

*На правах рукописи*

**Миклин Дмитрий Николаевич**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ НАРУШЕНИЙ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У РОДСТВЕННИКОВ  
ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

19.00.04 - «Медицинская психология» (медицинские науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва - 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент

**Реверчук Игорь Васильевич**

**Официальные оппоненты:**

**Менделевич Владимир Давыдович** – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии, заведующий кафедрой

**Николаев Евгений Львович** – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, кафедра социальной и клинической психологии факультета управления и социальных технологий, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 06 » апреля 2022 года в 11 часов на заседании диссертационного совета Д208.041.05, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43.

Почтовый адрес: 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 года

Учёный секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук,  
доцент

**Гаджиева Уммурайзат Хизриевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В последние десятилетия наблюдается значительный рост онкологических заболеваний в РФ и мире, при этом заболевания гематологического профиля имеют наибольший удельный вес в структуре смертности в дебюте заболевания раком (Park J.H., 2011; Каприн В.В., 2013, 2017; Torre L.A., 2015; Рукавицин О.А., 2017; Информационно-методические материалы МЗ УР 2018). Тяжелое физическое состояние больного раком крови, сопровождается психологическими проблемами, влияющими на отношение к себе, близким родственникам, медицинскому персоналу, определяющим его стресс-совладающее поведение.

Исследователи подтверждают особую роль психологических факторов в развитии и течении злокачественного заболевания (Гнездилов А.В., 2001; Костина Н.И., 2016). Однако, недостаточно изученной проблемой остается их комплексное участие в развитии болезни, роли личностных свойств больного человека и его позиции в системе взаимоотношений с собой и близкими людьми (Яровая Е.Г., 2014; Костина Н.И., 2016).

В руководстве по онкопсихологии для врачей и психологов утверждается, что «значительную роль в повышении качества жизни (КЖ) онкологического пациента играет значимое окружение – семья. От родственников также во многом зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому, «заставляет» родственников психологически отстраняться от больного, они могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, причиной подобных реакций является чувство вины и ощущение беспомощности. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или медицинского/клинического психолога» (Беляев А.М., 2017).

В настоящее время недостаточно объективных данных о нарушениях психического здоровья (ПЗ) родственников онкогематобольных, психической и

психосоматической дезадаптации, влиянии их психоэмоционального состояния на онкогематологического больного.

Учитывая вышеизложенное, обосновывает необходимость изучения особенностей клинически значимых нарушений ПЗ у родственников онкогематобольных, с целью разработки индивидуализированных программ профилактики, лечения и реабилитации для улучшения продолжительности и КЖ.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных.

**Задачи исследования:**

1. Выявить особенности изменений клинически значимых показателей психического, соматического здоровья, копинг-стратегий у родственников онкогематологических больных: в дебюте заболевания, в три и шесть месяцев.

2. Изучить взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематологических больных с биопсихосоциальными показателями исследуемой выборки в гендерном аспекте: в дебюте, три и шесть месяцев заболевания.

3. Изучить предикторы клинически значимых нарушений психического здоровья родственников онкогематологических больных в разные периоды течения болезни: в дебюте, три и шесть месяцев.

4. Изучить предикторы динамики клинически значимых нарушений психического здоровья родственников онкогематологических больных в первые шесть месяцев дебюта заболевания.

5. Выделить «терапевтические мишени» для разработки таргетных программ психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации родственников онкогематологических больных с последующим включением их в комплексную программу реабилитации.

**Научная новизна исследования.** Получены новые данные о структуре и динамике влияния различных факторов на клинически значимые нарушения ПЗ у родственников больных онкогематологического профиля через латентные

