

Ипохондрическое развитие по типу паранойи борьбы у пациенток со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы

С.В. Иванов¹, М.А. Самушия¹, В.В. Кузнецов², В.А. Горбунова², В.П. Козаченко²,
В.В. Баринов², Е.А. Мустафина²

¹Научный центр психического здоровья РАМН; ²ГУ РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Марина Антиповна Самушия Sma-psychiatry@mail.ru

Представлена характеристика паранойяльного ипохондрического развития, сопоставимого с паранойей борьбы, у больных с длительностью катанеза злокачественного новообразования (ЗН) на момент обследования >5 лет. Выборку исследования составили 8 пациенток (средний возраст $55,7 \pm 7,02$ года), находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении с диагнозом ЗН органов репродуктивной системы. Исследование проводилось с использованием клинико-катамнестического метода. Психопатологические расстройства описанных случаев паранойи борьбы связаны с развитием сутяжной патологической активности, направленной на получение неадекватного соматическому состоянию объема медицинской помощи, у больных с ЗН.

Описанный вариант развития паранойяльных расстройств позволяет квалифицировать их в рамках вызванной онкологическим заболеванием динамики расстройств личности с формированием и последующим усилением психопатологических проявлений преимущественно гипопараноического типа. Конституциональные предикторы ипохондрического развития по типу паранойи борьбы, к которым относят не только определенные типы расстройств личности (параноические — 50% случаев, шизоидные — экспансивный полюс — 12,5%, истерические — 37,5%, сенситивные — 12,5%), но и обнаруживаемые в их структуре акцентуации (акцентуация по типу сегментарной деперсонализации), в отношении которых изученные реакции выступают как продолжение (но в патологически преобразованном виде) конституциональных свойств.

Ключевые слова: ипохондрическое развитие, паранойя борьбы, расстройства личности, онкология, катанез

Hypochondriacal development via expansive paranoia-type in patients with reproductive organ malignancies

S.V. Ivanov¹, M.A. Samushia¹, V.V. Kuznetsov², V.A. Gorbunova², V.P. Kozachenko², V.V. Barinov², E.A. Mustafina²

¹Research Center of Mental Health, Russian Academy of Medical Sciences;

²N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper characterizes paranoid hypochondriacal development, that is comparable with expansive paranoia, in patients with a >5-year history of malignancies at examination. A study sample comprised 8 treated out- and inpatients (mean age 55.7 ± 7.02 years) diagnosed as having reproductive organ malignancies. Their examination was made by the clinical catamnestic technique. Psychopathological disorders in the described cases of expansive paranoia are associated with the development of abnormal querulant activity that is aimed at having the medical care volume inadequate to the somatic status of patients with malignancies.

The described variant of development of paranoid disorders enables their determination within the framework of cancer-induced changes in personality disorders with the formation and further reinforcement of the psychopathological manifestations of mainly the hypoparanoia type. The constitutional predictors of hypochondriacal development via expansive paranoia type, which include not only certain types of personality disorders (paranoic, 50%; schizoid—expansive pole, 12.5%; icteric, 37.5%; sensitive, 12.5%), but also accentuations (segmental depersonalization accentuation) against which the study reactions manifest themselves as a continuation of but abnormally transformed constitutional properties.

Key words: hypochondriacal development, expansive paranoia, personality disorders, oncology, follow-up

Введение

Возрастающая частота злокачественных новообразований (ЗН) и значительное омоложение данного контингента больных приводят к увеличению числа пациентов с психопатологическими расстройствами, как нозогенными (психогенны-

ми), так и соматогенными [1, 2], проявляющимися на фоне онкологического заболевания.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме психических нарушений у онкологических пациентов, спектр изучаемых психопатологических состояний, как правило,

ограничивается расстройствами, формирующимися в период диагностики и на этапах пред- и раннего послеоперационного лечения злокачественных опухолей [3, 4]. В то же время сведения о динамике психических расстройств в процессе течения и терапии онкологического заболевания крайне ограничены, а опубликованные результаты немногочисленных длительных катамнестических исследований неоднозначны.

По данным датских исследователей [5], принявших катамнестическое наблюдение (длительность катамнеза >3 лет) за 3710 пациентами взрослого и детского возраста, страдающими различными формами ЗН, число госпитализаций в психиатрические стационары только среди больных с опухолями центральной нервной системы (ЦНС), у которых регистрировали частые случаи соматогенных психозов и психосоматических расстройств, было значимо выше, чем в контрольной группе (без сопутствующей онкологической патологии). В то же время у больных с опухолями других локализаций не обнаружено значимых различий в частоте случаев госпитализаций в психиатрические отделения по сравнению с контрольной группой.

