

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

ПЕТЕЛИН ДМИТРИЙ СЕРГЕЕВИЧ

**НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ С ЯВЛЕНИЯМИ АУТОАГРЕССИИ
(ФЕНОМЕН ОТКЛАДЫВАНИЯ) ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЯХ**

14.01.06 – Психиатрия

Диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Иванов Станислав Викторович

Москва – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение		3
Глава I.	Обзор литературы	11
Глава II.	Материалы и методы исследования.....	41
Глава III.	Типология нозогенных реакций «откладывания» с явлениями аутоагрессии при злокачественных новообразованиях.....	49
Глава IV.	Психосоматические соотношения и личностная предиспозиция у больных злокачественными новообразованиями с нозогенными аутоагрессивными реакциями.....	103
Заключение		122
Выводы		135
Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы		138
Список литературы		139
Приложения		151

Введение

Актуальность темы исследования Раннее выявление и лечение онкологических заболеваний является важной биомедицинской проблемой, неизменно привлекающей внимание исследователей из различных областей [70; 92; 112; 117]. В настоящее время несмотря на значительное совершенствование средств диагностики онкопатологии и повышение просвещённости населения доля больных с запущенными злокачественными опухолями остаётся стабильно высокой [9; 76; 77; 88].

В современной медицинской литературе задержка обращения за медицинской помощью концептуализируется в рамках понятия «откладывание» (delay), которое интегрирует различные по своей природе феномены. Так, выделяют откладывание, связанное с медицинскими службами (practitioner delay) и откладывание, связанное с пациентом (patient delay) [85]. В рамках последнего понятия выделяют два принципиально разных варианта [29; 86]. Первый из них – задержка распознавания болезни (appraisal delay), обозначающее несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью из-за недостаточной информированности. Второй тип связанного с пациентом откладывания, который и является предметом настоящего исследования – поведенческое откладывание (behavioral delay): пациент осведомлен о злокачественном новообразовании, однако не обращается к онкологам.

Согласно накопленным данным в генезе поведенческого откладывания соучаствуют психосоциальные факторы и психические/личностные расстройства [37; 40; 58; 90; 91; 109]. При этом, если психосоциальные факторы изучены достаточно подробно [26; 32; 45; 73; 110], то информация по психическим и личностным расстройствам крайне ограничена. В доступных публикациях представлен широкий круг психических нарушений, потенциально связанных с поведенческим откладыванием, включая патологию тревожного, диссоциативного, аффективного круга, а также расстройства шизофренического спектра [37; 40; 48; 59; 60; 61; 64; 65; 81 90; 91; 109]. В работах отечественных

авторов феномен откладывания рассматривается в пределах нозогенных реакций различной синдромальной структуры [5; 15; 16; 22]. Однако в цитированных выше работах феномен откладывания не подвергался систематическому изучению, а лишь в краткой форме упоминался в ряду других характеристик выявленных авторами нозогенных расстройств. Соответственно основные клинические аспекты проблемы откладывания, включая типологию психических расстройств и личностных аномалий, лежащих в основе данной формы патологического поведения пациентов, остаются не разработанными.

Учитывая необходимость максимально раннего начала лечения при злокачественных новообразованиях, клиническое исследование нозогенных реакций, сопровождающихся откладыванием, становится одной из наиболее актуальных задач современной медицины. Решение данной задачи обеспечит значительное улучшение прогноза выживаемости и будет способствовать увеличению продолжительности жизни онкологических пациентов.

Степень разработки темы исследования. В большинстве выполненных на сегодня исследований не предусматривается дифференцированного изучения откладывания, связанного с пациентом, распознаванием и поведенческого откладывания. Число клинических работ, частично затрагивающих проблему поведенческого откладывания, крайне ограничено, тогда как специальных систематических исследований поведенческого откладывания по данным доступной литературы не проводилось. Согласно эпидемиологическим оценкам значимыми факторами откладывания, связанного с пациентом, являются страх последствий онкологического заболевания (включая летальный исход), стыд, отсутствие болей, атипия симптомов, а также наличие психических расстройств [76; 77; 85; 100].

В ряде работ психологической направленности показано, что избегание информации об онкологических заболеваниях и отказ от диагностических мероприятий наиболее значимо коррелируют с высоким уровнем тревоги и фатализмом (представления о злокачественном новообразовании как о заведомо неизлечимой болезни) [83].

Накопленные на сегодня данные свидетельствуют о возможности откладывания в рамках тревожных, диссоциативных и паранойяльных нозогенных реакций [5; 15; 16; 22]. Также предполагается соучастие определенных конституционально-личностных свойств (тревожное, истерическое, паранойяльное расстройство личности) и расстройств шизофренического спектра [16; 22].

Цель и задачи исследования

Целью настоящего исследования является клиническая оценка нозогенных реакций при злокачественных новообразованиях, сопровождающихся откладыванием диагностических процедур и лечения.

Соответственно этому были сформированы следующие **задачи исследования:**

- Определение психопатологических характеристик нозогенных реакций откладывания.
- Построение клинической типологии нозогенных реакций откладывания.
- Выявление личностных факторов (категориальные расстройства личности, соматоперцептивные акцентуации) развития нозогенных реакций откладывания.
- Анализ психосоматических соотношений у больных с поведенческим откладыванием с учетом клинических особенностей (симптомы, прогрессирование) онкологической патологии
- Разработка рекомендаций по скринингу пациентов, находящихся в группе риска развития нозогенных реакций откладывания

Научная новизна Представлена клиническая систематика нозогенных реакций, сопровождающихся откладыванием диагностических процедур и лечения онкологическими пациентами. Доказана валидность деления диссоциативных расстройств на подтипы компартмент и детачмент диссоциации и показано их влияние на медицинское поведение. Дифференцированно для каждого из выделенных типов нозогенных реакций откладывания определены

предикторы их формирования в категориях структуры личности, соматоперцепции и клинических характеристик злокачественных новообразований.

Теоретическая и практическая значимость исследования Результаты настоящего исследования способствуют улучшению клинического прогноза онкологических заболеваний. Описание психопатологических синдромов, лежащих в основе откладывания, позволяет определить мишени для терапевтического воздействия. Выявленные личностные предикторы откладывания позволят идентифицировать пациентов, находящихся в группе риска подобного аномального медицинского поведения при первичной диагностике опухолевого процесса, и оказывать им психофармакологическую и психотерапевтическую помощь, сокращая сроки откладывания.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Нозогенные реакции, сопровождающиеся откладыванием, клинически неоднородны и на основании ведущего психопатологического синдрома дифференцируются на фобический, паранойяльный и диссоциативный типы, в рамках последнего выделяются подтипы компартмент- и детачмент-диссоциации.
2. Влияние выделенных типов на прогноз онкологического заболевания неоднозначно – наименее длительным и сопряжённым с наиболее благоприятным прогнозом является фобический тип, паранойяльный тип и компартмент-диссоциация занимают промежуточное положение, а наиболее длительным и тяжёлым является подтип детачмент-диссоциации.
3. К формированию каждого из выделенных типов предрасполагают определённые личностные дименсии, а также особенности соматоперцепции. Фобический тип формируется у личностей тревожного круга при соучастии явлений невропатии. Паранойяльный тип формируется у личностей по типу «носителей сверхценных идей» в рамках паранойяльного и шизотипического РЛ при соучастии соматотонии и

сегментарной деперсонализации. Подтип компартмент-диссоциации формируется у лиц истерического круга, подтип детачмент-диссоциации формируется при шизотипическом расстройстве личности.

4. Формированию откладывания способствует с одной стороны малосимптоматичность злокачественных новообразований на диагностическом этапе, а с другой стороны – представления о фатальном прогнозе данной группы заболеваний.

Методология исследования. Исследование проводилось в период с 2014 по 2017 год в ходе междисциплинарного сотрудничества между кафедрой психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН А. Б. Смулевич) лечебного факультета (декан – член.-корр. РАН проф. М. А. Кинкулькина) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) (ректор – академик РАН П. В. Глыбочко), группой пограничных состояний шизофренического спектра (зав. отделением – проф. С. В. Иванов) отдела по изучению пограничной психиатрической патологии и психосоматических расстройств (руководитель отдела – академик РАН А. Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (дир. – проф. Т. П. Ключник) и ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр им. Н. Н. Блохина (и. о. директора – член.-корр. РАН И. С. Стилиди).

Включались пациенты с гистологически верифицированным диагнозом злокачественного новообразования, находящие на стационарном или амбулаторном лечении в клинике ФГБУ «НМИЦ онкологии».

Главным критерием включения больного в исследование было откладывание в течение месяца или более диагностических или лечебных мероприятий при условии информированности пациента о наличии у него онкологического заболевания в отсутствие объективных причин подобной задержки (откладывание, связанное с пациентом/patient delay). В соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 состояние пациентов подпадало под критерии расстройства приспособительных реакций (F43.2) или квалифицировалось в рамках шизотипического расстройства (F21.8) в случае

нозогенных реакций, формирующейся у больного с шизотипическим расстройством личности или вялотекущей шизофренией.

Из исследования исключались пациенты, психическое или соматическое состояние которых препятствовало проведению развернутого психопатологического обследования.

Психиатрическое обследование производилось клиническим методом с привлечением данных медицинской документации и, в ряде случаев, объективных сведений (со слов близких родственников). Каждым из включенных пациентов было подписано информированное согласие на участие в исследовании.

В дополнение к клиническому методу применялись также следующие психологические методики:

- Мини-мульти (базовые шкалы которого выявляют такие показатели, как ипохондрия, депрессия, истерия, психопатизация, паранойяльность, психастения, шизоидность, гипомания);
- Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (для диагностики типов отношения к болезни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями);
- Шкала диссоциации (для выявления конституциональной склонности к формированию диссоциативных переживаний).

В выборку исследования включено 70 пациентов (28 мужчин, 42 женщины в возрасте от 21 до 80 лет, средний возраст - $55,7 \pm 9,9$ лет, медиана – 55 лет).

Статистический анализ проводился с помощью программных пакетов «Statistica 6.0» for Windows и SPSS 10.0 for Windows. Поскольку объемы выборок не позволили обеспечить достоверно несмещенные параметры распределения (в частности среднее и дисперсию распределения), то для проверки гипотез о значимости различий использовался непараметрический U-тест Манна - Уитни (в качестве статистически значимого рассматривался уровень вероятности $p < 0,05$).

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологического, клинического, экспериментально-психологического), соответствующих поставленным задачам.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практическую работу ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «НМИЦ гематологии» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, а также в образовательный процесс кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Апробация результатов исследования.

Основные результаты исследования были доложены на Конференции Молодых Ученых им. А. В. Снежневского НЦПЗ (г. Москва, 2015).

Апробация диссертации состоялась 07. 02. 2018 г. на заседании кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно обследовано все 70 пациентов, в отношении каждого из них было принято решение о их включении, сбор анамнеза, анализ доступной медицинской документации, обработка результатов психометрического исследования. Автор самостоятельно обработал полученные клинические и психометрические данные, провёл статистический анализ, обобщил полученные результаты, сравнил выводы собственной работы с доступными данными литературы и изложил результаты исследования в тексте диссертации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.06 – «Психиатрия», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их

клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пункту 4 специальности «Психиатрия».

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, из них 4 – в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 163 страницах машинописного текста (основной текст 138 страниц, приложение 25 страниц) и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 117 наименования (из них отечественных – 26 иностранных – 91). Диссертация иллюстрирована 12 таблицами, 3 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

Глава I. Обзор литературы

Своевременное распознавание и лечение онкологических заболеваний считается одним из приоритетных направлений в современной онкологии. Тем не менее, ещё в 70-80 годы исследователи подчёркивали, что несмотря на значительный прогресс в организации медицинской помощи, появление новых диагностических методик и повышение образованности населения в вопросах здоровья, доля больных, поступающих к врачу на отдалённых этапах онкологического заболевания, часто с метастазами и нерезектабельными опухолями, остаётся практически неизменной [57; 58; 105]. Одной из важнейших причин поздней обращаемости больных онкологической патологией называют феномен «откладывания» (delay). Выраженное влияние откладывания в онкологии на прогноз достоверно доказано в ряде работ. Так, M. Richards и соавт. [102] в результате анализа доступной литературы по влиянию откладывания на прогноз рака молочной железы показали усреднённое снижение пятилетней выживаемости на 12% в группе больных, откладывавших обращение за помощью более 3 месяцев. Сопоставимые результаты были получены также в обзоре D. Eddy, J. Eddy [46] – откладывание более трёх месяцев вызывает уменьшение сроков выживаемости на 10-20%.

Дефиниция. Несмотря на то, что проблема откладывания в онкологии подвергается интенсивному изучению на протяжении более ста лет¹, необходимо отметить следующий факт. До настоящего момента отсутствует однозначное определение данного феномена вплоть до того, что под одним термином разные авторы подразумевают различные понятия. Кроме того, много вопросов вызывает определение временных границ, за пределами которых собственно начинается откладывание.

¹Первые упоминания о проблеме откладывания в онкологии содержатся в работе J. Wainright, датированной 1911 годом [115].

2 Следует отметить, что откладывание, связанное с дефектами оказания медицинской помощи (provider/practitioner delay) обсуждается в онкологической литературе даже более интенсивно, нежели откладывание, связанное с пациентом. Так, приводятся данные, что в 15% случаев необоснованно длительное

Большинство авторов, изучающих данную проблему, упоминают принципиальное деление на откладывание, связанное с пациентом (patient delay), и откладывание, связанное с медицинскими службами (practitioner/provider delay) [72; 77; 85]. В пределах каждой из этих категорий подразумевается также выделение отдельных вариантов или последовательных периодов. Попытка создания интегрированной дефиниции, сочетающей в себе типы и соответствующие им сроки откладывания, предпринимается в работах В. Andersen и его последователей, которые выделяли пять этапов откладывания: 1 - откладывание распознавания симптомов (appraisal delay), длящееся от момента обнаружения специфического симптома до осознания того, что данный симптом может быть проявлением онкологической патологии; 2 - откладывание решения лечиться (illness delay), длящееся от момента осознания наличия онкологического заболевания до принятия решения обратиться за какой-либо помощью; 3 - поведенческое откладывание (behavioral delay), длящееся от момента принятия решения до реального действия; 4 - откладывание из-за особенностей работы медицинской системы (scheduling delay), длящееся от момента обращения к врачу до установления правильного диагноза и 5 - откладывание лечения (treatment delay), длящееся от момента установления правильного диагноза до начала специфического лечения [29; 86]. Первые три этапа относятся авторами к откладыванию, связанному с пациентом, а остальные два к откладыванию, связанному с медицинскими службами.

Детальное стадирование откладывания, предложенное В. Andersen, не разделяется большинством других исследователей. В частности, ряд авторов [27; 97] отмечает, что откладывание, связанное с пациентом, объединяет как минимум два разных понятия. По их мнению, следует делать чёткое различие между теми пациентами, которые не догадывались, что страдают онкологической патологией, относя обнаруженные симптомы к проявлениям других, неопасных заболеваний; и теми, кто сознает, что вероятнее всего страдает именно от онкологического заболевания, однако по тем или иным причинам оттягивает обращение к врачу. Соответственно, авторы этих исследований, выполненных еще в 50-е годы,

подразделяют откладывающих пациентов на две большие группы – не осознающих факт онкологического заболевания и сознательно откладывающих обращение за помощью. Выделение в рамках второго варианта откладывания решения лечиться и поведенческого откладывания, очевидно, упоминается лишь у В. Andersen. Кроме того, следует отметить, что откладывание, обусловленное неспособностью пациентов ассоциировать симптомы с онкологической патологией, рассматривается преимущественно в контексте осведомленности населения в вопросах здоровья, в то время как изучение варианта откладывания, при котором пациент информирован о наличии заболевания, однако не идет к врачу, представляет большой интерес с точки зрения клинической психиатрии. В рамках настоящего обзора будет обсуждаться преимущественно откладывание, связанное с пациентом².

Хотя более подробное обсуждение вопросов откладывания, связанного с медицинскими службами (дефекты в образовании врачей, оснащении больниц и организации медицинской помощи), не входит в задачи настоящего обзора, следует отметить некоторое противоречие, имеющееся и в данном вопросе. В большинстве работ, использующих деление откладывания на связанное с пациентом и связанное с медицинскими службами, по сути подразумевается, что после первичного обращения к врачу с пациента полностью снимается ответственность и все дальнейшие задержки оказания онкологической помощи с ним более не связаны. Хотя данный аспект проблемы откладывания не получает подробного обсуждения, приводятся указания, свидетельствующие о том, что откладывание первичного обращения к врачу является частным случаем аномального поведения в болезни, сопровождающегося несвоевременной диагностикой и лечением и факторы откладывания, связанные с пациентом,

2 Следует отметить, что откладывание, связанное с дефектами оказания медицинской помощи (provider/practitioner delay) обсуждается в онкологической литературе даже более интенсивно, нежели откладывание, связанное с пациентом. Так, приводятся данные, что в 15% случаев необоснованно длительное откладывание лечения происходит не столько по вине пациентов, сколько по вине врачей: в некоторых ситуациях пациенты получают от онколога «плохой отчет» (poor advice). Он принимает форму неправильного диагноза или ложного убеждения, что образование, опухоль не настолько серьезны, обладают низкой степенью тяжести. Результатом становится откладывание лечения, причем настолько, что новообразование значительно снижает показатель выживаемости [93].

играют свою роль на всем протяжении заболевания. Как указывает R. Goldsen [53], «откладывание или сопротивление установлению онкологического диагноза является лишь частным случаем откладывания, связанного с пациентом. Лежащие в основе данного феномена механизмы в куда меньше степени, чем принято считать, связаны со свойствами специфического симптома рака и его восприятием и в куда большей – с долговременными социо-медицинскими привычками, установками и механизмами поведения, которые сформировались у пациента задолго до того, как речь зашла о раке или страхе рака». Актуальность данной точки зрения со всей очевидностью подтверждается в работах, посвященных откладыванию, связанному с психическими расстройствами, в которых обсуждение откладывания лечения после верифицированного диагноза, отказ от определенных методов терапии, неявки на повторные осмотры и подобных вопросов рассматривается скорее как правило, нежели исключение [65; 81].

Подобные противоречия позволили С. Dobson [43] утверждать, что современная механистическая категоризация откладывания, является атеоретической и не способствует полноценному пониманию причин, приводящих к формированию данного феномена.

Что касается временных рамок откладывания, то впервые они были определены в цитируемой большинством авторов работе G. Pask и J. Gallo [93]. Авторы оценивают промежуток времени с момента возникновения специфического симптома (уплотнение в груди, кровохаркание и т.д.) до обращения к врачу длительностью три месяца и более как «неоправданное откладывание» (*undue delay*). Вскоре подобная дефиниция стала широко использоваться в онкологической литературе, в абсолютном большинстве статистических и эпидемиологических работ: именно три месяца расценивались в качестве конечной точки, по которой определяется распространенность откладывания, влияние на прогноз и ассоциированные факторы. Тем не менее, ряд авторов высказывает сомнения в том, что подобная классическая дефиниция является достаточной и всеобъемлющей. Крайнюю позицию в данном вопросе

занимают С. Dobson и соавт. (2014), прямо указывая на то, что выделение срока в три месяца как ключевого критерия является случайным и лишённым теоретического обоснования.

Противники использования строгих временных рамок откладывания указывают на то, что в спектр онкологической патологии входит большое количество отдельных заболеваний, характеризующихся различным темпом прогрессирования и выраженными отличиями в характере симптомов, которые заставляют пациента предположить, что он серьезно болен. Таким образом, срок в три месяца будет коротким для медленно прогрессирующих форм опухолей, инициальные симптомы которых являются малоспецифичными или не причиняют пациенту значимого дискомфорта. В свою очередь, для агрессивных опухолей с бурным ростом и выраженными симптомами даже один месяц откладывания будет слишком большим сроком [97].

В некоторых работах использовались и другие временные рамки – две недели, один месяц, восемь недель и пр. с учетом особенностей изучаемого вида онкологии [34; 39; 55; 94], однако такой подход не способствовал кардинальному решению проблемы.

В попытках преодолеть указанную методологическую проблему предлагалось считать откладыванием превышение определенного промежутка времени, характерного для конкретной опухоли – среднего времени обращения, медианы обращения и т. д. [75; 106]. Наиболее сложный вариант такого определения откладывания был предложен А. Pedersen и соавт. [98], выделяющих превышение 25-го и 75-го квартиля интервала обращения за помощью как краткое и длительное откладывание соответственно.

Таким образом, в отношении временных рамок откладывания на данный момент отсутствует определение, которое позволило бы однозначно выделить данный феномен как патологическое явление.

Дополнительные сложности возникают в связи с тем, что и конечная точка откладывания оценивается по-разному: первая консультация врача, биопсия,

постановка диагноза, начало лечения, что приводит к смешению понятий – откладывание со стороны пациента и со стороны медицинских служб.

Фактически результатом попыток кардинального решения подобных противоречий стал отказ от самого понятия «откладывание» и его замена на такие нейтральные формулировки как: «временной интервал распознавания симптомов», «временной интервал до обращения за помощью», «период, предшествующий обращению» и др. в некоторых работах [116; 117]. Необходимо отметить, что исключение понятия «откладывание» встретило обоснованную критику со стороны многих исследователей данной проблемы. Так, считается, что откладывание, при всей существующей противоречивости определений описывает вполне отчётливое явление, имеющее свои причины, характерные особенности, подразумевает наличие различных подвидов или вариантов, а также обладает достоверным влиянием на прогноз онкологического заболевания, в то время как предлагаемые альтернативные определения являются заведомо атеоретическими конструктами, не способствующими более глубокому пониманию проблемы.

Приводятся указания, что описанные противоречия могут быть решены лишь в случае более детального изучения откладывания с упором на отдельные клинические случаи и причины, способствующие формированию откладывания у каждого конкретного пациента [43; 53]. Так, подчеркивается, что никакие формализованные опросники и анализ данных медицинской документации не могут заменить клиническую беседу с больным, в рамках которой удаётся выяснить реакцию на возникшие симптомы, их восприятие, а также связь между личностными особенностями, психическими расстройствами и аномальным поведением в болезни, которое феноменологически описывается как откладывание [71; 81]. Проведение таких работ представляется перспективным направлением в изучении феномена откладывания.

С учетом исключения тех вариантов откладывания, которые связаны с дефектами организации медицинской помощи и с недостатком знаний у пациента, данное понятие в рамках настоящего обзора может быть определено как:

поведение, приводящее к промедлению в осуществлении диагностических или лечебных процедур в отношении онкологической патологии при условии, что пациент осведомлен о предполагаемом или достоверном наличии данного заболевания. Особо стоит подчеркнуть неспецифичность данного определения в отношении стадии оказания медицинской помощи – откладывание может иметь место на протяжении всего заболевания от этапа диагностики до этапа долговременной противорецидивной терапии.

Распространенность и выраженность откладывания

В доступной литературе удалось выделить два принципиально разных подхода к численной оценке откладывания. Первый из них подразумевает использование строгих временных сроков различной длительности (неделя, месяц, три месяца и т. д., см. выше). Доля пациентов, откладывающих в течение этого времени в зависимости от выбранной популяции и локализации рака оценивалась по-разному. В отношении рака груди большинством авторов цитируются данные, полученные в мета-анализе N. Facione и соавт. [47], обобщающие результаты двенадцати исследований, которые показывают, что в среднем 34% всех женщин, страдавших раком молочных желез, откладывали обращение к врачу в течение трех месяцев или более.

В рамках второго подхода строгие временные рамки не используются: с учетом ситуации с функционированием медицинской помощи в регионе рассчитывается средний промежуток времени, который проходит с момента обнаружения специфического симптома до обращения к врачу по поводу конкретного вида рака. Подобный подход открывает перспективы для статистических исследований, в большинстве работ проводится сравнение откладывания, связанного с пациентом и медицинскими службами. Результаты отдельных работ, направленных на оценку влияния различных факторов (демографических, клинических, психологических) сложно сравнивать, поскольку абсолютное их большинство выполнялось исходя из различных методологических подходов (разные популяции, больные с разными формами рака и пр.). Об этом свидетельствует разнородность приводимых данных, их

большой разброс, а также неоднозначность оценок вклада разных форм откладывания в общую длительность – в одних случаях преобладает откладывание, связанное с пациентом, а в других связанное с медицинскими службами. Соответственно, можно констатировать разброс показателей средней длительности в зависимости от конкретной популяции, вида рака и особенностей работы медицинских служб в изучаемом регионе. Так, средняя продолжительность откладывания может колебаться от 15 дней до 5 месяцев [58; 90].

Факторы, ассоциированные с откладыванием. В настоящее время можно выделить четыре систематических обзора, в которых обобщаются данные множества публикаций, посвященных анализу факторов, влияющих на длительность откладывания. Результаты этих работ следует воспринимать с осторожностью в связи с методологическими различиями. Кроме того, большинство из них выполнено с использованием эпидемиологического подхода и соответственно - механизм связи того или иного фактора с длительностью откладывания остаётся неясным. В трех из упомянутых обзоров обсуждается онкология определённой системы органов: верхняя часть ЖКТ, колоректальная область и молочная железа соответственно; в четвёртом обзоре сравнивается онкология различной локализации (молочная железа, урогенитальный рак, рак лёгкого, рак верхней и нижней части ЖКТ) [76; 77; 85; 100]. Приводимые при этом данные сведены в табл. 1-1 и 1-2.

Таблица 1-1. Факторы, предположительно влияющие на откладывание, по данным систематических обзоров.

Автор, год	Локализация онкологической патологии	Удлиняют откладывание	Укорачивают откладывание	Не влияют или данные противоречивы
Mitchell E. et al., 2008	Колоректальный рак (толстая или	Страх онкологической природы	Боль Наличие коморбидных расстройств	Возраст Пол Социальноэкономичес

[85]	прямая кишка)	заболевания Отрицание симптомов Склонность не придавать значения симптомам Низкий уровень образования Жизнь в сельской местности Преобладание среди симптомов нарушений стула и локализация рака в области прямой кишки	Хорошая социальная поддержка	кий статус
Ramirez A. et al., 1999 [100]	Рак молочной железы	Пожилой возраст Низкий уровень образования Неевропеоидная раса Первичное обнаружение симптомов, отличных от уплотнения в груди Склонность не сообщать о наличии у себя опухоли Отнесение обнаруженных		Социальноэкономический статус Семейное положение Нежелание посещать врачей

		симптомов к заболеванию отличному от онкологической патологии		
Macdona ld S. et al., 2006 [76]	Рак верхней части желудочно- кишечного тракта (пищевод, желудок, тонкая кишка, поджелудочн ая железа)	Трактовка симптомов как неопасных Локализация опухоли в желудке Низкий социоэкономичес кий статус	Наличие коморбидных расстройств Первоначальное обращение в больницу (а не к врачу общей практики)	Пол Возраст Образование Наличие рака у кровных родственников Боязнь рака Преобладание болей в симптоматике

Таблица 1-2. Факторы, предположительно влияющие на откладывание (сравнение разных видов рака), по U. Macleod и соавт. [77].

Факторы	Молочн ая железа	Верхн яя часть ЖКТ	Колоректал ьный рак	Урологиче ская локализац ия рака	Женская репродукти вная система	Легк ие
<i>Демографические</i>						
Пожилой возраст	↑	⊖	=	=	⊖	=
Мужской пол	-	=	=	↑	-	=
Низкий социоэкономичес кий статус	⊖	↑	=	↑	=	=
Низкий уровень образования	↑	⊖	↑	=	=	=
Неевропеоидная раса	↑	↓	⊖	↑	=	⊖

Наличие мужа/жены или постоянно партнера	=	=	⊖	=	=	=
Клинические						
Атипичные симптомы	↑	↑	↑	↑	↑	⊖
Наличие боли	↓	↓	↓	↑	↓	⊖
Наличие кровотечений	↓	↓	⊖	↓	↓	⊖
Влияние симптомов на повседневную жизнь	⊖	↓	↓	↓	↓	↓
Коморбидные заболевания	⊖	↓	↓	⊖	⊖	=
Редкие визиты к врачу	⊖	⊖	⊖	↑	↑	⊖
Рак у знакомых или родственников	⊖	⊖	⊖	↓	⊖	⊖
Психосоциальные						
Восприятие симптомов как неопасных	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Страх	⊖	↑	↑	↑	↑	↑
Стыд	⊖	⊖	↑	↑	⊖	⊖
Наличие поддержки со стороны окружающих	↓	=	↓	=	↓	=

Примечание: ↑ - достоверно удлиняет откладывание; ↓ - достоверно укорачивает откладывание; = доказанное отсутствие влияния на откладывание; ⊖ - существующие данные противоречивы; ⊖ – недостаточно данных.

Нетрудно убедиться, что даже результаты систематического анализа не позволяют прийти к однозначному выводу, о том, какие факторы влияют на откладывание, а какие не оказывают существенного влияния. В связи с тем, что изучение влияния социодемографических факторов не входит в задачи настоящего исследования, данный аспект проблемы будет опущен.

Патогенез откладывания при онкологической патологии. Число работ, посвященных причинам, по которым откладывание накапливается именно при злокачественных новообразованиях, сравнительно невелико. Имеющиеся исследования по предмету приложения поляризуются на две группы – посвященные специфике психологического стресса, ассоциированного со злокачественными опухолями, и посвященные особенностям симптоматики собственно онкологического заболевания.

Особенности психологического стресса, ассоциированного с онкологическим заболеванием.

Большое число авторов указывает, что несмотря на существующий прогресс в области лечения злокачественных опухолей, значительное удлинение выживаемости, именно данная группа заболеваний ассоциируется в сознании людей со смертельной угрозой и неизменными мучениями [38; 59; 60; 83; 102; 114].

Неблагоприятное влияние семантики диагноза на время обращения к врачу по поводу пугающих симптомов в психологических работах концептуализируется в рамках понятия «фатализма, связанного с раком (cancer related fatalism)». Рядом авторов были выполнены популяционные исследования, в которых при помощи шкал было показано, что здоровые люди в группе риска развития рака тем более склонны избегать любой информации об онкологических заболеваниях, а также скрининговых методик, чем более у них выражены представления об опухолях, как о неизбежно фатальных состояниях [69; 83; 114].

Полученные результаты позволили авторам сформулировать гипотезу о наличии многосторонней связи между неблагоприятной семантикой диагноза, фаталистическими установками и откладыванием. По их мнению существует группа пациентов, которые помимо собственно страха перед онкологическим заболеванием убеждены, что оно является смертельным, а любые методы лечения малоэффективными. В связи с этим они приходят к выводу, что любые новости об онкологических заболеваниях (которые кажутся неизлечимыми), содержат информацию пессимистического характера. Отрицательно настроенные в отношении информации об онкозаболеваниях, больные лишаются возможности получить положительно окрашенную информацию и в связи с этим все более укрепляются в своих фаталистических установках. В результате поведение больных приобретает черты так называемого «дефензивного избегания (defensive avoidance)», при котором все усилия направлены не на избавление от тягостной ситуации, а на уменьшение сопряжённого с ней дистресса.

Также в ряде исследований указывают, что стресс, ассоциированный с диагностикой онкологического заболевания представляется настолько выраженным, что можно говорить о формировании у больных (а также их родственников) отдельных симптомов или развернутого диагноза посттравматического стрессового расстройства.³ Одной из важнейших дименсий ПТСР является избегание (avoidance), в связи с чем именно посттравматические расстройства могут выступать в качестве медиатора между стрессом и аномальным поведением в болезни [31; 103].

Особенности онкологической патологии, предрасполагающей к формированию откладывания.

Согласно существующим данным, откладывание чаще формируется в том случае, если симптомы опухоли атипичны, либо не сопровождаются формированием болей. Данная закономерность была отмечена еще на ранних

³ Распространенность ПТСР у больных после недавнего установления онкологического диагноза составляет по разным данным до 20% [85; 103].

этапах изучения откладывания. Так М. Richards и соавторы [102] описывали на выборке женщин, значительно отложивших визит к врачу по поводу малосимптоматических опухолей молочной железы, модель поведения «если я это не вижу, оно может исчезнуть (if I don't see, it may go away)». Авторы подчеркивали, что по их мнению именно отсутствие тягостных симптомов способствует оформлению поведенческой реакции откладывания.

В работе М. Richard и соавторов, выполненной на выборке больных с меланомой, подчеркивается, что в сознании пациентов именно боль ассоциируется с наибольшей угрозой жизни, что, по мнению авторов, приводит к большему откладыванию при безболезненных злокачественных новообразованиях по сравнению с кардиологическими, ревматологическими и многими другими группами расстройств, которые проявляются в первую очередь болевыми расстройствами.

