем, который они вели до болезни, «вспоминая» о ней, только если нужно пройти очередное обследование или продолжить курс полихимиотерапии (при наблюдении в амбулаторных условиях).

Аффективные нозогенные реакции – тревожно-депрессивные и гипоманиакальные – сопряжены с преморбидными свойствами, определяющимися в рамках тревожного (избегающее – 17,7%) или аффективного (гипертимное, циклоидное – 1,6 и 8,9% соответственно) РЛ. Подобные личностные аномалии традиционно рассматриваются в качестве конституционального предрасположения к расстройствам настроения (Э.Кречмер, 1995), что подтверждается следующим фактом. В анамнезе пациентов (75,9%) из

ученной выборки выявлены психогенные аффективные реакции на травмирующие события, не связанные с соматическим заболеванием.

**Шизофренические нозогенные реакции (n=29)**. В рамках шизофренических нозогений в данном исследовании квалифицировались реакции, формирующиеся у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра: шизотипическое РЛ или вялотекущая шизофрения.

*Шизофренические диссоциативные реакции (n=19)*. Рассматриваемые здесь нозогении по своей клинической картине соответствуют тяжелой диссоциативной нозогенной реакции – синдрому псевдодеменции (А.Б.Смулевич и соавт., 2007). В статусе пациентов доминирует феномен отчуждения заболевания системы крови, достигающий степени полного отрицания самого факта заболевания системы крови. Выявляются грубые когнитивные нарушения, характеризующиеся отчетливой парциальностью, свойственной синдрому псевдодеменции.

В связи с категорическим отрицанием факта заболевания системы крови 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. Как правило, такие пациенты повторно обращаются за помощью только при возникновении осложнения, угрожающего жизни (например, двухсторонней пневмонии с подъемом температуры тела до 39–40°C и развитием тяжелой дыхательной недостаточности), либо значительном ухудшении состояния (вплоть до уровня терминального) вследствие рецидива заболевания системы крови.

В большинстве наблюдений (15 из 19) шизофренические диссоциативные нозогении формируются на фоне конституциональных свойств, относимых к расстройствам шизофренического спектра и определяемых как шизотипическое РЛ. Подобные личностные аномалии уже описывались в качестве базиса для шизофренических нозогений как при онкологических заболеваниях (Д.А.Скрябин, 2009), так и при других формах соматической патологии (Н.А.Ильина, А.В.Бурлаков, 2005; А.В.Бурлаков, 2008).

В 4 из 19 случаев шизофренические нозогении рассматриваемого типа манифестировали на фоне изменений личности у пациентов с юношеской вялотекущей шизофре-

нией (вне обострения на момент обследования). Во всех 4 наблюдениях имело место одноприступное течение (А.В.Снежневский, 1972) с манифестацией психоза в 16–20-летнем возрасте с полиморфной симптоматикой (гебоидный, дисморфофобический, псевдопсихастенический симптомокомплексы, явления «метафизической интоксикации») и последующей (в пределах 6–14 мес после манифестации) редукцией позитивной симптоматики, формированием относительно стабильных психопатоподобных изменений шизоидного круга.

*Шизофренические тревожно-коэнестезиопатические реакции (n=10).* Клиническая картина определяется полиморфными аномальными телесными ощущениями, включая телесные фантазии (F.Shontz, 1974; Н.И.Буренина, 1997) и коэнестезиопатии. При этом формирование патологических телесных ощущений представляется сложным процессом. Наряду с соматоформными расстройствами существенный вклад вносят симптомокомплексы объективно существующей соматической патологии. Так, выраженный зуд кожных покровов при лимфогранулематозе воспринимается как трудно описываемое ощущение, сопровождающееся «перекачиванием», «переливаниями» под кожей, в некоторых случаях достигающее степени транзиторного дерматозного бреда. Кроме того, нередко эти телесные ощущения сочетаются с истинными болевыми расстройствами. Выявляются также аномальные телесные ощущения 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, внезапных приступах слабости в ногах.