В ретроспективном исследовании частоты встречаемости большого депрессивного расстройства (БДР) в течение всей жизни у 450 оставшихся в живых пациентов со злокачественными опухолями, диагностированными в детском или подростковом возрасте, установлены незначительные отличия ее от распространенности БДР среди 587 родственников этих больных или среди общей численности населения [6].

Несмотря на достаточно большое число выборок с так называемыми негативными результатами (т.е. отрицающими какие либо изменения психического статуса пациентов на протяжении динамики онкологического заболевания), выявлены отчетливые методологические ограничения. В первую очередь следует отметить ориентированность оценок на достаточно тяжелую психическую патологию, которая становится причиной госпитализации в психиатрический стационар [5] или реализуется только в рамках БДР [6].

В то же время, как следует из большинства современных публикаций, формирующиеся на диагностическом и начальном лечебном этапах онкологического заболевания психические расстройства претерпевают определенную динамику по мере изменения клинической и социальной ситуации в зависимости от прогрессивности злокачественного процесса и/или успешности его лечения [7, 8].

Так, по данным 6-летнего катамнестического наблюдения за онкологическими больными, выполненного L. Grassi и G. Rosti [7] в психологиче-

ских традициях, по мере течения онкологического заболевания у пациентов нарастают признаки психологического дистресса, выражающиеся преобладанием экстернального локус-контроля, снижением социальной адаптации и усугублением неадаптивных видов копинг-стратегий поведения.

Признаки неблагоприятной динамики психических расстройств также отражены в работе S.J. Erickson и H. Steiner [8]. Авторами установлен высокий уровень соматизации и симптомов посттравматического стрессового расстройства, персистирующих на протяжении более чем 5-летнего периода ремиссии онкологического заболевания.

Таким образом, доступные на сегодня данные позволяют с высокой долей вероятности предполагать формирование стойких личностных аномалий с тенденцией к патологическим формам реагирования и дезадаптивному поведению, что наряду с недостаточной изученностью определяет актуальность дальнейших катамнестических исследований патохарактерологических явлений, проявляющихся на фоне онкологического заболевания.

Настоящая публикация содержит характеристику ипохондрического расстройства, сопоставимого с паранойей борьбы [9]. В доступной литературе встречаются лишь единичные указания на сравнимые по своим клиническим характеристикам расстройства личности. В работе М.Р. Шафигуллина [10] представлены клинические характеристики паранойяльных нозогенных реакций (ПНР) у больных с ЗН желудка. Во всех случаях клиническая картина ПНР ограничивалась рамками сверхценных образований и не достигала уровня паранойяльного бреда. Спектр ПНР был представлен реакциями по типу паранойи желания и эквитных. В нескольких психологических работах дана квалификация сопоставимых психопатологических расстройств в рамках стратегии поведения у онкологических пациентов с преобладанием в личностном профиле паранойяльных черт [11, 12]. Так, в работе С.В. Аверьяновой [11] описаны случаи агрессивно-протестной модели поведения у пациенток, страдающих раком молочной железы (РМЖ). Представленные автором случаи демонстрируют превалирование стенических стратегий совладания с болезнью, уверенности в собственных силах, настойчивости, направленной на достижение лучшего результата лечения, и диагностического поиска возможных проявлений болезни.

Среди других исследований, посвященных паранойяльным явлениям, встречающимся в общей медицинской практике, необходимо отметить работы R.Tölle [13–15]. В своих статьях («Бредообразование при органических поражениях головного мозга» [13], «Паранойя у соматических боль-

ных» [14], «Соматопсихические аспекты паранойи» [15]) автор дает клиническую характеристику параноических реактивных состояний, ассоциированных с различными соматическими страданиями (телесными повреждениями). Среди последних – врожденные дефекты костно-мышечного аппарата (заячья губа, хондродистрофическая карликовость) и неврологическая патология (парез как осложнение полиомиелита, прогрессирующая мышечная дистрофия), состояния после ампутации конечностей. В формировании рассматриваемых параноических расстройств задействована, по мнению автора, конституциональная предрасположенность – сенситивная структура личности. При этом последняя выступает не только как почва для возникновения реакции, но и как структура, подвергающаяся трансформации (развитию) под воздействием телесного повреждения с выявлением сенситивной сверхчувствительности в межличностных отношениях, ипохондрических опасений и кризиса самооценки, проявляющихся в форме параноических идей (отношения или ущерба).