В серии работ, посвященных травматическому стрессу, Н. В. Тарабрина [25] подразделяет все виды стрессоров на две большие группы: видимые и невидимые. К последним она относит стрессоры, которые воспринимаются исключительно на когнитивном уровне и недоступны чувственному восприятию. В их числе злокачественные опухоли (на начальных этапах), ВИЧ-инфекция, лучевое поражение и т. д. Автор указывает на то, что реакция в отношении невидимых стрессоров представляется менее прямолинейной и однозначной, причем большую роль в оформлении реакции на этот вид стрессоров играют личностные особенности людей, способствующие оформлению конкретных типов реакций, в числе которых и те, которые сопровождаются избеганием или игнорированием стрессора.

Откладывание и психопатологические расстройства. Наличие выраженных психических расстройств, включая шизофрению, среди длительно откладывающих пациентов подчеркивалось во многих работах. Так еще J. Hendersen [59; 60] на основании собственных наблюдений указывал, что разного

рода психические расстройства наблюдаются среди 56,4% откладывающих, по сравнению с 19,4% пациентов без откладывания. Не приводя нозологической квалификации описанных болезненных состояний, автор утверждал, что психические расстройства были представлены широким спектром расстройств: от фобических состояний и депрессий до явных психозов, требующих госпитализации в психиатрическую больницу. Последние особенно часто встречались среди больных, откладывающих обращение к онкологу.

Впоследствии данные о том, что психические расстройства способствует удлинению откладывания, были подтверждены в ряде работ [37; 40; 90; 91]. В частности, R. O'Rourke и соавт. [91] на модели рака пищевода показали, что средняя длительность откладывания при наличии любого клинически очерченного психического расстройства, диагностированного по DSM-IV, составляла 90 дней против 35 у больных без сопутствующих психических расстройств; чаще встречались запущенные стадии рака (37% против 18%).

Отметим, что число работ, в которых даётся описание клинических особенностей психических расстройств, приводящих к откладыванию, весьма ограничено, зачастую авторы приводят казуистику – лишь один или серию клинических примеров [71; 101].

Тревожные реакции откладывания. Тревога считается одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на откладывание обращения к врачу [45]. По данным Британского общества по изучению рака (cancer research society UK) страх обнаружения онкологической патологии считается наиболее частой причиной, по которой пациенты, подозревая у себя рак, не идут к врачу. Более чем у 50% пациентов по данным S. Kummer и соавт. [70] именно тревога играла ведущую роль в формировании откладывания.

При обсуждении связи тревоги и откладывания необходимо учитывать, что в большинстве исследований уровень этого расстройства оценивается ретроспективно, нередко с применением различных методик (стандартизованные опросники, констатация факта тревоги в беседе и т.д.). В связи с этим полученные результаты достаточно разноречивы.

В разных работах влияние тревоги на длительность откладывания оценивается разнонаправленно. Одни авторы [89] подчеркивают, что выраженная тревога (особенно достигающая степени витального страха смерти) является важнейшим стимулом немедленного обращения онкологического больного к врачу. Другие же (в том числе ссылаясь на приводимую в обзорах литературы информацию) называют тревогу одной из ключевых причин откладывания в онкологии [30; 85]. Как показали Т. Dubayova и соавт. [45], опираясь на анализ доступной литературы, касающейся тревоги при онкологической патологии, в пользу обеих точек зрения могут быть приведены убедительные аргументы и рассматривают следующие причины такого противоречия.

Во-первых, традиционно выделяются два варианта поведенческого ответа на эмоцию страха – это либо бурная деятельность, либо оцепенение. Фактически они являются аналогами понимания реакции на стресс в физиологии — борьба или бегство.

Во-вторых, содержательная характеристика тревоги, обусловленной онкопатологией, неоднозначна. По А. Antonovsky и Н. Hartman [30], все многообразие форм страха, ассоциированного с онкологическим заболеванием, может быть представлено в виде так называемого каскада страхов (fear cascade) – табл. 1-3.

Таблица 1-3. Каскад страха [30].

Фабула страхов:	
Страх докторов и больниц	Страх одиночества
Страх насмешек	Страх потери контроля
Страх неудобства	Страхи потери способности к
Страх химеотерапии	деторождению
Страх потери женственности	Страх лучевой терапии
Страх болезни	Страх потери человеческого достоинства
Страх неизвестности	Страх потери сексуального партнера
Страх косметического дефекта	Страх боли
Страх потери привлекательности	Страх изоляции
Страх излишних трат	Страх операции

Страх смерти	Страх принятия подчиненной роли
Страх утраты половых отличий	Страх рецидивирования

В дальнейшем L. K. Smith и соавт. [108] разделили содержательные характеристики страха, имеющего отношение к онкопатологии, на два ключевых варианта: собственно страх рака (fear of cancer) и страх смущения (fear of embarrassment), каждый из которых сопоставим с клиническими категориями нозофобий и социофобий соответственно. Страх рака включает страх фатального исхода заболевания, часто подпитываемый предшествующим опытом взаимодействия с онкологическими больными, опасения мучительного лечения и формирования значительных функциональных дефектов, а также сопряженный со страхом стыд нарушения тазовых функций. Ко второму варианту авторы относят боязнь, обращаясь с незначительными жалобами, прослыть невротиком и ипохондриком, страх предстать в невыгодном свете перед родными, а также страх обсуждения заболевания с локализацией в области половых органов или других чувствительных зон. Влияние этих двух вариантов содержательного комплекса страха на откладывание является неоднозначным. Страх неудобства (embarrassment), по мнению ряда авторов, является для пациента одним из важнейших барьеров на пути к врачу [45; 51]. Его наличие выступает в качестве стабильного фактора, удлиняющего откладывание, особенно актуального при онкологических заболеваниях нижней части пищеварительного тракта и урогенитальной системы, что подтверждается данными систематического обзора U. Macleod и соавт. [77]. В свою очередь, страх рака в зависимости от ситуации может выступать в качестве фактора как сокращающего, так и пролонгирующего откладывание [45].

Первоначальное клиническое описание тревожных реакций, приводящих к аномальному поведению в болезни и позднему обращению за помощью, приведено в работах A. Hendersen и R. Paterson [27; 59; 60; 97]. Речь идет о людях, которые на основании трактовки ряда неспецифических симптомов приходят к выводу, что страдают онкопатологией, однако ведут себя парадоксально – не идут

к врачу и принимают позицию «кролика, загипнотизированного удавом». Поведение таких больных полностью определяется страхом, который, по мнению авторов, имеет компульсивные свойства. Фасад такого поведения часто представлен поверхностными попытками объяснить откладывание бытовыми нуждами, отсутствием денег, заботой о родных, слабым оснащением доступной медицинской помощи или рассуждениями о риске, с которыми сопряжено лечение. Характерный признак – подавленность с образованием комплекса вины перед родными и знакомыми, что дополнительно свидетельствует в пользу вывода о том, что больные осведомлены о наличии у них онкопатологии. Зачастую отмечается выраженный страх врачей, больниц, лечебно-диагностических процедур; пациенты пытаются дистанцироваться от любой информации, имеющей отношение к раку.⁴

Признавая безусловный приоритет авторов в описании такого типа реакций, следует отметить, что в этих работах практически не приводятся характеристики личностного склада, предрасполагающего к подобному модусу реагирования, а само описание осуществляется с психодинамических, а не клинико-психопатологической позиции.

На современном уровне изучения тревожные реакции откладывания выделены М. А. Самушия [15] на выборке пациенток с опухолями женской репродуктивной системы. Автор подчёркивает, что подобный тип реакции формируется на базе преимущественно тревожного (избегающего) типа расстройства личности. Общими, объединяющими всех больных чертами, являются конституционально свойственная робость, неуверенность в своих силах, препятствующая проявлению инициативы, склонность к сомнениям, тревожность с постоянным преувеличением житейских трудностей и уклонением от любых самостоятельных шагов. Клиническим выражением таких реакций избегания

⁴ Исходя из психодинамических позиций, авторы, трактуют подобный страх как перенос тревожных переживаний с непосредственного источника тревоги (онкологическое заболевание) на отдельные внешние атрибуты – больница, доктора и пр., что ведет к избеганию при декларируемом отсутствии чувства тревоги по поводу опухоли. Исследователи полагают, что нежелание идти в больницу обусловлено инфантилизмом этой группы больных – они более комфортно чувствуют себя в знакомой, домашней обстановке, что предпочтительно для детей.

становится тревожная депрессия. Психопатологическая структура психогенного комплекса принимает форму тревожных руминаций: сознание больных поглощено "перемалыванием" угрозы возможной неблагоприятной диагностической находки и как следствие – необходимости длительного, тяжело переносимого лечения. Содержание мучительных неотвязных представлений отражает негативную перспективу терапии, плохих прогнозов выживаемости, страх смерти. По мере прогрессирования заболевания формируется амбивалентность: противоречие между желанием обратиться к врачу и страхом обсуждения онкологического заболевания. В дальнейшем тревога усиливается, достигая степени выраженности генерализованного тревожного расстройства.

Диссоциативные расстройства и откладывание. Впервые на тот факт, что диссоциативные расстройства могут способствовать формированию феномена откладывания, указал А. Hendersen [59]. Автор подчеркивал, что для этой группы больных характерно более длительное откладывание и грубое преуменьшение симптомов заболевания, нежели для откладывания в связи с наличием тревоги. Такие больные способны полностью отрицать онкологическое заболевание либо подавлять любую, связанную с ним тревогу. В значительной мере принимая желаемое за действительное (*wishful thinking*), они проводят время в дневных грезах и «рассеянности» вместо обращения к врачу; временами отмечается комплекс предохранительных мер, направленных на то, чтобы не вспоминать о заболевании. В своей работе автор ограничивается довольно общим описанием откладывания, связанного с диссоциацией, ссылаясь на сходство (почти идентичность) проявлений диссоциации у онкологических больных с тяжелыми формами диссоциативной симптоматики, описанными в классической работе психоаналитика О. Fenichel [49].

В дальнейшем вопрос о связи откладывания и диссоциативных расстройств в литературе практически не поднимался, несмотря на указания о высокой

распространенности диссоциативных расстройств у онкологических больных⁵. Более того, клиническая характеристика диссоциации подменялась психологическими категориями, в частности, такими, как отрицание.

Клинические проявления диссоциативных расстройств и их влияние на откладывание было показано в дальнейшем в серии работ сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «НЦПЗ» на модели онкологических заболеваний желудка, кроветворной системы и женской репродуктивной системы [5; 16; 20; 22]. Авторы установили, что влияние диссоциативных расстройств на откладывание неоднозначно и соответствует клинической неоднородности диссоциативных расстройств. Выделено три варианта диссоциации, ранжированные по степени тяжести от легких к более тяжелым: синдромы прекрасного равнодушия, множественной личности и псевдодеменции.

Для легкого варианта – синдрома прекрасного равнодушия – характерно нарочитое отрицание беспокойства по поводу онкологического заболевания, бравирование вопросами лечения и прогноза, склонность трактовать симптомы заболевания как временные и несущественные. При этом за фасадом наигранного оптимизма наблюдаются проявления латентной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость, нарушения сна, снижение аппетита), что сопровождается лабильностью аффекта, дисфорическими реакциями с гневливостью, плаксивостью и страхом нарушения жизненно важных функций. В некоторых случаях отмечается трансформация клинической картины реакции: уменьшается удельный вес диссоциативных проявлений, тогда как тревога по мере приближения сроков лечения или утяжеления онкологического заболевания усиливается. Для этого варианта диссоциативных реакций характерен достаточный высокий уровень комплаенса при практически полном отсутствии явлений откладывания.

⁵ По данным зарубежных авторов [38; 67; 79] в онкологии распространенность диссоциации, оцениваемая по шкалам и формализованным опросникам составляет до 30%. В исследовании «СИНТЕЗ» [1], выполненном клиническим методом, диссоциативные расстройства были выявлены у 19,7% пациентов.

Более тяжелым вариантом диссоциативной реакции является синдром множественной личности, в рамках которого отмечается фрагментарность самосознания с отчуждением проявлений онкологического заболевания. Пациенты, у которых выявляется этот синдром, переживают события, связанные с онкопатологией словно со стороны или во сне, преобладает убежденность в ошибочности установленного диагноза с ограничением поступающей информации (пациенты переключаются на близких обсуждение клинических и лечебных проблем). Явления латентной соматизированной тревоги минимальны. В рамках данного варианта явления откладывания реализуются довольно часто; в силу убежденности в полном выздоровлении пациенты не приходят на контрольные обследования, неоправданно затягивают обращение за помощью даже при наличии явных признаков соматического неблагополучия.

Наконец, при синдроме псевдодеменции – наиболее тяжелом варианте диссоциативных реакций в онкологии – наблюдается полное отчуждение сознания соматической патологии, отрицание наличия опухоли. Для таких пациентов характерны грубые, но парциальные когнитивные нарушения (отмечаются явления мимоговорения, амнезии событий, имеющих отношение к онкологическому заболеванию, хотя при обсуждении тем, не касающихся здоровья, наблюдается полная сохранность когнитивных функций). Диссоциативные расстройства, достигающие степени псевдодеменции, сопровождаются аномальным поведением в болезни в тяжелых формах, включая откладывание. Явления откладывания реализуются как на догоспитальном этапе, так и при оказании медицинской помощи в стационаре, зачастую медицинские манипуляции удается осуществить лишь при условии постоянного наблюдения за больным.

Откладывание и депрессия. Работы, посвященные откладыванию, связанному с депрессивной симптоматикой, весьма немногочисленны, а полученные в них данные подчас противоречивы. Так, известно, что депрессия является фактором, ухудшающим приверженность лечению при различных

формах соматической патологии [42], что по некоторым данным актуально и в отношении онкологии [4; 78; 96]. На выборке больных раком молочной железы M. Desai и соавт. [40] показали, что аномальное поведение в болезни при наличии коморбидной депрессии часто реализуется в форме феномена откладывания. Среди больных с большим депрессивным эпизодом, диагностированной по критериям DSM-IV достоверно чаще выявляются опухоли на поздней стадии, в том числе неоперабельные [40; 91].

Однако в доступной литературе можно обнаружить и противоположную точку зрения. A. Hendersen [59], изучавший откладывание на выборке 100 больных с онкопатологией различной локализации, установил, что лишь у одного из обследованных выявлялась клинически значимая депрессия, способствовавшая более позднему обращению. В дальнейшем С. Burgess и соавт. [36] на модели больных раком молочной железы было показано отсутствие различий в распространенности клинически очерченных депрессий (по критериям DSM-IV) между группами больных с откладыванием и своевременным обращением.

Откладывание и шизофрения. Предваряя обсуждение связи откладывания и шизофрении следует отметить, что большинство работ в этой области было выполнено на модели манифестных форм эндогенного процесса, а следовательно – с акцентом на психотической симптоматике и признаках выраженного дефекта, в то время как описание откладывания, связанного с менее прогрессивными формами шизофрении, а также расстройствами шизофренического спектра привлекают значительно меньшее внимание исследователей.

В последние годы был опубликован ряд работ, выполненных преимущественно на модели рака молочной железы, в которых была доказана связь шизофрении с откладыванием. Во всех этих работах описывается сходный – неблагоприятный – профиль медицинского поведения больных шизофренией, у которых развивается онкологическая патология. Последствия откладывания, связанного с шизофренией, в целом повторяют последствия откладывания при других психических расстройствах, отличаясь лишь большей выраженностью [65]. Характерно откладывание обращения за медицинской помощью,

значительно превышающее таковое у лиц без психических расстройств, и в отдельных случаях достигающее многолетней продолжительности. По мнению авторов, в связи с этим у больных шизофренией достоверно чаще встречаются запущенные стадии рака с отдаленными метастазами при первом обращении к врачу, значительно большими оказываются размеры первичной опухоли, в связи с чем существенно реже удается провести щадящее лечение. Как следствие рассматриваются большее число послеоперационных осложнений, повышение общей смертности больных шизофренией от онкопатологии, что подтверждается результатами крупных эпидемиологических исследований [104]. Отмечается также склонность больных шизофренией к отказу от лечения, подозрительности и враждебности по отношению к врачам, подчас доходящей до прямой физической агрессии (описаны случаи убийства врачей) [65].

По данным литературы, аномальное поведение в болезни может быть обусловлено как позитивными, так и негативными симптомами шизофрении.

При этом необходимо отметить, что диагноз шизофрении не подразумевает обязательного наличия нарушений комплаенса и откладывания лечения. Так, в работе А. Б. Смулевича и соавт. [20] показано, что в ряде случаев больные, страдающие малопрогрессирующей шизофренией или находящиеся в состоянии синдромальной ремиссии после перенесенного психоза, не прибегают к откладыванию и в целом демонстрируют поведение в болезни, сопоставимое с таковым у здорового человека. В связи с этим актуальным становится решение вопроса о том, какие именно симптомы или дименсии шизофрении оказывают неблагоприятное влияние на медицинское поведение больных с онкологической патологией.

Чаще всего в аспекте аномального поведения больных шизофренией, страдающих онкопатологией, обсуждается продуктивная (преимущественно параноидная) симптоматика. Указывается, что именно бредовая симптоматика с диффузной подозрительностью и идеями отношения способствует недоверию к медицинскому персоналу и отказу от лечения. В цитированной выше работе А. Б. Смулевича и соавт. [20] описано включение ситуации соматического

неблагополучия и отношений с медицинским персоналом в рамках генерализации существующей бредовой системы при обострении паранойяльной или параноидной шизофрении. Пациент высказывает убежденность в том, что врачи задумали недоброе, намереваются нанести ему вред диагностическими и лечебными процедурами, даже развитие онкопатологии трактуется в контексте персекуторных идей (как следствие отравления неверной супругой или конкурентами по работе). Соответственно развивается поведение с отказом от медицинской помощи.

При этом влияние симптомов шизофрении на приверженность лечению не исчерпывается симптомами параноидного ряда. Выраженное откладывание может иметь место в рамках сверхценных и бредовых расстройств иного рода. Речь, в первую очередь идет о шизофренических реакциях с явлениями реформирования терапии [5], сопровождающихся выработкой собственных неадекватных методик лечения. В онкологии такие реакции реализуются в форме сопоставимой с проявлениями «паранойи желания», сопровождающейся бредоподобным фантазированием о быстром и полном излечении от онкологии. Для таких пациентов характерен монотонно приподнятый фон настроения с преобладанием эйфории и повышенной активности, обращение к средствам народной медицины, лишенная критики оценка своего состояния. Возможность реализации откладывания у больных шизофренией в рамках реакций реформирования терапии косвенно подтверждается данными западных исследователей, которые описывают высокую распространенность различных методов самолечения у таких больных [56].

Несмотря на то, что негативные симптомы шизофрении не привлекали достаточного внимания исследователей, по последним данным они играют не меньшую роль, нежели позитивные. Так, снижение эмоционального ответа при шизофрении может приводить к преуменьшению серьёзности онкологического заболевания, наличие такого характерного симптома, как апатия/абулия, препятствует своевременному обращению к врачу и соблюдению предписанного лечения [64; 65]. По некоторым данным [107], при шизофрении отмечается

нарушение переработки сенсорной информации, вследствие чего значительно снижается чувствительность к болевым стимулам, что приводит к более позднему обращению даже в ургентной ситуации. В определённой мере оказывает влияние также и выделяемое при шизотипическом расстройстве искажённое восприятие телесных ощущений в целом (проприоцептивный диатез S. Rado [99]), что приводит к парадоксальным реакциям в ответ на соматическое неблагополучие. Характерные для шизофрении когнитивные нарушения при их значительной выраженности могут способствовать непониманию природы и сути заболевания, доходящему в отдельных случаях до такой степени, что адекватное лечение онкологического заболевания возможно лишь при постоянном присмотре за больным со стороны родственников или опекунов. В связи с этим особенно значимыми становятся отмеченные при шизофрении явления социального дрейфа и обеднения межличностных связей, что снижает вероятность побуждающих действий близкого окружения пациента, направленных на раннее обращение за помощью и соблюдение предписаний врача. Наконец, потеря работы и недостаток социальной поддержки приводят к тому, что больные шизофренией исключаются из программ скрининга онкопатологии и лишаются доступа к квалифицированной медицинской помощи.

Вслед за многими иностранными авторами следует упомянуть и высокую распространенность злоупотребления больными шизофренией алкоголем и другими психоактивными веществами, выступающего в качестве медиатора, снижающего поведенческий контроль, за счет чего ухудшается приверженность терапии, усугубляются проявления агрессивного и суицидального поведения [48; 64; 65; 81].

Психологические механизмы откладывания. Психологические механизмы, приводящие к формированию откладывания, традиционно рассматриваются в двух аспектах — отрицания и особенностей внутренней картины болезни. Предваряя описание следует отметить, что в большинстве

случаев, описываемые психологические механизмы соотносятся с психопатологической картиной диссоциации.

Отрицание – один из наиболее распространенных и часто обсуждаемых в литературе механизмов откладывания. Концепция отрицания появилась и начала разрабатываться еще в начале XX века в рамках психоанализа. В частности, это понятие появляется в работах S. Freud [50]. Автор описывает отрицание как один из неосознаваемых защитных механизмов личности от болезненных и непреодолимых событий внешней реальности. В противовес этому, функция других механизмов защиты заключается в защите Эго от инстинктивных, внутренних желаний, исходящих из структуры Ид. Важно отметить, что отрицание рассматривается как незрелый и неэффективный феномен психической жизни.

В русле когнитивного подхода предложенный конструкт приобретает иное содержание. Отрицание начинает интерпретироваться как некоторый (сознательный или бессознательный) способ совладания с трудными жизненными ситуациями и чувствами. T. Dorpat и M. Horowitz [44; 63] уделяют внимание защитной функции отрицания. Авторы утверждают, что данный феномен может быть нормальным в тех случаях, когда он является временным ответом на экстремальные, разрушительные стрессовые ситуации.

Особого внимания в плане типологии отрицания заслуживает метааналитическое исследование, проведенное M. Vos и J. de Haes [113]. Проанализировав данные публикаций за период с 1959 по 2005 гг., авторы выделили 3 типа отрицания:

1. Отрицание диагноза (denial of diagnosis) – проявляется в виде установок «Я не верю, что у меня есть рак», «Я отказываюсь принимать диагноз», «Я отказываюсь верить, что это произошло», «Я не знаю своего диагноза», «Врач не сказал мне, что это рак» и т.д. Распространенность этого типа по различным данным составляет от 4 до 48%.
2. Отрицание последствий болезни (denial of impact) – «Болезнь несерьезная», «Я пытаюсь забыть об этом», «Я не трачу много времени на мысли о раке и

его последствиях», «Все будет хорошо, я могу вылечиться»; реже встречаются утверждения «Я не вижу необходимости в медицинских процедурах», «Надеюсь, что произойдет чудо», «Я занимаюсь другими делами, чтобы не думать об этом». Распространённость – 8-70%.

3. Отрицание аффекта (denial of affect) – пациенты полностью блокируют свои чувства, или уменьшают степень их экспрессии, скрывают их от окружающих, стараются «не быть подавленным/расстроенным». Распространённость – 18-42%.

В качестве особой категории явлений М. Vos и J. de Haes указывают на поведенческое избегание (behavioral escape), которое чаще включает явления эскапизма, употребление алкоголя, наркотических веществ, курение и т.д.

Откладывание и внутренняя картина болезни (ВКБ). Психологические факторы, влияющие на откладывание, на которые чаще всего ссылаются авторы, классифицируются ими весьма по-разному. Так, В. Andersen [29], разработавший приведенную выше концепцию стадий откладывания, на основании статистического анализа, выделяет 3 крупных фактора: негативный аффект (тревога, страх, депрессия), салиенс (резкое заострение), дистракция (помехи, отвлечение, некоторая рассеянность). N. Facione [47], обработав результаты исследований откладывания при раке молочной железы, выделил 6 групп факторов:

1. Когнитивные убеждения и установки (установки относительно последствий обращения за квалифицированной медицинской помощью, лечения, излечимости симптомов и т. д.)
2. Сигналы, побуждающие к действию (обнаружение и интерпретация симптомов рака);
3. Аффективные реакции (чувства, связанные с обнаружением и атрибуцией симптомов);
4. Социальные воздействия (ожидаемое поведение поиска медицинской помощи, связанное с определенными межличностными отношениями и социальными ролями);

5. Привычки и стереотипные паттерны поведения (опыт обращения и поиска квалифицированной медицинской помощи);
6. Влияние окружающей среды – совокупность средовых факторов (экономические ресурсы, доступность медицинской помощи).

Внутренняя картина здоровья. В настоящее время ВКБ относят к внутренней картине здоровья, связанной с общим поведением и установками в отношении своего здоровья. Некоторые сложившиеся паттерны поведения, личный опыт обращения за медицинской помощью существенно влияют на длительность периода откладывания.

Некоторые авторы сообщают, что опыт самостоятельного обследования значимо коррелирует с сокращением длительности откладывания [78], что поддерживает идею о том, что подобные привычки могут быть предикторами малого времени задержки в поиске помощи и ранней верификации диагноза. Что касается практики прохождения плановых обследований, то в данном случае предполагаемая отрицательная связь с откладыванием по-прежнему остается недоказанной.

L. Green и B. Roberts [56] изучили результаты нескольких исследований, в которых утверждается, что общие привычки в отношении своего здоровья (откладывание/немедленное обращение в случае проявления каких-либо симптомов) статистически достоверно влияют на поведение женщины в условиях появления изменений груди – симптомов рака молочной железы [57]. Исследования, предметом которых являются непосредственно предложенные отношения, до сих пор отсутствуют, однако в некоторых работах предусмотрительно упоминаются факты, касающиеся предыдущего опыта пациентов. Наличие в анамнезе фиброзно-кистозной мастопатии (доброкачественной) связывают с более продолжительным периодом откладывания как со стороны пациенток, так и со стороны поставщика медицинских услуг, хотя для проверки этого наблюдения какие-либо статистические процедуры не проводились (или не описывались) [47]. В приведенных случаях как женщины, так и врачи ошибочно атрибуировали

образования в груди доброкачественному фиброзно-кистозному процессу. При этом проведение биопсии откладывалось до манифестации других, сопутствующих симптомов, что и провоцировало недооценку значения опухоли [47].

Аффективный уровень ВКБ. Следует отметить, что характер воздействия эмоций и аффектов представляется неоднозначным. Так, например, страх мастэктомии оказался ведущей причиной для откладывания консультации и лечения в большинстве выборок, включенных в мета-анализ С. Vrinten и соавторов [114]. С. Magarey и соавт. [78] установили, что страх смерти, страх потери груди и собственно страх заболевания молочной железы ассоциируется с большим сроком откладывания.

Интеллектуальный уровень ВКБ. Концепция болезни, знания пациентов о своем заболевании также в значительной мере определяют продолжительность периода откладывания. D. Lauver и A. Chang [73] использовали в качестве методики исследования установок и убеждений 8 пунктов шкалы «ожидания» («expectations» scale), включая «потерю груди» (loss of breast), «знание возможных вариантов лечения» (knowledge of treatment options) и «знание о наличии рака» (knowledge of whether or not one had cancer). Суммированные показатели по этой шкале значимо коррелировали с откладыванием. M. Richards и соавторы [102] сообщают, что намерение «подождать и проконтролировать симптомы во времени, а не проконсультироваться у врача немедленно» (to monitor a breast symptom for a time rather than immediately calling the doctor) положительно коррелирует с убеждением «опухоль сама пройдет» и отрицательно – с установками «скорее всего, полного излечения добиться не удастся» (a complete cure would be less likely), «мне требуется хирургическое и/или другое тяжелое, возможно, инвалидизирующее лечение» (the need for surgery and/or disabling treatments would be greater) и «есть вероятность, что я умру» (death might occur). Поддерживающие, значимые, но некорректные представления повышают вероятность принятия решения откладывания.

Процессы означивания в структуре ВКБ. Природа и характер симптомов онкологического заболевания в значительной степени определяют время обращения за медицинской помощью. Это подтверждают исследования, проведенные на клинической модели рака молочной железы. Несмотря на доступность таких методов обследования, как маммография, чаще всего женщины обнаруживают первые проявления заболевания самостоятельно [78]. Анализ результатов 7 исследований позволяет определить, насколько часто женщины обращаются за помощью в случаях разных симптомов. «Опухоль», «образование» с сопутствующей болью или без нее были наиболее частой причиной обращения к врачу – 65-86% случаев [89]. В то же время при наличии других симптомов обращение за консультацией специалиста осуществляется значительно реже: боль (4-12%), появление кровотечений или других выделений (2-12%), сморщивание или утолщение тканей (3-5%), изменение соска (2-15%).

В некоторых публикациях особо подчеркивается, что знания, получаемые в процессе обучения, необходимые для правильной атрибуции симптомов (в качестве проявлений рака молочной железы), не гарантируют раннего выявления болезни. В обзоре L. Green и B. Roberts [56] отмечено 2 исследования, в одном из которых утверждалось, что объяснение наблюдаемых симптомов диагнозом «рак молочной железы» связано со снижением сроков откладывания [57]; в другом – обнаружилась противоположная зависимость [27].

Обобщая литературные данные следует отметить, что несмотря на высокую значимость откалывания и большое количество литературы, посвященной откладыванию в целом, поведенческий вариант данного феномена и его связь с психическими расстройствами изучен недостаточно. Хотя по-видимому, откладывание ассоциировано с психическими расстройствами различных регистров, отсутствуют подходы к типологии откладывания и более глубокой концептуализации механизмов, лежащих в основе этого расстройства.

Глава II. Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 год. Исследование было выполнено в ходе междисциплинарного сотрудничества между кафедрой психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН, проф. А. Б. Смулевич) лечебного факультета (директор – член.-корр., проф. М. А. Кинкулькина) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) Министерства Здравоохранения Российской Федерации (ректор – академик РАН П. В. Глыбочко), группой пограничных состояний шизофренического спектра (зав. отделением – проф. С. В. Иванов) отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель отдела – академик РАН А. Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (дир. – проф. Т. П. Ключник) и ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина (дир. – член.-корр. РАН И. С. Стилиди).

В настоящее исследование включались пациенты с гистологически верифицированным диагнозом злокачественного новообразования любой локализации и гистологического типа. С целью максимально широкого охвата существующих онкологических нозологий, исследование производилось на базе НИИ клинической онкологии и НИИ клинической и экспериментальной радиологии⁶ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России (директор – член.-корр. РАН И. С. Стилиди).

Набор больных осуществлялся в следующих отделениях: отделение общей онкологии N1 (зав. – академик РАН, д. м. н., проф. М. Д. Алиев), отделение хирургическое N2 диагностики опухолей (зав. – д. м. н., проф. Д. В. Комов), отделение хирургическое N3 проктологическое (зав. – д. м. н., проф. А. О. Расулов), отделение хирургическое N4 опухолей головы и шеи (зав. – д. м. н., проф. Азизян Р. И.), отделение хирургическое N5 опухолей молочной железы (зав. – д. м. н., проф. И. К. Воротников), отделение хирургическое N6

⁶ Суммарный коечный фонд – 900 коек,

абдоминальной онкологии (зав. – академик РАН, д. м. н., проф. И. С. Стилиди), отделение хирургическое N7 опухолей печени и поджелудочной железы (зав. – д. м. н., проф. Ю. И. Патютко), отделение хирургическое N9 вертебральной хирургии (зав. – д. м. н., Э. Р. Мусаев), отделение хирургическое N 10 биотерапии опухолей (зав. – д. м. н., проф. Л. В. Демидов), отделение хирургическое N11 опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей (зав. – д. м. н., А. М. Мудунов), отделение хирургическое №12 реконструктивной пластической онкохирургии (зав. – д. м. н., проф. В. А. Соболевский), отделение онкоурологии (зав. – д. м. н. В. Б. Матвеев), отделение гинекологическое (зав. – д. м. н., В. В. Кузнецов), отделение нейрохирургии (зав. – д. м. н. А. Х. Бекашев), отделение химиотерапии гемобластозов (зав. – д. м. н., проф. Е. А. Османов), отделение химиотерапии (зав. – д.м.н., профессор В.А. Горбунова), отделение клинической фармакологии и химиотерапии (зав. – д. м. н., проф. С. А. Тюлядин), отделение химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей (зав. – академик РАН, д. м. н., проф. М. Р. Личиницер) НИИ клинической онкологии (дир. – д. м. н. М. М. Давыдов) и отделении радиохимирургии (зав. – д. м. н., проф. М. И. Нечушкин) НИИ клинической и экспериментальной радиологии (дир. – д. м. н., проф. Б. И. Долгушин).