Клиническая картина дополняется тревожно-фобическими расстройствами, преимущественно явлениями нозофобии, манифестирующими на этапе диагностического обследования (стационарного либо амбулаторного) под влиянием нозогенных факторов (установление диагноза угрожающей жизни онкогематологической патологии, разъяснения специалистов о тяжести и возможных неблагоприятных

последствиях болезни, наблюдение за другими пациентами отделения, у которых развиваются опасные для жизни осложнения). Страх смерти, опасения утяжеления болезни, глубокой инвалидизации и других социальных последствий неблагоприятного исхода заболевания (распад семьи, необеспеченность детей в случае смерти пациента), достигающие на высоте тревоги степени панической атаки, персистируют на всем протяжении нозогении и подвергаются редукции по мере нормализации соматических функций и восстановления привычного уровня активности.

Тревожно-фобические симптомокомплексы, выступающие в рамках коэнестезиопатических нозогений, как правило, сочетаются с субклиническими проявлениями гипотимии (подавленности, чувство безнадежности, бессонница, жалобы на потерю энергии). При этом аффективные расстройства, как правило, не осознаются и ассоциируются с проявлениями телесного страдания.

Клинические проявления рассматриваемого варианта шизофренической нозогении дополняются ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях с неадекватными интерпретациями текущего соматического состояния (ложные суждения о здоровье). Предметом ипохондрического самонаблюдения становятся ощущения, объективно не имеющие отношения к актуальному заболеванию («потрескивание в коленном суставе», «распирание и перекачивание в груди» и пр.). При этом пациенты обнаруживают склонность к установлению механистических причинно-следственных связей между локализацией аномальных телесных ощущений и топикой патологии внутренних органов. Подобная тенденция реализуется самостоятельным «выявлением» множества заболеваний (сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических и пр.), в ряду 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 дополнительного обследования 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 по режиму активности и диетическим ограничениям, аккуратно принимают назначенные медикаменты, охотно соглашаются на необходимые исследования.

В изученной выборке тревожно-коэнестезиопатические нозогении формируются у пациентов с вялотекущей неврозоподобной шизофренией. На момент обследования в ряду негативных изменений преобладают явления астенического дефекта (А.Б.Смулевич, 1987; А.Б.Смулевич, 1994; В.Ю.Воробьев, 1988; G.Huber, 1976) с признаками соматопсихической хрупкости (В.А.Внуков, 1937). На протяжении всего периода заболевания наблюдаются соматогенно и/или психогенно провоцируемые (реже аутохтонные) полиморфные функциональные симптомы, патологические телесные ощущения, явления аллергии, метеопатии, сопряженные с аномальным поведением в болезни.

**Динамика нозогенных реакций у больных с заболеваниями системы крови** у всех пациентов изученной выборки подчиняется сходным закономерностям и обнаруживает отчетливую смену этапов, отражающих изменение обстоятельств, связанных с заболеванием системы крови: диагностический, госпитальный (уточнение диагноза, терапия) и катанестический (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов, 1988; P.Alexander и соавт., 1993; Н.В.Бульбина, 1999; M.Harter и соавт., 2001; Е.В.Черепкова, 2002; L.Vanderwerker и соавт., 2005; R.Adler и соавт., 2008).

В большинстве случаев нозогении манифестируют на диагностическом этапе. В ответ на сообщение о диагнозе заболевания системы крови развивается острая тревожно-депрессивная реакция, продолжающаяся в пределах от 3 до 16 дней (в среднем  $7,0 \pm 3,0$  дня). Манифестные проявления нозогении представлены выраженным аффектом ажитированной тревоги с элементами растерянности, рудиментарными признаками дереализации (чувство нереальности происходящего) и страха смерти с присоединением депрессивной симптоматики (плаксивость, подавленность, чувство безнадежности с крайне пессимистичными представлениями относительно ближайшего будущего и стойкими идеями неизлечимости заболевания). Примерно у половины (48,0%) пациентов тревожно-депрессивная симптоматика сочетается с явлениями дисфории – внезапные вспышки раздражения и гневливости при по-