В исследованиях А. Pick [16] сообщается о случаях нарастания подозрительности вплоть до развития ПНР в условиях соматического заболевания с полной редукцией психопатологических симптомов при улучшении физического состояния. При этом автор высказывает предположение о том, что нарушения соматической сферы посредством воздействия на ЦНС вызывают манифестации подобных расстройств по механизму соматогенной вредности. Сходной точки зрения придерживается и К. Kleist [17]. В своей работе «Инволюционная паранойя» он подчеркивает, что различные соматические расстройства, ослабляющие нервную систему, создают предпосылки для манифестации бредовых расстройств, часть из которых по своим клиническим проявлениям соответствует параноическим реакциям. G. Jenil-Perrin [18] описывает 1 наблюдение небредовой ипохондрической паранойи, сопоставимой с ПНР и проявляющейся патологическим стремлением к самолечению. Д.Д. Столбов [19] рассматривает бредовые состояния, сопоставимые с психогенными параноидами, у пациентов с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В работе Н.Н. Зотиной [20] приводится анализ бредообразования с выявлением патологических идей (ипохондрических, отношения, персекуторных, сутяжных) при онкологических заболеваниях, туберкулезе почек, пороке сердца, гастрите, холецистите, гинекологических заболеваниях, пернициозной анемии. Одна из наиболее полных систематик ПНР в общей медицине представлена в публикации Д.Э. Выборных [21], основанной на результатах обследова-

ния больных соматического стационара. Среди наиболее часто встречающихся автор отмечает ПНР с идеями реформирования, рационализации лечебного процесса и сутяжные реакции, в ряду менее распространенных состояний выступают нозогении, протекающие с бредом изобретательства новых видов лечения или умышленного преувеличения тяжести соматического заболевания.

В ряде исследований формирование реактивных состояний связывается непосредственно с конституциональными особенностями, свойственными параноическим психопатам. Так, К.Ф. Канарейкин и соавт. [22] указывают на тот факт, что у параноических психопатов на фоне соматических заболеваний нередко возникают сверхценные идеи, фабула которых отражает их стремление модернизировать ход лечебного процесса. Манифестация подобных нарушений, по мнению авторов, связана с характерным для параноического склада личности своеобразием, ригидностью мышления, односторонностью аффективности, эгоцентризмом и т.п.

В исследованиях состояний, сопоставимых с ПНР, датируемых преимущественно концом 80-х – началом 90-х годов [23–31], среди психопатологических факторов, способствующих манифестации подобных расстройств, выделяют психические заболевания, обуславливающие деформацию структуры личности с формированием чрезмерной чувствительности (реактивная лабильность) или, напротив, устойчивости («упругости») по отношению к угрозе телесному благополучию. Так, наряду с психопатоподобными (акцентуация черт тревожной мнительности, невротизма, ригидности, конформности, эксцентричности и других характерологических радикалов) и эмоциональными (эмоциональное уплощение) изменениями авторы учитывают наличие у пациентов нарушений сферы телесного самосознания (гиперестезия непосредственно-чувственного восприятия «образа тела» либо, напротив, превалирование концептуального уровня телесного самосознания).

Материалы и методы

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников отделения соматогенной психической патологии Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ГУ НЦПЗ РАМН и работников отделения химиотерапии и гинекологического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Исключались больные, состояние которых не позволяло выполнить психопатологическое обследование в необходимом объеме: тяжелое соматическое заболевание, умственная отсталость (F71–F79), грубое органическое поражение ЦНС (F00–F09), прогрессивная шизофрения с выраженными из-

менениями личности (F20–F29), злоупотребление психоактивными веществами (F10–F19).

Исследование проводилось клинко-катамнестическим методом.

Выборку исследования составили 8 пациенток в возрасте от 26 до 71 (в среднем $55,7 \pm 7,02$) года, последовательно поступавшие и находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в отделениях хирургии и химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина с диагнозами «первично-множественный метастатический рак тела матки и молочной железы», «рак репродуктивных органов» с сопутствующими расстройствами по типу паранойи борьбы, связанными непосредственно с течением онкологического заболевания. Длительность катамнеза ЗН на момент обследований составила $5,2 \pm 2,3$ года. Все пациентки изученной выборки с онкологическими заболеваниями молочной железы, репродуктивных органов, прямой кишки на момент обследования получали лечение по поводу рецидива онкологического заболевания, т.е. проходили очередной курс химио- (ХТ)/ лучевой (ЛТ) терапии или находились в пред- или послеоперационном периоде

хирургического лечения рецидивов ЗН. Больные, страдающие раком желудка, были осмотрены в период ремиссии онкологического заболевания на этапе ежегодного профилактического медицинского осмотра.