Главным критерием включения в исследование было откладывание в течение месяца⁷ или более диагностических или лечебных мероприятий при условии информированности пациента о наличии у него онкологического заболевания (откладывание, связанное с пациентом/patient delay). В соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 состояние пациентов соответствовало критериям расстройства приспособительных реакций (F43.2) или шизотипического расстройства (F21.8) в случае нозогенных реакций, формирующихся при шизотипическом расстройстве личности или вялотекущей шизофренией.

⁷ Наиболее часто используемый временной показатель, более подробную дискуссию см. в главе 1.

Из исследования исключались, во-первых, пациенты, состояние которых не позволяло произвести в полной мере психопатологическое обследование: тяжелое соматическое заболевание, умственная отсталость (F71-F79), грубое органическое поражение ЦНС (F00-F09), прогрессивная шизофрения с выраженными изменениями личности (F20-F29), злоупотребление психоактивными веществами (F10-F19), а также онкологическая патология в терминальной стадии. Во-вторых, исключались больные, которые несвоевременно обратились за помощью в связи с незнанием (откладывание распознавания/appraisal delay) либо откладывание произошло не по воле пациентов (ошибки с диагностикой, бюрократические проволочки и т. д. – practitioner delay/откладывание, связанное с медицинскими службами).

Психиатрическое обследование производилось клиническим методом с привлечением данных медицинской документации и, в ряде случаев, объективных сведений (со слов близких родственников). Каждым из включенных пациентов было подписано информированное согласие на участие в исследовании.

Процедура клинического обследования включала анализ психического состояния, соматического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации (истории болезни, выписки, амбулаторные карты), результатов изучения соматоневрологического статуса соответствующими специалистами с учетом параклинических данных (электрокардиография (ЭКГ), рентгенографии органов грудной клетки и желудка, фиброгастроуденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) и др.).

Экспериментально–психологическое исследование проводилось сотрудниками группы пограничных состояний шизофренического спектра (зав. отд. – д. м. н., проф. С. В. Иванов) отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – акад. РАН А.Б. Смулевич)⁸ и отдела медицинской психологии (руководитель – к. п. н. С. Н.

⁸ м. н. с. А. Д. Скалон и лаборант-исследователь А. В. Лукин

Ениколопов)⁹ ФГБУ «Научный центр психического здоровья» (дир. – д.м.н. Т.П. Ключник).

При обследовании пациентов использовались следующие психологические методики:

- Личностный опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ), который позволяет определить тип отношения к соматическому заболеванию в соответствии с типологией, сформированной А. Е. Личко, И. Я. Ивановым – (гармонический, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический и паранойяльный).
- Шкала Мини-Мульт, которая представляет собой сокращенный вариант теста MMPI (Миннесотский многомерный личностный опросник), состоит из 71 вопроса и позволяет выявить такие личностные показатели, как ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизоидность и гипомания.
- Шкала Диссоциации (Dissociative experience scale, DES), позволяющая численно определить конституциональную склонность пациентов к формированию диссоциативных переживаний (диссоциация, как конституциональная черта, а не как состояние).

При оценке соматического состояния использовались заключения специалистов смежных дисциплин – онкологов, терапевтов, неврологов.

В выборку настоящего исследования было включено 70 пациентов (28 мужчин, 42 женщины в возрасте от 21 до 80 лет, средний возраст - $55,7 \pm 9,9$ лет, медиана – 55 лет).

⁹ м. н. с. Е. А. Мартынова

Таблица 2-1. Распределение больных по возрастным группам (n=70)

Возраст (лет)	Абс.	%
26 – 35	5	7
36 – 45	9	12,8
46 – 55	22	31,4
56 – 65	19	27
66 –80	15	21,4

Как можно убедиться из представленных данных, в настоящей выборке преобладали больные среднего и пожилого возраста, что согласуется с данным о заболеваемости онкологической патологией.

Таблица 2-2 Социодемографические показатели выборки

Образование		
Незаконченное среднее	3	4,3%
Среднее и среднее профессиональное	28	40%
Высшее	39	55,7%
Семейный статус		
Женат\замужем	44	62,8%
Холост\не замужем	11	15,7%
Вдова\вдовец	15	21,4%
Трудовой статус		
Работает	25	35,7%
Не работает без оформления инвалидности\пенсионер	18	25,7%
Инвалид по онкологическому заболеванию	27	38,6%
Инвалид по психическому заболеванию	0	0

Локализация злокачественных опухолей у пациентов настоящей выборки представлена на рисунке 2-1.

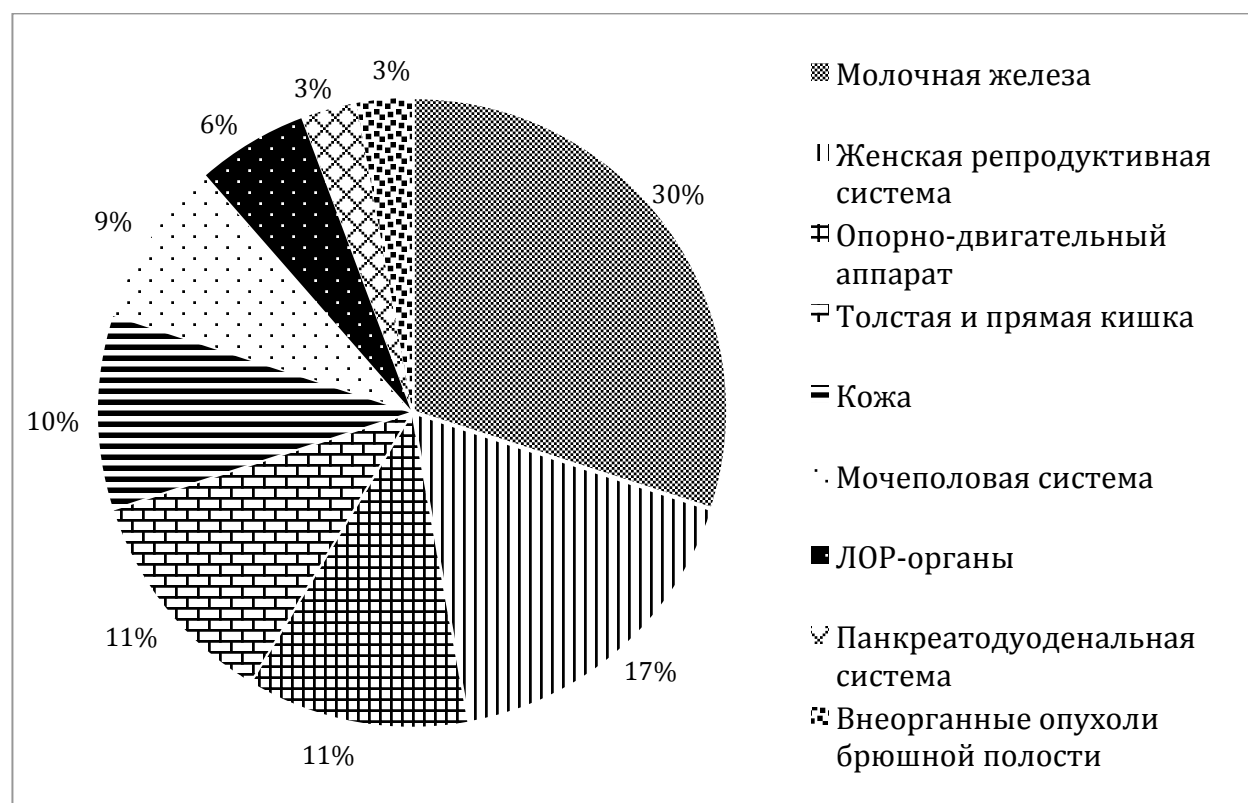


Рисунок 2-1. Распределение опухолей по локализации в настоящей выборке

Можно убедиться, что наиболее распространенными были опухоли молочной железы, что согласуется с литературными данными, согласно которым именно при данном типе опухолей откладывание распространено в наибольшей степени [Richards M. Et al., 2004].

В связи со смешанным характером онкологической патологии, представленной в настоящей выборке, что сопряжено с отличиями в их стадировании и классификации согласно гистологической структуре, оценка тяжести опухолевого процесса на момент включения в исследование осуществлялась интегральным методом. Так, было выделено три группы: ранняя, промежуточная и запущенная (таблица №2-3).

Таблица 2-3. Распределение опухолей по стадиям

Опухолевый процесс		Прогноз	Примечание	Число наблюдений
Форма	Стадия			
Ранняя	I-IIA	Благоприятный	Отсутствие регионарных и отдаленных метастазов	19 (27,1%)
Промежуточная	IIВ-IIIA	Сомнительный	Прогрессирующий рост первичной опухоли и появление метастазов	14 (20%)
Запущенная	IIIB-IV	Неблагоприятный	Диссеминированная неоперабельная опухоль, с множественными регионарными и отдаленными метастазами, изъязвлением поверхности кожи, угрозой распада ткани, риском кровотечения, остеодеструкцией и.т.п.	37 (52,9%)

При анализе прогноза онкологической патологии у пациентов в настоящей выборке особый интерес представляет тенденция к накоплению запущенных случаев с неблагоприятным прогнозом (более половины пациентов).

Место откладывания в динамике медицинского поведения изученных больных различным. В соответствии с воззрениями R. Goldsen [53], в настоящем исследовании откладывание определялось на любом этапе течения онкологического заболевания, а не только на диагностическом. Так у 52

пациентов (74,8%) откладывание формировалось на этапе диагностики первичного опухолевого образования, в то время как у 10 больных (14,3%) имело место откладывание показанного лечения (хирургического, химиолучевого) после верификации диагноза. Наконец, 8 больных (11,4%) откладывали визиты на профилактические обследования после первоначально успешного излечения злокачественного новообразования.

Длительность откладывания варьировала в значительной степени (от 1 до 480 месяцев). Средняя длительность откладывания составила 40,2 месяцев, а медиана – 14 месяцев. Подобное расхождение объясняется неравномерным распределением выборки с тенденцией к доминированию относительно небольших сроков откладывания, которые компенсируются сравнительно небольшим числом наблюдений с экстремально длительными сроками откладывания.

В связи с тем, что исследование имело ретроспективный характер (фактически, большая часть пациентов была включена в исследование после завершения изучаемой реакции) изучение психофармакотерапии не производилось.

Вместо этого осуществлялся поиск предикторов (соматогенных, личностных и других) формирования откладывания, изучение контингента больных, находящихся в группе наибольшего риска по формированию откладывания.

Статистический анализ проводился с помощью программных пакетов «Statistica 6.0» for Windows и SPSS 10.0 for Windows. Поскольку объемы выборок не позволили обеспечить достоверно несмещенные параметры распределения (в частности среднее и дисперсию распределения), то для проверки гипотез о значимости различий использовался непараметрический U-тест Манна - Уитни (в качестве статистически значимого рассматривался уровень вероятности $p < 0,05$).

Глава III. Типология нозогенных реакций «откладывания» с явлениями аутоагрессии¹⁰ при злокачественных новообразованиях

Изученные в настоящем исследовании нозогении характеризуются значительной клинической гетерогенностью.¹¹ Вследствие этого оказалось возможным разделить эти реакции на основании ведущего психопатологического синдрома на три типа: фобический, паранойяльный и диссоциативный, в рамках последнего типа было выделено два подтипа – диссоциативное откладывание по типу компартмент (compartment) диссоциации и детачмент (detachment) диссоциации.

Больше половины всей выборки приходилось на диссоциативные типы откладывания (суммарно компартмент и детачмент диссоциации отмечались у 39 больных из 70, 56%), наиболее распространённый тип откладывания - с явлениями компартмент диссоциации (27 набл., 38,6%).

Фобические реакции откладывания (17 набл., 6 мужчин, 11 женщин, средний возраст - $51,2 \pm 8,5$ лет. Средняя продолжительность откладывания была наименьшей по сравнению с остальными выделенными типами - $10,8 \pm 8,6$ мес., медиана – 6 месяцев).

Клиническая картина реакций данного типа определяется выраженной тревожно-фобической симптоматикой и откладыванием по механизмам избегающего поведения (сопряженного со страхом подтверждения наихудших опасений) при полном признании и осознании факта злокачественного новообразования.

Ключевой содержательной характеристикой тревожных расстройств является страх перед объективно существующим заболеванием - нозофобия *sum materia*. Доминирующее положение в сознании больных занимают представления

¹⁰ Квалификация описанных реакций как аутоагрессивных связана с тем, что в современной литературе понятия “несуицидальная аутоагрессия” понимает с достаточно широких границах, и обозначает любую форму поведения, приводящую к отчетливому соматическому повреждению [14].

¹¹ На наличие различных психопатологических вариантов откладывания указывалось еще в первых работах, посвященных откладыванию [59], однако до настоящего времени не было предложено ни одного варианта возможной типологии.

о неизбежном фатальном прогнозе, тягостных труднопереносимых симптомах опухолевого процесса, грядущей инвалидизации и утрате социального статуса, формирующихся по типу тревожных руминаций.

В 6 наблюдениях (35%), нозофобии дополняются опасениями негативных последствий предстоящих методов лечения (на основании информации, полученной непосредственно от врачей, популярной литературы и других источников). Речь идет преимущественно об объективно тяжёлых и сопряжённых с высоким риском операциях (трепанация черепа с удалением опухоли мозга, удаление большого объема тканей в брюшной полости, операции на шее).

У четверых больных (23,5%) откладывание дополнительно обнаруживало сопряженность с помешательством сомнений по контрасту [4]; на протяжении всего периода откладывания сохраняется амбивалентность побуждений – стремление ускорить медицинскую помощь с откладыванием обращения к онкологу на как можно более длительный срок.

Наряду с явлениями нозофобии и тревожными руминациями у большей части изученных пациентов (12 набл., 70,6%) выявлялись симптомы соматической тревоги с тенденцией к амплификации реально существующих проявлений онкологического заболевания – боли в области опухоли, чувство удушья при расположении образования на шее, эпизоды сердцебиений, гипервентиляции, функциональные нарушения ЖКТ (тошнота, диарея) и чувство головокружения.

Приблизительно у половины больных данной группы (8 набл., 47%) наряду с тревожной симптоматикой выявляются также симптомы гипотимического ряда - подавленность, слезливость, апатия, ангедония с отсутствием радости от ранее приятных событий. Характерно преобладание идей безнадёжности. Тем не менее, ни у одного из больных данной группы не выявляется симптомов витальной депрессии – типичного суточного ритма, тоски, идей виновности, а выраженность и удельный вес симптомов гипотимии не достигают уровня депрессивного эпизода.

У всех больных этой группы отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания, формирующиеся на фоне общего усиления тревоги в вечернее время, сопровождающиеся наплывом мыслей о существующем заболевании.

Собственно аномальное поведение в болезни представлено избегающим поведением. После обнаружения признаков онкологического заболевания пациенты вырабатывают комплекс мер, направленных на дистанцирование от медицинской помощи в любых ее проявлениях. Больные перестают смотреть передачи, посвященные здоровью, даже если они не связаны напрямую с проблемой злокачественных новообразований, отказываются от любых разговоров о болезни, обходят стороной врачей, не обращаясь к ним за консультацией даже в случае интеркуррентного соматического страдания.¹² Типичными являются попытки укрыть от родных факт заболевания из опасений, что те немедленно форсируют процесс диагностики и лечения. При интенсивных расспросах и попытках убедить в необходимости лечения у большинства больных зачастую формируются дисфорические реакции с раздражительностью, слезливостью. Четверо больных (23,5%) скрывали наличие опухоли, равно как и любого другого соматического неблагополучия из опасений, что родственники вынудят обратиться к врачу помимо их воли.

Отношение к болезни и необходимости лечения при фобическом варианте откладывания оказывается сопоставимым с психологическим значением термина «прокрастинация» [12] – при сознании необходимости лечения реальные действия откладываются на неопределённый срок в связи с тягостными эмоциями, связанными с его выполнением. Многие больные из настоящей группы описывали период откладывания, как время, когда «необходимо собраться с силами и подготовить себя к обращению к врачу и решению проблем со здоровьем». Преуменьшения симптомов заболевания или сомнения в его наличии не было выявлено ни у одного из больных, что дополнительно подтверждается

¹² Впервые подобный поведенческий паттерн был описан R. Paterson [97], причём сам автор трактовал поведение больных в психоаналитическом ключе, считая, что они проецируют свой страх перед онкологическим заболеванием на внешние атрибуты (обстановка больницы, медицинский персонал и прочее) и потому избегают их.

сравнительно невысоким баллом по шкале диссоциации DES – 8 баллов (результат, характерный для больных с тревожными расстройствами).

У всех больных в настоящей группе реакция откладывания манифестировала после самостоятельного обнаружения симптомов онкологического процесса (объёмное образование, болезненность лимфатических узлов и т. д.). При этом больные отмечали, что с первых минут обнаружения опухоли они сохраняли отчётливую убеждённость в том, что она имеет злокачественный характер. У нескольких больных (3 набл., 17,6%) отчётливому периоду откладывания предшествовал кратковременный период поиска медицинской помощи – больные обращались к знакомым докторам, однако не уточняли наличие у себя опухоли; вместо этого задавая неконкретные и общие вопросы, касательно проявлений опухоли. Убедившись в злокачественной природе страдания они быстро прекращали поиск медицинской помощи.

Фобический тип откладывания является наименее длительным (средняя длительность $10,8 \pm 8,6$ мес.) а также наименее стойким по сравнению с другими типами: относительно легко редуцируется при усилении симптомов опухолевого процесса (боли, интоксикация, нарушение функций органов).

В ряде случаев (3 набл., 17,6%) после обращения к врачу формировалась повторная реакция откладывания, связанная со страхом негативных последствий лечения. При этом повторная реакция была значительно менее длительной: после разъяснений неизбежности хирургического вмешательства пациенты откладывали согласие на его проведение в пределах 1-3 месяцев.

На госпитальном этапе фобическая реакция откладывания претерпевала определенные изменения. В первую очередь значительно редуцировалось собственно избегающее поведение – выполняя врачебные рекомендации в полном объёме, пациенты сохраняли склонность к избеганию информации о заболевании с целью предотвращения усиления тревоги: не читали историю болезни, делегировали родственникам общение с докторами, отказывались от любого рода популярной медицинской литературы.

В остальном состояние больных на госпитальном этапе было сопоставимо с симптомами тревожной нозогенной реакции, неоднократно описанной на выборке онкологических больных [5; 15; 22; 23].

Преморбидные конституциональные свойства, на базе которых формировались нозогении с фобическим откладыванием, представлены преимущественно в рамках расстройств личности кластера С: тревожное (6 набл., 35%), избегающее (4 набл., 23,5%) и ананкастное (3 набл., 7,6%) расстройства личности. В остальных наблюдениях квалифицировано истерическое РЛ (тревожные истерики, 4 набл. (23,5%).

На протяжении жизни таким больным свойственна нерешительность, робость, неуверенность в своих силах, зачастую приобретающая черты не связанного с онкозаболеванием избегающего поведения. Такие личности уклоняются от назначения на должности, требующие большей ответственности, занимают вторые роли в семье, сторонятся авантюры. Характерно лёгкое формирование фобических реакций и отчётливых тревожных расстройств до развития онкологического заболевания. Так почти у половины больных (8 набл., 47%) в настоящей группе на протяжении жизни хотя бы однократно устанавливался диагноз тревожного расстройства (панического расстройства, социофобии, генерализованного тревожного расстройства).

Выявленные клиническим способом личностные особенности в данной когорте больных верифицируются при помощи опросника мини-Мульт – у изученных больных были выявлены пики по шкалам «ипохондрия» и «соматизация».

По данным опросника ЛОБИ у больных с фобическим типом откладывания выявлялись преимущественно ипохондрический и неврастенический типы реагирования, что соотносится с преобладанием у больных в этой группе расстройств личности тревожного круга.

Необходимо также подчеркнуть преобладание при фобическом типе больных с явлениями невропатии (9 набл., 53%) – чувствительность к средовым

вредностям (жара, духота, резкие запахи), склонность к многочисленным соматизированным реакциям.

Клинические особенности фобического типа откладывания иллюстрирует следующее наблюдение.

Т. И. В., 51 год.

Онкологический диагноз: злокачественная семинома T2N3M0.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать – воспитатель в детском саду. Отличалась пунктуальностью, поддерживала в доме идеальный порядок. Была тревожной, пеклась о здоровье родных.

Отец – военный врач, профессор. Строгий, целеустремлённый, педантичный, склонный к перепроверкам. В преклонном возрасте несколько лет скрывал наличие у себя злокачественного новообразования поджелудочной железы, по надуманным поводам отказывался от госпитализации. Умер в возрасте 56 лет вследствие массивного метастатического поражения.

Сестра – по образованию юрист, в настоящее время замужем, не работает. По характеру пунктуальная, упрямая.

Дочь – предприниматель. Отмечается склонность к бытовым перепроверкам, перед важными мероприятиями (заключение сделок, проверки) страдает от трудностей засыпания. Замужем, есть дети.

Сын – бухгалтер на режимном предприятии. Строгий, скрытный, целеустремленный.

Больной родился от нормально протекавшей беременности, развивался по возрасту. В детстве по характеру отличался замкнутостью, тяжело сходилась со сверстниками. Будучи полным подвергался постоянным насмешкам, не мог постоять за себя.

Был боязливым – в течение всей жизни отмечались многочисленные страхи – опасался глубокой воды (на отдыхе никогда не заплывал на глубину), избегал

летать на самолетах, из-за страха полета не пользовался воздушным транспортом опасался застрять в лифте.

Был ответственным, зачастую вместо встреч с друзьями по поручению старших тратил все свободное время на домашние дела.

В школу пошел в 7 лет, в коллективе сверстников первоначально адаптировался с трудом, однако тянулся к ним, хотя и был на вторых ролях. Учился хорошо, тщательно готовился по всем предметам, испытывал выраженную тревогу перед контрольными и зачетами, будучи охваченным волнением мог всю ночь не спать.

С 12 лет стал менее робким, появились друзья. С целью сбросить вес и обрести хорошую физическую форму занялся спортом – боксом и тяжелой атлетикой. Значительных спортивных успехов не достиг, физическая нагрузка сама по себе не нравилась, занимался лишь чтобы улучшить фигуру. По достижении желаемой физической формы к 20 годам, активные занятия спортом прекратил, в дальнейшем ограничивался непродолжительной утренней зарядкой.

В возрасте 18 лет влюбился в знакомую, был впечатлён ее уверенностью в себе. Вскоре женился. В семье был на вторых ролях, решение всех важных дел, контроль за финансами делегировал супруге. Сам помимо работы занимался приготовлением пищи, следил за домом, заботился о детях.

В интересах был ограничен, нравилось смотреть юмористические, исторические программы по телевизору, читал романы, классиков. При этом был сентиментальным, после прочтения трогательного сюжета мог прослезиться. Из опасения спровоцировать тревогу избегал остросюжетных телевизионных передач.

После школы окончил стоматологический институт. К освоению специальности подходил ответственно, боялся навредить больным, стремился тщательно выполнять врачебные манипуляции.

К карьерному росту не стремился, боялся ответственности, довольствовался невысоким положением, не сопряжённым с большой ответственностью. Пользовался репутацией безотказного помощника, освоив компьютер, налаживал

технику свои коллегам. Был совестливым, в конфликтной ситуации всегда шел на попятную.

На протяжении жизни отличался повышенной тревогой за здоровье – при минимальном недомогании, болях обращался к врачу, аккуратно принимал рекомендованную терапию, находился на больничном столько, сколько предписывал врач, сокращая при этом всякую физическую активность. Перед любым обследованием волновался, неизменно представлял, будто обнаружат тяжелое заболевание.

Всю жизнь опасался развития тяжёлого заболевания (рака, аутоиммунного процесса). Из страха заразиться гепатитом, СПИДом был особо аккуратен на работе, неукоснительно контролировал процесс дезинфицирования оборудования. С 50 лет страдал артериальной гипертензией, при этом регулярно измерял АД, ходил на профилактические обследования, педантично принимал рекомендованную антигипертензивную терапию.

В возрасте 45 лет узнал о том, что отец болен онкологическим заболеванием. Немедленно снизилось настроение, испытывал выраженную тревогу за его судьбу. Сон и аппетит при этом не нарушались, продолжал работать. Настроение было сниженным в течение трех месяцев (два месяца до смерти отца и месяц после).

Состояние ухудшилось после известия, что отец умер – еще больше снизилось настроение, испытывал тоску по нему с локализацией в загрудинной области. Несколько снизился аппетит, нарушился сон по типу трудностей засыпания. Наряду с этим появились опасения, что как и отец может заболеть и умереть от злокачественного новообразования.

После того, как настроение спустя месяц после смерти отца выровнялось, стал еще более тревожным в отношении собственного здоровья, чаще посещал врачей. Временами зачитывался в интернете информацией о злокачественных опухолях. Общее самочувствие при этом было удовлетворительным, продолжал работать, заниматься привычными делами.

В декабре 2014 года (больному 50 лет) самостоятельно обнаружил в области яичка уплотнение. Немедленно сам понял, что страдает новообразованием яичка. После дополнительно ознакомления с соответствующей литературой утвердился в своих опасениях.

Сознавая, что необходимо как можно скорее обратиться за квалифицированной медицинской помощью все же решил повременить с этим. Каждый раз обдумывал, когда идти в больницу и каждый раз давал себе еще несколько дней на то, чтобы морально подготовиться. В итоге откладывал первичный визит к врачу в течение четырёх месяцев.

Стал испытывать выраженную тревогу перед любыми медицинскими манипуляциями, самым антуражем больниц. Стойко нарушился сон – каждую ночь просыпался по несколько раз с мыслями тревожного содержания касательно прогноза заболевания. С целью улучшения качества сна стал выпивать на ночь одну-две рюмки водки, хотя до этого был равнодушен к алкоголю.

Снизилось настроение без суточной динамики, сложившаяся ситуация представлялась безвыходной. Продолжал справляться с работой, однако дистанцировался от коллег, те начали раздражать своим весельем, шутками, стремился побыть в одиночестве.

По несколько раз перечитывал информацию в интернете о предполагаемом заболевании, неизменно приходил к выводу, что прогноз представляется плохим. Помимо самого заболевания боялся осложнений предполагаемого лечения – опасался не проснуться после наркоза, тяготился возможным оперативным удалением яичка, побочными эффектами химиотерапии.

Стал испытывать тянущие боли в области яичка, которые усиливались на высоте тревоги, временами испытывал тошноту, головокружение.

Родным о наличии заболевания первое время не сообщал, боялся, что те заставят его обратиться к врачам против его воли. Спустя три месяца все же рассказал супруге о своих подозрениях в отношении опухоли, однако еще в

течение месяца сопротивлялся ее попыткам устроить консультацию – раздражался, сообщал, что обратится когда соберётся с силами.

Согласился на обследование и лечение после того, как narosли явления интоксикации – стал испытывать вялость, утомляемость, с трудом сосредотачивался на работе. Был госпитализирован в отделение химиотерапии РОНЦ.

Соматическое состояние:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подкожный жировой слой развит умеренно. Шейные, подчелюстные, надключичные, подмышечные, лимфоузлы не увеличены. Болей в костях, суставах, мышцах нет, атрофии мышц не выявлено. Сознание ясное. Дермографизм красный. Сон нормальный. Щитовидная железа не увеличена. Нарушения обмена не отмечаются. По органам дыхания жалоб нет. Форма грудной клетки цилиндрическая, ЧД 18 в мин. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Перкуторно ясный легочный звук. Границы легких в пределах нормы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 130/90 мм.рт.ст. Осмотр области сердца без особенностей. Сердечный и верхушечный толчок в 5-м межреберье по средне-ключичной линии. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2-е межреберье слева по средне-ключичной линии, левая – в области верхушечного толчка. Тоны сердца приглушены. ЧСС 85 в минуту. Ритм синусовый, наполнение и напряжение удовлетворительные. Язык чистый, влажный. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Жалобы на боли в эпигастрии. Форма живота плоская. Тонус брюшных мышц сохранен. Пальпация органов брюшной полости безболезненная. Границы печени по средне-ключичной линии: верхняя – 6-е межреберье, нижняя- край реберной дуги. Край печени заостренный, консистенция эластичная. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус сфинктера сохранен, ампула пустая, на высоте пальца без патологических образований. Функция кишечника не нарушена. Селезенка не пальпируется, границы по ср. подмышечной линии:

верхняя – 9-е ребро, нижняя – 11-е ребро. Мочеиспускание свободное. Пальпация почек безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Молочные железы, женские половые органы без патологии. По данным осмотра уха, горла носа патологии не выявлено. Зрачки OD=OS.

Описание проявлений основного заболевания: В области правого яичка пальпируется сращенное с ним объёмное образование округлой формой около 2 см в диаметре плотно-эластической консистенции.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Общий анализ крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты 4,8 10¹²/л, ЦП 0,89, лейкоциты 4,3 10⁹/л (п/я 1%, с/я 60%, лимф. 29%, мон. 9%, эоз. 1%), СОЭ 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ.белок - 70,6 г/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, общ.билирубин – 6,5 мкмоль/л.

Ферменты сыворотки крови: АСТ – 17,8 Ед/л, альфа-амилаза 68 Ед/л;

Коагулограмма: фибриноген 304 мг/дл, протромбин 89%, РКМФ этанол тест – отрицат.

Антитела к ВИЧ не обнаружены. Реакция Вассермана – отрицат.

Общий анализ мочи: pH - 6, уд.вес - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. - 3-2 в п/зр, эритроц. - 0-1.

Цитологическое исследование ткани опухоли: в представленном образце отмечаются атипичные клетки округлой формы, базофильной окраски с преобладанием вакуолей. Также отмечаются фибробласты и гистиоциты, очагов некроза не выявлено. Заключение: типичная семинома.

УЗИ: данных за отдаленные метастазы не выявлено.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Неврологическое состояние: Общемозговых симптомов нет. Зрачки правильной формы, D=S. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Двигательных, координаторных расстройств не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Чувствительность сохранена. Сухожильные и надкостничные рефлексы симметричные. Патологические знаки отсутствуют.

Диагноз: Типичная семинома правого яичка, T3N2M0.

Психический статус: опрятно одет, молодежав. Выглядит встревоженным, после того как узнает, что общается с психиатром, с радостью соглашается на консультацию, просит назначить препараты для «успокоения нервов».

Жалуется на выраженную тревогу за здоровье, в течение дня не может отвлечься от опасений по поводу прогноза заболевания. Состояние ухудшается во время обследований, консультаций – тогда появляются неприятные ощущения в теле – тянущие боли в области яичка, тошноту, одышку, сердцебиения.

Сообщает, что избегает чтения истории болезни, делегирует врачам вопросы лечения, во всем с ними соглашается. Не хочет знать какие-либо подробности о своем заболевании из страха, что сообщат о фатальном прогнозе. При этом всем рекомендациями врачей следует с большим педантизмом – по часам засекает, когда надо пить препараты, все по несколько раз уточняет.

Бойтсся предстоящего лечения, говорит о нем с неохотой, однако по несколько раз выясняет, тяжело ли будет переноситься химиотерапия, переспрашивает, не удастся ли вылечить без оперативного вмешательства, которое вызывает наибольший страх.

Настроение снижено с преобладанием пессимистического отношения к сложившейся ситуации, охвачен мыслями о плохом прогнозе. Сообщает, что смотрит телевизор без удовольствия, не испытывает отчётливой радости от посещения родственниками. Суточного ритма в состоянии не выявляется, выраженность подавленности колеблется с зависимости от внешних событий. Суицидальных мыслей, витальной тоски не выявляется.

Винит себя в том, что задержался с обращением за квалифицированной медицинской помощью, убежден, что тем самым ухудшил свой прогноз. Сообщает, что с первых минут обнаружения опухоли знал, что следует лечиться, однако в связи с выраженной тревогой не мог собраться, со слов «каждый раз собирался принять решение об обращении к врачу и всякий раз ждал еще».

Клинический разбор: откладывание обращения за медицинской помощью в данном наблюдении манифестирует в рамках тревожно-депрессивной нозогенной реакции. В пользу такой квалификации свидетельствует доминирование на всем протяжении реакции выраженных страхов за здоровье (нозофобии *cum materia*). В структуре тревоги также отмечаются транзиторные соматоформные расстройства, амплифицирующие проявления онкологического заболевания, однако подчиняющиеся в своем течении закономерностям динамики тревоги.

Явления диссоциации в структуре реакции в данном наблюдении минимальным – признание наличия онкологического заболевания и необходимости лечиться представляется полным, а опасения по поводу прогноза заболевания не только не приуменьшены, но и гипертрофированно усилены.

