

На правах рукописи

Петелин Дмитрий Сергеевич

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

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Диссертационная работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

Иванов Станислав Викторович

Официальные оппоненты:

Вельтищев Дмитрий Юрьевич – доктор медицинских наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, отделение психических расстройств при соматических заболеваниях, руководитель отделения

Выборных Дмитрий Эдуардович – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, лаборатория по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови, заведующий лабораторией

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.07 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119021, г. Москва, Зубовский б-р, 37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2018 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.07
доктор медицинских наук, профессор

Дамулин Игорь Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Раннее выявление и лечение онкологических заболеваний является важной биомедицинской проблемой, неизменно привлекающей внимание исследователей из различных областей [Weller D. et al., 2012; Vinas F. et al., 2014]. В настоящее время несмотря на значительное совершенствование средств диагностики онкопатологии и повышение просвещённости населения доля больных с запущенными злокачественными опухолями остаётся стабильно высокой [Macdonald S. et al., 2006; Macleod U. et al., 2009; Kumar H., 2012].

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) [Mitchell E. et al. 2008]. В рамках последнего понятия выделяют два принципиально разных варианта [Andersen B., 1995; Molassiotis A., 2009]. 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 [A. Soudemire и соавторы, 1991; S. Chakravorty и соавторы 1993; M. Desai и соавторы 1999; C. Nosarti и соавторы, 2000; R. O'Rourke и соавторы, 2008]. При этом, если психосоциальные факторы изучены достаточно подробно [D. Lauver, A. Chang, 1991; C. Burgess и соавторы, 2000; V. Arndt et al., 2002; T. Dubayeva et al., 2009], 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 [A. Henderson et al., 1958; A. Soudemire и соавторы, 1991; S. Chakravorty и соавторы 1993; M. Desai и соавторы 1999; C. Nosarti и соавторы, 2000; R. O'Rourke и соавторы, 2008; T. Inagaki и соавторы, 2006; M. Hwang и соавторы, 2012; A. Meyer и соавторы, 2013; M. Farastapour и соавторы, 2013]. В работах отечественных авторов феномен откладывания рассматривается в пределах нозогенных реакций различной синдромальной структуры [Шафигуллин М. Р., 2008; Выборных Д. Э., 2012; Самушия М. А., 2014]. 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 аномального 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.

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 [A. Ramirez и соавторы, 1999; S. Macdonald и соавторы, 2006; E. Mitchell и соавторы, 2008; U. Macleod и соавторы, 2009].

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) [Miles A. et al., 2007].

Накопленные на сегодня данные свидетельствуют о возможности откладывания в рамках тревожных, диссоциативных и паранойяльных нозогенных реакций [Шафигуллин М. Р., 2008; Выборных Д. Э., 2012; Самушия М. А., 2014]. Также предполагается соучастие определенных конституционально-личностных свойств (тревожное, истерическое, паранойяльное расстройство личности) и расстройств шизофренического спектра [Шафигуллин М. Р., 2008; Выборных Д. Э., 2012; Самушия М. А., 2014].

Цель исследования

Клиническая оценка нозогенных реакций при злокачественных новообразованиях, сопровождающихся откладыванием диагностических процедур и лечения.

Задачи исследования:

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

Научная новизна исследования

1. Представлена клиническая систематика нозогенных реакций, сопровождающихся откладыванием диагностических процедур и лечения онкологическими пациентами.

2. Доказана валидность деления диссоциативных расстройств на подтипы компартмент и детачмент диссоциации и показано их влияние на медицинское поведение.
3. Дифференцированно для каждого из выделенных типов нозогенных реакций откладывания определены предикторы их формирования в категориях структуры личности, соматоперцепции и клинических характеристик злокачественных новообразований.

Научно-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 выявлять 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 с доминирующими представлениями о фатальном прогнозе данной группы заболеваний.

Методология и методы исследования

Работа выполнена клинико-психопатологическим методом с привлечением данных психометрических шкал, патопсихологических методик (шкала диссоциации, мини-Мульт, личностный опросник Бехтеревского института) и сведениями о течение онкологического заболевания, извлечённых из медицинской документации. В рамках исследования проводилась комплексная оценка психического состояния пациентов на клиническом разборе с участием врача-онколога, психолога, заведующего кафедрой психиатрии и психосоматики ЛФ, академика РАН А. Б. Смулевича.

Достоверность научных положений и выводов

Необходимая достоверность результатов диссертации обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологического, клинического, экспериментально-психологического) соответствующим поставленным задачам.

Апробация результатов исследования

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

Апробация диссертации состоялась 27 апреля 2018 г. на заседании кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России.