В браке состояло 63% пациенток, преобладали женщины с высшим образованием (75%). Онкологические диагнозы пациенток и методы их лечения приведены в таблице.

Результаты

При проведении психопатологической оценки установлено, что в изученной выборке преобладали расстройства преимущественно гипопараноического круга, определяющие клиническую картину развития по типу паранойи борьбы (Е. Kretschmer — Э. Кречмер [9])¹, формирующихся в связи с воздействием онкологического заболевания. Термин «паранойя борьбы» был предложен Э. Кречмером для обозначения параноического сутяжного бреда («сутяжное помешательство»), возникающего под влиянием психотравмирующих обстоятельств как патологическая интерпретация жизненных событий на почве особого личностно-

Распределение больных ЗН (n=8) в зависимости от применения у них комбинированных методов лечения

Диагноз (стадия)	Число больных	Хирургическое вмешательство	Комбинированное лечение					ГТ* (тамоксифен)	ЛТ
			ХТ						
			карбоплатин, таксол	таксол	таксотер, доксирубицин, лейкостим	циклофосфан, доксорубин, 5-фторурацил	препараты платины		
Рак шейки матки (T2a, bNxM0)	2	2	1	—	1	—	—	—	—
Рак тела матки (T1N1M0)	3	3	—	—	—	—	1	—	2
Первично-множественный метастатический рак тела матки (T1cN0M0) и РМЖ (T2N0M0)	1	1	—	—	2	—	1	—	1
Рак яичников (T3N0M0)	2	2	1	1	—	—	—	—	—

*ГТ — гормонотерапия.

¹Э. Кречмер, помимо паранойи борьбы, к которой относил сутяжный бред, выделял также неврозы борьбы. Их он рассматривал как преходящий вариант экспансивных реакций и расстройств личности, которые при благоприятной среде поддаются обратному развитию и не нуждаются в каком-либо специальном предрасположении. Бредовые идеи возникают в результате психологической реакции личности на соответствующие жизненные переживания и положения. При исчезновении переживаний, изменении ситуации исчезают и бредовые идеи, в случае же если ситуация остается неизменной и переживания сохраняются — бредовые идеи становятся хроническими. В зависимости от особенностей характера находится и характер бреда.

го предрасположения (повышенное самомнение, эгоизм, живость воображения и интеллектуальная недостаточность). В случаях рассматриваемого в данной статье ипохондрического развития термин Э. Кречмера заимствован вследствие наличия сопоставимой патологической активности в сочетании с сутяжными (направленными на получение медицинской помощи) действиями. Однако следует указать и на значимые отличия как в регистре, так и в динамике психопатологических расстройств. В наблюдениях Э. Кречмера, отнесенных к паранойе борьбы, наблюдается прогрессирование состояния с расширением фабулы бреда и присоединением персекуторных идей, тогда как ипохондрическое развитие у пациенток онкологического стационара ограничивается сверхценными идеями максимально возможного преодоления болезни, не достигающими уровня бредовых феноменов и не обнаруживающих тенденции к генерализации.

Необходимо также отметить и отличие анализируемых случаев от представленной в ряде предыдущих публикаций [21, 32] паранойи изобретательства у больных с соматическими заболеваниями, предполагающей создание новых способов избавления от болезни. В рассматриваемых случаях на первом плане — борьба с болезнью, ее преодоление с помощью традиционных, но максимально интенсифицированных методов терапии.

Для паранойяльного развития данного типа характерен длительный период (до нескольких лет — в зависимости от прогредиентности онкологического заболевания), определяющийся не нарастанием бредовых расстройств, а динамикой патохарактерологических особенностей и последующим усилением психопатологических проявлений преимущественно гипопараноического типа. Имеющиеся в нашем распоряжении наблюдения демонстрируют формирование сверхценных образований на фоне реактивных смешанных тревожно-аффективных реакций, манифестирующих в связи с диагностикой ЗН.

На этапе диагностического поиска и установления диагноза ЗН у большинства (75%) пациенток формируется нозогенная реакция по типу смешанного состояния: сочетание патологически повышенного аффекта с ситуационно обусловленными (связанными с обстоятельствами онкологического заболевания) тревожными расстройствами (клиническая картина подобного варианта нозогенных реакций у онкологических больных описывалась ранее в работе М.А. Самушия и И.В. Зубовой [33]).