Реакция манифестирует у пациента с тревожным-мнительным расстройством личности [7; 24]. В пользу такой квалификации свидетельствует стойкое наличие в течение жизни таких черт, как нерешительность, избегание работы, связанной с ответственностью, боязливость, легкость формирования тревожных реакций, сочетающиеся с гиперчувствительностью в межличностной сфере, повышенным чувством ответственности, сентиментальностью.

Подобная квалификация подтверждается также данными семейного анамнеза – отмечается накопление расстройств личности тревожного круга. Кроме того, необходимо отметить, что у отца пробанда в настоящем наблюдении отмечалась сходная реакция на онкологическое заболевание, также сопровождающаяся откладыванием, что позволяет трактовать откладывание в данном семейном наблюдении в качестве «сквозного симптома» [11].

В связи с тем, что в данном наблюдении тревожная депрессия манифестирует у тревожно-мнительной личности, следует особо обсудить ее природу. Такой тип преморбиды предрасполагает к формированию эндогенных тревожных депрессий [26], а потому, несмотря на формальное развитие депрессии, в данном наблюдении после установления диагноза, следует исключить ее связь с явлениями циркулярной меланхолии.

В пользу нозогенной квалификации свидетельствует подчиненность ритма депрессии внешним факторам – усиление симптоматики после неблагоприятных известий, обследований, в то время как типично циркулярный ритм с ухудшением утром отсутствует. Содержательный комплекс депрессии ограничен представлениями о возможном неблагоприятном прогнозе заболевания и лишен идей малоценности и вины, типичных для циркулярной меланхолии.

Наличие расстройств шизофренического спектра в настоящем наблюдении может быть со всем основанием отвергнуто на основании двух аргументов – во-первых, в настоящем наблюдении отсутствуют расстройства мышления, нарушения эмоциональной сферы. Во-вторых, жизненная кривая больного характеризуется стабильностью без тенденции к аутохтонной динамике с нарастанием фобических проявлений, избегающего поведения или личностных изменений.

Необходимо отметить очевидный вклад предшествующего контакта с онкологическими заболеваниями в оформление наблюдаемой реакции. Больной перенес депрессию, обусловленную смертью отца от онкологического заболевания. По завершении депрессии у больного сохраняются стойкие и выраженные проявления канцерофобии, кроме того, на психологическом уровне происходит формирование стойких представлений о бесполезности совладающего поведения в отношении онкологической патологии [83].

На госпитальном этапе состояние определяется также тревожно-депрессивной нозогенной реакцией, однако после свершившегося контакта с медицинскими службами поведенческий компонент откладывания подвергается закономерной редукции, а само избегающее поведение представлено исключительно избеганием информации об онкологическом заболевании.

Диагноз может быть сформулирован следующим образом: тревожно-депрессивная нозогенная реакция, сопровождающаяся откладыванием у пациента с тревожно-мнительным расстройством личности.

Паранойяльные реакции откладывания (14 набл., 10 мужчин, 4 женщины, средний возраст $59,8 \pm 7,2$ лет, средняя продолжительность откладывания $30,8 \pm 17,7$ месяце, медиана - 24 месяца).

Клиническая картина паранойяльных реакций откладывания определяется сверхценными идеями, содержание которых было неоднородным. На первом месте по распространённости отмечались сверхценные идеи самолечения и самостоятельной борьбы с проявлениями недуга (выявлены в 10 наблюдениях, 71%), реже отмечалась сверхценная одержимость работой, не оставляющая места заботе о здоровье (6 набл., 43%). В половине случаев (7 набл., 50%) описанные сверхценные идеи дополнялись подозрительностью и недоверием по отношению к врачам.

Как можно убедиться, описанные варианты сверхценных идей существовали не изолированно, а выступали в структуре единого паранойяльного синдрома, либо чередовались, определяя особый паттерн аномального поведения в болезни.

При доминировании сверхценных идей самолечения по большей части используются методики, сопоставимые с конвенциональными – попытки совладать с заболеванием путем коррекции образа жизни, усиленных занятий спортом, массажа и прочих физиотерапевтических мероприятий.¹³ В ряде случаев (6 набл., 43%) больные прибегают к ранее услышанным от докторов общим рекомендациям, при этом отмечается тенденция к выделению определённых врачей, которым больные склонны верить.

Сверхценные идеи недоверия к врачам отмечаются достаточно часто (6 набл., 43%) при асимптоматических опухолях, информация о которых получается больным посредством инструментальных методов (УЗИ признаки новообразования почки, опухоль головного мозга, выявляемая на МРТ). При этом больные мотивирует несвоевременное обращение убеждённости в том, что

¹³ В этом состоит одно из важных отличий изученных больных от пациентов с паранойей желания (wunsch paranoia), описанных в онкологической практике в работе А. Б. Смулевича и соавторов [20]. Для последних характерно использование заведомо неадекватных, аутоагрессивных методов лечения – введение отвара мухомора, прижигание опухолей и т. д.

любые методы исследования имеет тенденцию к погрешностям, а трактующие их врачи могут быть недостаточно компетентны, либо халатны.

Наконец, в случае доминирования сверхценной одержимости работой речь идет о больных, которые занимают позицию, не допускающую траты времени на лечения онкозаболевания, при наличии дел, имеющих отношение к ключевой сфере деятельности больных (необходимость лететь в длительную командировку, завершить судебную тяжбу по поводу жилья).

Наличие сверхценных идей с указанной фабулой подтверждается доминированием эргопатического (с уходом в работу) и паранойяльного типов реагирования по опроснику ЛОБИ.

Вне зависимости от фабулы сверхценных идей в настоящей группе больные сохраняют приподнятое настроение, свойственную им повышенную активность. При этом ни у одного из больных в данной группе не выявляются признаки патологически повышенного аффекта (реактивной гипомании), а приподнятое настроение остаётся в конституциональных рамках. Такой тип реагирования на болезнь сопоставим с психологическим понятием упругости (resilience)¹⁴ [41], которое согласно существующим данным свойственно лицам параноического круга [19]. Тем не менее, у большинства больных (12 набл., 86%) по мере прогрессирования заболевания отмечаются те или иные признаки тревоги в виде транзиторных нарушений засыпания, беспокойства, раздражительности при обсуждении вопросов здоровья.

Диссоциативные расстройства при данном типе откладывания также не отмечались, по опроснику DES средний балл – 5 (сопоставимо с показателями здоровой популяции).

Преобладание в данной группе лиц мужского пола, в целом нетипичное для общей выборки исследования, согласуется с данными о большей распространенности расстройств паранойяльного круга (в целом) и нозогенных паранойяльных реакций (в частности) у мужчин [6; 22].

¹⁴ В психологической литературе упругостью называют способность немедленно возвращаться к привычному эмоциональному состоянию (bounce-back) после воздействия стрессов любой тяжести.

Данный тип реакций откладывания характеризуется большей стойкостью по сравнению с фобическим, что подтверждается втрое большей средней длительностью (30,8 мес. против 10,8 мес.) Зачастую больные даже на фоне выраженного соматического неблагополучия продолжают заниматься самолечением, и после обращения к врачам сохраняют определённое к ним недоверие и склонны прислушиваться лишь к некоторым рекомендациям.

Паранойяльная симптоматика сохраняется и на госпитальном этапе, хотя и не сопровождается выраженной аутоагрессией. Так, в 8 наблюдениях (57%) периодически формируются синдромально незавершенные сутяжные реакции длительностью 3-5 дней. Больные начинают добиваться устранения бюрократических проволочек, сопряжённых с процессом госпитализации и лечения, требуют более внимательного к себе отношения и т. д. Подобные реакции имеют тенденцию к самопроизвольному завершению по мере разрешения конфликтной ситуации, не сопровождаются подозрительностью, идеями злого умысла со стороны медицинского персонала.

В качестве почвы, предрасполагающей к формированию паранойяльных аутоагрессивных реакций, выступали расстройства личности со склонностью к формированию сверхценных идей (носители сверхценных идей по П. Б. Ганнушкину, [7]) в рамках паранойяльного (10 набл., 71,4%), а в отдельных случаях и шизотипическое расстройство личности (4 набл., 28,6%). У больных отмечают некоторые общие черты. Во-первых, персистирующая на протяжении жизни диффузная подозрительность со склонностью к формированию кратковременных паранойяльных реакции (ревность по отношению супругам, конфликты на работе и т. д.) Во-вторых, склонность к сверхценным идеям изобретательства, любовь к ручному труду и т. д.

Помимо склонности к формированию сверхценных идей в числе характерных черт выступают также отчётливые аномалии соматоперцептивной конституции. В 9 наблюдениях (56%) выявляется сегментарная деперсонализация, а в 7 (44%) соматотония. В данной группе соматотония обнаруживает отчётливую связь со сверхценными идеями оздоровления – в 4

набл. (28%) откладывание с самолечением формируется у больных с отчётливой ипохондрией здоровья (культ тела, страсть к экстремальным физическим нагрузкам, неизменно высокая физическая выносливость). В свою очередь соматоперцептивная акцентуация по типу сегментарной деперсонализации ассоциируется со сверхценной увлечённостью работой.

Выраженность склонности к формированию сверхценных идей подтверждаются сходными высокими баллами по шкале паранойяльности опросника мини-Мульт как у больных с паранойяльным, так и с шизотипическим РЛ.

Клинические особенности паранойяльных реакций иллюстрирует следующий пример.

С. П. П., 68 лет.

Онкологический диагноз: липосаркома мягких тканей бедра, T4N0M0.

Наследственность манифестными психозами не отягощена

Мать – крестьянка, отличалась тяжелым, властным нравом, при малейших провинностях била детей, долгое время, пока муж болел, фактически вела большое деревенское хозяйство. Умерла в преклонном возрасте от инсульта

Отец – кадровый военный. Отличался храбростью, слыл человеком коммунистической идеи. После выхода в отставку занимался хозяйством в деревне. Умер от неуточненного соматического заболевания в возрасте около 60 лет

Брат - военный служащий, по характеру пунктуальный, принципиальный, строго соблюдающий все правила и установления.

Дочь 40 лет – косметолог. Демонстративная, чрезмерно общительная, любительница красиво одеться

Дочь 38 лет – домохозяйка. Поддерживает дома идеальный порядок, собирает дружеские компании.

Родился от нормально протекавшей беременности в деревне. С ранних лет бойкий, активный, нравились подвижные игры. Отличался бесстрашием, был

инициатором шалостей с удовольствием участвовал в подвижных играх, много времени проводил на природе. С малых лет любил ручной труд, мастерить.

Отличался принципиальностью, упрямством в отстаивании своих интересов. При необходимости бесстрашно дрался, мог вступить в драку даже с несколькими оппонентами.

В школу пошел по возрасту. Быстро ухватывал учебный материал, однако к учебе особого интереса не проявлял, с большей охотой работал по хозяйству. С младших классов увлекался спортом – особенно нравилась езда на велосипеде, походы, со свойственной выносливостью находил время для физических упражнений после выполнения тяжёлой физической работы.

В подростковом возрасте стал серьезнее, подходил реалистически к оценке будущих перспектив, нравилось все наперед планировать. Усилилась страсть к разного рода ручному труду – слесарничал, интересовался автомобилями и мотоциклами, мечтал связать с ними свою будущую жизнь.

Будучи призван в армию, в рядах вооружённых сил адаптировался легко, без затруднения жил по уставу, давались все армейские дисциплины, был на хорошем счету у начальства. Конфликтовал со старослужащими, умело отстаивал свои права, был лидером группы военнослужащих, дающих отпор дедовщине. С большой охотой занимался обслуживанием полковой техники.

После окончания срочной службы служил сверхсрочную старшим прапорщиком, был ответственным за автопарк, имел в подчинении шестерых человек.

Был фанатично предан работе, при этом неизменно честен из-за чего случались неоднократные служебные конфликты – в частности отказывался предоставлять старшим по чину военнослужащим новую технику пока старая еще работала. В конфликтах был упрям, мог дойти до начальства, устроить скандал. Несмотря на неоднократные конфликтные ситуации служил на одном месте.

После демобилизации в возрасте 50 лет, купил деревенский дом. Со свойственной высокой активностью отремонтировал строение – перекрасил, переложил крышу, построил баню, развел большое деревенское хозяйство –

помимо огорода обзавёлся кроликами, курицами, коровой. Жил на доходы от сельского хозяйства, ездил торговать в город. Все свободное время проводил за улучшением и расширением дома.

Пользовался у соседей авторитетом, слыл умелым и неунывающим тружеником. Зачастую привлекался в качестве советчика при решении конфликтных ситуаций среди односельчан. Охотно общался с соседями, любил совместные праздники. Преимущественно сохранял хорошие отношения со знакомыми, конфликтовал редко, лишь при необходимости отстаивать свои финансовые интересы.

Женат был дважды. Впервые женился в возрасте 21 года. В семье играл ведущую роль, решал все важные вопросы, контролировал траты денег. Был ревнив, неодобрительно относился к яркой одежде, общительности супруги. Спустя 10 лет совместной жизни без причины появилось чувство, что супруга изменяет. Начал замечать незначительные изменения в домашнем быте, которые считал свидетельством измен – появление новых окурков в пепельнице, изменение расположения посуды, смятую постель. Несмотря на уверения со стороны жены и отсутствие прямых свидетельств измены быстро расстался с ней, при этом подавленности не испытывал. В дальнейшем с бывшей супругой контактов не поддерживал. Спустя год женился повторно, состоит в браке до настоящего времени. Отношения также складывались неровно, требовал от жены аккуратного ведения хозяйства, раздражался, когда она уходила к пообщаться с подругами, придирался по поводу небрежности в быту. В решении всех бытовых вопросов так же как и в первом браке занимал ведущее положение. Несколько раз во время крупных ссор бил супругу.

На протяжении жизни отличался равнодушным, отстранённым отношением к своему телу: с лёгкостью переносил усталость, боль, простудные заболевания, крайне редко брал больничные листы. Был склонен к самолечению – самостоятельно обрабатывал полученные во время работы по хозяйству раны, вскрывал абсцесс миндалины. Даже к выраженному соматическому страданию относился пренебрежительно. Так в возрасте 40 лет перенёс на работе инфаркт

миокарда, при этом несмотря на выраженные боли в области сердца и одышку несколько раз последовательно отказывался от госпитализации в связи с тем, что был ответственным за склад части и не знал, кому сдать смену ночью. Страх смерти при этом не испытывал.

Помимо этого был недоверчив по отношению к врачам, редко прислушивался к их рекомендациям, не принимал показанную терапию, убеждённый в том, что самостоятельно сможет справиться с проявлениями заболевания, лучше понимает свой организм. В стремлении врачей госпитализировать его по поводу острой соматической патологии зачастую видел злой умысел, стремление отвлечь от выполнения важных мероприятий, раздражался.

Первые проявления онкологического заболевания отметил после незначительной травмы в возрасте 56 лет, когда в мягких тканях правого бедра начало медленно расти образование мягкоэластической консистенции. Не испытывал беспокойства по этому поводу, в течение первых лет, пока опухоль была небольшого размера не предпринимал никаких мер по самолечению, однако после того, как образование начало мешать одеваться, начал использовать различные примочки из трав, о которых прочел в популярных журналах – местно наносил спиртовую настойку чистотела. Однако даже когда занимался самолечением большого внимания опухоли не уделял, был охвачен домашними делами.

В возрасте 58 лет во время обращения к врачу по поводу острой вирусной инфекции спросил его мнения о том, что собой представляет образование и как его лечить. Со свойственной недоверчивостью проигнорировал заверения врача в том, что скорее всего болен злокачественным новообразованием, отмёл рекомендации по госпитализации и оперативному лечению, счел доктора излишне молодым и неопытным. Впоследствии утвердился в своем недоверии к врачам.

Стационарирован был лишь спустя 4 года (больному 62), когда опухоль сдавила сосудисто-нервный пучок, что вызвало формирование стойких отеков, нарушение функции ноги.

Был направлен в областную больницу, где в связи с высоким расположением опухоли была рекомендована массивная операция с ампутацией ноги и экзартикуляцией тазобедренного сустава.

На предложенную операцию не согласился, считая, что врачи в силу недостатка опыта стремятся поскорее избавиться от него, предлагают неоптимальную и заведомо калечащую операцию. Неоднократно объяснялся с заведующим отделения, а когда тот стал его избегать пришел к выводу, что по отношению к нему персонал больницы настроен негативно. В течение всего этого времени (около 2 месяцев) отчетливой подавленности не испытывал, однако отмечал стойкие нарушения сна – не мог уснуть по два-три часа, подолгу смотрел телевизор.

После конфликтной ситуации в отделении выписался по собственному желанию и принялся добиваться направления на лечение в РОНЦ им. Н. Н. Блохина: на основании изучения информации в интернете пришел к выводу, что это наиболее надежное и авторитетное учреждение в стране, в котором могут произвести наименее калечащую операцию.

В течение двух недель добился направления, не откладывая поехал в Москву. Согласился на оперативное вмешательство меньшего объема (ампутация без артикуляции сустава) после разъяснения о ее необходимости.

После принятия решения об операции немедленно начал думать, каким образом компенсировать будущий функциональный дефицит, увлеченно принялся читать в интернете о протезах, размышлял, как их улучшить, одно время обдумывал возможность поставить вместо ноги колесо. На предоперационном этапе был осмотрен психиатром.

Соматическое состояние:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые.

Подкожный жировой слой развит слабо. Шейные, подчелюстные, надключичные, подмышечные, лимфоузлы не увеличены. Болей в костях, суставах, мышцах нет, атрофии мышц не выявлено. Сознание ясное. Дермографизм красный. Сон нормальный. Щитовидная железа не увеличена. Нарушения обмена не отмечаются. По органам дыхания жалоб нет. Форма грудной клетки цилиндрическая, ЧД 15 в мин. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Перкуторно ясный легочный звук. Границы легких в пределах нормы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 130/90 мм.рт.ст. Осмотр области сердца без особенностей. Сердечный и верхушечный толчок в 5-м межреберье по средне-ключичной линии. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2-е межреберье слева по средне-ключичной линии, левая – в области верхушечного толчка. Тоны сердца приглушены. ЧСС 75 в минуту. Ритм синусовый, наполнение и напряжение удовлетворительные. Язык чистый, влажный. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Жалобы на боли в эпигастрии. Форма живота плоская. Тонус брюшных мышц сохранен. Пальпация органов брюшной полости безболезненная. Границы печени по средне-ключичной линии: верхняя – 6-е межреберье, нижняя – край реберной дуги. Край печени заостренный, консистенция эластичная. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус сфинктера сохранен, ампула пустая, на высоте пальца без патологических образований. Функция кишечника не нарушена. Селезенка не пальпируется, границы по ср. подмышечной линии: верхняя – 9-е ребро, нижняя – 11-е ребро. Мочеиспускание свободное. Пальпация почек безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Молочные железы, женские половые органы без патологии. По данным осмотра уха, горла, носа патологии не выявлено. Зрачки OD=OS.

Описание проявлений основного заболевания: состояние больного стабильное, сознание ясное. Походка не изменена, передвигается без дополнительных средств опоры. При осмотре деформации позвоночного столба и костей таза нет. Парезов нет. Функции тазовых органов контролирует. Рефлексы с ног симметричные, живые. Определяется деформация правой ноги вследствие

опухоли больших размеров, циркулярно деформирующей верхнюю треть правого бедра, плотно-эластической консистенции, смещаемую с мышечным футляром. Ниже области поражения на правой ноге многочисленные очаги лимфостаза и пропотевания лимфы, нога резко отечна, цвет синюшный.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4,6 10¹¹/л, ЦП 0,88, лейкоциты 4,2 10⁹/л (п/я 3%, с/я 58%, лимф. 31%, мон. 7%, эоз. 1%), СОЭ 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ.белок - 71,6 г/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 65 мкмоль/л, общ.билирубин – 7,2 мкмоль/л.

Ферменты сыворотки крови: АСТ – 16,9 Ед/л, альфа-амилаза 63 Ед/л;

Коагулограмма: фибриноген 307 мг/дл, протромбин 87%, РКМФ этанол тест – отрицат.

Антитела к ВИЧ не обнаружены. Реакция Вассермана – отрицат.

Общий анализ мочи: pH – 6,5, уд.вес - 1015, белок, сахар - нет, лейкоц. – 1-2 в п/зр, эритроц. - 0-1.

Цитологическое исследование ткани опухоли: в образце преобладают липоидные клетки разного размера, характеризующиеся значительным полиморфизмом и гиперхроматизмом ядер. Также определяются фиброциты и фибробласты, а также участки ослизнения с наличием гистиоцитов, полиморфных липоцитов и звездчатых клеток. Заключение: высокодифференцированная липосаркома.

УЗИ: данных за отдаленные метастазы не выявлено.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Неврологическое состояние:

Общемозговых симптомов нет. Зрачки правильной формы, D=S. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Двигательных, координаторных расстройств не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Чувствительность сохранена. Сухожильные и надкостничные рефлексы симметричны. Патологические знаки отсутствуют.

Диагноз: липосаркома правого бедра T4N0M0.

Психический статус: выглядит несколько младше своих лет, аккуратно одет. Встречает врача настороженно, несколько раз спрашивается о цели беседы и ее необходимости.

После заверений в научном характере беседы повествует о себе с удовольствием, речь в форме монолога с просторечными выражениями.

Сообщает, что в настоящее время не испытывает тревоги, однако ночами подолгу не может заснуть из-за мыслей о прогнозе, чтобы отвлечься смотрит телевизора в течение нескольких часов.

Делит врачей на тех, которым можно доверять и тех, кому нельзя. Доволен персоналом клиники, считает докторов опытными, большими авторитетами в своей области. В то же время критически отзывается о персонале областной больницы, где лечился до того. Усматривает в предложенном там врачами плане хирургической операции признаки злого умысла – «хотели отделаться», «халатно подходят к лечению».

Откладывание лечения связывает с тем, что не имел времени заниматься здоровьем в связи с большим количеством домашних дел; увлеченно повествует о них.

Несмотря на очевидную связь грядущей потери ноги с откладыванием не считает свое поведение неправильным.

С явным равнодушием сообщает о функционировании собственного организма – сравнивает его с машиной, которая сломалась после длительной работы, а в настоящее время нуждается в починке.

Настроение ближе к приподнятому, бравирует сложившейся ситуацией. Демонстративно сообщает, что «главное вылечиться», планирует самостоятельно усовершенствовать протезы после удаления ноги, увлеченно и помногу рассказывает об этом, порывается показать врачу фотографии найденных устройств, иронизируя говорит, что склонен поставить вместо ноги колесо. Строит многочисленные планы по возвращению к работе на собственном хозяйстве.

Охотно рассказывает о разводе с первой женой, приводит множество аргументов в пользу того, что она изменяла, в процессе распаляется, требует у врача согласиться с его точкой зрения. В отношении второй жены идей ревности не высказывает. Тем не менее, склонен негативно отзываться о супруге, знакомых в деревне, описывает их многочисленные пороки – ленность, склонность к плутовству.

Клинический разбор: в представленном наблюдении откладывание манифестирует в рамках паранойяльной реакции.

Сверхценные идеи, определяющие аномальное поведение, в данном наблюдении неоднородны – на первый план выступает сверхценная одержимость работой (трудоголизм). Выполнение больным служебных обязательств, а затем ведение большого хозяйства выступает в качестве ключевого фактора откладывания.

Определённый вклад в формирование реакции также осуществляют не достигающие синдромальной завершённости и лишённые тенденции к систематизации идеи недоверия врачебному персоналу, подозрения о наличии с их стороны злого умысла. Наибольшей выраженности данные идеи достигают на завершающем этапе откладывания, определяя отказ от оперативного вмешательства на уровне районной больницы.

Кроме того, нельзя игнорировать вклад в оформление реакции аномалий соматоперцепции – у больного выявляется выраженная акцентуация по типу сегментарной деперсонализации с отсутствием чувства тела, высокой толерантностью к физическим нагрузкам и телесному неблагополучию, отсутствием страха за свое здоровье.

Выявляемые в настоящем наблюдении элементы самолечения (в форме использования настоев трав, почерпнутых из популярной литературы) мало выражены и не достигают степени сверхценности.

На госпитальном этапе несмотря на очевидную тяжесть процесса не выявляется признаков депрессии, настроение остаётся несколько приподнятым, сохраняется настрой на возвращение к активному труду несмотря на грядущую

калечащую операцию. Подобное поведение квалифицируется в рамках психологической модели упругости (resilience).

Личность больного в данном наблюдении можно определить как паранойяльную. В пользу такой квалификации свидетельствует склонность больного к формированию сверхценных идей, подозрительность, конфликтность, монотонно приподнятый в течение жизни аффект, склонность к ручному труду с усовершенствованием и рационализацией производства и быта.

Дополнительным подтверждением паранойяльного склада личности в настоящем наблюдении является имевшая место в анамнезе паранойяльная реакция ревности, приведшая к разводу с первой женой.

Сверхценные образования, отмечаемые у больного, относительно стабильны и не обнаруживают тенденции к усложнению, присоединению идей преследования, физического уничтожения, а также формируются в связи с актуальной психогенной провокацией. Кроме того, личностные аномалии больного стабильны и не подвержены изменениям на протяжении жизни. Потому можно исключить признаки расстройств шизофренического спектра (паранойяльная шизофрения).

С учётом этого диагноз может быть сформулирован следующим образом: нозогенная паранойяльная реакция, сопровождающаяся аутоагрессивным поведением в форме откладывания у паранойяльной личности.

Диссоциативные реакции откладывания (n=39; 10 мужчин, 29 женщин, средний возраст – $55,9 \pm 5,8$. Средняя длительность откладывания – $58,9 \pm 21,4$ мес, медиана – 27 месяцев).

Как уже было отмечено выше, на диссоциативные реакции в настоящей выборке приходится более половины всех наблюдений. Для всех описанных диссоциативных реакций было характерно повышенное значение по шкале DES - оно было статистически неотличимо, а также не достигало значений, свойственных для диссоциативных расстройств по критериям МКБ-10 (18,2 и 20,1 против 30-50). Тем не менее, обнаруженные результаты сопоставимы с результатами у больных с истерическим и пограничным расстройством личности.

Сходными были и результаты по опроснику ЛОБИ, согласно которым доминирующими типами реакции на болезнь были эйфорический и анозогнозический.

Наряду с этим, именно диссоциативные реакции оказались гетерогенными по своим проявлениям и длительности, объединяя относительно легкие расстройства, сопоставимые по продолжительности с откладыванием в рамках фобических и паранойяльных реакций, и наиболее тяжелые и выраженные реакции откладывания. В связи с этим возникает необходимость в выделении отдельных типов диссоциации, причём такое деление должно обладать определённой прогностической силой в отношении длительности откладывания.

В рамках настоящего исследования была предпринята попытка экстраполировать¹⁵ на модель нозогений при злокачественных новообразованиях концепцию двух механизмов диссоциации компартмент (compartment) и детачмент (detachment) [28; 35; 62].

Отличия между двумя типами диссоциации применительно к нозогенным реакциям в онкологической практике просуммированы в таблице 3-1.

Табл. 3-1. Сравнительные особенности компартмент- и детачмент-диссоциации в структуре нозогенных реакций у онкологически больных

	Компартмент	Детачмент
Клиническая картина	«Двойная» реакция/ «Фасад» – диссоциативная симптоматика, «фон» – тревога.	Полное элиминирование тревоги из сферы сознания без признаков латентной тревоги, совершенная убежденность в отсутствии заболевания
Аффективный фон	Нерезко снижен (тревожная депрессия)	Гипомания
Влияние не медицинское поведение	Может быть как связано с откладыванием, так и	Сопряжено с грубым и длительным

¹⁵ Валидность данной концепции в отношении реакций утраты была верифицирована в русскоязычной литературе в работе К. Н. Германовой [2014].

	сопровождаться адекватным медицинским поведением	откладыванием
Преморбид	Истерическое РЛ	Шизотипическое РЛ, вялотекущая психопатоподобная шизофрения
Клиническая квалификация	Нозогенная реакция в пределах ресурсов личности	Шизофреническая нозогенная реакция
Психопатологический механизм	Истерическая диссоциация	Сверхценные идеи полного соматического благополучия
Патогенез	Психологически выводимое состояние	Ассоциирован с долговременным нарушением функции мозговых структур («hard-wired»)

Согласно данной концепции диссоциация представляет собой гетерогенный психопатологический феномен, формирующийся посредством механизма компартментализации (compartment) или детачмента (detachment).

Главным проявлением компартмент диссоциации является удаление из поля сознания субъективно неприятных или тягостных ощущений, эмоций и воспоминаний. Согласно мнению Е. А. Holmes [62] при компартмент (compartment) диссоциации, «будучи компартментализированным, психический процесс продолжает функционировать и влиять на эмоции, когнитивные процессы и поведение»

Диссоциация, формирующаяся по механизму компартментализации, сопоставима с истерической диссоциацией в ее традиционном понимании, и в частности соотносится с понятием двойного сознания (doubling of consciousness) как старых [66], так и современных авторов [111].

В противовес этому, детачмент диссоциация представляется ядерным нейробиологическим феноменом,¹⁶ при формировании которого происходит полное элиминирование любых (когнитивных или эмоциональных компонентов тревоги из сферы сознания).

Дальнейшее описание диссоциативных нозогенных реакций будет производиться с учётом описанного выше деления.

Компартмент диссоциативная реакция откладывания (27 наблюдений, 20 женщина, 7 мужчин. Средний возраст $56,1 \pm 4,2$ лет. Средняя продолжительность откладывания - $32 \pm 7,3$ мес.; медиана – 19 месяцев).

Клиническая картина реакций этого типа определяется «двойным синдромом» (синдромом по типу двойного сознания), на фасаде которого имеет место диссоциативная симптоматика, а фон определяется тревожной реакцией.

Собственно диссоциативная симптоматика представлена сомнениями как в онкологической природе обнаруженного страдания, так и в том, что имеющиеся симптомы в принципе могут нанести вред здоровью (отрицание диагноза - denial of diagnosis и отрицание неблагоприятного влияния - denial of impact по E. Vos и D. Haes [113]).

В 15 наблюдениях (55%) при относительно малосимптоматичных и безболезненных опухолях происходит полное отрицание наличия опухоли, больные игнорируют данную тему в разговорах, избегают читать любую литературу, связанную со здоровьем, а в ряде случаев (6 наблюдений, 22%) даже формируют комплекс предохранительных мер, направленных на то, чтобы максимально дистанцироваться от любых проявлений онкозаболевания – убирают из ванной комнаты зеркала, не ложатся на сторону тела, пораженную опухолью, меняют распорядок упражнений на утренней зарядке, чтобы не задеть ее рукой и т. д.

¹⁶ При формировании детачмент диссоциации, в отличие от компартмента, происходит патологическая активация зон мозга, ответственных за подавление тревоги, что позволяет трактовать этот тип диссоциации как процесс, обусловленную патологией нейробиологического субстрата (по аналогии с компьютерами - hard-wired) процесс.

В остальных 13 наблюдениях (45%) больные признают наличие опухолевого образования, однако демонстрируют наигранные сомнения в том, что имеющиеся симптомы представляют собой проявление онкологического заболевания. Такой вариант диссоциации имеет место в случае опухолей, сопровождающихся выраженными симптомами (нарушения дефекации, боли, кровотечения). Зачастую этими больными используются те или иные методы самолечения (неспецифические заживляющие, анальгетические препараты, иммуностимуляторы), при этом самолечение в данном случае имеет характер истерической «двойной бухгалтерии» - больные демонстрируют убежденность в том, что происходит лечение не опухолевого процесса, а «язвы», «болячки» и т. д.

Реакция «фона», представлена тревожной симптоматикой, сопоставимой с таковой при фобическом типе откладывания: лабильность аффекта, периодические наплывы тревожных мыслей о прогнозе, нарушения засыпания, многочисленные телесные сенсации, амплифицирующие проявления опухолевого процесса.

Отчётливых симптомов гипотимии при данном типе откладывания не было выявлено ни в одном из наблюдений.

Откладывание с явлениями компартмент диссоциации было статистически значимо более выраженным и длительным ($p < 0,01$), чем фобическое и сопоставимо по длительности с паранойяльным. На поведенческом уровне большая выраженность откладывания проявлялась упорным избеганием врачей и игнорированием существующих симптомов даже в свете выраженного прогрессирования опухоли. Необходимо отметить, что несмотря на сопоставимую длительность, при компартмент-диссоциации накапливались субъективно более труднопереносимые опухоли – рак прямой кишки, молочной железы и т. д. в противовес недоступным непосредственному наблюдению или безболезненным опухолям при паранойяльном типе откладывания.