переменные. Изучены взаимосвязи и влияние онкогематологических больных и их родственников на ПЗ их родственников в течение первых шести месяцев лечения гемобластоза. Впервые выявлены предикторы нарушений ПЗ и его ухудшения у родственников онкогематологических больных на различных этапах течения «острого лейкоза» (ОЛ). Изучено влияние биопсихосоциальных показателей респондентов на динамику состояния ПЗ и варианты дезадаптации родственников онкогематологических больных. Впервые обосновывается комплексный подход к проблеме оказания медико-психологической помощи, включающий состояние ПЗ родственников онкогематологических больных во взаимосвязи с психоэмоциональным статусом больных гемобластозами.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Подтверждено представление о ПЗ родственников онкогематологических больных, как о полиэтиологическом состоянии. Результаты исследования обеспечивают глубокое и качественное понимание вопросов в изучении психопатологических реакций родственников онкогематологических больных на стресс, в представлении динамики их адаптационных возможностей на различных этапах лечения ОЛ. Полученная математическая модель, позволяет определить «терапевтические мишени» и разработать достаточно точную, научную программу психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации родственников онкогематологических больных, и включить в комплексную программу реабилитации собственно больных, страдающих гемобластозами.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1. В дебюте заболевания степень соматической тяжести онкогематологического больного влияет на психическое здоровье родственников. В дальнейшем, в состоянии ремиссии – 3 - 6 месяцев, влияния по этому показателю не наблюдается.

2. Стратегия копинг - совладающего поведения у родственников влияет на их психическое здоровье на протяжении всего периода лечения: дебюте, три и шесть месяцев.

3. Астенизация и ее выраженность у родственников в дебюте заболевания влияет на их общую динамику психического здоровья.

4. На различных этапах лечения больных гемобластозами (в дебюте, в три и шесть месяцев), психовегетативное эмоциональное напряжение родственников отрицательно влияет на их собственное психическое здоровье и качество жизни. Подобная тенденция наблюдается и в динамике 3-6 месяцев.

**Личное участие автора.** Автор изучил большой комплекс отечественной и зарубежной литературы, посвященной данной проблеме. Определил предмет научного исследования, методологию, обосновал цели и задачи, осуществил выбор адекватных и информативных методов исследования, организовал сбор научного материала. Получил информационное добровольное согласие от респондентов на участие в исследовании. На авторе в полной мере обработка и интерпретация полученных в ходе исследования данных с дальнейшим их изложением в настоящей диссертации.

**Апробация работы.** Материалы диссертации докладывались на международной научно-образовательной конференции ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала – 09.11.2019 года; на научно-практической интернет-конференции ГАУ ДПО ИУВ, г. Чебоксары – 26.06.2020 года; на международном конкурсе молодых ученых «Современная превентивная, предиктивная, персонализированная и партисипативная медицина» ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта, г. Калининград (декабрь 2020 года.); на XVII Съезде психиатров России 18.05.2021 года, г. Санкт-Петербург НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России 20.05.2021 года; на расширенном заседании кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России 07.09.2021 г.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность кафедры: педагогики, психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава

России, в педагогическую работу кафедры психиатрии и нейронаук ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта, г. Калининград.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 10 работ, в том числе 5 – в изданиях, включенных ВАК в число изданий, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель содержит 267 наименований (из них отечественных – 161, иностранных – 106). Диссертация иллюстрирована 26 рисунками, 45 таблицами, 2 формулами.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Дизайн исследования.** Настоящее исследование является открытым выборочным, клиническим, проспективным.

Работа осуществлялась на базе гематологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» Минздрава Удмуртской республики» г. Ижевска и кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России в период с 2017 по 2020 гг.

Исследование одобрено на заседании локального независимого этического комитета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России от 17.05.2021 №717.

В исследовании приняли участие первичные онкогематологические больные (ЭГ<sub>1</sub>) с достоверно верифицированным диагнозом «Острый нелимфобластный лейкоз» (ОНЛЛ) (согласно МКБ 10), тяжести состояния не более 3 по шкале ECOG – ВОЗ, и родственники онкогематобольных (ЭГ<sub>2</sub>) - в соотношении между респондентами в экспериментальных группах 1:1. На этапе включения ЭГ<sub>2</sub> в исследование делался акцент на близкие родственные отношения и совместное проживание с больным. К критериям исключения ЭГ<sub>2</sub> относилось наличие острых соматических заболеваний, злокачественных опухолей любой локализации и

гематологического заболевания в настоящее время или в анамнезе, а также в течение последних шести месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений. Предполагалась типичность протекания патологического процесса и клинических проявлений у ЭГ<sub>1</sub> ОНЛЛ<sup>1</sup>, взятых за некую константу и однотипность личностно-типологического профиля респондентов, выявленного в ходе сбора анамнеза. Контрольная группа (КГ) была представлена людьми потенциально не являющимися больными и родственниками больных и соответствовала критериям включения последних. Исследовались ЭГ<sub>1</sub>, ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания в количестве 184 человек (по 92 респондента), через три месяца 176 человек – по 88(95,6%) и шесть месяцев по 70(76,1%). Распределение между группами осуществлялось в соотношении один больной – один родственник. Количество человек снижалось в связи с летальностью части больных в группе ЭГ<sub>1</sub>. Сравнение проводилось с КГ в количестве 90 человек.