вседневных бытовых либо служебных ситуациях. Манифестные психопатологические расстройства дополняются стойкими инсомническими нарушениями, которые у большинства (74,0%) пациентов достигают уровня тотальной инсомнии вплоть до отсутствия сна в первые 2–3-е суток развития нозогенной реакции. В большинстве наблюдений выявляются также стойкие изменения аппетита (с отказом от пищи в первые 1–2 дня). В ряде случаев (14,0%) клиническая картина расширяется за счет присоединения элементов посттравматического стрессового расстройства в форме насильственных, многократно повторяющихся в состоянии бодрствования и/или в сновидениях ярких, образных и детализированных воспоминаний о ситуации, сопровождаемой получением информации о заболевании, – беседы с врачом, просмотр карты обследования, иных обстоятельств («флешбэки»). Тревожная симптоматика сопровождается отчетливыми поведенческими отклонениями: явления психомоторного возбуждения с суетливостью, неусидчивостью, повышенной речевой активностью, перемежающиеся с кратковременными эпизодами заторможенности, пассивности, утраты интереса к происходящему вокруг. К числу нередких манифестных признаков нозогенных расстройств относится сопряженная с депрессивными идеями неминуемой гибели «подготовка к смерти» (составление завещания, возобновление утраченных в прошлом контактов с родственниками, приготовление к передаче профессиональных полномочий и пр.).

Вклад соматогенных факторов на диагностическом этапе минимален, что, вероятно, связано с особенностями клинической динамики заболеваний системы крови. У большинства (89%) пациентов изученной выборки обращение к врачу, в результате которого устанавливается диагноз заболевания системы крови, связано с относительно легкими и неспецифичными симптомами, напоминающими симптомы банальной простуды, кожных высыпаний, зуда и т.п.

Таким образом, учитывая сопоставимость клинических проявлений у больных с заболеваниями системы крови с характеристиками манифестных реакций при других формах злокачественных новообразований (T.Akechi и соавт., 2001; I.Durkin и соавт., 2003; M.Massie, 2004; M.Goldacre и соавт., 2005; А.Б.Смулевич и соавт., 2007; М.А.Самушия, Е.А.Мустафина, 2007), а также тот

факт, что ни в спектре клинической симптоматики, ни в результатах обследования признаков органического поражения ЦНС не выявляется, можно констатировать следующее. У пациентов с заболеваниями системы крови нозогенные реакции манифестируют по универсальному механизму психогенной реакции на острый стресс: неспецифическая реакция на стресс (H.Selye, 1955), общая реакция тревоги (П.Ф.Литвицкий, 2004), связанная с семантикой онкогематологического заболевания, не обнаруживая при этом каких-либо отчетливых особенностей, свойственных рассматриваемому типу злокачественных новообразований. При этом следует отметить, что при других сопоставимых или даже более «катастрофичных» (в плане непосредственной угрозы жизни) соматических заболеваниях – инфаркт миокарда, опасная для жизни сердечная аритмия – подобные варианты недифференцированных острых реакций на манифестном этапе нозогенной отмечаются значительно реже (А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, 2005). При указанных заболеваниях нозогенные реакции с самого начала приобретают более дифференцированную синдромальную структуру (тревожно-фобическая, депрессивная, ипохондрическая и пр.) с большей долей участия конституциональных и соматогенных факторов в формировании клинической картины болезни (А.Б.Смулевич, 1994; А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, 2005). По всей видимости, подобное отличие клинических характеристик нозогений у больных с заболеваниями системы крови от нозогенных реакций при многих других соматических заболеваниях обусловлено различиями в тяжести собственно нозогенного (психотравмирующего) воздействия, в свою очередь, сопряженными с различиями в семантике диагноза. Например, упомянутая острая кардиологическая патология ассоциируется не только с угрозой жизни, но и с достаточно высокой вероятностью успешного лечения, обеспечиваемого современной медициной, тогда как онкологическая патология традиционно воспринимается как неизлечимая, неуклонно прогрессирующая, связанная с тяжелым страданием и неминуемой гибелью.

На госпитальном этапе онкогематологического заболевания инициальные относительно однородные нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови претерпевают значительные изменения, в результате которых форми-

руются синдромально гетерогенные психопатологические образования с дифференциацией на представленные клинические типы. Подобная динамика отмечается большинством исследователей, затрагивающих проблему нозогенных реакций (реакций адаптации) у больных с заболеваниями системы крови (M.dos Santos и соавт., 1991; T.Sasaki и соавт., 2000; J.Prieto и соавт., 2002), а также другими злокачественными новообразованиями (М.А.Самушия, Е.А.Мустафина, 2007; А.Б.Смулевич и соавт., 2007; D.Gath и соавт., 1982; A.Green, C.Austin, 1993; T.Ahles и соавт., 1998; M.Okamura и соавт., 2005).