Общей тенденцией течения нозогенных реакций с явлениями компартмент-диссоциации было уменьшение удельного веса диссоциации и повышение удельного веса тревоги. Тем не менее, лишь в 3 наблюдениях (11%) на

госпитальном этапе имела место полная редукция диссоциативной симптоматики с формированием чисто тревожной нозогенной реакции.

В остальных 24 наблюдениях (89%) на госпитальном этапе имели место диссоциативные реакции, сопровождающиеся относительно правильным медицинским поведением, причем выраженность диссоциации колебалась в широких пределах, от минимальных явлений «прекрасного равнодушия», до немотивированной веры, что вскоре будет изобретено лекарство, позволяющее немедленно исцелить рак.

Реакции откладывания с явлениями компартмент-диссоциации формировались у пациентов с доминирующими истерическими чертами, реализующимися как в рамках собственно гистрионного РЛ по МКБ-10, так и в рамках шизотипического расстройства личности с выраженными истерическими чертами. Общим свойством описанных больных являлось наличие конституциональных свойств, определяющих склонность к патологическому принятию желаемого за действительное – феномен *wishful thinking*, реализующийся с самых разных жизненных ситуациях. В изученной выборке у большинства больных онкологическое заболевание не выступало в качестве единственного стрессора, вызывающего формирование диссоциативной симптоматики – в ответ на смерть родственников, угрозу разорения также формировались реакции, в структуре которых диссоциация занимала значимое место. При оценке при помощи методики мини-Мульт выявлялся пик по шкале «истерия».

Клинические особенности компартмент-диссоциации иллюстрирует следующее наблюдение.

С. А. Е., 43 года.

Онкологический диагноз: Рак правой молочной железы, T4N3M1. Метастазы в костях скелета. Патологический перелом L3 позвонка.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать – финансист, отличалась тяжелым, властным характером, на работе и с родственниками добивалась безусловного доминирования, навязывала свое

мнение. Страдала диабетом второго типа, ИБС, однако к вопросам здоровья была равнодушна, к врачам ходить не любила, терапию систематически не принимала. Умерла в возрасте 62 лет от сердечного заболевания.

Отец – робкий, молчаливый, решение всех важных вопросов делегировал супруге, во всем зависел от ее мнения. Работал водителем-дальнобойщиком.

Дочь – 12 лет. Общительная, подвижная, физически крепкая, систематически занимается спортом.

Больная родилась в срок от нормально протекавшей беременности, развитие по возрасту. Детских страхов не отмечалось. С малых лет была крепкой физически, активной, бойкой. Проводила много времени на улице в компании сверстников, всегда стремилась находиться в центре внимания, с малых лет кокетничала с мальчиками.

В школу пошла в семь лет, адаптировалась в коллективе без проблем, легко находила себе подруг, слыла заводилой среди одноклассниц. К учебе была равнодушна, училась посредственно, однако любила выступать у доски, могла на ходу сочинить ответ.

Менструации с 11 лет, установились сразу. Были болезненными и обильными. В предменструальном периоде в течение одного-двух дней отмечала выраженную раздражительность, плаксивость по малозначительным поводам.

Интерес к противоположному полу с 13 лет. Стала ярко одеваться, пользовалась косметикой, нравилось менять прически. До того равнодушная, начала заниматься спортом – лыжами, аэробикой, футболом, стремилась таким образом обрести подтянутую спортивную фигуру. Было большое количество поклонников, манипулировала ими, выбирала лучшего. Вышла замуж в 21 год, в избраннике привлекала материальная обеспеченность, внешняя привлекательность. В семье доминировала, решала большую часть важных вопросов.

Единственная беременность, роды в 31 год. В послеродовом периоде настроение резко снизилось, отмечала выраженную тревогу за ребенка, плакала, много раз за ночь просыпалась. Выраженность состояния значительно

уменьшилась после выписки из стационара спустя неделю после родов, однако подавленность все же сохранялась еще около месяца. Состояние обошлось без лечения.

Была заботливой, тревожной матерью, отслеживала передвижение дочери, ее состояние здоровья, в дальнейшем стремилась всегда знать, где и с кем она.

После окончания школы пошла работать в библиотеку, быстро стала заместителем директора по работе с читателями. В работе нравилось то, что постоянно общалась с людьми, находилась в центре внимания. Подчеркнуто вежливо общалась со всеми посетителями, стремилась выработать в каждом отдельный подход, посоветовать книги, гордилась ролью незаменимого консультанта по вопросам художественной литературы.

Было много друзей, в свободное время любила совместные вечера, веселые застолья, праздники, охотно пела, танцевала.

На протяжении всей жизни упорно отстаивала свои интересы, легко шла на обострение конфликта, устраивала скандалы. В конфликтных ситуациях, испытывала многочисленные неприятные ощущения в теле: ком в горле, волны жара и холода по телу, дрожь за грудиной, отмечался тремор рук и ног.

При известиях о крупных неприятностях (серьезная болезнь дочери, сокращение мужа на работе) испытывала эпизоды, когда произошедшее казалось нереальным, воспринималось как будто со стороны, было чувство, что вскоре неприятность пройдет словно дурной сон. Такие клишированные эпизоды длились один-два дня. Кроме того, временами испытывала необъяснимые эпизоды беспокойства, казалось, что предчувствует грядущие неприятности. Считала, что обладает даром предчувствия.

На протяжении жизни болела редко, отличалась отменным физическим здоровьем. Врачей при этом побаивалась, не нравились медицинские осмотры, неизменно боялась, что в процессе обследования обнаружат тяжкую соматическую патологию. Побавалась больничной обстановки, медицинских манипуляций. При внешней стеничности пугалась уколов, зубоврачебных

процедур, при необходимости выполнения этих манипуляций ощущала головокружение, тошноту, однажды упала в обморок при заборе крови.

В январе 2014 года (больной 42 года) узнала от родных о смерти матери от кардиологического заболевания. В течение нескольких часов не могла в это поверить, казалось, что это какая-то ошибка, затем в смерть поверила, кричала навзрыд, каталась по полу в истерике. В течение примерно месяца временами, когда была в одиночестве дома, испытывала чувство, что мать не умерла, казалось, что она сейчас войдет в комнату, боялась ее появления видела яркие сны с ее участием, периодически узнавала ее в лицах прохожих.

Снизилось настроение, испытывала выраженную тоску по матери. Отмечала выраженные трудности засыпания в связи с неотвязными воспоминаниями о матери, снизился аппетит, в весе при этом не теряла. При этом оставалась деятельной, занималась устройством похорон, решением финансовых и жилищных вопросов, хотя и воспринимала окружающее как через пелену.

Состояние обошлось на сороковой день после похорон, ночью увидела яркий сон с участием матери, «попрощалась с ней», после чего наутро настроение выравнивалось, перестала узнавать ее в лицах других людей.

Спустя примерно два месяца после смерти матери (больной 42 года) прошла плановый медицинский осмотр. В одной из молочных желез было выявлено объемное образование. Получила разъяснение от врача о необходимости проведения пункции в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования.

Сразу после этого известия испытала чувство нереальности происходящего, показалось, что врачи ошиблись и оснований для беспокойству нет. Пункцию проводить не стала, к врачам больше не обращалась.

Всеми силами дистанцировалась от проблемы – не сообщила о подозрениях в отношении опухоли никому из родных, а также выработала целый комплекс предохранительных мер, так старалась лишний раз не прикасаться руками к груди, хотя опухоль не определялась визуально, избегала смотреть на себя в зеркало во время гигиенических процедур, не ложилась спать на сторону

пораженной молочной железы. Избегала чтения любой литературы о здоровье, посещения врачей, переключала телевизионный канал во время передач о здоровье, полностью прекратила смотреть до того любимый сериал про врачей. В остальном поведение не менялось, продолжала работать и выполнять домашние обязанности.

Несмотря на принимаемые меры испытывала тревогу за здоровье – перед засыпанием прокручивала в голове мысли о возможном наличии злокачественного новообразования, испытывала трудности засыпания. Периодически испытывала зуд и жжение в проекции опухолевого образования.

Спустя несколько месяцев стали беспокоить непривычные боли в спине, убеждала себя в том, что они не связаны с опухолью, однако сформировала в отношении них избегающее поведение аналогичное таковому по поводу образования в молочной железе – никому о них не рассказывала, старалась не прикасаться к спине руками из страха нащупать там еще одно опухолевое образование.

Однократно посетила представительницу народной медицины, после гадания получила с ее стороны заверение в отсутствие опухоли, чем удовлетворилась.

За медицинской помощью обратилась лишь спустя год после обнаружения опухоли на УЗИ (2015 год, больной 43 года), когда боли в спине усилились, стало трудно сидеть. На консультации ортопеда сообщила о наличии опухолевого образования, однако отрицала его связь с болями в спине, даже после проведения компьютерной томографии и аргументированного объяснения о наибольшей вероятности метастатического поражения позвонков продолжала спорить с врачами, требовала лечения по поводу остеохондроза. Игнорировала нелестные указания врачей на наличие далеко зашедшего метастатического процесса. Настроение в этот период отчетливо не менялось.

В итоге была направлена в РОНЦ в отделение онкологической ортопедии в связи с необходимостью цементирования позвонков, согласилась на эту процедуру, однако знакомым рассказывала, что едет в ортопедическую клинику

неонкологического профиля, убеждала себя и родных в том, что в ходе обследования там онкологический диагноз будет исключен.

«Поверила» в диагноз лишь после предоставления результатов биопсии в стационаре РОНЦ, тогда прослезилась, однако быстро успокоилась. На второй день пребывания в стационаре была осмотрена психиатром.

Соматическое состояние. Состояние при поступлении: средней степени тяжести, стабильное.

Status localis: пациентка на прием заходит сама. Высказывает жалобы на боль при нахождении в вертикальном положении. Видимых деформаций скелета не выявлено. Физиологические изгибы позвоночного столба сохранены. Паравертебральные точки болезненны с обеих сторон на поясничном уровне. Рефлексы симметричные живые. Явных парезов в нижних конечностях нет. Признаков компрессии дурального мешка и компонентов конского хвоста нет. Физиологические отправления контролирует. Frankel - E, Karnofski - 60 баллов, VAS 10, Watkins 3 балла.

Результаты клинико-диагностического обследования:

Гистологическое заключение: №325/13 (пересмотр опер материала + ИГХ) - кусочки ткани молочной железы с разрастаниями инфильтративного рака неспецифического типа 3 степени злокачественности в ИГХ РЭ 3 балла, РП 0 баллов, Her2/neu 3+; кусочки л/узлов с метастазами рака аналогичного строения ИГХ РЭ 0 баллов, РП 0 баллов, Her2/neu 3+.

Общий анализ крови: гемоглобин 56 г/л, эритроциты 1,97 10¹²/л, ЦП 0,86, лейкоциты 5,7 10⁹/л (п/я 0%, с/я 4%, лимф. 20%, мон. 15%, эоз. 1%), СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ.белок – 64 г/л, глюкоза – 5 ммоль/л, креатинин – в норме, общ.билирубин – 6 мкмоль/л.

Ферменты сыворотки крови: АСТ – 20 Ед/л, альфа-амилаза 68 Ед/л;

Белковые фракции: альб. – 38г/л, альфа-1 – 6 г/л, альфа-2 – 16 г/л, бета - 8,6 г/л, гамма – 19 г/л.

Коагулограмма: фибриноген 320 мг/дл, протромбин 90%, РКМФ этанол тест – отрицат.

Антитела к ВИЧ не обнаружены. Реакция Вассермана – отрицат.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, pH – 7,2, уд.вес - 1012, белок - 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоц. – 1-4 в п/зр, эритроц. – 0-1, эпителий плоский – 1-3 в п/зр.

ЭКГ: от 23.10.2014 - ритм синусовый с ЧСС 82 в мин, горизонтальное положение ЭОС.

Рентген органов грудной клетки от 29.09.2014 - фиброзные изменения в средней доле правого легкого,- посттравматические изменения. В легких без видимых метастатических изменений. Сердце не увеличено. Синусы свободны.

Рентгенография органов грудной клетки от 02.08.16: Корни и средостения не расширены. В легких без видимых метастатических изменений. Синусы свободны.

МРТ головного мозга от 20.07.16: МР-картина положительной динамики в виде уменьшения в размерах метастатических очагов.

УЗКТ от 03.08.16: Печень не увеличена, контур ровный. Структура с дистрофическими изменениями, без очаговых образований. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, содержимое однородное. Поджелудочная железа не увеличена, с дистрофическими изменениями. Панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, структура однородная. Почки расположены типично, в размерах не увеличены, лоуности не расширены. Забрюшинные лимфоузлы не определяются. Поверхностные и глубокие вены нижних конечностей проходимы на всем протяжении, сжимаемы, просвет их свободный, кровоток картируется. Заключение: Данных за метастатические и тромбоз вены нижних конечностей на момент осмотра не получено.

УЗКТ от 10.08.16: Глубокие и поверхностные вены: нижних конечностей проходимы на всем протяжении, сжимаемы, просвет вен свободен, стенки не изменены, кровоток фазный. Заключение: без тромбов

Психический статус: одета в пижамный костюм ярких цветов. Охотно соглашается на беседу, кокетничает, извиняется за отсутствие косметики. В связи с наличием болей общается в положении стоя. С явным удовольствием рассказывает о себе, несмотря на декларируемое полное психическое благополучие с энтузиазмом идет на консультацию.

Отмечает двойственность в восприятии собственного положения. Так в настоящее время, несмотря на обилие свидетельств в пользу наличия онкологического процесса, все же испытывает сомнения, больна ли – ловит себя на мысли, что до сих пор надеется, что в отношении нее была допущена ошибка, в ходе операции выяснится, что поражение позвоночника имеет неопухолевую природу. Ловит себя на мысли, что на самом деле в молочной железе ничего нет.

Пытается убедить врача в том, что ей были предоставлены неоднозначные данные, не позволяющие составить правильное суждение о природе страдания, однако сама себе противоречит, рассказывая о настоятельных требованиях родных и врачей начать лечиться.

Приуменьшает выраженность тревоги за здоровье, характеризует настроение как ровное, однако при расспросе становится плаксивой, встревоженной, сообщает о трудностях засыпания, периодических наплывах тревожных мыслей, опасений скончаться из-за прогрессирования заболевания.

Помимо болевых ощущений в позвоночнике, испытывает многочисленные неприятные ощущения на высоте тревоги: ком в горле, похолодание рук и ног, зуд и жжение в области молочной железы. Кроме того, отмечает, что когда обеспокоена или задумывается о своем заболевании, боли в позвоночнике усиливаются, к ним добавляется чувство вибрации в области пораженных позвонков.

В отделении малозаметна, большую часть времени проводит в палате, избегает обсуждения результатов анализов, полностью делегирует лечащему врачу решение всех актуальных вопросов, сообщает, что безоговорочно верит ему, с первого взгляда поняла, что он квалифицированный специалист. В беседу с

соседкой по палате и другими больными вступает неохотно, избегает обсуждения имеющегося диагноза.

Сон нарушен, по несколько раз за ночь просыпается в тревоге с наплывом неприятных ощущений во всем теле. Аппетит не нарушен, суицидальные мысли отрицает.

Клинический разбор: состояние больной на момент осмотра определяется «двойной» реакцией, фасад которой представлен истерической диссоциацией с сомнениями в диагнозе, а фон тревожной реакцией, в структуре которой доминирует явления соматизации.

Диссоциация на момент осмотра сопровождающегося относительно правильным медицинским поведением – больная адекватно выполняет все предписанные процедуры, соглашается на лечение несмотря на наличие выраженных сомнений в онкологической природе страдания.

Тревожная симптоматика представлена преимущественно соматизированными симптомами, амплифицирующими проявления опухолевого процесса (боли и вибрация в области реального расположения метастаза), а также конверсионной симптоматикой (ком в горле) при значительно меньшей выраженности ее когнитивного компонента.

Предположения о том, что откладывание связано с неосведомленностью больной, может быть со всем основанием отвергнуто, так как реакция развилась после проведения инструментального обследования и разъяснений со стороны медицинского персонала.

На всем протяжении откладывания психопатологическая симптоматика сохраняет описанный выше двойной характер – сомнения в наличии опухоли сопровождаются выраженным избегающим поведением, направленным на ограждение себя от любой информации как о злокачественных новообразованиях вообще, так и об объективно наблюдаемых симптомах.

Избегающее поведение характеризуется значительной стойкостью и сложностью (выработка защитных мероприятий, направленных на избегание

информации об онкологическом заболевании, избегание касаний опухоли и т. д.), что очевидно способствует удлинению откладывания.

Нозогенная реакция манифестирует у личности с истерическим РЛ. В пользу этого говорят такие конституциональные особенности, как стремление к тому, чтобы находиться в центре внимания, общительность, впечатлительность, стремление выставить себя в выгодном свете, склонность к магическому мышлению, впечатлительность, неразвернутая конверсионная симптоматика в конфликтных ситуациях.

Отдельно следует отметить конституционально повышенную склонность к формированию диссоциативных реакций в ответ на жизненные неурядицы, также свойственную для лиц с расстройствами личности истерического круга. Наиболее отчётливо диссоциативные расстройства у больной до развития онкологического процесса манифестируют в связи со смертью матери, когда помимо депрессии отмечались также диссоциативные симптомы (узнавание погибшей в лицах окружающих, яркие сны с участием умершей).

Наличие расстройств шизофренического спектра может быть убедительно опровергнуто в связи с эмоциональной сохранностью больной, отсутствием отчётливой динамики личностных особенностей в течение жизни, а также тем, что в клинической картине совершенно отсутствуют формальные расстройства мышления.

Особого упоминания заслуживает вклад соматогенных факторов в оформление наблюдаемой реакции – откладывание наблюдается сначала на фоне безболезненного симптома (образование в молочной железе), о котором больная узнала согласно результатам инструментального обследования, а затем проявляется болями, которые несмотря на сопряженный с ними дискомфорт имеют неспецифический характер, а их связь с опухолевым образованием в молочной железе представляется неочевидной.

С учетом выше сказанного диагноз может быть сформулирован следующим образом: нозогенная диссоциативная реакция по типу компартмент-диссоциации у больной с истерическим РЛ.

Диссоциативная реакция с явлениями детачмент-диссоциации (n=12, 5 мужчин, 7 женщин. Средний возраст - $55,3 \pm 9,8$. Средняя длительность откладывания – $86,9 \pm 25,3$ мес.; медиана – 96 месяцев).

Данный тип нозогенных реакций характеризовался наибольшей длительностью и выраженностью проявлений. Так, нередкими были реакции откладывания, текущие по несколько лет. При этом, помимо больных с асимптоматическими опухолями (5 набл., 42%), в данной группе имели место пациенты, откладывающие обращение по поводу онкопатологии, сопряжённой с выраженными симптомами – раковая кахексия, кровотечения, массивные новообразования, мешающие повседневному функционированию.

На клиническом уровне данный тип диссоциативных реакций характеризовался чередованием двух синдромальных этапов: аберрантной ипохондрии и сверхценных образований. Этап аберрантной ипохондрии манифестировал после самостоятельного обнаружения признаков онкологического заболевания (болезненный узел в молочной железе, развитие стойких запоров и кишечных кровотечений, выраженные нарушения мочеиспускания), либо после получения от специалистов в области здравоохранения предварительных данных об обнаружении опухоли, требующих их дальнейшей верификации. При этом как вероятное наличие опухоли, так и объективные признаки ее прогрессирования подвергаются полному или частичному отрицанию.

На втором этапе динамики проявления аберрантной ипохондрии (отрицание наличия заболевания) дополняются кататимно заряженными идеями абсолютного здоровья, что на поведенческом уровне реализуется в форме аномального медицинского поведения: рекомендации докторов игнорируются, направления на обследование и лечение теряются. Больные не допускают и тени сомнения в собственном соматическом благополучии. Преобладают представления о ложном характере тревоги, ошибочный характер подозрений со стороны докторов считается очевидным.

Диссоциативные расстройства по типу детачмент-диссоциации формируются на фоне отчётливой гипомании, явления латентной тревоги не обнаруживаются.

Динамика нозогенных реакций данного типа характеризуется редукцией откладывания лишь по мере появления крайне тяжёлых и явных симптомов, мешающих функционированию. В свете явных проявлений заболевания – труднопереносимые боли, нарушение функции ЖКТ вплоть до тяжелейших запоров, требующих немедленного обращения за медицинской помощью, происходит минимизация расстройств сознания болезни. Тем не менее, даже после нормализации медицинского поведения у многих больных (7 набл., 58%) диссоциативная симптоматика сохранялась в виде преуменьшения угрозы со стороны онкологического заболевания, необоснованной веры в полную излечимость заболевания на фоне столь же приподнятого, как и раньше настроения.

У остальных пациентов (n=5) на госпитальном этапе по мере нарастания объективных признаков утяжеления симптоматики происходит редукция диссоциативной симптоматики с формированием тревожной депрессии.

Формированию данных реакций способствовали личностные аномалии по типу «фершробен» [19; 23], представляющие собой одну из дименсий шизотипического расстройства, концептуализирующегося согласно представлениям отечественной школы психиатрии как в рамках конституциональных свойств (шизотипическое расстройство личности, «happy schizotype» по E. Meehl [80]) – 8 наблюдений (66%), так и в рамках изменений личности при психопатоподобной шизофрении – 4 наблюдения (33%).¹⁷ Общим свойством этих больных была склонность к конституциональной гипертимии. Доминирование данной личностной дименсии верифицируется в Минимульт-пиком по шкале «гипомания» в опроснике Мини-Мульт.

¹⁷ Отчётливых отличий между детачмент диссоциацией в рамках непрогредиентных расстройств шизофренического спектра и в рамках вялотекущей шизофрении выявлено не было.

Манифестация нозогенных реакций по типу детачмент-диссоциации на почве расстройств шизофренического спектра, а также грубость и выраженность, позволяет трактовать их в пределах категории шизофренических реакций [20].

Т. Н. В. 55 лет.

Наследственность психопатологически отягощена.

Мать – домохозяйка. По характеру тревожная, боязливая, заботливая.

Отец – корабельный механик. Отличался живым характером, повышенной активностью, склонностью авантюрам, тратам денег без учета ситуации. Умер в преклонном возрасте от сердечно-сосудистой патологии.

Сестра – преподаватель. С детства была романтической, неприспособлена к быту. Замужем за бардом, несмотря на преклонный возраст вместе ездят на фестивали, в походы. После сорока лет отчетливо поменялась по характеру, появился несвойственный до того интерес к религии, перешла на работу в православную гимназию.

Старшая дочь. Отличается тяжелым характером, целеустремлённая и упрямая. После тридцати лет бросила адвокатуру, переквалифицировалась в реставраторы икон, скульптур, стала фанатично религиозной, начала ездить в длительные поездки по святым местам.

Младшая дочь – психолог. По характеру скрытная, эмоционально холодная.

Больная родилась от нормально протекавшей беременности. С ранних лет формировалась общительной, бойкой, ничего не боялась, нравилось привлекать к себе внимание, любила читать стихи перед гостями.

В школу пошла по возрасту, к учебе особого интереса не проявляла. Была шаловливой, систематически к урокам не готовилась, любила списать, схитрить. В то же время не была чужда тщеславия, любила выступать на публике, порой специально учила урок или стихотворение, чтобы покрасоваться его исполнением у доски. Временами играла в школьном театре, могла полностью вжиться в роль,

после исполнения трагических ролей рыдала, чувствовала дрожь во всем теле, ком в горле.

Со сверстниками сходилась легко, была в центре затей и шалостей. При этом нравилось ярко одеваться, зачастую чрезмерно, с ранних лет пользовалась косметикой. Не чувствовала дистанции в общении со сверстниками и детьми старшего возраста, без стеснения заводила с ними беседу.

Болела редко. Была крепкой и стойкой, отличалась большой физической выносливостью, любила ходить пешком, на любительском уровне занималась спортом. Мнительности к своему здоровью не было, любила временами выпить, большую часть жизни курила. На протяжении жизни к врачам практически не обращалась.

Менструации с 13 лет, установились сразу, были безболезненными. В предменструальном периода иногда отмечала раздражительность. Менопауза с 55 лет.

Интерес к противоположному полу с 16 лет, привлекали веселые, общительные молодые люди. Легко влюблялась, но столь же быстро и забывала кавалеров, неудачами на любовном фронте не тяготилась.

Замужем с 25 лет. В браке доминировала, командовала мужем, решала все ключевые вопросы, была инициатором всех идей и замыслов. В муже также привлекала общность интересов, в том числе экстравагантных. Так до позднего возраста вместе любили кататься на самокатах, собирали «фантики» и пустые консервные банки.

Двое родов в 26 и 29 лет, обе беременности протекали благополучно. Тревожилась за детей, заботилась о них.

После окончания школы получила высшее психологическое образование, интересовалась тайнами сознания, стремилась разобраться в существующих психологических концепциях. Тем не менее, по специальности (психолог-дефектолог) работала непродолжительное время – тяготилась однообразным рабочим распорядком, маленькой зарплатой. На протяжении большей части жизни занималась мелким бизнесом – перекупала предметы одежды, содержала

небольшой магазин продовольственных товаров. В коммерческой деятельности была успешна, легко ориентировалась в нюансах торговли.

С ранних лет интересовалась мистическими учениями, различными паранаучными концепциями, гаданиями. Безоговорочно верила в предсказание событий при помощи знаков зодиака, китайского календаря, карт Таро. Была склонна к вещим снам, верила, что способна предсказывать будущее, корректировала в соответствии со своими предчувствиями коммерческие дела. После 30 лет заинтересовалась христианством, крестилась. Несмотря на то, что не придерживалась строго догматов церкви, принялась ездить по святым местам. По характеру при этом отчётливо не менялась, сохранила привычный уровень активности.

Во время занятий гаданиями в молодости, а затем при паломничестве по святым местам неоднократно испытывала состояния, когда казалось, будто душа выходит из тела, чувствовала присутствие сверхъестественных существ (духов умерших, ангелов).

На протяжении жизни была преимущественно в приподнятом настроении, легко переносила неприятности. При серьёзных происшествиях – потеря денег, риск разорения, перелом ноги у дочери стереотипно отмечала эпизоды эмоциональной оглушенности – неприятное событие воспринималось будто через мутное стекло, казалось нереальным и далеким. Отчётливых эпизодов подавленности на протяжении жизни не испытывала.

Даже после 50 лет чувствовала себя моложе своих лет, пользовалась косметикой и одеждой, не подходящей по возрасту, сохраняла привычно высокий уровень физической активности.

В возрасте 43 лет впервые отметила появление в поясничной области крупного невуса. Первоначально не придавала появлению «родинки» большого значения, тревоги за здоровье не испытывала. В течение 3 лет состояние новообразования оставалось неизменным, после чего начался рост, сопровождающийся выраженным зудом и кровотечением, опухолевое образование стало доставлять дискомфорт. Тогда (больной 46 лет) начала

спрашивать мнения знакомых касательно родинки, однако их мнению о том, что опухоль может быть злокачественной не верила, сходу совершенно отметала их опасения. Самостоятельно с медицинской литературой не знакомилась.

В итоге обратилась за помощью в возрасте 47 лет (через год после начала роста опухоли). Разъяснениям со стороны медицинского персонала также не поверила, однако на операцию согласилась – тяготилась выраженным зудом, кровотечением и была убеждена, что после хирургического удаления и биопсии диагноз меланомы будет со всеми основаниями отвергнут. На приеме у хирургов была весела, нелепо шутила, со смехом отвергала любые предположения врачей о злокачественной природе процесса.

После иссечения образования, выполненного под общим наркозом, развилось состояние помраченного сознания – в течение нескольких дней чувствовала, что одновременно находится и в палате, и в загробном мире, общалась с умершими родственниками. По данным медицинской документации поведение было правильным, однако была малодоступна, отвечала после пауз, состояние было без суточного ритма. Помрачение сознания прошло спустя три дня после операции без дополнительных медицинских вмешательств.

На четвёртый день была выписана, перед выпиской была проинформирована, что при гистологическом исследовании был верифицирован диагноз меланомы, получила направление в онкологических диспансер.

Известие о злокачественной природе страдания проигнорировала, однократно зайдя в онкологический диспансер ощутила, что полностью отличается от наблюдающихся там больных, утвердилась в мысли, что здорова.

В течение того же дня произошедшие события стали казаться далекими и будто нереальными, не вызывающими аффективного резонанса. Хотя и помнила, что проходила оперативное лечение, все происходящее казалось малозначимым – словно обратилась в больницу «ноготь постричь».

Родственникам сообщила, что иссеченное образование было доброкачественным, необходимости в дальнейшем наблюдении нет. Результаты

биопсии и прочие анализы отложила, никому не показывая, на дальнюю полку, а через несколько месяцев выбросила.

В дальнейшем тревоги за здоровье не испытывала, спокойно смотрела передачи про медицину, единожды увидев образовательную программу, посвященную меланомам, поймала себя на мысли, что показанное там не относится к ней.

В течение 8 лет (с 47 до 55 лет) сохраняло привычно приподнятое настроение, придерживалась прежнего уровня активности, при этом признаков прогрессирования заболевания не отмечалось.

В возрасте 55 лет после ушиба нащупала в области послеоперационного рубца опухолевое образование. Впервые ощутила тревогу за здоровье, однако в течение нескольких дней не предпринимала никаких действий, убеждала себя в том, что нащупала доброкачественное образование (липому). Тем не менее, с момента обнаружения опухоли появились трудности засыпания, временами ярко представляла себе, что вскоре умрет от распространённого онкологического процесса.

Не сообщая подробностей, посоветовалась с дочерью касательно обнаруженного образования. Поддалась ее убеждениям, повторно обратилась за медицинской помощью.

В дальнейшем медицинское поведение оставалось правильным, была направлена в РОНЦ им. Н. Н. Блохина, госпитализирована в отделение биологической терапии. На этапах обследования сохранялось ощущение, что все вскоре само собой обойдётся, происходящее является какой-то ошибкой, однако на этом фоне была беспокойна, тревожилась перед обследованиями,

На госпитальном этапе были выявлены метастазы в печень, после чего резко снизилось настроение, стала плаксива, подавлена, появились образные представления собственной смерти от распространённого онкологического процесса, снизился аппетит.

В таком состоянии, перед началом системной терапии заболевания была обследована психиатром.

Соматическое состояние:

Состояние и объективный статус при поступлении: удовлетворительное
Вес 84 кг. Рост 163 см.

Местный статус: При осмотре кожных покровов выявлено подкожное образование в области предплечья левой руки, размером 1,5x1,0см, кожа в данной области сине-розового цвета, объемное опухолевое образование в поясничной области размером 2,5x3 см, плотно сращенное с подкожной жировой клетчаткой. Кожа над опухолевым образованием не изменена.

Цитологическое исследование: в ткани опухоли выявляются многочисленные окрашенные в темный цвет клетки с высокой степенью деления, эозинофильными включениями.

Анализ на ВИЧ, HBS Ag, HCV Ab, RW: отрицат., от 16.02.2015 г.

Общий анализ крови: от 15.05.2015 г., Лейкоциты $5.14 \times 10^3/\text{мм}^3$. Эритроциты $4.12 \times 10^6/\text{мм}^3$. Гемоглобин 12.60 г/дл. Гематокрит 38.50 %. Тромбоциты $204 \times 10^3/\text{мм}^3$. Нейтрофилы $61.2 \times 10^3/\text{мм}^3$. Лимфоциты $32.7 \times 10^3/\text{мм}^3$. Моноциты $4.5 \times 10^3/\text{мм}^3$. Базофилы $0.6 \times 10^3/\text{мм}^3$ Эозинофилы $1.0 \times 10^3/\text{мм}^3$.

Общий анализ мочи: от 15.05.2015 г. Реакция щелочная. Удельный вес 1015. Лейкоциты 0. Белок 0. Сахар 0 Эритроциты 0.

Биохимический анализ крови: от 15.05.2015 г. Глюкоза венозная 6.8 ммоль/л. Креатинин 77 мкмоль/л. Билирубин общий 11.1 мкмоль/л. Белок общий 74.2 г/л. АСТ: 20 Е/л.