На первом этапе исследовали данные средних показателей ПЗ, соматического здоровья и копинг-поведения ЭГ<sub>2</sub> путем деления последних на вышеперечисленные подгруппы: дебюте, через три и шесть месяцев. Применялись психодиагностические методики. Для подтверждения достоверности исследования использовалась КГ.

На втором этапе проводился корреляционный анализ взаимосвязей массива данных ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub>, включающих в себя психовегетативные, поведенческие, клинические, социальные данные, показатели КЖ с психологическим компонентом здоровья (ПКЗ) ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев. Изучались нарушения ПЗ ЭГ<sub>2</sub> с учетом пола на разных этапах протекания заболевания у ЭГ<sub>1</sub>. Проведены исследование и анализ предикторов клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни, предикторов показателей «Общая динамика» (ΔР) и «Динамика 3-6 месяцев» (ΔР-3-6), ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в шести месячном временном интервале течения заболевания.

---

<sup>1</sup> Миклин Д.Н. Успешное лечение впервые выявленного острого промиелоцитарного лейкоза у беременной женщины / Д.Н. Миклин, Е.Н. Никитин, Е.П. Корняева // Гематология и трансфузиология. 2017. – Т. 62, №2. – С. 105-108.



**Методы исследования.** Одним из основных методов в исследовании являлся клинико – психологический. Для сбора анамнеза респондентов использовались данные, полученные в ходе клинической беседы. Выявлялись биосоциальные характеристики, оценка актуального психического статуса. На основании психометрирования в исследовании приняли участие преморбидно - гармоничные респонденты.

Оценка степени тяжести состояния ЭГ<sub>1</sub> проводилась, основываясь на индекс Карновского – (ИК), (ECOG; ВОЗ).

Для определения психологического статуса ЭГ<sub>1</sub>, ЭГ<sub>2</sub> и КГ групп использовались стандартизованные тестовые методики: определение копинг - поведения в стрессовых ситуациях CISS (адапт. Крюковой Т.А.), (Фетисин Н.П., 2002), тест субъективной оценки астении MFI-20 (Захаров В.В., 2018), тест для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии 4DSQ (Смулевич А.Б., 2014), оценка качества жизни оценивалась по опроснику SF-36 (Даулетбакова Д.Н., 2018). Дополнительным объективным компонентом, формирующим клинико-психологическую структуру исследуемых респондентов, являлась оценка вегетативного индекса Кердо (Вейн А. М., 1997).

Полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 22) методами математической статистики. Проверка нормальности распределения данных выполнялась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Применялись описательные статистики с расчетом для параметрических признаков средней величины ( $M \pm$ ), стандартного отклонения ( $\sigma \pm$ ), стандартной ошибки средней величины ( $m \pm$ ), Медианы ( $Me$ ), асимметрии, эксцесса, межквартильного размаха [25; 75]. Применялись критерий Т-Стьюдента (для анализа различий средних значений), количественный метод, включающий в себя описательную статистику, множественное сравнение групп - критерий Фишера, коэффициент корреляции Пирсона, коэффициент сопряженности Пирсона, регрессионный анализ. Уровень достоверности соответствовал  $p < 0,05$ .