Тем не менее уже в структуре смешанной нозогенной реакции на предоперационном этапе лечения появляются расстройства поведения,

формирующие картину сверхценной ипохондрии с установлением жесткого регламента всех сторон повседневной деятельности, начиная с распорядка дня, режима сна и бодрствования, диеты. Все медицинские назначения и рекомендации соблюдаются неукоснительно. При этом у пациенток иногда отмечают ипохондрическую фиксацию на медикаментозных назначениях. Больные стараются контролировать «необходимость и адекватность» терапии определенными средствами, сравнивая назначения лечащих врачей со справочной информацией по терапии онкологических заболеваний. Так, соглашаясь на проведение медикаментозной терапии, пациентки изыскивают оптимальные, с их точки зрения, сочетания соматотропных средств, а также их дозировки. Иногда для повышения эффективности препаратов больные одновременно принимают биологически активные вещества.

В период благоприятного течения болезни (ремиссия онкологического заболевания) обнаруживается тенденция к снижению уровня тревоги, персистирующей в последующем на субклиническом уровне и не определяющей полностью поведение пациенток. Большинство больных возвращаются к активной жизни, работают. При соблюдении указаний врачей, касающихся длительного наблюдения в онкологических учреждениях, у больных не происходит фиксации на соматическом состоянии.

В дальнейшем при развитии рецидивов опухоли, прогрессировании основного заболевания (метастазы в других органах, тканях) формируется паранойяльное развитие с господствующей идеей борьбы с онкологическим заболеванием. Больные, осведомленные о неблагоприятном развитии патологического процесса, сохраняют присутствие духа, не впадают в отчаяние, у них отсутствуют признаки гипотимии. Напротив, пациентки становятся более стеничными, пытаются добиться проведения ХТ/ЛТ или других видов терапии не в диспансерах по месту жительства, а в ведущих онкологических учреждениях страны, проявляют необычное, не свойственное им ранее упорство. При получении пациентками отказа в медицинском учреждении (в связи с отсутствием показаний, технических средств или соответствующих медикаментов) больные немедленно (проявляя при этом сутяжную активность) обращаются в высшие инстанции, требуют получения консультаций авторитетных специалистов и лечебной помощи. При этом идеи преодоления болезни приобретают свойства сверхценных образований.

Пациентки полны решимости «бороться до конца», при этом они вырабатывают план борьбы с болезнью и целиком поглощены процессом те-

рапии: будучи на амбулаторном лечении, месяцами, а иногда и годами, забывая о семье и домашних делах, буквально днюют и ночуют в больнице, вникают в мельчайшие детали лечебного процесса, делятся опытом с соседями по палате. При этом больные могут полностью игнорировать другие (семейные, рабочие) проблемы. В случае возникновения задержек в получении необходимых лекарственных средств пациентки начинают обращаться в вышестоящие медицинские и административные инстанции с целью выяснить, в каких учреждениях можно получить необходимый препарат. Они могут тратить на поиски лекарств дни и недели, обзванивая и самостоятельно обращаясь во все диспансеры и аптеки города, области. Ради освоения всего объема медицинской помощи пациентки отказываются от профессиональной деятельности, оставляют без внимания повседневные житейские нужды и обязанности, развивают кипучую, но одностороннюю активность, становясь при этом все менее приспособленными к практической жизни, равнодушными к родственникам.

На поздних, терминальных стадиях заболевания ($n=3$), несмотря на тяжелое соматическое состояние больных, у них отмечают умеренно выраженные астенические расстройства без признаков соматогенной депрессии, что характерно для большинства пациенток, находящихся на терминальных стадиях онкологических заболеваний [34]. Более того, у больных наблюдается картина субманиакальных аффективных расстройств, о роли которых в формировании паранойяльных проявлений сообщали в своих работах Г. Шпехт (G. Specht) [35] и Г. Эвальд (G. Ewald) [36]*. В данном случае можно провести аналогию с более поздними исследованиями паранойяльных состояний у пациенток с другими соматическими заболеваниями. Так, Н. Schwarz [37] в рамках гипоманиакальной ипохондрии описывает расстройства, характеризующиеся неумной активностью больных с соматической патологией, придумывающих все новые и новые методы наблюдения за своим состоянием и способы борьбы с недугом. При этом сами жалобы становятся и полем деятельности, и побудительным мотивом поступков. Устранение же своеобразно понимаемой причины болезни не только не представляется невозможным и бесперспективным, но, напротив, «обещает успех и приобретает большую важность, чем сам недуг». Сходные наблюдения больных с паранойяльными расстройствами, протекающими на фоне повышенного аффекта и возникающими в ряде случаев на фоне соматических заболеваний, приводит и J. Lange [38]. Автор отмечает, что в подобных случаях представление о болезни становится содержанием синдрома, про-

являющегося попытками применить все новые и новые медицинские средства, предложить врачу эксперимент с одновременным использованием самых разных лечебных методов.