Личный вклад автора

Автором лично были обследованы все 70 пациентов, включённых в настоящее исследование, проведён сбор анамнеза, оценка психического статуса, анализ результатов патопсихологических методов обследования, статистическая обработка полученного материала, обзор данных отечественной и зарубежной литературы, написание диссертации и оформление выводов.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в практическую работу ФГБУ «НМИЦ им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ Гематологии» Минздрава России, а также в образовательный процесс кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ ФГАОУ ВО Первого МГМУ Минздрава России (Сеченовский Университет).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности: 14. 01. 06 – психиатрия – область медицинской науки, занимающаяся изучением клинических, социально-психологических, и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Диссертация соответствует областям исследования: пункты №1, №4, №7.

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 наименований (из них отечественных – 26 иностранных – 91). Диссертация иллюстрирована 12 таблицами, 3 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, среди которых 4 статьи, опубликованные в журналах, рекомендованных ВАК для публикации результатов научных исследований.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методология исследования. Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 год в ходе междисциплинарного сотрудничества между кафедрой психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН А. Б. Смулевич) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (ректор – академик РАН П. В. Глыбочко), отделом 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 «Российский Онкологический Научный Центр им. Н. Н. Блохина (дир. – академик РАН М. И. Давыдов).

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

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 соответствовало критериям 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 достоверного рассматривался уровень вероятности $p < 0,05$).

Результаты исследования и обсуждение

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 [Bernstein E. et al., 1986]).

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 [Шафигуллин М. Р., 2008; Выборных Д. Э., 2012; Самушия М. А., 2014], 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 [Bernstein E. et al., 1986]).

Диссоциативные реакции откладывания (n=39; 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) [Holmes, Brown et al., 2006].

Главным проявлением изолирующего типа диссоциации является удаление из поля сознания субъективно неприятных или тягостных ощущений, эмоций и воспоминаний. Согласно мнению Е. А. Holmes [2006] 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 (P. Briquet, 1859; J.-M. Charcot, 1887; P. Janet, 1889), так и в современных исследованиях [O. van der Hart, 2009].

В свою очередь сепарирующая 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 [Bernstein E. et al., 1986].

Изолирующая (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.

Сепарирующая (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 паранойальном 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 паранойальном 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 паранойяльном 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 паранойяльным 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 паранойяльном 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 паранойального. 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, [2007]).

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 паранойальном типе откладывания накапливаются совершенно асимптоматичные формы онкологической патологии, что способствовало формированию у больных идей недоверия к данным медицинских обследований.

ВЫВОДЫ

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%), паранойальные (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-апатической реакции избегания.
 - 3.2 Паранойальные НРА определяются сверхценными образованиями круга анти-ипохондри (идеи «идеального здоровья», исключающего непреодолимую болезнь) при полном осознании и принятии факта онкологического заболевания. Поведенческое откладывание формируется по механизмам реформирования терапии (самолечение).
 - 3.3 Диссоциативные НРА определяются парциальными расстройствами сознания (отчуждение реальности болезни при полной сохранности восприятия других

аспектов действительности). Дифференцируются на 2 подтипа: компартмент (сепарирующая, КД) и детчамент (изолирующая, 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 Паранойальное откладывание манифестирует Каждый из выделенных клинических типов откладывания соотносится с определенными параметрами личностной predisposition на уровне категориальных РЛ и соматоперцептивных акцентуаций.

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±8,6 мес., паранойальное - 30,8±17,7 мес., изолирующая диссоциация - 32±7,3 мес., сепарирующая диссоциация - 86.9±25.3 мес..

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

Полученные в настоящем исследовании результаты нуждаются в дальнейшей верификации на уровне масштабных эпидемиологических исследований, учитывающих, выделенную типологию.

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

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. **Петелин Д.С.** Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности / А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, Л.К. Мясникова, С.Ю. Двойников, М.А. Самушия, **Д.С. Петелин** // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2014. - №3-4. – С. 4-14.
2. **Петелин Д.С.** Феномен откладывания в онкологии (обзор литературы) / **Д.С. Петелин**, А.В. Лукин// **Психические расстройства в общей медицине.** – 2015. - №2-3. – С. 40-53.
3. **Петелин Д. С.** Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях / С.В. Иванов, **Д.С. Петелин** // Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения». Москва, 8–9 декабря 2015 г. С. 205-210.
4. **Петелин Д.С.** Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях (типология, психосоматические соотношения, конституционально-личностное предрасположение) / **Д.С. Петелин** // Тезисы 3-ей Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья, Кострома, 18-22 апреля 2016 г. С. 75-81.

5. **Петелин Д.С.** Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях / С.В. Иванов, Д.С. Петелин // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2016. - №3. – С. 17-25.
6. **Петелин Д.С.** Нейроэндокринные опухоли и психические расстройства (обзор литературы) / М.Р. Шафигуллин, Д.С. Петелин // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2016. - №4. – С. 33-38.