Особо следует отметить динамику тревожно-диссоциативных нозогений. В этом случае по мере частичной редукции острой тревожной и депрессивной симптоматики наблюдается переход к одному из трех вариантов течения – с формированием тревожно-депрессивного синдрома, диссоциативных расстройств или альтернирующим течением с перемежающимися обострениями тревожно-депрессивных и диссоциативных расстройств. В изученной выборке несколько преобладает последний вариант – альтернирующее течение, на долю которого приходится 42,7% от общего числа наблюдений.

У пациентов с альтернирующим течением выявляется сопряженность динамики психопатологической симптоматики с нозогенными факторами, связанными с ситуацией заболевания системы крови. Обострение симптомов болезни, рецидивы, неблагоприятные результаты обследований, побочные эффекты терапии и пр. приводят к усилению тревожных симптомов, тогда как на фоне минимальной соматической симптоматики и относительно хорошего самочувствия тревога редуцируется и замещается признаками диссоциативных расстройств.

Динамика шизофренических нозогенных реакций в целом сопоставима по своим клиническим проявлениям с динамикой нозогений, формирующихся у лиц без признаков эндогенной психической патологии. Развитие шизофренических нозогений не сопровождается экзаксацией эндогенного процесса, лишь в ряде случаев такие нозогении носят более затяжной характер.

При этом в случае диссоциативных шизофренических реакций при субъективном улучшении состояния, уменьшении количества принимаемых лекарственных препаратов, проявления латентной тревоги редуцируются и на первый план вы-

ступают собственно диссоциативные расстройства, достигающие степени «патологического отрицания болезни» (D.Strauss и соавт., 1990).

В случае же тревожно-коэнестопатических нозогений при субъективном улучшении состояния уровень тревоги снижается, что сопровождается в той или иной степени дезактуализацией патологических ощущений.