В наблюдаемых нами случаях пациентки с ЗН, находящиеся в тяжелом соматическом состоянии и перенесшие несколько калечащих операций, после которых у них вновь были выявлены многочисленные рецидивы, несмотря на угрожающее их жизни соматическое состояние, добиваются проведения повторных хирургических вмешательств. Уверенные в возможности полного излечения от тяжелого соматического страдания, больные продолжают борьбу с «недобросовестной системой здравоохранения», которая, по их мнению, «плохо» обслуживает население. После получения отказа в выполнении оперативных вмешательств (вследствие неоперабельности) в одной клинике, пациентки добиваются рассмотрения вопросов о госпитализации и хирургическом лечении в другом стационаре, прибегая к шантажу руководства больниц, устраивая сидячие бойкоты и голодовки перед кабинетами главных врачей. При невозможности самостоятельно добиться получения «адекватного объема медицинской помощи» из-за тяжести соматического состояния больные привлекают на свою сторону родственников, которыми умело манипулируют, настраивают на борьбу против мнимых препятствий, учиненных «недобросовестными» врачами, «уклоняющимися от лечения сложных случаев».

Оценка вклада конституционально-личностной патологии в формирование развития по типу паранойи борьбы с использованием традиционно выделяемых типов расстройств личности (МКБ-10) не обеспечивает возможности выполнения адекватного клинического анализа. По данным проведенного анализа, фоном для развития описанных расстройств послужило выявление патохарактерологических свойств, встречающихся в 50% ($n=4$) случаев не только у параноических, но также у шизоидных (экспансивный полюс) — 12,5% ($n=1$), истерических — 37,5% ($n=3$), сенситивных — 12,5% ($n=1$) личностей. Подобные наблюдения сопоставимы с ранними исследованиями конституциональных особенностей, предрасполагающих к манифестации ПНР, в которых показано, что данные реакции могут возникать не только у паранойяльных психопатов, но и у лиц с иными патохарактерологическими чертами, например, у шизоидных личностей [39–44], при истерических расстройствах [45, 46].

Очевидно, что при столь выраженном полиморфизме расстройств личности использование категориального подхода не дает устойчивых результатов при установлении зависимости между консти-

туциональными аномалиями и описанным выше развитием. В поисках путей установления более точных психосоматических корреляций была выбрана оценка, выполненная с позиции дименсионального подхода [47], реализованного, в частности, в контексте психосоматических расстройств в предложенной А.Б. Смулевичем и Б.А. Волель [48] модели соматоперцептивных психопатий в рамках 4 типов (невропатия, соматотония, акцентуации с явлениями проприоцептивного диатеза и сегментарной деперсонализации).

При этом подходе у пациенток изученной выборки можно выделить наличие преморбидных свойств, присущих больным с развитием по типу паранойи борьбы: 1) эгодистонное восприятие собственного тела с признаками устойчивости к телесному неблагополучию [49]; 2) персистирующая на протяжении всей жизни нивелировка проблем физического здоровья, рациональное отношение к манифестации соматической катастрофы (акцентуация по типу сегментарной деперсонализации) [48]. В 2 (25%) случаях начиная с раннего подросткового возраста у больных имело место развитие кратковременных сенситивных реакций, связанных со служебными неудачами, семейными конфликтами. Однако психопатологических расстройств, сходных по размаху с описанными ПНР, у пациенток представленной выборки в анамнезе не отмечено.