ЭКГ: 12.03.2015 г. ритм синусовый. ЧСС 78 в мин. Горизонтальное положение ЭОС

Прочие исследования: УЗИ от 02.04.2015 Поверхностные и глубокие вены обеих нижних конечностей проходимы на всем протяжении, просвет их свободный, кровоток картируется, при компрессии вены сжимаются, без признаков тромбоза

ЭХО-Кг от 02.04.15 Аорта не расширена, умеренно уплотнена. Камеры сердца не расширены. Клапаны умеренно уплотнены. Выпот в полости перикарда незначительный, только передний, толщиной 8мм. Локальных нарушений

сократимости не выявлено. Глобальная сократительная функция ЛЖ в норме. Диастолическая функция нарушена по 1му типу. Гипертрофии нет. При ДКГ - незначительная митральная регургитация. Среднее давление в ЛА не повышено

УЗИ от 14.05.2015 Периферические лимфоузлы: периферические л.у. всех групп - без признаков мтс. В мягких тканях: в области послеоперационного рубца дополнительные образования, послеоперационные изменения, скопление жидкости не определяются. Печень: не увеличена, определяются многочисленные миллиарные очаги, преимущественно в левой доле печени. Подж. железа. почки. селезенка - б.о. В проекции надпочечников - без патологических образований. Забрюшинные лимфоузлы: не определяются, подвздошные лимфоузлы справа и слева не определяются. Мочевой пузырь: достаточного наполнения, стенки не утолщены, без экзофитных образований, содержимое пузыря однородное.

Диагноз: Меланома кожи поясничной области, а предплечье?. Состояние после хирургического лечения в 2005г. Множественные метастазы в печени, метастаз в области предплечья.

Психический статус: выглядит младше своих лет, в отделении пользуется косметикой, носит не сочетающиеся друг с другом элементы одежды – зеленые пижамные брюки, ярко красную кофту с изображением мультяшного персонажа.

Быстра в движениях, общительна, начинает рассказывать о себе не справившись о цели беседы. Спонтанно жалоб не высказывает, однако согласна на консультацию, декларирует желание помочь научному прогрессу. В беседе излишне откровенна, без колебаний сообщает интимные подробности своей жизни. Охотно повествует о своих увлечениях, в том числе и выходящих за пределы конвенциональных норм – мистические учения, коллекционирование консервных банок. Демонстрирует признаки магического мышления – сообщает, что настоящий день подходит для длительных бесед, выясняет у врача дату рождения с целью определить знак зодиака.

При этом формальных расстройств мышления в беседе не выявляется, больная тепло отзывается о близких, осведомлена о том, что с ними происходит, чем они заняты.

На момент осмотра, хотя и признает себя онкологически больной, сообщает, что до настоящего времени испытывает периодическое чувство, будто окружающая обстановка нереальна, события последних дней происходят не с ней, вскоре выяснится, что попала в больницу по ошибке. Рассказывает о запланированной с мужем поездке на курорт. При этом поведение со слов самой больной и медицинского персонала упорядоченное, соблюдает все предписания врачей.

При расспросе теряет расположение духа, жалуется на то, что все время пребывания в стационаре испытывает выраженную тревогу за здоровье, подавленность. Временами слезлива. Сон нарушен по типу трудностей засыпания.

Тоски, идей самообвинения, суицидальных мыслей не выявляется, аппетит достаточный. Самочувствие без колебаний в течение суток.

Признает, что с самого начала заболевания была информирована о его злокачественной природе, формально соглашается, что в связи с откладыванием существенно ухудшила прогноз, однако пытается убедить врача в естественности своего поведения. Подчёркивает, что на протяжении всего периода откладывания события, имеющие отношение к заболеванию, казались нереальными, далекими, происходящим словно не с ней.

Клинический разбор: состояние больной на момент осмотра, а также на всем протяжении откладывания определяется диссоциативной нозогенной реакцией. В пользу такой квалификации свидетельствует сомнения в наличии онкологического заболевания, преуменьшение или полное отсутствие эмоционального ответа на существующий нозогенный стресс.

На протяжении 9 лет у больной наблюдалось стойкое элиминирование из сферы сознания любых эмоций, воспоминаний и соображений касательно обнаруженного онкологического заболевания, что не сопровождалось признаками латентной тревоги (транзиторные нарушения сна, лабильность аффекта и т. д.).

При клинической оценке описанные симптомы были сопоставимы со свехценными идеями полного соматического благополучия.

При этом подобный модус оценки собственного состояния не был свойственен больной ранее, а манифестировал после известия о наличии онкологического заболевания, что позволяет квалифицировать состояние как нозогенное.

На основании этого можно квалифицировать период откладывания как определяющийся детачмент (detachment) диссоциативной нозогенной реакцией.

Восприятие онкологического заболевания как нереального и лишённого аффективной окраски сопоставимо с восприятием действительности при расстройствах деперсонализационного круга, что согласуется с мнением зарубежных авторов [35; 62] о психопатологической и нейробиологической близости детачмент диссоциации и деперсонализации.

На госпитальном этапе после известия о наличии метастазов состояние больной определяется помимо персистирующей диссоциативной симптоматики также нозогенной тревожной депрессией, ключевое место в клинической картине которой занимают опасения прогрессирования заболевания. При этом признаков депрессии витального круга (типичный суточный ритм, идеи вины, тоска) у больной не выявляется.

В настоящем наблюдении диссоциативная нозогения манифестирует на фоне существующего расстройства шизофренического спектра. В пользу этого можно привести следующие аргументы. Во-первых, отягощённая наследственность – у двух ближайших родственниц отмечались аутохтонные изменения жизненного стереотипа, подозрительные в отношении дебюта шизофренического процесса. Во-вторых, следует обратить внимание на присущие больной странности, чуждость конвенциональным нормам, формирующиеся вне связи с полученным образованием и статусом мистические переживания. В-третьих, после единственного в жизни оперативного вмешательства у больной формируется соматогенный психоз атипичной структуры, по своим психопатологическим проявлениям сопоставимый с онейроидным помрачением

сознания, что свидетельствует в пользу наличия у больной расстройств шизофренического спектра [2; 5]. Наконец, само свойство нозогенной реакции, ее большая длительность (около 9 лет) также выступает в качестве аргумента в пользу расстройств шизофренического спектра.

В то же время, в настоящем наблюдении отсутствуют свидетельства в пользу наличия прогрессивного эндогенного процесса – присущие больной личностные аномалии характеризуются стабильностью и неизменностью с течением времени, отсутствие формальных расстройств мышления, стабильность профессиональной и жизненной кривой, сохраненные эмоциональные связи. В связи с этим можно констатировать наличие у больной шизотипического расстройства личности.

Говоря более точно, больную можно определить как гипоманиакального фершробена. В пользу подобной квалификации свидетельствует стойко приподнятый в течение жизни аффективный фон, сопровождающийся игнорированием социальных условностей и рамок, неконвенциональные увлечения. Помимо этого, значимым аргументом в пользу отнесения больной к шизотипическому кругу являются выраженные и несоответствующие полученному образованию явления магического мышления.

Необходимо также отметить свойственную больной конституциональную склонность к формированию неразвёрнутых диссоциативных реакций в ответ на разного рода стрессовые события – угрозу разорения, заболевание дочери.

Грубость диссоциативных проявлений, их невыводимость из особенностей личности больной и формирование на почве шизотипического РЛ позволяет трактовать ее в пределах нозогенной шизофренической реакции.

Диагноз в настоящем наблюдении может быть определен как нозогенная тревожно-диссоциативная реакция у больной с шизотипическим расстройством личности (гипоманиакальный фершробен). В анамнезе перенесла длительную нозогенную диссоциативную реакцию по типу детачмент-диссоциации, сопровождающуюся аутоагрессивным поведением в форме откладывания.

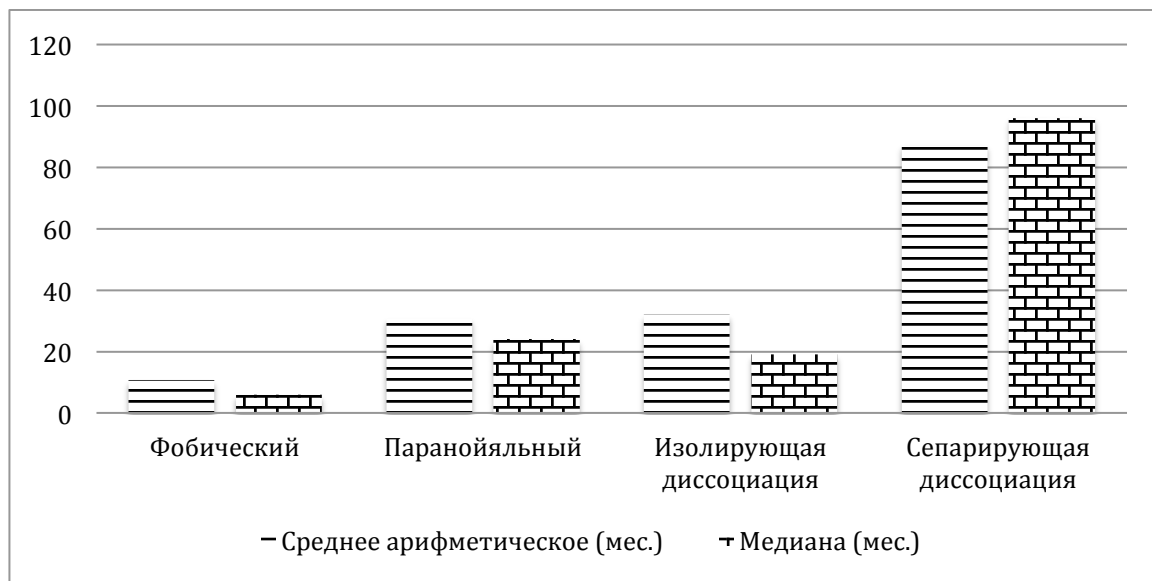


Рисунок 3-1. Сравнительная длительность различных типов откладывания

При клиническом анализе психических расстройств, сопряженных с аутоагрессией в форме поведенческого откладывания было выявлено, что они проявляются в виде особого типа нозогенных реакций и характеризуются клинической гетерогенностью. На основании ведущего синдрома они дифференцируются на четыре типа: фобический, паранойяльный, компартмент-диссоциативный и детачмент-диссоциативный. Первые три типа представляются реакциями в пределах ресурсов личности, а последний (детачмент-диссоциативный) в рамках шизофренических нозогений. Тяжесть перечисленных типов нарастает от наиболее легкого фобического типа через сопоставимые по тяжести паранойяльный и компартмент-диссоциативный к наиболее тяжелому детачмент-диссоциативному типу.

Глава IV. Психосоматические соотношения и личностная предиспозиция у больных злокачественными новообразованиями с нозогенными аутоагрессивными реакциями

В доступной научной литературе анализ клинических проявлений злокачественных новообразований и их прогноза осуществляется преимущественно по двум направлениями – оценка влияния откладывания на прогноз опухолевого процесса [46; 57; 102; 108] и установление факторов (нозогенных, соматогенных, личностных), предрасполагающих к формированию откладывания [76; 77; 85; 100].

При этом следует отметить, что в большинстве публикаций речь не идет собственно о нозогенных реакциях в связи с отсутствием дифференциации между откладыванием распознавания (appraisal delay) и поведенческим откладыванием (behavioral delay) из которых лишь последний вариант соотносится с понятием нозогенных реакций, используемым в настоящей диссертации. Соответственно круг публикаций, согласующихся с содержанием данной работы, посвященной сугубо проблеме поведенческого откладывания, существенно сужается. Более того, в доступной литературе по рассматриваемой проблеме нами не выявлено публикаций, содержащих систематический и/или сравнительный анализ разных форм поведенческого откладывания как в контексте их прогностической ценности, так и механизмов формирования аномального поведения, сопряженного с отсрочкой обращения за медицинской помощью при верифицированном онкологическом диагнозе. В представленном ниже тексте главы будут последовательно изложены результаты настоящего исследования по двум обозначенным аспектам проблемы откладывания в онкологии.

Влияние откладывания на прогноз злокачественных новообразований

Сопряженность определённого типа откладывания со значительным ухудшением прогноза злокачественного образования убедительно показана в работе А. Paterson [97], выполненной на материале пациентов с новообразованиями женской репродуктивной системы. Автором показано

значимое накопление IV (отдаленной и малокурабельной) стадии опухолевого процесса при первом обращении за лечением у пациенток с т.н. поведенческим откладыванием (т.е. осведомленные о наличии раковой опухоли) в отличие от больных, обратившихся незамедлительно (без откладывания), либо с небольшой задержкой, связанной с недостаточным распознаванием/информированностью (откладывание распознавания) симптомов как признаков злокачественного новообразования.

В последующем А. Henderson [59; 60] предположил существование различных по структуре вариантов поведенческого откладывания, частично сопоставимых с выделенными в настоящей диссертации фобическим и диссоциативным типом, высказывая предположение (не подтвержденное однако соответствующим сравнительным анализом), что второй из выделенных типов может быть сопряжен с более выраженным ухудшением прогноза выживаемости. Кроме того, в серии работ, посвященных особенностям течения онкологических заболеваний у больных шизофренией, сообщается (без систематического сравнения и статистического подтверждения), что более выраженная психопатологическая симптоматика (без уточнения) сопряжена с накоплением запущенных случаев онкологического заболевания [48; 64; 65; 104].

Переходя к изложению собственных результатов оценки прогностической значимости разных форм откладывания укажем, что в связи с представленными в главе 2 методологическими соображениями (отличия в вариантах классификации различных опухолей, разный темп прогрессирования и влияния на прогноз при едином показателе TNM и т. д.) стадирование онкологического процесса осуществлялось при помощи интегральной шкалы, подразумевающей выделение ранней¹⁸, промежуточной и запущенной стадий

Распределение по стадиям при различных типах откладывания представлено в таблице 4-1.

¹⁸ Следует подчеркнуть, что в данном случае термин «ранняя» отражает не собственно временные границы, а этап (в данном случае начальный) онкологического процесса.

Таблица 4-1. Стадии опухолевого процесса на момент первого обращения за лечением в зависимости от типа откладывания

Стадия заболевания	Фобический тип (n=)	Паранойяльный тип (n=)	Компартмент-диссоциация (n=)	Детachment-диссоциация (n=)	Всего (%)
Ранняя	9 (53%)*	5 (36%)	5 (19%)	1 (8%)*	19 (27,1%)
Промежуточная	5 (29%)	3 (21%)	3 (11%)	2 (17%)	14 (20%)
Запущенная	3 (18%)*	6 (43%)	19 (70%)*	9 (75%)*	37 (52,9%)

* - достоверное отличие по сравнению с долей данной стадии в среднем по выборке ($p < 0,05$).

При анализе распределения стадий онкологического процесса в общей выборке прослеживается тенденция к накоплению запущенных новообразований уже к моменту первичного обращения (52,9% - более половины всей выборки), что можно трактовать как следствие откладывания.

При этом выявляются отчетливые различия между выделенными клиническими типами откладывания: минимальные значения при фобическом типе, более высокие при паранойяльном и максимальные – при диссоциативном типе откладывания (табл. 4-1). При фобическом типе откладывания число больных с запущенными опухолями оказывается наименьшим ($n=3$; 18%). В то же время именно при фобическом типе установлено статистически достоверное (относительно других типов откладывания) преобладание пациентов с ранними стадиями онкологического заболевания (53%).

Значения частот разных стадий онкологического процесса при паранойяльном типе занимают промежуточное положение между таковыми при фобическом и диссоциативных типах, статистически достоверно отличаясь от общего распределения по выборке (табл. 4-1).

Следует отметить, что показатели средней длительности откладывания при паранойяльном типе и при компартмент-диссоциации представляется сопоставимыми, в то время как клинически опухоли в первом случае тяготеют к более благоприятному распределению стадий. Вероятно, данное различие обусловлено накоплением при паранойяльном типе менее злокачественных

опухолей. Свой вклад осуществляет и тот факт, что при паранойяльном типе накапливались медленно растущие опухоли, недоступные непосредственному наблюдению.

Наименее благоприятные показатели тяжести онкологической патологии с максимальной частотой запущенных случаев установлены при диссоциативных типах откладывания (70 и 75% при компартмент- и детачмент диссоциации соответственно). При этом подтипы диссоциативного откладывания также обнаруживают ряд значимых различий: среди пациентов с компартмент-диссоциацией к моменту госпитализации в онкологический стационар примерно в 1/5 случаев опухоли оставались на ранней стадии развития, то при детачмент-диссоциации ранняя стадия злокачественного новообразования зафиксирована лишь в одном наблюдении (8%).

Дополнительные подтверждения наименее благоприятного прогноза при диссоциативных типах откладывании содержатся в показателях смертности. За 4 недели проспективного наблюдения за пациентами при фобическом и паранойяльном откладывании не было выявлено ни одного случая гибели пациентов, в то время как в подгруппах диссоциативного откладывания зафиксировано 3 летальных исхода (2 при компартмент и 1 при детачмент диссоциации).

Обобщая представленные выше данные можно утверждать, что разработанная клиническая типология откладывания имеет значимое прогностическое значение при онкопатологии. Однако необходимо отметить, что данный анализ был бы неполным без учета распределения злокачественных новообразований в контексте агрессивности/скорости их прогрессирования в обозначенных подгруппах пациентов, сформированных на основании психопатологической дифференциации расстройств, лежащих в основе аномального поведения в болезни. Так, при фобическом типе откладывания (наиболее прогностически благоприятном), несмотря на минимальные задержки обращения за лечением выявлено 3 случая отдаленных стадий опухолевого процесса. Во всех 3-х наблюдениях речь идет о новообразованиях,

характеризующихся быстрым и агрессивным ростом: меланома, опухоли яичников и толстой кишки соответственно. В свою очередь у 1 пациента с детачмент-диссоциацией (наименее прогностически благоприятной), несмотря на свойственные для данного типа максимальные (до нескольких лет) сроки откладывания, установлена ранняя стадия опухоли на момент обращения в онкологический стационар. Данный факт также (как и в приведенном выше примере фобического откладывания) объясняется особенностями динамики онкологического заболевания: медленно прогрессирующая опухоль простаты высокой степени дифференцировки. Очевидно, что ограниченный объем выборки не позволяет дать исчерпывающей прогностической характеристики клинических типов откладывания, выделенных в рамках данного исследования (для решения данного вопроса требуются масштабные эпидемиологические оценки). Обеспечивая относительно точный прогноз относительно вероятных сроков откладывания окончательная оценка риска запущенного (поздних малокурабельных стадий) опухолевого процесса на основании предложенной типологии требует учета агрессивности прогрессирования выявленного злокачественного новообразования.

Факторы, предрасполагающие к формированию откладывания.

В немногочисленных публикациях, затрагивающих вопросы природы откладывания в онкологии, как правило используется эпидемиологический подход, направленный на выявление статистически значимых факторов, связанных с частотой (повышение/снижение) и длительностью (продлонгация/сокращение) задержки обращения за медицинской помощью после выявления злокачественного новообразования [76; 77]. Сопоставление результатов этих исследований с нашими данными не представляется возможным в связи с тем, что в цитируемых работах не предусматривается разграничения откладывания, обусловленного аномальным поведением пациента (что является предметом нашего исследования), от откладывания, связанного с недостаточной информированностью пациента или задержки оказания специализированной онкологической помощи вследствие несовершенства организации деятельности

медицинских служб. Только в упомянутой выше статье А. Paterson [97] содержатся указания на связь поведенческого откладывания с определёнными (но не уточненными автором) психопатологическими механизмами.

В серии работ сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ была доказана роль конституционально-личностного предрасположения в формировании нозогенных реакций в том числе при онкологических заболеваниях [10; 15; 22]. При этом в работе А. Б. Смулевича и соавторов [21] было показано, что различные РЛ могут играть разную роль при формировании нозогенных реакций, выступая в качестве «фильтра», «коннектора» и «блокатора». С другой стороны в тех же работах сообщается о значимом соучастии в формировании патологических реакций на соматическую (включая и онкологическую) патологию собственно стрессовых, т.е. нозогенных факторов, включая семантику диагноза (угроза жизни, перспективы выздоровления), субъективную тяжесть соматических проявлений (боли, нарушения функций), степень дезадаптации/инвалидизации и пр.

Соответственно, опираясь на опыт предыдущих исследований, последующий анализ механизмов формирования откладывания будет представлен в рамках модели взаимодействия «нозогенный стресс – личностная predisposition».

С целью дифференцированной оценки вклада личностных (конституциональных/нажитых) свойств в генез поведенческого откладывания в рамках настоящего исследования был предпринят анализ распределения различных расстройств личности (РЛ) при выделенных клинических типах откладывания (детальные характеристики указанных РЛ представлены в главе 3).

Таблица 4-2. Распределение РЛ при выделенных типах откладывания

Почва	Фобический тип	Паранойальный тип	Компартмент-диссоциация	Детachment-диссоциация	Всего
Тревожное (тревожно-мнительные и анакасты)	9 (53%)*	0	0	0	9 (12,8%)
Истерическое	6 (35%)	0	16 (59%)	0	22 (31,4%)*
Шизотипическое	2 (12%)	4 (28,6%)	11 (41%)	8 (66%)	27 (38,6%)*
Паранойальное	0	10 (71,4%)*	0	0	10 (14,3%)
Психопатоподобная шизофрения	0	0	0	4 (33%)	4 (5,7%)

* - $p < 0,05$

В ходе анализа распределения РЛ в изученной выборке было выявлено общее преобладание истерического и шизотипического РЛ ($p < 0,05$ в отношении каждого из типов).

При фобическом типе откладывания отмечалось отчётливое накопление РЛ тревожного кластера (кластер С по DSM-IV), а при паранойальном – собственного паранойального РЛ. При компартмент-диссоциации в сопоставимых пропорциях накапливались истерическое и шизотипическое РЛ. Тип detachment-диссоциации обнаруживал отчётливый аффинитет к расстройствам шизофренического круга – шизотипическому РЛ и вялотекущей психопатодобной шизофрении.

Тем не менее, представленный формальный анализ распределения РЛ представляется неполным. При клинической оценке обращает на себя внимание то, что наиболее распространенные типы РЛ в настоящей выборке – истерическое и шизотипическое отмечаются при различных типах откладывания, однако при этом демонстрируют выраженную гетерогенность, а в пределах каждого из

выделенных типов у всех больных определяются сходные свойства, несмотря на их формальное отличие.

В связи с этим представляется более целесообразным оперировать не категориальными типами РЛ, а использовать дименсиональный подход, предполагающий самостоятельность отдельных личностных свойств (акцентуаций-дименсий) в оценке участия РЛ в формировании аномального поведения в форме откладывания.¹⁹

В качестве общего свойства РЛ тревожного круга при фобическом типе откладывания выделяется акцентуация по типу избегания вредностей, реализующаяся как в социальной сфере, так и в отношении к собственному здоровью. Речь идет о педантичных и аккуратных, но в то же время нерешительных людях, которые слывут безотказными помощниками, однако избегают назначения на высокие должности из-за чрезмерного «груза ответственности». В свою очередь свойственная на протяжении жизни тревога за здоровье (формирование нозофобий и посещения врачей по поводу малейшего недомогания примерно в половине случаев (n=7; 47%) обнаруживает сопряженность с признаками аномального поведения, которые могут рассматриваться в качестве прототипов собственно фобического откладывания после обнаружения онкологического заболевания. Речь идет об эпизодах откладывания обращения к врачам в анамнезе, причем наиболее длительным в тех случаях, когда медицинская помощь сопряжена с болезненными процедурами (в первую очередь, стоматологи).

При паранойяльном типе откладывания в качестве свойства, непосредственно связанного с откладыванием, выступает акцентуация по типу носителей сверхценных идей [7]. Данная акцентуация выступает как составляющая разных категориальных РЛ – паранойяльного и шизотипического и реализуется в формировании сверхценных образований, касающихся как работы,

¹⁹ Клиническая обоснованность оценки отдельных дименсий, а не РЛ, как целостной категориальной структуры в качестве фактора риска развития психических расстройств было показана неоднократно в отношении депрессий [26], ипохондрических расстройств [3] и аутоагрессии в дерматологической практике [14].

так и различных видов досуга и хобби (конструирование, ведение приусадебного хозяйства). При этом у пациентов с паранойяльным РЛ сверхценности оставались преимущественно в конвенциональных рамках, в то время как у больных с шизотипическим РЛ приобретали более гротескные формы (увлечение биоэнергетикой у врача-кардиолога, следование канонам сект и т. д.).

В качестве общей для пациентов с компартмент-диссоциацией личностной дименсии выступает акцентуация по типу диссоциативной личности, представленная в рамках как истерического (диссоциативные истерики), так и шизотипического РЛ. В анамнезе пациентов (до выявления раковой опухоли) данная акцентуация находит выражения в явлениях патологии воображения, включая «грёзы наяву», эпизодов *deja vu* и *jamais vu* (уже виденного и никогда не виденного), принятия невероятного за действительное и т.д. При этом следует отметить, что в данной подгруппе накапливается отдельный подтип шизотипического РЛ, в рамках которого явления шизотипии (чуждаковатость, парадоксальность эмоций) сочетаются с выраженными истерическими свойствами, такими как демонстративность, чрезмерная впечатлительность - истеро-шизоиды [17], шизотипическое расстройство личности с истерическими чертами и феноменом «фершробен» [23]

При детачмент-диссоциации выявляется сопряженность откладывания со свойственными расстройствам шизофренического спектра явлениями психопатологического диатеза, а именно - нарушения в сфере сознания по типу аутистического отрыва от реальности [84]. Подобная личностная дименсия выступает в рамках шизотипического РЛ, как конституционального, так и нажитого (вялотекущая психопатоподобная шизофрения). В отличие от предыдущих типов откладывания при детачмент диссоциации основная (с точки зрения генеза аномального поведения) личностная дименсия остается маскированной на протяжении жизни (пациенты обнаруживают высокий уровень адаптации), реализуясь снижением «способности тестирования реальности» («dysfunctional reality testing abilities» [87]) лишь в условиях тяжелого нозогенного стресса.

Наряду с представленными характерологическими дименсиями получены данные, предполагающие соучастие соматоперцептивной акцентуации (конституционально обусловленные характеристики соматопатии, см. главу 3) в формировании реакций откладывания (табл. 4-3).

Таблица 4-3. Распределение соматоперцептивных акцентуаций по типам откладывания.

Соматоперцептивная акцентуация	Фобический тип	Паранойяльный тип	Компартмент-диссоциация	Детachment-диссоциация	Всего
Невропатия	9 (53%)*	0	3 (11%)	1 (8%)	13 (18,6%)
Соматотония	0	7 (44%)*	1 (4%)	0	8 (11,4%)
Проприоцептивный диатез	2 (12%)	0	2 (7%)	2 (8%)	6 (8,5%)
Сегментарная деперсонализация	0	9 (56%)*	5 (19%)	3 (25%)	17 (24%)

* - $p < 0,05$

Признаки соматоперцептивных акцентуаций выявлены у большинства ($n=44$; 63%) больных изученной выборки. При этом чаще встречались явления сегментарной деперсонализации (24%) и невропатии (18,6%).

В результате сравнительной оценки выделенных типов откладывания обнаружена тенденция к дифференцированному распределению соматоперцептивных акцентуаций при разных типах откладывания. Так, при фобическом типе доминировала соматоперцептивная акцентуация по типу невропатии (53%, $p < 0,05$), при паранойяльном типе – акцентуации по типу соматотонии (44%) и сегментарной деперсонализации (56%) (в обоих случаях отличия от других групп статистически достоверны, $p < 0,05$). При диссоциативных типах откладывания не было выявлено статистически значимой предпочтительности определенного типа соматоперцептивной акцентуации, хотя

и прослеживалась тенденция к накоплению случаев сегментарной деперсонализации при детачмент-диссоциации (25% наблюдений).

Согласно полученному распределению, а также основным свойствам выявленных соматоперцептивных акцентуаций можно предположить соучастие соматоперцептивных акцентуаций в формировании откладывания. Однако прогностическое значение выделенных вариантов соматоперцепции представляется неоднозначным и, в определённой мере – даже противоположным. При фобическом типе откладывания невропатия, обеспечивающая расширение соматовегетативных проявлений и тем самым акцентирующая/усугубляющая общее ощущение «соматического нездоровья» способствует амплификации тревожных (в первую очередь – нозофобических) нарушений, вероятно способствует более раннему принятию решения обращения за помощью. Соответственно фактор невропатии, вероятно, имеет благоприятное прогностическое значение для динамики онкологического заболевания, как минимум частично обеспечивая значительно более короткие сроки откладывания при фобическом откладывании в сравнении с другими типами рассматриваемых нозогений. В свою очередь при паранойальном типе соматотонии и сегментарная деперсонализация, сопряженные с ощущением «хорошего» общего тонуса и редукцией осознания явлений соматического дискомфорта соответственно, напротив, способствуют подкреплению и ретенции сверхценных идей полного, непоколебимого здоровья, лежащих в основе поведенческого откладывания при данном типе.²⁰ Отрицательные результаты при попытке выделения какой-либо предпочтительности соматоперцептивных акцентуаций при диссоциативных типах откладывания, по всей видимости, объясняются иными механизмами собственно откладывания: отчуждение, частичное или полное, факта онкологической патологии у этих пациентов касается любой информации о злокачественном новообразовании – как внешней (поступающей от медицинских

²⁰ Необходимо отметить, что закономерным образом явления соматотонии выступают в едином комплексе со сверхценными идеями самолечения, а сегментарной деперсонализации со сверхценным увлечением теми или иными интересами в ущерб лечению.

специалистов и из других источников), так и «внутренней», т.е. соматоперцептивной. Соответственно значение индивидуальных особенностей соматоперцепции нивелируется, что, вероятно, объясняет как низкий процент, так и типологическую гетерогенность соматоперцептивных акцентуаций при диссоциативном откладывании.

Таким образом, представленные выше результаты оценки конституционально-личностных свойств изученных пациентов с откладыванием позволяют в определенной степени объяснить механизмы формирования аномального поведения. Однако подобный анализ представляется неполным без учета фактора собственно онкологического заболевания, прежде всего в контексте закономерностей клинической динамики опухолевого процесса (агрессивность развития, соматические симптомы), которые будут представлены ниже.

Кроме того не следует игнорировать и особенности собственно нозогенного стресса в онкологии в сравнении с другими областями медицины. В данном контексте необходимо подчеркнуть, что выявленные у пациентов с откладыванием свойства личности не представляются эксклюзивными, а, напротив, присущи многим пациентам с другими заболеваниями, о чем свидетельствуют результаты многочисленных исследований нозогений [1; 10; 13]. Однако накопление реакций с патологическим поведением в форме откладывания наблюдается именно в контингенте онкологических пациентов [1; 38].

В исследованиях психических расстройств в онкологии традиционно подчёркивается семантическая значимость диагноза – представления о неизлечимости онкопатологии [45; 83] как основной фактор манифестации нозогенных расстройств. Однако угроза жизни представляется недостаточной для формирования реакций откладывания, поскольку, как уже отмечалось выше, в других областях медицины, где периодически отмечаются не менее опасные болезни (например, кардиологии, неврологии и пр.) откладывание обращения за помощью – скорее казуистика, нежели типичный модус реагирования [1].

Кроме того, даже в пределах онкологического контингента семантика диагноза не отражает напрямую истинную тяжесть заболевания и соответственно неблагоприятный прогноз. Так, показано, что рак молочной железы воспринимается в целом как достаточно тяжелое заболевание, ведущее к значимому снижению выживаемости и выраженному косметическому дефициту [95], в то время как опухоли из группы сарком даже при большой распространенности процесса воспринимаются в социуме как нерядоположенные раку заболевания [54].

Учитывая представленные, факт представляется возможным высказать гипотезу, объясняющую формирование реакций откладывания уникальной особенностью нозогенного стресса в онкологии, а именно – парадоксальным противоречием между угрозой жизни, заложенной в семантике диагноза, и минимальной выраженностью и неспецифичностью, а нередко – и полным отсутствием соматических симптомов, т.е. субъективного ощущения тяжелой болезни либо вообще какого-либо телесного неблагополучия. Подобное предположение согласуется с мнением Н. В. Тарабриной [25] о том, что отличительным свойством стресса, ассоциированного с ранними этапами злокачественных новообразований, является «невидимый», воспринимаемый лишь на когнитивном уровне характер заболевания.

Соответственно данной гипотезе можно предположить, что в когорте онкологических пациентов с откладыванием должны накапливаться варианты злокачественных новообразований, развитие которых не сопровождается доступными для регистрации пациентом выраженными признаками соматической болезни.

С целью подтверждения высказанной гипотезы был предпринят анализ того, какие виды опухолей чаще всего отмечаются при каждом из выделенных типов откладывания.

Таблица 4-4. Распределение видов злокачественных опухолей по типам реакций откладывания.