#### Список использованной литературы

- Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. Реабилитация онкологических больных. М., 1988; с. 46–65.
- Буренина Н.И. Психопатологическая дифференциация патологических телесных сенсаций. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1997; 5: 22–6.
- Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия). Дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
- Бутилина Н.В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1999; с. 202.
- Внуков В.А. О дефекте при шизофреническом процессе. Тр. 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М., 1937; с. 466–70.
- Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1988.
- Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002.
- Ильина Н.А., Бурлаков А.В. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Аспекты этиологии и предикции. Психиатрия (научно-практич. журн.). 2005; 1 (13): 7–16.
- Кречмер Э. Строение тела и характер. М: Педагогика Пресс, 1995; с. 219–27.
- Литвицкий П.Ф. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. Т. 1. Под ред. Т.Б.Дмитриевой, 2004.
- Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. Психические расстройства в общей медицине. Под ред. А.Б.Смулевича, 2007; 2 (3): 11–6.
- Скрябин Д.С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы. Психические расстройства в общей медицине. Под ред. А.Б.Смулевича, 2009; 4.
- Смулевич А.Б. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б.Смулевича и А.Л.Сыркина. М.: Либрис, 1994; с. 12–9.
- Смулевич А.Б., Иванов С.В., Бескова Д.А., Шафизуллин М.Р. Нозогенные реакции у больных раком желудка. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2 (3): с. 4–10.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М.И.А., 2005; с. 784.
- Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1997; 2: 4–9.
- Смулевич А.Б. Малопроявляющаяся шизофрения и пограничные состояния. М: Медицина, 1987; с. 240.
- Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б.Смулевича, А.Л.Сыркина. М., 1994; с. 12–9.
- Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. Валдай, 1970; с. 190.
- Судебная психиатрия: учебник для ВУЗов. Под ред. проф. Б.В.Шостаковича. М.: Зерцало, 1997.
- Фелинская Н.И. Современное учение о реактивных состояниях и узловых вопросах этой проблемы (критический обзор). Журн. неврол. и психиатр., 1980; 11: 1717–29.
- Холланд Дж., Леско Л., Фрейдин Ю.Л., Шкловский-Корди Н.Е. Опыт введения в современную психоонкологию. Независим. психиатр. журн., 1995; 4: 9–17.
- Черепкова Е.В. Клиника и динамика психических расстройств у онкобольных с раком различных локализаций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2002; с. 26.
- Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. А.В.Снежневского. М., 1972.
- Adler RA, Herrmann JM, Kohle K et al. Psychosomatische Medizin 2008.
- Ables TA, Silberfarb PM, Herndon J et al. Psychologic and neuropsychologic functioning of patients with limited small-cell lung cancer treated with chemotherapy and radiation therapy with or without warfarin: a study by the Cancer and Leukemia Group B. J Clin Oncol 1998; 16: 1954–60.
- Akechi T, Nakano T, Okamura H et al. Psychiatric Disorders in Cancer Patients: Descriptive Analysis of 1721 Psychiatric Referrals at Two Japanese Cancer Center Hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001; 31: 188–94.
- Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. Acta Oncol 1993; 32 (6): 623–6.
- Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 1983; 140 (3): 273–83.
- Cloninger CR. Anxiety and theories of emotion. In: Handbook of anxiety. Vol. 2: Classification, etiological factors and associated disturbances 1988; 1–29.
- dos Santos MJ, Pimentel P, Monteiro JM. Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasms. Acta Med Port 1991; 4 (1): 5–8.
- Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in a palliative care unit. Palliative Medicine 2003; 17: 212–8.
- Gath D, Cooper P, Day A. Hysterectomy and psychiatric disorder. I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. The British Journal of Psychiatry 1982; 140: 335–42.
- Goldacre MJ, Kurina LM, Wotton CJ et al. Schizophrenia and cancer: an epidemiological study. The British Journal of Psychiatry 2005; 187: 334–8.
- Green AI, Austin CP. Psychopathology of pancreatic cancer. A psychobiologic probe. Psychosomatics 1993; 34: 208–21.
- Harter M, Reuter K, Ascbrenner A et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. Eur J Cancer 2001; 37 (11): 1385–93.
- Huber G. Indizen für die Somatosebyptose bei den Schizophrenen. Fortschr Neurol Psychiatr 1976; 44 (3): S.77–94.
- Hurtado F, Martin G, Sanz MA (Leukemia and mental health: psychological disturbances, predisposing actors, precipitating conditions and psychotherapeutic approach) Sangre (Barc) 1993; 38: 429–34.
- Kraepelin E. Ztschr Neurol Psychiatr 1920; 26: S.1–29.
- Lloyd GG, Parker AC, Ludlam CA, McGuire RJ. Emotional impact of diagnosis and early treatment of lymphomas. J Psychosom Res 1984; 28: 157–62.
- Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients with Cancer. JNCI Monographs 2004; 32: 57–71.
- Okamura M, Yamawaki S, Akechi T. Psychiatric Disorders Following First Breast Cancer Recurrence: Prevalence, Associated Factors and Relationship to Quality of Life. Jpn J Clin Oncol 2005; 35: 302–9.
- Pettilouitsch N. Abnorme Persoenlichkeiten. SKarger, Basel, New-York, 1960; 65–70.
- Prieto JM, Blanch J, Atala J et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation J Clin Oncol 2002; 20: 1907–17.
- Prieto JM, Blanch J, Atala J et al. Stem cell transplantation: risk factors for psychiatric morbidity. Eur J Cancer 2006; 42 (4): 514–20.
- Rodin G and Vosbart K. Depression in the medically ill: an overview. Am J Psychiatry 1986; 143: 696–705.
- Sasaki T, Akaho R, Sakamaki H et al. Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia. Bone Marrow Transplant 2000; 25: 315–8.
- Selye H. Stress and disease. Science 1955; 122: 625–37.
- Sbontz F. Body image and its disorders II Inter. J Psychiat Med 1974; 5 (4): 27–48.
- Strauss DS, Spitzer RL, Muskin PR. Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV. Am J Psychiatry 1990; 147 (9): 1168–72.
- Töle R. Somatopsychic aspects of paranoia. Psychopatologia 1993; 26: 127–37.
- Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS et al. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use among Caregivers of Advanced Cancer Patients J Clin Oncol 2005; 23: 6899–907.

#### Сведения об авторах

**Выборных Дмитрий Эдуардович** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НИИ трансплантации костного мозга и молекулярной гематологии Гематологический научный центр РАМН

**Иванов Станислав Викторович** – вед. науч. сотр. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН

**Савченко Валерий Григорьевич** – чл.-кор. РАМН, дир. НИИ трансплантации костного мозга и молекулярной гематологии Гематологический научный центр РАМН