Заключение

Описанные случаи паранойяльного развития являются клиническими проявлениями динамики расстройств личности, связанных непосредственно с течением соматического заболевания и отражающих медленные патохарактерологические изменения, происходящие в условиях хронической болезни и реализующиеся в пределах ресурсов конституциональных аномалий. Психопатологические расстройства описанных случаев паранойи борьбы носят редуцированный характер, тенденции к генерализации не отмечено, также не происходит расширения паранойяльных расстройств за пределы сверхценного образования. Несмотря на продолжающуюся годами борьбу против болезни, дальнейшей трансформации клинических проявлений не зафиксировано, не возникает идей иного, не связанного с ситуацией онкологического заболевания, характера. Более того, на протяжении формирующегося развития наблюдается тенденция к обострению или, наоборот, некоторому ослаблению паранойяльных расстройств, которая зависит от изменений соматического статуса пациентов. Таким образом, описанный вари-

ант развития паранойяльных расстройств позволяет квалифицировать их в рамках вызванной онкологическим заболеванием динамики расстройств личности с формированием и последующим усилением психопатологических проявлений преимущественно гипопараноического типа.

Необходимо отметить также конституциональные предикторы ипохондрического развития по типу паранойи борьбы, к которым относят не только определенные типы расстройств личности, но и обнаруживаемые в их структуре акцентуации, в отношении которых изученные реакции выступают как продолжение (но в патологически преобразованном виде) конституциональных свойств.

Развитие с явлениями паранойи борьбы может рассматриваться в контексте концепций реципрокных отношений [50] и соматопсихического балансирования [51], использованных А.Б. Смулевичем в качестве модели для клинического анализа расстройств личности в виде ипохондрического развития.

Ограничение описанных паранойяльных расстройств рамками мономании, выраженность аффективной заряженности, кататимной окраски, а также мотивированность, понятность, психологическая выводимость патологических представлений при значимости витальной угрозы такого соматического заболевания, как онкологическая патология, позволяют предположить наличие взаимодействия преципитирующих патогенетических механизмов – личностного фактора и соматического заболевания. С одной стороны, это выраженность психотравмирующего воздействия при онкологической патологии: существующие представления о неблагоприятности прогноза онкологического заболевания, исходная тяжесть стрессогенного стимула, а также узкий спектр доступных для пациента средств приспособления к болезни, невозможность контроля ее течения, значительный уровень витальной угрозы. С другой стороны, конституциональные предпосылки, ипохондрическое развитие по типу паранойи борьбы формируются у больных с расстройствами личности преимущественно паранойяльного круга и акцентуацией по типу сегментарной деперсонализации.