Тип опухоли	Фобическое откладывание (n=17)	Паранойальное откладывание (n=14)	Компартмент-диссоциация (n=27)	Детachment-диссоциация (n=12)	Всего 70
Рак молочной железы ²¹	3 (18%)	1 (7%)	11 (41%)	6 (50%)	21 (30%)
Рак органов женской репродуктивной системы (кроме рака молочной железы)	3 (18%)	2 (7%)	5 (19%)	2 (17%)	12 (17%)
Саркомы	5 (29%)	6 (43%)	0	0	11 (16%)
Рак ЖКТ (желудок, пищевод, тонкая и толстая кишка)	1 (6%)	3 (14%)	4 (15%)	1 (8%)	9 (13%)
Меланома	1 (6%)	0	3 (11%)	2 (17%)	6 (9%)
Другие опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак)	3 (18%)	0	1 (3,5%)	0	4 (6%)
Опухоли мочеполовой сферы	1 (6%)	1 (7%)	1 (3,5%)	1 (8%)	4 (6%)
Опухоли печени и поджелудочной железы	0	1 (7%)	2 (7%)	0	3 (4%)

²¹ Формально относимый в группе опухолей женской репродуктивной системы, рак молочной железы выделен в настоящем исследовании в отдельную категорию во-первых в связи с наибольшей распространенностью в настоящей выборке, а во вторых из-за того, что по данным литературы для рак именно такой локализации откладывание является наиболее специфичным.

При анализе представленного распределения злокачественных новообразований в зависимости от типа откладывания выявляется ряд закономерностей.

Во-первых, больные раком молочной железы накапливались среди пациентов с диссоциативными типами откладывания (раком молочной железы страдает 41% пациентов из группы компартмент-диссоциации и 50% пациентов из группы детачмент диссоциации), в свою очередь у 81% больных РМЖ развивается именно диссоциативное откладывание, $p < 0,05$. Также диссоциативные нозогении накапливаются у больных меланомой (83% от всех реакций, единственное исключение – один больной с фобическим откладыванием при меланоме).

Обратная тенденция имеет место в случае сарком, при которых диссоциативных форм откладывания не отмечается вовсе, притом, что паранойяльное откладывание в 43% формируется именно при саркомах.

Из представленной таблицы видно, что в популяции больных с откладыванием накапливаются такие заболевания, как рак молочной железы и женских репродуктивных органов, а также меланома. В свою очередь восприятие диагноза при саркомах отличается от ожидаемого для онкологических заболеваний, а психопатологическая симптоматика представлена исключительно расстройствами фобического и паранойяльного круга.

Данный феномен можно объяснить тем, что рак молочной железы в общественном сознании воспринимается как «классически», «типичный» рак [68], а меланома к тому же и как один из наиболее злокачественных и неблагоприятных видов онкопатологии [52].

В свою очередь, по некоторым данным [54] саркомы мягких тканей и костей из-за своего сходства с соответствующими доброкачественными опухолями в меньшей степени ассоциируются с типичными атрибутами онкологического заболевания (инвалидизация, большие финансовые траты, высокий риск смерти).

Основываясь на полученных данных, можно подтвердить первую часть гипотезы - о значимом влиянии семантики диагноза на формирование нозогенных реакций, сопровождающихся откладыванием. При этом чем больше семантика диагноза соответствует традиционным представлениям об онкологической патологии, тем больше риск формирования более тяжёлых и длительных форм откладывания.

Переходя ко второй части гипотезы (онкопатология на невидимый стрессор на этапе откладывания), следует отметить, что злокачественные новообразования демонстрируют значительные отличия профиля симптомов по сравнению с другими распространенными заболеваниями – в отличие от кардиологических, пульмонологических больных симптомы на диагностическом этапе реже сопряжены с болями и значимым нарушением функций. В отличие от дерматологической патологии, опухоли обычно малозаметны.

Для верификации особенностей симптоматики у больных онкологическими заболеваниями было осуществлено следующее деление симптомов, имеющих место у больных на протяжении большей части откладывания. 1) Об опухоли известно лишь согласно результатам инструментальных и лабораторных обследований; 2) Опухоль проявляется неспецифическими симптомами, не вызывающими выраженного дистресса (безболезненное образование в молочной железе, уплотнение в области конечности); 3) Опухоль проявляется вызывающими дистресс, но неспецифическими симптомами (боль, кровотечения из области заднего прохода, нарушение носового дыхания) и 4) Выраженные и типичные для онкологического заболевания симптомы (втяжение соска, распадающаяся опухоль).²²

Распределение клинических проявлений онкологической патологии по всей выборке дано на рисунке 4-1, а с делением на типы откладывания в таблице 4-5.

²² Подобное подразделение восприятия симптомов (есть боль – нет боли, типичные симптомы опухоли – атипичные симптомы) является традиционным для эпидемиологического изучения откладывания. Обзор работ, выполненных при помощи подобного подхода дан в публикации U. Macleod и соавторов, [77] неоднократно цитированной в настоящей диссертации.

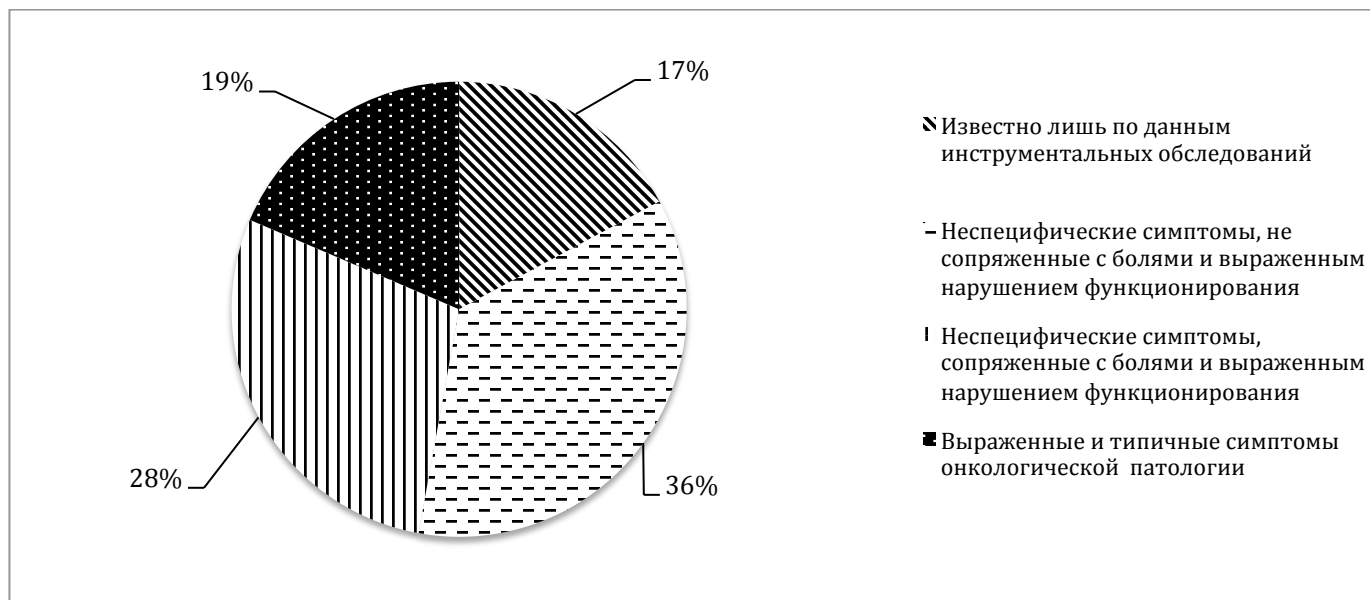


Рисунок 4-1. Распределение проявлений онкологического заболевания по общей выборке.

При анализе проявлений онкологического процесса по всей популяции обращает на себя внимание то, что собственно полностью невидимым соматогенный стрессор был лишь в 17% наблюдений. Тем не менее, представленные данные подтверждают тезис о существенном отличии симптоматического профиля онкологических заболеваний от такого же профиля в других областях медицины. Так на этапе откладывания у 53% больных онкологического заболевания не было сопряжено с болями и нарушением функционирования, а на по-настоящему тяжелые проявления приходилось менее одной пятой части выборки (19%).

Таблица 4-4. Проявления онкологического заболевания на этапе откладывания.

Восприятие симптома	Фобический тип (n=17)	Паранойяльный тип (n=14)	Компартмент-диссоциация (n=27)	Детachment-диссоциация (n=12)
Известно лишь по данным инструментальных исследований	0	6 (43%)	5 (19%)	1 (8%)

Неспецифические симптомы, не сопряженные с болями и выраженным нарушением функционирования	10 (59%)	3 (21%)	9 (33%)	3 (25%)
Неспецифические симптомы, сопряженные с болями и выраженным нарушением функционирования	7 (41%)	3 (21%)	7 (26%)	3 (25%)
Выраженные и типичные симптомы онкологической патологии	0	2 (15%)	6 (22%)	5 (42%)

При анализе проявлений опухолевого процесса с учетом деления на описанные типы отмечается несколько тенденций. Так, при паранойальном типе откладывания накапливаются случаи асимптоматического течения опухоли, о котором больным становится известно лишь по данным инструментальных обследований (случайное обнаружение на УЗИ во время планового осмотра и т. д.). Кроме того, при диссоциативных типах откладывания отмечается накопление более тяжелых и симптоматических форм онкологического процесса, формирование откладывания на таком фоне дополнительно подтверждает большую относительную тяжесть и стойкость диссоциативных реакций.

В связи с этим можно сделать предположение (нуждающееся дальнейшей в верификации в ходе эпидемиологических исследований), согласно которому, при фобическом и паранойальном типе откладывания большую роль играет

недоступность опухоли непосредственному наблюдению, а при диссоциативных типах более важной является угрожающая семантика заболевания.

Нозогенные аутоагрессивные реакции с явлениями откладывания сопряжены с накоплением запущенных стадий онкологического заболевания, причем выраженность данной тенденции увеличивает в ряду фобическое откладывание – паранойяльное откладывание – диссоциативное откладывание.

Фобический тип откладывания формируется у больных с расстройствами личности тревожного круга с явлениями невропатии при малосимптоматических опухолях с атипичными проявлениями, семантически не соотносящимися с тяжелыми формами рака (саркомы, кожные опухоли с доброкачественным течением).

Паранойяльный тип формируется у лиц паранойяльного круга с явлениями либо соматотонии, либо сегментарной деперсонализации в первую очередь при опухолях, доступных определению инструментальными методами, а во-вторых, при атипичных опухолях, близких к доброкачественным.

Откладывание по типу компартмент-диссоциации формируется на базе истерического расстройства личности без отчётливой предпочтительности в отношении соматоперцептивной акцентуации при типичных опухолях.

Откладывание по типу детачмент-диссоциации формируется при шизотипическом расстройстве личности и психопатоподобной шизофрении без связи с явлениями соматоперцептивной акцентуации при типичных, отчётливо злокачественных новообразованиях, в том числе, сопряжённых с выраженными и труднопереносимыми клиническими проявлениями.

К формированию откладывания предрасполагает с одной стороны относительная малосимптоматичность опухолей на инициальных этапах развития, а с другой семантическое значение злокачественных новообразований, ассоциированное с неизбежной мучительной смертью.

Заключение

Актуальность изучения проблемы несвоевременного обращения за медицинской помощью при онкологических заболеваниях диктуется высокими долями больных, поступающих с запущенными стадиями опухолевого процесса несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения данной группы заболеваний. Так по данным N. Facione [47] 34% пациенток с раком молочной железы откладывают обращение за медицинской помощью на 3 месяца и более, а среднее время обращения для разных опухолей составляет около 5 месяцев [32; 35; 58; 88].

Согласно современным данным, откладывание при онкологических заболеваниях делится на откладывание, связанное с пациентом (*patient delay*), и откладывание, связанное с медицинскими службами (*practitioner/provider delay*) [72; 77; 85]. При этом согласно опубликованным данным [27; 97] откладывание, связанное с пациентом, объединяет как минимум два разных понятия. В одних случаях откладывание обращения за медицинской помощью связано с тем, что пациент не располагает достаточными знаниями и/или информацией, позволяющими предположить связь симптомов с онкологической патологией (задержка распознавания, *appraisal delay* по B. Andersen [29]). В других наблюдениях откладывание необходимых диагностических и лечебных мероприятий происходит на фоне признания наличия у себя злокачественного образования (поведенческое откладывание, *behavioral delay* по B. Andersen [27]).

В ряде работ [37; 40; 59; 60; 90; 91; 109] было показано, что поведенческое откладывание тесно сопряжено с целым рядом различных психических расстройств. В частности, была показана связь поведенческого откладывания с тревожными [15; 27; 45; 59; 60; 97], диссоциативными расстройствами [5; 15; 16; 22; 23; 59; 60] депрессиями [40; 91] и шизофренией [20; 48; 64; 65; 81; 107].

Согласно данным ряда отечественных авторов, поведенческое откладывание при онкологических заболеваниях может выступать в качестве

проявления нозогенных реакций различной структуры в ответ на диагностику онкологического заболевания [5; 15; 16; 20; 22].

Тем не менее, до настоящего времени отсутствуют клинические исследования, направленные на непосредственное изучение феномена поведенческого откладывания, а клиническая структура нозогенных реакций и факторы, способствующие их формированию нуждаются в уточнении.

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 год в рамках междисциплинарного сотрудничества между кафедрой психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН А. Б. Смулевич) ЛФ (декан – член.-корр. проф. Е. В. Ших) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) Министерства Здравоохранения Российской Федерации (ректор – академик РАН П. В. Глыбочко), группой пограничных состояний шизофренического спектра (зав. отделением – проф. С. В. Иванов) отдела по изучению пограничной психиатрической патологии и психосоматических расстройств (руководитель отдела – академик РАН А. Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (дир. – проф. Т. П. Ключник) и ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н. Н. Блохина (дир. – член.-корр. РАН, проф. И. С. Стилиди).

В исследование включались пациенты с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования любой локализации и гистологического типа, находящиеся на стационарном лечении (хирургическом, химиолучевом) в клинике ФГБУ «НМИЦ Онкологии им. Н. Н. Блохина».

Главным критерием включения больного в исследование было откладывание в течение месяца или более диагностических или лечебных мероприятий при условии информированности пациента о наличии у него онкологического заболевания.

Из исследования исключались пациенты, тяжелое психическое или соматическое состояние которых не позволяло провести полноценное

психопатологическое обследование. Также исключались больные, которые несвоевременно обратились за помощью в связи с незнанием (откладывание распознавания /appraisal delay) либо откладывание произошло не по воле пациентов (ошибки диагностики, бюрократические проволочки и т. д. – откладывание, связанное с медицинскими службами /practitioner delay).

Психиатрическое обследование производилось клиническим методом с привлечением данных медицинской документации. Каждым из включенных пациентов было подписано информированное согласие на участие в исследовании. Анализ конституционально-личностных аномалий производился на основании гибридной модели («hybrid model»). Помимо типологической (категориальной) квалификации РЛ также оценивалось наличие аномалий соматоперцепции [3].

Процедура клинического обследования включала анализ психического/соматического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации (истории болезни, выписки, амбулаторные карты), результатов изучения соматоневрологического статуса соответствующими специалистами с учетом параклинических данных.

Для анализа вклада соматогенного стресса в формирование реакции (в соответствии с подходами ряда зарубежных эпидемиологических исследователей) использовалось формальное деление случаев заболевания по бинарному принципу (были боли/болей не было; типичные проявления заболевания/атипичные; опухоль доступна непосредственному наблюдению/выявляется лишь по данным инструментальных методов обследования и т. д.).

Для психометрической верификации состояния использовались следующие методики:

- Личностный Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ)
- Шкала Мини-Мульт
- Шкала диссоциации (Dissociative experience scale, DES)

Итоговое диагностическое суждение выносилось на клиническом разборе с участием академика РАН А. Б. Смулевича, проф. С. В. Иванова и онколога-консультанта А. М. Мерзликиной.

Статистический анализ проводился с помощью программных пакетов «Statistica 6.0» for Windows и SPSS 10.0 for Windows. Для проверки гипотез о значимости различий использовался непараметрический U-тест Манна - Уитни (в качестве достоверного рассматривался уровень вероятности $p < 0,05$).

В выборку исследования включено 70 пациентов (28 мужчин, 42 женщины в возрасте от 21 до 80 лет, средний возраст - $55,7 \pm 9,9$ лет, медиана – 55 лет).

У 52 (74,8%) пациентов откладывание формировалось на этапе диагностики первичного опухолевого образования, в то время как у 10 (14,3%) больных имело место откладывание рекомендованного лечения (хирургическое, гормональное, химио- и лучевая терапия) после верификации диагноза. Наконец, 8 (11,4%) больных откладывали визиты на профилактические обследования после успешного завершения курса лечения злокачественного новообразования.

Длительность откладывания варьировала в значительной степени, от 1 до 480 месяцев, в среднем $40,2 \pm 19,5$ месяцев, медиана 14 месяцев.

Результаты исследования.

Изученные в настоящем исследовании нозогенные реакции откладывания обнаруживают значительную клиническую гетерогенность и дифференцируются на синдромальном уровне на 3 типа: фобический, паранойяльный и диссоциативный.

Больше половины выборки составили пациенты с диссоциативным типом откладывания - 39 набл., (56%).

Фобические реакции откладывания (17 набл., 6 мужчин, 11 женщин, средний возраст - $51,2 \pm 8,5$ лет). Продолжительность откладывания наименьшая среди выделенных типов: от одного месяца до полутора лет, в среднем $10,8 \pm 8,6$ мес. (медиана – 6 месяцев).

Клиническая картина определяется выраженной тревожно-фобической симптоматикой и откладыванием по механизмам избегающего поведения

(сопряженного с опасениями подтверждения наихудших опасений) при полном признании и осознании факта злокачественного новообразования.

Ключевой содержательной характеристикой тревожных расстройств является страх перед объективно существующим заболеванием - нозофобия *sum materia*. Доминирующие тревожные опасения сопровождаются представлениями о мучительном, неизлечимом, фатальном прогнозе онкологического заболевания, а также тягостных и инвалидизирующих последствиях предстоящих методов лечения.

Нозофобии дополняются явлениями соматизированной тревоги, преимущественно в форме амплификации симптомов опухоли (боли в области образования и метастазов, одышка и др.).

Во всех наблюдениях сомато-вегетативные проявления тревоги реализуются нарушениями сна с явлениями ранней инсомнии (затрудненное засыпание) с наплывом тревожных опасений.

Приблизительно у половины больных (8 набл., 47%) тревожно-фобические расстройства сопровождаются отдельными субсиндромальными проявлениями гипотимического ряда (слезливость, пессимистические представления о прогнозе заболевания), не достигающими выраженности развернутого депрессивного эпизода.

Формирующееся в тесной связи с нозо- и танатофобиями аномальное поведение в форме откладывания приобретает свойства избегающего поведения, сопоставимого с таковым при тревожных расстройствах (агорафобия).

Преуменьшения симптомов заболевания или сомнения в его наличии не было выявлено ни у одного из больных, что верифицировано низкими показателями шкалы диссоциации DES – 8 баллов (результат, типичный для больных с тревожными расстройствами [33]).

Фобический тип откладывания является наименее стойким по сравнению с другими типами: относительно легко редуцируется при первых признаках прогрессирования заболевания (утяжеление имеющихся либо развитие новых

симптомов опухолевого процесса) с последующим обращением пациента за медицинской помощью.

В единичных случаях (3 набл.; 17,6%) после обращения к онкологам формируется повторная реакция откладывания, связанная со страхом негативных последствий лечения. Однако повторная реакция значительно менее продолжительна (1-3 месяца) и не оказывает значимого влияния на прогноз заболевания.

На госпитальном этапе происходит редукция собственно избегающего поведения: фобическая реакция откладывания трансформируется в тревожную нозогенную реакцию, характеристики которой детально представлены в ряде исследований [5; 15; 22], выполненных в клинике отдела пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «НЦПЗ».

Паранойяльные реакции откладывания (14 набл., 10 мужчин, 4 женщины, средний возраст $59,8 \pm 7,2$ лет). Продолжительность откладывания от 6 до 62 месяцев, в среднем $30,8 \pm 17,7$ месяца (медиана – 24 месяца).

Клиническая картина определяется сверхценными образованиями, объединенными, несмотря на неоднородность содержания, ключевой идеей полной и относительно легкой излечимости заболевания.

В 10 (72%) из 14 наблюдений доминируют представления о непоколебимых ресурсах организма и способности преодолеть заболевание собственными силами. Соответственно подобным убеждениям пациенты ограничиваются конвенциональными оздоровительными процедурами (регулярный режим сна и бодрствования, коррекция диеты, усиленные занятия спортом, массаж и пр.; 7 из 10 набл.) или игнорируют направление в онкологический стационар в ожидании спонтанного выздоровления (3 из 10 набл.).

В 4 (36%) случаях на первый план выступает одержимость работой, не оставляющая места заботе о здоровье. Соответственно лечение «не опасного» онкозаболевания воспринимается как недопустимая трата времени, препятствие выполнению профессиональных обязанностей.

Кроме того у половины пациентов данной группы (7 из 14) выявляется подозрительность и недоверчивость в отношении медицинских работников (недостаточная квалификация, халатность и пр.), являющиеся дополнительного мотива откладывания.

Всем пациентам данной группы свойственны явления гипертимии (приподнятое настроение, повышенная активность, высокая толерантность к нагрузкам), сохраняющиеся на протяжении всего периода откладывания. В отличие от пациентов с фобическим откладыванием при паранойяльных реакциях признаки прогрессирования опухоли не сопровождаются незамедлительной редукцией откладывания, а провоцируют лишь транзиторные (в пределах 1-2 дней) эпизоды «латентной» тревоги: ранняя инсомния, повышенная раздражительность, нерезко выраженная ажитация без формирования нозофобий.

Диссоциативные расстройства при данном типе откладывания также не отмечались, по опроснику DES средний балл – 5 (сопоставимо с показателями здоровой популяции [33]).

Диссоциативные реакции откладывания (39 набл.; 10 мужчин, 29 женщин, средний возраст – $55,9 \pm 5,8$. Длительность откладывания от 3 до 480 месяцев, в среднем $58,9 \pm 21,4$ мес. (медиана – 27 месяцев).

Этот тип реакций оказался наиболее гетерогенными как по клиническим характеристикам, так и показателям откладывания, что определяет актуальность дифференциации отдельных подтипов диссоциативных расстройств. В основу типологии диссоциативных нозогенных реакций откладывания в настоящем исследовании заложена концепция двух механизмов диссоциации – компартмент (compartment) и детачмент диссоциации (detachment) [35; 62].

Главным проявлением компартмент диссоциации является удаление из поля сознания субъективно неприятных или тягостных ощущений, эмоций и воспоминаний. Согласно мнению Е. А. Holmes [62] при изолирующей (compartment) диссоциации «Будучи компартиментализированным, психический процесс продолжает функционировать и влиять на эмоции, когнитивные процессы и поведение»

Диссоциация, формирующаяся по механизму изоляции, сопоставима с истерической диссоциацией в ее традиционном понимании, и в частности соотносится с понятием двойного сознания (*doubling of consciousness*), представленного как в классических работах 19 века [66], так и в современных исследованиях [111].

В свою очередь детачмент диссоциация представляется ядерным нейробиологическим феноменом, при формировании которого происходит полное элиминирование любых (когнитивных или эмоциональных компонентов тревоги из сферы сознания).

Показатели диссоциации по шкале DES при двух выделенных типах были сопоставимы (18,2 и 20,1 соответственно). Такое значение свойственно для больных с истерическим и пограничным расстройствами личности [33].

Компартмент (compartment) диссоциативная реакция откладывания (27 наблюдений, 20 женщина, 7 мужчин; ср. возраст $56,1 \pm 4,2$ лет). Длительность откладывания от 7 до 86 месяцев, в среднем $32 \pm 7,3$ мес. (медиана – 19 месяцев).

Клиническая картина определяется «двойным синдромом», «фасад» которого представлен диссоциативной симптоматикой, а в качестве реакции «фона» выявляется тревожная реакция.

Собственно, «фасадная» реакция представлена сомнениями как в онкологической природе обнаруженного страдания, так и в том, что имеющиеся симптомы в принципе могут нанести вред здоровью.

В 15 (55%) наблюдениях при новообразованиях, протекающих с единичными, мало выраженными симптомами в отсутствие алгий отмечается полное отрицание факта опухоли. При этом пациенты активно избегают данной темы в разговорах, ограничивают чтение печатных изданий и просмотр других средств массовой информации, а в ряде случаев (6 наблюдений, 22%) даже формируют комплекс предохранительных мер, направленных на максимальную дистанцированность от любой информации, касающейся онкологии.

В остальных 13 (45%) наблюдениях больные признают наличие опухолевого образования, однако демонстративно выражают сомнения в том, что

выступающие в клинической картине симптомы представляют собой проявление онкологического заболевания.

Реакция «фона», представлена тревожной симптоматикой, сопоставимой с таковой при фобическом типе откладывания.

Отчётливых симптомов гипотимии при данном типе откладывания не было выявлено ни в одном из наблюдений.

На госпитальном этапе лишь у небольшого числа (3 набл.) больных происходила полная редукция диссоциации с формированием тревожной реакции. У остальных больных диссоциация персистирует на фоне относительно правильного медицинского поведения.

Детачмент (detachment) диссоциативная реакция откладывания (n=12, 5 мужчин, 7 женщин; ср. возраст $55,3 \pm 9,8$ лет). Длительность откладывания максимальная в выборке: от 3 до 480 месяцев в среднем $86,9 \pm 25,3$ мес. (медиана – 96 месяцев).

На клиническом уровне данный тип нозогенных реакций откладывания представлен чередованием двух синдромальных этапов: аберрантной ипохондрии и сверхценных образований.

Аберрантная ипохондрия (1 этап) манифестирует вслед за поступлением первой информации о злокачественном новообразовании (обнаружение при само осмотре, либо при инструментальном обследовании) с необходимостью последующей верификации диагноза. При этом как вероятное наличие опухоли, так и объективные признаки ее прогрессирования подвергаются полному или частичному отрицанию.

На «втором этапе» динамики проявления аберрантной ипохондрии (отрицание наличия заболевания) дополняются кататимно заряженными идеями абсолютного здоровья, что на поведенческом уровне реализуется в форме аномального медицинского поведения: рекомендации докторов игнорируются, направления на обследование и лечение теряются. Больные сохраняют неизменно бодрое расположение духа, не допускающее и тени сомнения в собственном соматическом благополучии. Преобладают представления о ложном характере

тревоги, ошибочный характер подозрений со стороны докторов считается очевидным.

Диссоциативные расстройства по типу детачмент-диссоциации формируются на фоне повышенного настроения, достигающего зачастую степени гипомании, явления латентной тревоги не обнаруживаются.

Психосоматические соотношения при нозогенных реакциях откладывания.

При реакциях откладывания накапливаются пациенты с запущенными злокачественными новообразованиями (у 52,9% пациентов отмечаются неоперабельные опухоли и/или метастатическое поражение).

При этом выявлены различия по стадиям онкологического заболевания между выделенными типами откладывания. Так при фобическом типе откладывания число больных с запущенными опухолями оказывается наименьшим ($n=3$; 18%), а пациенты с ранними стадиями преобладали (53%).

Профиль распределения стадий при паранойяльном типе откладывания и компартмент-диссоциации был сопоставимым и более тяжелым, чем при фобическом типе, однако при компартмент-диссоциации накапливается больше больных с запущенными стадиями (70% при компартменте против 43% при паранойяльном типе).

Наиболее неблагоприятен прогноз опухолей у больных с детачмент-диссоциацией (запущенная стадия у 75% больных).

Анализ аспектов предрасположения к формированию откладывания производился по двум направлениям – выявление личностных характеристик и отличительных свойств онкологического заболевания.

При анализе патохарактерологических свойств больных с откладыванием было выявлено, что при каждом из выделенных типов накапливались определенные личностные дименсии, выступающие в рамках различных расстройств личности.

Так при фобическом типе откладывания у всех больных определяется личностная акцентуация по тревожному типу, выступающая преимущественно в рамках расстройств личности кластера С. Типичными свойствами таких больных были нерешительность, склонность к сомнениям, избегание рискованных мероприятий. В типичных случаях речь идет о педантичных и аккуратных, но в то же время нерешительных людях, которые на работе находятся на хорошем счету, слывут безотказными помощниками, однако избегают назначения на высокие должности из страха провалиться.

При паранойальном типе откладывания ведущая личностная дименсия - склонность к формированию сверхценных идей. Для них свойственна повышенная активность на протяжении всей жизни, упорство в преодолении неприятностей. При этом сверхценности у больных с паранойальным расстройством личности остаются преимущественно в конвенциональных рамках, в то время как для больных с шизотипическим РЛ была свойственна определенная чужаковатость либо неадекватность полученному образованию (увлечение биоэнергетикой у врача-кардиолога, следование канонам сект и т. д.).

Ведущей особенностью РЛ больных с компартмент-диссоциацией является патологически усиленное воображение, склонность к диссоциативным реакциям как в ответ на жизненные стрессоры, так и аутохтонным. Данные личностные особенности отмечались в рамках как гистрионного РЛ, так и шизотипического расстройства личности с истерическими чертами (шизоидные истерики).

Наконец, при детачмент-диссоциации накапливаются больные с шизотипическим расстройством, доминирующее свойство которых - патологически приподнятый аффект в сочетании с недоучетом социальных норм и бытовых ситуаций (шизотипическое расстройство, с явлениями феномена «фершробен»).

При фобическом типе откладывания у половины больных отмечались явления невропатии, в то время как при паранойальном откладывании накапливались пациенты с соматотонией и сегментарной деперсонализацией.

Значимого накопления соматоперцептивных акцентуаций при диссоциативном откладывании выявлено не было.

Прогностическое влияние выделенных типов соматоперцепции представляется неоднозначным. При фобическом типе откладывания невропатия, обеспечивающая расширение соматовегетативных проявлений и тем самым акцентирующая общее ощущение «соматического нездоровья» способствует амплификации тревожных нарушений, вероятно способствует более раннему принятию решения обращения за помощью. Соответственно фактор невропатии, вероятно, имеет благоприятное прогностическое значение для динамики онкологического заболевания. В свою очередь при паранойальном типе откладывания соматотония и сегментарная деперсонализация, сопряженные с ощущением «хорошего» общего тонуса и редукцией осознания явлений соматического дискомфорта соответственно, напротив, способствуют формированию и ретенции сверхценных идей полного, непоколебимого здоровья, лежащих в основе поведенческого откладывания при данном типе. Невозможность выделения какой-либо предпочтительности соматоперцептивных акцентуаций при диссоциативных типах откладывания объясняется, по всей видимости, иными (диссоциативными) механизмами данного рода реакций: отчуждение факта онкологической патологии касается любой информации о злокачественном новообразовании – как внешней (поступающей от медицинских специалистов), так и «внутренней», т.е. соматоперцептивной.

Анализ влияния соматического стресса производился по двум линиям – изучение семантической значимости онкологического заболевания и особенностей восприятия симптомов опухоли.

Было выявлено, что более тяжелые (длительные) формы откладывания (компармент и детачмент диссоциация) накапливались в первую очередь при типичных формах онкологической патологии (рак молочной железы, меланома), которые в массовом сознании традиционно ассоциируются с фатальным прогнозом. В то же время, при саркомах, которые в массовом сознании не воспринимаются как рядоположенные классической онкологии заболевания,

происходило накопление более легких форм откладывания – фобического и паранойяльного. На основании этого можно сделать вывод о вкладе семантической значимости диагноза онкологического заболевания в оформление откладывания; в первую очередь это касается наиболее тяжёлых форм данного психического расстройства.

Кроме того, свой вклад в формирование откладывания осуществляли также особенности восприятия симптомов онкологического заболевания. Так, согласно существующим данным на ранних, диагностических этапах, опухоль выступает зачастую в виде «невидимого» стрессора, воспринимаемого лишь на когнитивном уровне (по Н. В. Тарабриной [25]).

Было установлено, что на этапе откладывания у 53% пациентов онкологический процесс не был сопряжен с болями и нарушением функционирования, а на по-настоящему тяжелые проявления приходилось менее одной пятой части выборки (19%). Кроме того, при паранойяльном типе откладывания накапливаются совершенно асимптоматичные формы онкологической патологии, что способствовало формированию у больных идей недоверия к данным медицинских обследований.

ВЫВОДЫ

При клиническом и патопсихологическом изучении поведенческого откладывания при злокачественных новообразованиях проведённом на репрезентативной выборке (70 набл.) было выявлено:

1. Поведенческое откладывание в онкологии сопряжено со значимым ухудшением прогноза выживаемости (I-II стадия злокачественного процесса на момент обнаружения опухоли против III-IV стадии на момент обращения за медицинской помощью).

2. Поведенческое откладывание формируется в связи с психопатологическими расстройствами в рамках особого типа нозогенных (в том числе шизофренических) реакций с явлениями аутоагрессии в пределах динамики расстройств личности (РЛ) и шизотипического расстройства.

3. Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (НРА) клинически гетерогенны и дифференцируются на 3 типа: фобические (n=17; 24%), паранойяльные (n=14; 20%) и диссоциативные (n=39; 56%).

3.1 Фобические НРА определяются нозофобией (страх тяжелых/летальных последствий злокачественного новообразования) при полном осознании и признании факта онкологического заболевания. Поведенческое откладывание формируется по механизму тревожно-фобической реакции избегания.

3.2 Паранойяльные НРА определяются сверхценными образованиями круга анти-ипохондрии (идеи «идеального здоровья», исключающего непреодолимую болезнь) при полном осознании и принятии факта онкологического заболевания. Поведенческое откладывание формируется по механизмам реформирования терапии (самолечение), в ряде случаев на фоне подозрительности в отношении медицинского персонала..

3.3 Диссоциативные НРА определяются парциальными расстройствами сознания (отчуждение реальности болезни при полной сохранности восприятия других аспектов действительности). Дифференцируются на 2 подтипа: компартмент (КД) и детчамент (ДД) диссоциация.

3. 3. 1. Диссоциативные НРА с КД протекают по типу «двойной» диссоциативно-тревожной реакции: «фасад» – собственно диссоциация (с частичным отрицанием диагноза или злокачественности болезни), «фон» – латентная тревога (дисфория, инсомния при обстоятельствах, связанных с напоминанием о болезни).

3. 3. 2. Диссоциативные НРА с ДД протекают по типу аберрантной ипохондрии (полное отрицание какого-либо заболевания без признаков латентной тревоги).

4. В формирование реакций откладывания осуществляют вклад личностные и нозогенные факторы.

4.1 Каждый из выделенных типов сопряжен со своим профилем личностных аномалий.

4.1.1 Фобическое откладывание манифестируют на базе акцентуации по тревожному типу в рамках различных типов РЛ.

4.1.2 Паранойяльное откладывание манифестирует у личностей по типу носителей сверхценных идей в рамках паранойяльного РЛ и шизотипического расстройства на базе соматотонии или сегментарной деперсонализации

4.1.3 Диссоциативное откладывание с компартмент-диссоциацией формируется у лиц с истерическим РЛ.

4.1.4 Диссоциативное откладывание с детачмент-диссоциацией манифестируют на базе конституционального или нажитого (вялотекущая шизофрения) шизотипического РЛ.

4.2 Вклад онкологического заболевания в формирование НРА реализуется по двум линиям: с одной стороны откладыванию способствует малосимптоматичность опухолей на диагностическом этапе, с другой стороны, укоренившиеся в обществе представления о фатальном прогнозе злокачественных новообразований.

5. Влияние откладывания на прогноз онкозаболевания определяется длительностью откладывания и дифференцируется в зависимости от типа нозогенной реакции. В порядке ухудшения прогноза (нарастания длительности)

типы откладывания распределяются следующим образом: фобическое – в среднем $10,8 \pm 8,6$ мес., паранойальное - $30,8 \pm 17,7$ мес., компартмент диссоциация - $32 \pm 7,3$ мес., детачмент диссоциация - 86.9 ± 25.3 мес..

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы

Результаты настоящего исследования получены на выборке больных с уже установленным диагнозом на госпитальном этапе, а потому изучение откладывания на поликлиническом уровне скрининговыми методиками позволит получить данные о больных, вообще не обращающихся за медицинской помощью (с фатальным исходом).

Полученные в настоящем исследовании результаты нуждаются в дальнейшей верификации в масштабных эпидемиологических исследованиях, учитывающих, представленную в данной работе типологию.

С учетом выделенных типов и факторов риска откладывания перспективной является разработка инструментов скрининга, которое можно применять на поликлиническом этапе.

Практические рекомендации, полученные на основании представленных данных, могут быть сформулированы следующим образом: информация о злокачественных новообразованиях должна доноситься до населения с максимальным акцентом на излечимости рака и преимуществах раннего обращения за помощью, а не на повышение тревоги посредством сообщения о негативных последствиях позднего обращения. В практической работе следует делать акцент на группах пациентов с личностными аномалиями, которые были выявлены в настоящей статье. Их выявление может осуществляться силами медицинских психологов, психотерапевтов.

В практической работе следует также в первую очередь обращать внимание на пациентов с «типичными» формами онкологической патологии (рак молочной железы, меланома, рак желудка), у которых пока что симптомы злокачественного новообразования недостаточно выражены. Именно они находятся в группе риска по развитию поведенческого откладывания.

Список использованной литературы

1. Андрющенко, А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине / А. В. Андрющенко // Психические расстройства в общей медицине. - 2011. - № 1. – С. 14-27.
2. Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Бурлаков Алексей Вячеславович – М., 2006. – 24 с.
3. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Волель Беатриса Альбертовна – М., 2009. – 47 с.
4. Волель, Б. А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Волель Беатриса Альбертовна – М., 2003. – 28 с.
5. Выборных, Д. Э. Психогематология: монография. – М.: Практическая медицина, 2014. – 240 с.
6. Выборных, Д.Э. Нозогенные паранойяльные реакции (клиника, эпидемиология, терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Дмитрий Эдуардович Выборных. – М., 2000 – 26 с.
7. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: Медицинская книга, 2010 – 124 с.
8. Германова, К. Н. Диссоциативные расстройства в структуре психогений у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / К. Н. Германова, В. В. Читлова // Психиатрия. – 2014. - №4. – С. 5-11.
9. Давыдов, М. И. Статистика злокачественных новообразований 2014 Г / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Евразийский онкологический журнал. – 2016. - №4. – С. 692-879.

10. Дробижев, М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Автореф дисс. ... докт. мед. наук: Дробижев Михаил Юрьевич – М., 2000. – 45 с.
11. Дубницкая Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения (клинико-генеалогическое исследование): Автореф дисс. ... докт. мед. наук: Дубницкая Этери Брониславовна – М., 1987 – 25 с.
12. Зверева, М. В. Прокрастинация и психическое здоровье / М. В. Зверева // Психиатрия. -2014. – №4. – С. 43-50.
13. Пушкарев, Д.Ф. Расстройства личности и хроническая соматическая патология (на модели ревматоидного артрита и хронической обструктивной болезни легких): автореф. ... дисс.канд.мед.наук: Пушкарев Дмитрий Федорович – М., 2013. - 35 с.
14. Романов, Д. В. Психические расстройства в дерматологической практике (психопатология, эпидемиология, терапия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Романов Дмитрий Владимирович. – М., 2014. – 42 с.
15. Самушия М.А., Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия),: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Самушия Марина Антиповна. – М., 2014. – 40 с.
16. Самушия, М.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы / М. А. Самушия, Е. А. Мустафина // Психич. расстройства в общей медицине. – 2007. – 2. – С. 11–6.
17. Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И. Психоневрология детского возраста. – М.-Л., Биомедгиз, 1935. - 369 с.
18. Скрыбин, Д.С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы / Д. С. Скрыбин // Психич. расстройства в общей медицине. – 2009. - №4. - 9–16.
19. Смулевич А. Б. Расстройства личности: траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.:МИА. 2012. - 336 с.

20. Смулевич, А. Б. Шизофрения и онкологические заболевания (нозогенные реакции у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, спровоцированные злокачественными новообразованиями) / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Л. К. Мясникова и др. // Психич. Расстройства в общей медицине. – 2012. - №4. – С. 2-7.
21. Смулевич, А. Б. Патохарактерологическое предрасположение и формирование нозогенных (провоцированных соматическим заболеванием) психических расстройств / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, М. А. Самушия и др. // Психич. Расстройства в общей медицине. – 2014. - №2. - 7-13.
22. Смулевич, А. Б. Нозогенные реакции у больных раком желудка / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Д. А. Бескова и др. // Психич. расстройства в общей медицине. – 2007. - №2(3). – С. 4–10.
23. Смулевич, А. Б. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация) / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, А. К. Мухорина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. - №117(1). – С.5-16
24. Суханов С. А. Семиотика и диагностика душевных болезней. М. – 1905. – 174 с.
25. Тарабрина, Н. В. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, Г. П. Генс, Л. И. Коробкова и др. // Вестн. РФФИ. -2006. - №1. – С. 10–20.
26. Читлова, В. В. Тревожная депрессия и расстройства личности (коморбидность, типологическая дифференциация, терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Читлова Виктория Валентиновна. – М., 2013. – 28 с.
27. Aitken-Swan, J. The cancer patient: delay in seeking advice / J. Aitken-Swan, R. Paterson // Br Med J. – 1955. - №12. – P. 623–627.
28. Allen, J. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? / J. Allen, D. Console, L. Lewis // Compr Psychiatry. – 1999. - №40(2). – P. 160-71.

29. Andersen, B. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison process / B. Andersen, J. Cacoppo // *British Journal of Social Psychology*. -1995. - №34. – P. 33-52.
30. Antonovsky, A. Delay in the Detection of Cancer: A Review of the Literature / A. Antonovsky, H. Hartman // *Health Educ Behav*. – 1974. – 2. – P. 98-128.
31. Arnaboldy, P. Distress and Psychosocial Needs in Patients Accessing a Cancer Day Surgery Division: Implications for Clinical Decision Making / P. Arnaboldy, S. Riva, V. Vadilonga et al. // *Front Psychol*. – 2016. - №7. – P. 20-40.
32. Arndt, V. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study / V. Arndt, T. Sturmer, C. Stegmaier et al. // *British Journal of Cancer* (2002) 86, 1034 – 1040
33. Bernstein, E. Development, reliability, and validity of a dissociation scale / E. Bernstein, F. Putnam // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1986. - №174(12). – P. 727–35.
34. Brouha, X. Oral and pharyngeal cancer: analysis of patient delay at different tumor stages / X. Brouha, D. Tromp, G. Hordijk et al. // *Head Neck* 2005. - №27. – P. 939–945.
35. Brown, S. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: A narrative review / S. Brown, M. Castelli, D. Hunter // *Social Science & Medicine*. – 2014. - №116. - P. 56-63.
36. Burgess, C. Do adverse life events and mood disorders influence delayed presentation of breast cancer? / C. Burgess, A. Ramirez, P. Smith et al. // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2000. – 48. – P. 171–175.
37. Chakravorty, S. Delay in specialist consultation in cancer patients / S. Chakravorty, R. Patel, C. DeSouza // *Indian J Cancer*. – 1993. - №30. – P. 61–6.
38. Civilotti, C. Dissociative symptomatology in cancer patients / C. Civilotti, L. Castelli, L. Binaschi et al. // *Front Psychol*. – 2015. - №24. – P. 102-118.
39. Courtney, R. Current state of medical-advice-seeking behaviour for symptoms of colorectal cancer: determinants of failure and delay in medical consultation / R. Courtney, C. Paul, R. Sanson-Fisher et al. // *Colorectal Dis*. – 2012. – 14. – P. 222–229.

- 40.Desai M. The effects of major depression and phobia on stage at diagnosis of breast cancer / M. Desai, M. Bruce, S. Kasl // *Int J Psychiatry Med.* – 1999. - №29. – P. 29–45.
- 41.Deshields, T. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model / T. Deshields, M. Heiland, A. Krecen // *Psycho-Oncology.* – 2016. - №25. – P. 11–18.
- 42.DiMatteo, M. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence / M. DiMatteo, S. Lepper, T. Croughan // *Arch Intern Med.* – 2000. - №160. – P. 2101-2107.
- 43.Dobson, C. Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? / C. Dobson, A. Russel, G. Rubin // *BMC Health Services Research.* – 2014. - №14(1). - P. 387-393.
- 44.Dorpat T. L. Denial and Defence in the Therapeutic Situation. Jason Aronson Inc.: New Jersey, 1985. – 456 p.
- 45.Dubayova, T. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review / T. Dubayova, J. van Dijk, I. Nagyova et al. // *Int J Public Health* 2010. - №55. – P. 459–468.
- 46.Eddy, D.M. and Eddy, J.F. (1984) Delay factors in the detection of cancer. *Proc. Am. Cancer Soc. Fourth Natl. Conf. On Human Values and Cancer*, New York, March 15–17. American Cancer Society, New York, pp. 32–40
- 47.Facione, N.The Self-Reported Likelihood of Patient Delay in Breast Cancer: New Thoughts for Early Detection / N. Facione, C. Miaskowski, M. Dodd et al. // *Preventive Medicine.* – 2002. - №34. – P. 397–407.
- 48.Farasatpour, M. Breast cancer in patients with schizophrenia / M. Farastapour, J. Radhakrishna, C. Williams et al. // *The American Journal of Surgery.* – 2013. - №206. – P. 798-804.
- 49.Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. N.Y.: W.W. Norton & Company, Inc., 1945. – 720 p.

50. Freud S. Hysterical conversion. // Abstr. Stand. Edition Compl. Psychol. Works of S. Freud / Ed. C.L. Rothegeb. – Maryland, 1971. – P. 20.
51. Gascoigne, P. Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a qualitative study / P. Gascoigne, M. Mason, E. Roberts et al. // Psycho-Oncology. – 1999. - №8. – P. 144–154.
52. Goldenberg, A. Melanoma risk perception and prevention behavior among African-Americans: the minority melanoma paradox / A. Goldenberg, I. Vujic, I. Sanlorenzo // Clin Cosmet Investig Dermatol. - 2015. - №5. – P. 423-9.
53. Goldsen, R. Patient delay in seeking cancer diagnosis: Behavioral aspects / R. Goldsen // Jr. Woman Dis. – 1963. - №16. – P. 427-436.
54. González-Rodríguez, E. Quality of life in patients with bone tumors, a comparison between different treatments / E. Gonzalez-Rodriguez, A. Riveros, C. Benjet et al. // Rev Invest Clin. -2014. - №66(2). – P. 121-8.
55. Gould, J. Why women delay seeking assistance for locally advanced breast cancer / J. Gould, B. Fitzgerald, K. Fergus et al. // Can Oncol Nurs. – 2010. - №20. – P. 23–29.
56. Green, L. The research literature on cancer: A review of the literature. Hlth Educ. on why women delay in seeking medical care for breast symptoms / L. Green, B. Roberts // Hlth Educ. Monographs. 1974. - №2. – P. 129-135.
57. Hacket, T. Patient Delay in Cancer / T. Hacket, N. Cassem // N Engl J Med. – 1973. - №5. – P. 14–20.
58. He, X. Risk factors for delay of adjuvant chemotherapy in non-metastatic breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis involving 186982 patients / X. He, F. Ye, B. Zhao // PLoS One. – 2017. - №6. – P. 38-62.
59. Hendersen, J. A psychiatric investigation of the delay factor in patient to doctor presentation in cancer / J. Henderson, I. Wittkower, M. Loughheed // I. Psychosomatic Res. – 1958. - №3. - P. 27-41.
60. Hendersen, J. Denial and repression as factors in the delay of patients with cancer presenting themselves to the physician / J. Hendersen // Ann N Y Acad Sci. – 1966. - №125(3). – P. 856-64.

61. Hensgens, T. Psychiatric symptoms causing delay in diagnosing childhood cancer: two case reports and literature review / T. Hensgens, E. Bloemer, A. Schouten // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2013. - №22(7). – P. 443-50.
62. Holmes, E. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications / E. Holmes, R. Brown, W. Mansell et al. // *Clin Psychol Rev*. – 2005. - №25(1). – P. 1-23;
63. Horowitz M. J. Psychological response to serious life events. In *The Denial of Stress*, vol. 5, Breznitz S (ed.). International University Press: New York. - 1983. - P. 129–159.
64. Hwang, M. Adjuvant chemotherapy for breast cancer in patients with schizophrenia / M. Hwang, M. Farasatpour, M. Williams // *Oncology Letters*. – 2012. - №3. – P. 845-850.
65. Inagaki, T. Factors disturbing treatment for cancer in patients with schizophrenia / T. Inagaki, R. Yasukawa, S. Okazaki // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2006. - №60. – P. 327–331.
66. Janet P. *L'autosomatisme psychologique*. — Paris Alcan, 1889. — 469 p.
67. Kangas, M. Correlates of Acute Stress Disorder in Cancer Patients / M. Kangas, J. Henry, R. Bryant // *Journal of Traumatic Stress*. – 2007. - №20. – P. 325–334.
68. Kaptein, A. Illness Perceptions in Women with Breast Cancer—a Systematic Literature Review / A. Kaptein, J. Schoones, M. Fischer et al. // *Curr Breast Cancer Rep*. – 2015. - 7(3). – P. 117–126.
69. Kobayashi, L. Cancer Fatalism, Literacy, and Cancer Information Seeking in the American Public / L. Kobayashi, S. Smith // *Health Educ Behav*. – 2016. - №43(4). – P. 461-70.
70. Kummer, S. Measures of psychosocial factors that may influence help-seeking behaviour in cancer: A systematic review of psychometric properties / S. Kummer, F. Walter, J. Chilcot // *J Health Psychol*. – 2017. - №1. – P. 13-59.
71. Kunkel, E. Consultations for 'maladaptive denial of illness' in patients with cancer: psychiatric disorders that result in noncompliance / E. Kunkel, C. Woods, C. Rodgers // *Psychooncology*. -1997. - №6(2). – P. 139-49.

72. Kutner, B. Delay in the diagnosis and treatment of cancer: a critical analysis of the literature / B. Kutner, H. Makover, A. Oppenheim // J. Chron. Dis. – 1958. - №2. – P. 95-120.
73. Lauver, D. Testing Theoretical Explanations of Intention to Seek Care for a Breast Cancer Symptom / D. Lauver, A. Chang // Journal of Applied Social Psychology. – 1991. - №21. – P. 1440-1458.
74. Lerman, C. Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer / C. Lerman, M. Daly, C. Sands // Journal of the National Cancer Institute. – 1993. - №85. – P. 1074-1080.
75. Low, E. Ovarian cancer symptom awareness and anticipated time to help-seeking for symptoms among UK women / E. Low, J. Waller, U. Menon // J Fam Plan Reprod Heal care. – 2013. - №39. – P. 163–171.
76. Macdonald, S. Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer / S. Macdonald, U. Macleod, N. Cambell et al. // British Journal of Cancer. – 2006. - №94. – P. 1272 – 1280.
77. Macleod, U. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers / U. Macleod, E. Mitchell, C. Burgess // British Journal of Cancer. – 2009. - №101. – P. 92–101.
78. Magarey, C. Psycho-social factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer / C. Magarey, P. Todd, P. Blizzard // Social Science and Medicine. – 1977. - №11. – P. 229-232.
79. McGarvey, E. Acute Stress Disorder Following Diagnosis of Cancer / E. McGarvey, R. Canterbury, C. Koopman // International Journal of Rehabilitation and Health. – 1998. - №4. – P. 13-28.
80. Meehl, P. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia / P. Meehl // American Psychologist, 1962. - №17. – P. 827-838.
81. Meyer, A. Metastatic breast cancer in patients with schizophrenia / A. Meyer, M. Hwang, M. Farastapour et al. // Molecular and clinical oncology. – 2013. - №1. – P. 359-364.

82. Miculin, T. Gastric cancer--delay in diagnosis and its causes / T. Miculin, D. Hardcastle // *Eur J Cancer Clin Oncol.* – 1987. - №23(11). – P. 1683-90.
83. Miles, A. Psychologic Predictors of Cancer Information Avoidance among Older Adults: The Role of Cancer Fear and Fatalism / A. Miles // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* - 2008. - №17(8). – P. 1872-1879.
84. Minkowsky E. La Schizophrenie: Psychopathologie des schizoides et des schizophrenes. Paris, 1927. – 265 p.
85. Mitchel, E. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review / E. Mitchel, S. Macdonald, N. Cambell et al. // *British Journal of Cancer.* – 2008. - №98. – P. 60 – 70.
86. Molassiotis, A. Mapping patients' experiences from initial change in health to cancer diagnosis: a qualitative exploration of patient and system factors mediating this process / A. Molassiotis, B. Wilson, L. Brunton et al. // *European Journal of Cancer Care.* – 2010. - №19. – P. 98–109.
87. Morrison, A. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration / A. Morrison, L. Frame, W. Larkin // *Br J Clin Psychol.* – 2003. - №42. – P. 331-53.
88. Neal, R. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? / R. Neal, B. Tharmanathan, N. France et al. // *Systematic review Br J Cancer.* – 2015. - №112. – P. 92–107.
89. Nooijer, J. A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total delay / J. Nooijer, L. Lechner, H. Vries // *Patient Education and Counseling.* – 2001. - №42. – P. 145-157.
90. Nosarti, C. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors / C. Nosarti, T. Crayford, J. Roberts et al. // *Br J Cancer.* – 2000. - №82. – P. 742–8.
91. O'Rourke, R. Psychiatric illness delays diagnosis of esophageal cancer / R. O'Rourke, B. Diggs, D. Spight // *Dis Esophagus.* – 2008. - №21(5). – P. 416–421.

92. Oshira, M. Patients' help-seeking experiences and delaying in breast cancer diagnosis: A qualitative study / M. Oshira, M. Kamizato // *Jpn J Nurs Sci.* – 2018. - №15(1). – P. 67-76.
93. Pack, G. The Culpability for Delay in the Treatment of Cancer / G. Pack, J. Gallo // *Am J Cancer.* – 1938. - №33. – P. 443-458.
94. Panzarella, V. Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables / V. Panzarella, G. Pizzo, F. Calvino // *International Journal of Oral Science.* – 2014. - №6. – P. 39–45.
95. Paquet, L. An exploratory study of patients' views about being at high-risk for breast cancer and risk management beliefs and intentions, before and after risk counselling: Preliminary evidence of the influence of beliefs on post-counselling prevention intentions / L. Paquet, L. Simmonds, C. Yang // *Patient Educ Couns.* – 2017. - №100(3). – P. 575-582.
96. Pasquini, M. Depression in cancer patients: a critical review / M. Pasquini, M. Biondi // *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* – 2007. - №3. – P. 1-9.
97. Patersen, R. Why do cancer patients delay? / R. Patersen // *Can Med Assoc J.* – 1955. - №73(12). – P. 931–940.
98. Pedersen, A. Coping strategies and patient delay in patients with cancer / A. Pedersen, F. Olesen, R. Hansen et al. // *J Psychosoc Oncol* 2013. - №31. – P. 204–218.
99. Rado, S. Schizotypal organization. Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. In: S. Rado and G.E. Daniels (Eds.) *Changing concepts of psychoanalytic medicine.* – 1956. – P. 225 -236.
100. Ramirez, A. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review / A. Ramirez, A. Westcombe, C. Burgess // *Lancet.* – 1999. - №353. – P. 1127–31.
101. Reich, M. When cancerophobia and denial lead to death / M. Reich, C. Gaudron, N. Penel // *Palliative and Supportive Care.* – 2009. - №7. – P. 253–255.

102. Richards, M. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review / M. Richards, A. Westcombe, S. Love et al. // *Lancet*. – 1999. - №353. – P. 1119–26.
103. Rustad, J. Cancer and post-traumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations / J. Rustad, D. David, M. Currier // *Palliat Support Care*. – 2012. - №10(3). – P. 213-23.
104. Saha, S. A systemic review of the prevalence of schizophrenia / S. Saha, D. Chant, J. Welham et al. // *PloS Med*. – 2005. - №2. – P. 413–33.
105. Samet, J. Delay in seeking care for cancer symptoms: a population-based study of elderly New Mexicans / J. Samet, W. Hunt, M. Lerchen et al. // *J Natl Cancer Inst* 1988. - №80(6). – P. 432-8.
106. Scott, S. Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions / S. Scott, E. Grunfeld, V. Auyeng et al. // *J Public Health Dent* 2009. - №69. – P. 34–40.
107. Singh, M. Pain insensitivity in schizophrenia: trait or state marker? / M. Singh, L. Giles, H. Nasrallah // *J Psychiatr Pract*. – 2006. - №12. – P. 90–102.
108. Smith, L. Patient's help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis / L. Smith, C. Pope, J. Botha et al. // *Lancet*. – 2005. - №366. – P. 825-831.
109. Soudemire, A. Psychological and Behavioral Factors Affecting Medical Conditions and DSM-IV / A. Soudemire, R. Hales // *Psychosomatics*. – 1991. - №32. – P. 5–13.
110. Tromp, D. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer / D. Tromp, X. Brouha, R. Leeuw // *European journal of cancer*. – 2004. - №40. – P. 1509-16.
111. van der Hart, O. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found / O. van der Hart, E. Nijenhuis, K. Steele // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2004. - №38. – P. 906-14.

112. Vinas, F. Delays for diagnosis and treatment of lung cancers: a systematic review / F. Vians, B. Hassen, L. Jabot et al. // Clin Respir J. – 2014. - №10. – P. 267-71.
113. Vos, M. Denial in cancer patients, an explorative review / M. Vos, J. Haes // Psychooncology. – 2007. - №16(1). – P. 12-25.
114. Vrinten, C. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population / C. Vrinten, L. McGregor, M. Heinroth // Psychooncology. - 2017. - №26(8). – P. 1070–1079.
115. Wainright, J. The Reduction of Cancer Mortality / J. Wainright // New York J. Med. – 1911. - №94. – P. 11-65.
116. Walter, F. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study / F. Walter, E. Humphrys, S. Tso et al. // BMC Fam Pract. – 2010. - №11. – P. 62-68.
117. Weller, D. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis / D. Weller, P. Vedsted, G. Rubin et al. // Br J Cancer. – 2012. - №106. – P. 1262–1267.

Приложения

I. Шкала диссоциации (DES)

Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...

Обведите кружком цифру (процент), которая соответствует тому, как часто это происходит с вами:

1) во время поездки в метро, автобусе, другом виде транспорта или на автомашине неожиданно осознают, что не помнят того, что с ними происходило в это время или в какую-то часть этого времени.

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

2) слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

3) находясь в каком-то месте, не могут вспомнить, как они туда попали

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

4) обнаруживают себя одетыми в одежду, о которой не могут вспомнить, как они ее надели

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

5) находят среди своих вещей новую и не помнят, как и когда они ее купили

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

6) иногда к ним обращаются незнакомые люди, называя их при этом другим именем и утверждая, что встречали их раньше

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

7) испытывают такое чувство, как будто бы они бывают рядом с собой или наблюдают себя со стороны как другого человека

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

8) им говорят, что они иногда не узнают людей или членов своей семьи

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

9) забывают некоторые важные события своей жизни (например, свадьбу или окончание учебного заведения)

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

10) их обвиняли во лжи, а им казалось, что они говорили правду

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

11) глядя в зеркало, они не узнают себя

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

12) испытывают чувство нереальности окружающих их людей и предметов,
а может быть, и всего окружающего их мира

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

13) испытывают ощущение, что их тело им не принадлежит

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

14) иногда переживают какое-то событие (или ситуацию) из своего
прошлого так, как будто оно опять происходит с ними в настоящее время

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

15) они испытывают чувство сомнения в том, действительно ли
происходили какие-то события в их жизни или эти события только пригрезились
им

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

16) находясь в знакомом или привычном для них месте, вдруг ощущают,
что они здесь впервые и это место им незнакомо

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

17) их настолько поглощает содержание кинофильма или телепередачи, что
они уже не замечают ничего, что происходит вокруг них

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

18) фантазия или мечта кажется им реальностью

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

19) иногда они не замечают физической боли

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

20) иногда они сидят, уставившись в пространство, ни о чем при этом не
думая и не замечая времени

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

21) находясь в одиночестве, иногда замечают, что громко разговаривают сами с собой

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

22) ведут себя в двух похожих ситуациях настолько по-разному, что у них возникает ощущение, будто они – два разных человека

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

23) иногда им вдруг становится легко действовать в тех ситуациях (например, общение, работа, спорт и т. д.), которые обычно вызывают у них затруднения

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

24) иногда они вдруг не могут вспомнить, действительно ли они сделали что-то или только подумали о том, что это нужно сделать (например, не помнят, действительно ли они только что опустили письмо в почтовый ящик или только подумали об этом)

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

25) вдруг обнаруживают, что они совершили какой-то поступок и не помнят, как это случилось

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

26) иногда находят собственные записи, заметки или рисунки, о которых не помнят, что они их делали

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

27) иногда слышат посторонние голоса внутри своей головы, которые говорят им, что делать, и комментируют их поступки

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

28) иногда ощущают, что они смотрят на мир как бы сквозь туман или дымку, так что предметы и люди кажутся им далекими и неясными

0(%) – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100(%)

Общий балл подсчитывается как среднее арифметическое по всем 28 пунктам.

II Мини-Мульти

- 1) У вас хороший аппетит.
- 2) По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
- 3) В вашей повседневной жизни много интересного.
- 4) Вы работаете с большим напряжением.
- 5) Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
- 6) У вас очень редко бывает запор.
- 7) Иногда вам очень хотелось уйти из дома.
- 8) Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
- 9) Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
- 10) У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
- 11) Иногда вам хочется выругаться.
- 12) Каждую неделю вам снятся кошмары.
- 13) Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
- 14) С вами происходили (или происходят) странные вещи.
- 15) Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
- 16) В детстве одно время вы совершали кражи.
- 17) Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было себя заставить включиться в работу.
- 18) У вас прерывистый и беспокойный сон.
- 19) Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
- 20) Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
- 21) Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
- 22) Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
- 23) Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
- 24) Иногда вы сердитесь.
- 25) Вам определенно не хватает уверенности в себе.

- 26) У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
- 27) У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
- 28) Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
- 29) Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
- 30) Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
- 31) Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
- 32) Вас часто беспокоит желудок.
- 33) Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
- 34) Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
- 35) Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
- 36) Временами вы уверены в собственной бесполезности.
- 37) В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
- 38) У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
- 39) Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,
- 40) Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
- 41) Вам безразлично, что думают о вас другие.
- 42) С памятью у вас все благополучно.
- 43) Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
- 44) Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
- 45) У вас редко болит голова.
- 46) Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
- 47) Не все ваши знакомые вам нравятся.
- 48) Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.

- 49)Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
- 50) Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
- 51)Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
- 52)Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
- 53)Иногда вы немного сплетничаете.
- 54)Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
- 55)У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
- 56)Вы вспыльчивы, но отходчивы.
- 57)У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
- 58)Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
- 59)Ваша судьба никого особенно не интересует.
- 60)Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
- 61)Иногда вы полны энергии.
- 62)За последнее время у вас ухудшилось зрение.
- 63)Часто у вас звенит или шумит в ушах.
- 64)В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
- 65)У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
- 66)Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
- 67)Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
- 68)Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
- 69)Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
- 70)Вы часто разочаровываетесь в людях.
- 71) Вы злоупотребляли спиртными напитками.

III. Личностный опросник Бехтеревского Института

I. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
У меня почти всегда что-нибудь болит
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
Мое самочувствие вполне удовлетворительно
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
У меня стало совершенно безразличное настроение
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
Малейшие неприятности сильно огорчают меня
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
Утро для меня – самое тяжелое время суток
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
Утром я встаю бодрым и энергичным
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
По ночам у меня бывают приступы страха
С утра я чувствую полное безразличие ко всему
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
Во сне мне видятся всякие болезни
Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
У меня хороший аппетит
У меня плохой аппетит
Я люблю сытно поесть
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
Мне легко можно испортить аппетит
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
Еда не доставляет мне никакого удовольствия
Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает

Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет

Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью

Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня

Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет

Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей

Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи

Я здоров, и болезни меня не беспокоят

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания

Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда

Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать

Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением

Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни

Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным

Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь

Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию

Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных

Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие,
что это изумляет врачей

Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные,
что их следовало бы запретить

Считаю, что меня лечат неправильно

Я ни в каком лечении не нуждаюсь

Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое

Я избегаю говорить о лечении с другими людьми

Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения

Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность

Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей

Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид,
что лечат

Мне все равно, кто и как меня лечит

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может
повлиять на успех лечения

Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения

С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно
исполняют свои обязанности

Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом
сожалею об этом

Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь

Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время

Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня

Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения

Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного

Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды

Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям

Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие

Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими

Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных

Из-за болезни я стал в тягость близким

Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь

Я считаю, что заболел из-за моих родных

Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни

Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)

Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)

Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной

Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)

Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью

На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни

Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)

На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

Ни одно из определений мне не подходит

Х. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня

Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое

Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение

Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни

Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется

Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть

Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни

Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий

Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих

С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни

Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу

Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня

Моя болезнь не мешает мне иметь друзей

Ни одно из определений мне не подходит

ХІ. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше

Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество

В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу

В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях

Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать

Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям

Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни

Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве

Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения

Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью

Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым

Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее

Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях

Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем

Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем

Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)

Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем

Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее

Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел

Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей

Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее

Ни одно из определений мне не подходит