Таким образом, выявлена существенная роль конституции, которая в констелляции с актуальным, угрожающим жизни соматическим заболеванием, социальной депривацией, агрессивными медицинскими вмешательствами приводит к формированию патологического развития личности в условиях онкологической болезни.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. М., 2006; с. 430–4.
2. Uchitomi Y. Psycho-oncology development nationwide: a Japanese perspective. *Psycho-Oncology* 2006;15(2).
3. Васянова В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1996.
4. Schraub S., Arveux P., Mercier M. Psychosocial aspects of cancer screening. *Bull Cancer* 1995;82(8):607–10.
5. Ross L., Johansen C., Dalton S.O. et al. Psychiatric hospitalizations among survivors of cancer in childhood or adolescence. *N Engl J Med* 2003;349(7):650–7.
6. Teta M.J., Del Po M.C., Kasl S.V. et al. Psychosocial consequences of childhood and adolescent cancer survival. *J Chronic Dis* 1986;39:751–9.
7. Grassi L., Rosti G. Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics* 1996; 37:523–32.
8. Erickson S.J., Steiner H. Trauma spectrum adaptation. Somatic symptoms in long-term pediatric cancer survivors. *Psychosomatics* 2000;41:339–46.
9. Kretschmer E. Der sensitive Beizenhungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin, 1927.
10. Шафигуллин М.Р. Паранойяльные нозогенные реакции у больных с злокачественными образованиями желудка. Псих расстр общ мед 2007;(3):16–20.
11. Аверьянова С.В. Психосоматические аспекты лечения больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
12. Галиулина С.Д., Юлдашев В.Л., Ганцев Ш.Х. и др. Особенности психоэмоционального статуса и самооценки у больных раком молочной железы. Тюмен мед журн 2000;(1):23–4.
13. Tölle R., Schulte W. Wahnentwicklung bei organischer Hirnschädigung. Stuttgart: Thieme, 1972.
14. Tölle R. Wahnentwicklung bei körperlich Behinderten. *Nervenarzt* 1987;58:759–63.
15. Tölle R. Somatopsychic aspects of paranoia. *Psychopatology* 1993;26:127–37.
16. Pick A. Zur lehre von der initialen erscheinung der paranoia. *Neurol Cen-tralbl* 1902;(1).
17. Kleist K. Die involutionsparanoia. *Allg Zschr Psychiat* 1913;70(1):1–13.
18. Jenil-Perrin G. Les paranoiaques. Paris, 1926.
19. Столбов Д.Д. Опыт работы отделения инвалидов Отечественной войны психиатрической больницы им. П.П. Кащенко (доклад на Всероссийской конференции психиатров; апрель, 1944). М., 1944.
20. Зотина Н.Н. К клинике соматогенного параноида. В кн.: Труды Черновицкой областной больницы. Черновцы, 1958. Т.1; с. 104–20.
21. Выборных Д.Э. Нозогенные паранойяльные реакции (клиника, эпидемиология, терапия). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
22. Канарейкин К.Ф., Бахур В.Т., Манвелов Л.С. Клин мед 1992;70(7–8):12–5.
23. Бобров А.С. Затяжная непсихотическая ипохондрия в практике врачебно-трудоу экспертной. М.: Медицина, 1984.
24. Выборных Д.Э. Нозогенные паранойяльные реакции (клиника, эпидемиология, терапия). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1999.
25. Киндрас Г.П., Миронова О.А., Дробашенко Т.Г., Петрова О.И. Критерии врачебно-трудоу экспертной тактика при сутяжно-паранойяльных состояниях. Методические рекомендации. М., 1989.
26. Матвеев В.Ф., Климов Б.Р., Марков Б.П. Некоторые вопросы динамики патологического (сутяжно-кверулянтского) развития личности у соматологических больных. В кн.: Аномалии и деформации зубочелюстной системы. М., 1992; с. 37–9.
27. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992; с. 111–23.
28. Смулевич А.Б. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М.: Либрис, 1994; с. 12–9.
29. Kraushar M.F. Recognizing and managing the litigious patient. *Surv Ophthalmol* 1992;37:54–6.
30. Rowlands M.W.D. Psychiatric and legal aspects of persistent litigation. *Br J Psych* 1988;153:317–23.
31. Weighill V.E. Compensation neurosis: a review of literature. *J Psychosom Res* 1983;27(2):97–104.
32. Ильина Н.А., Бурлаков А.В. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Психиатр психофармакотер 2005;7(3):128–32.
33. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы. Псих расстр общ мед 2009;(1):24–9.
34. Lundh Hagelin C., Wengström Y. Fatigue dimensions in patients with ad-vanced cancer in relation to time of survival and quality of life. *Palliat Med* 2009;23(2):171–8.
35. Specht G. Über die klmische Kardmalfrage der Paranoia. *Zbl Nerven Heil* 1908;31:817–33.
36. Ewald G. Das mamsch element in der paranoia. *Arch Psychiat Nervenkr* 1925;75:665.
37. Schwarz H. Circumskripte hypochondrien. *Mschr Psychiat Neurol* 1929;(Bd):150–64.
38. Lange J. Die endogenen und reaktiven gemutserkrankungen und die manchdepressive konstitution. In: *Handbuch der geisteskrankheiten*. Bd. 6. Bumke O. Berlin: Springer, 1928. s. 1–213.
39. Николаев В.М. Психопатология и клиника шизофрении с преобладанием интерпретативного бреда в приступах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984.
40. Сологуб Ю.Л. Паранойяльный синдром в течении шизофрении (в судебно-психиатрической клинике). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1959.
41. Соцевич Г.Н. Паранойяльная шизофрения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1955.
42. Суховский А.А. Паранойяльные расстройства при психических заболеваниях позднего возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1971.
43. Кречмер Е. Строение тела и характер. 3-е изд. Пер с нем. М.—Л., 1930.
44. Verbeek E. La psychopatie. *Psychiat Neurol Basel* 1960;139(3):140.
45. Молохов А.Н. Об истерическом развитии личности. *Сов неврол психиат* 1932;1(12):829.
46. Печерникова Т.П., Гурьева В.А. Паранойяльные состояния при истерических развитиях личности. В кн.: Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1967. Вып. 12; с. 77.
47. Livesley W.J. Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment. NY, 2001.
48. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Ипохондрия как патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии). *Журн неврол психиатр им. С.С. Корсакова* 2008;(5).
49. Druss R.G. The psychology of illness in sickness and health. Washington DC, London, 1995.
50. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. *Журн клин психоонкол* 2003;3:18–23.
51. Baruk H. Psychiatrie médicale, psychologique et expérimentale. Sémiologie – thérapeutique. Paris, 1938.
52. Самушия М.А. Патологические реакции и развития личности в пред- и послеоперационном периодах аортокоронарного шунтирования. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.