**Общая характеристика обследованных респондентов.** Выборка состояла из 184 человек - ЭГ<sub>1</sub> с диагнозом ОНЛЛ и ЭГ<sub>2</sub>, как по горизонтальной, так и по

вертикальной первой линии родства, мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст ЭГ<sub>1</sub> составил 43,09±14,79 лет, (медиана (Me) – 44 и межквартильный размах [30,25; 55]), из них 43,5% женщин (n=40) и 56,5% мужчин (n=52); средний возраст ЭГ<sub>2</sub> - 44,97±13,69 лет (Me – 46, [31; 57]) - (n=59 и n=33) соответственно. Из 92 человек ЭГ<sub>2</sub> - 21 являлись пенсионерами, 71 – работниками различных сфер деятельности. Все имели образование (38 человек - высшее и 54 – среднее специальное образование). Аналогичная ситуация прослеживалась и с ЭГ<sub>1</sub>. Из 92 человек 10 являлись студентами, 14 – пенсионерами и 68 – работниками других сфер деятельности, опрошенные имели образование или получали его на момент проведения исследования (35 человек – высшее образование, 10 – незаконченное высшее, 47 – среднее специальное). Среди ЭГ<sub>2</sub> состояло в законном браке 71 человек, из них 62% женщин (n=44) и 38% мужчин (n=27). Выборка ЭГ<sub>1</sub> выглядела следующим образом (n=22(40%) и n=33(60%) - соответственно).

В КГ были включены респонденты в количестве 90 человек, из них 39(43,3%) мужчин и 51(56,7%) женщин соответствовали критериям ЭГ<sub>2</sub>.

По данным анамнеза в группе наблюдения количество исследуемых ЭГ<sub>2</sub> в дебюте, имеющих хронический гастрит, было 37%(n=34) – ЭГ<sub>1</sub> 39,1%(n=36). Гипертоническая болезнь – (ГБ) наблюдалась в 25% и 29,3% случаев (n=23 и n=27) соответственно. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – n=5 и n=8(5,4% и 8,7%). КГ представлена единичными случаями соматической патологии.

Проявление основного заболевания оценивалось степенью тяжести ЭГ<sub>1</sub> по шкале ECOG, определением ИК. В дебюте тяжесть состояния у обследованных лиц ЭГ<sub>1</sub> соответствовала ECOG-2 у 62% (n=57) и ECOG-1 у 32,6% (n=30). Остальные, 5 человек, имели 3 степень тяжести.

За время исследования количество людей в рассматриваемой выборке прогрессивно снижалось по причине летальности ЭГ<sub>1</sub> от основного заболевания. В трех месячный временной отрезок в исследовании приняли участие ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> в количестве по 88 человек – из них ЭГ<sub>2</sub> женщины - 59(67%) и мужчины – 29(33%); ЭГ<sub>1</sub> женщины – 37(42%) и мужчины – 51(58%). К концу шести месячного периода – ЭГ<sub>2</sub> женщин наблюдалось n = 46(64%) и мужчин - n = 24(35%); ЭГ<sub>1</sub> женщин и

мужчин (n=33(47%); n= 37(52%)) - соответственно. С каждой стороны на этом этапе участвовало по 70 человек.

## СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

**В параграфе 3.1.** просчитывались средние данные ПЗ, соматического здоровья и копинг - поведения ЭГ<sub>2</sub>. По каждому из этих показателей в динамическом аспекте выделены: ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания – 92 человека; та же ЭГ<sub>2</sub> через три месяца течения болезни – 88 человек; аналогично ЭГ<sub>2</sub> - через шесть месяцев течения болезни – (70); КГ – (90).

**А) Динамика изменений клинически значимых показателей ПЗ у родственников.** ПЗ рассматривалось в рамках шкалы «ПКЗ» анкеты SF-36 (Даулетбакова Д.Н., 2018).

Сравнение средних показателей ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания приведены в таблице 1.

**Таблица 1** – Множественное сравнение групп показателей «ПКЗ» ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания

Показатели КГ и ЭГ <sub>2</sub>	КГ (n=90)	ЭГ <sub>2</sub> дебют (n=92)	ЭГ <sub>2</sub> 3 месяца (n=88)	ЭГ <sub>2</sub> 6 месяцев (n=70)
Психологический компонент здоровья	43,5	40,9* 40,9	44,3*	46,7*
Жизненная активность	57,0	56,8 56,8	60,8	61
Социальное функционирование	78,7	70,6 70,6	73,3	77,1
Рольное функционирование	62,3	54* 54	68*	70*
Психическое здоровье	64,2	56* 56	60*	66*

Примечание – \*- отмечены показатели ЭГ<sub>2</sub> статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания (критерий Фишера, p<0,01).

Выявлен статистически значимый рост адаптационных возможностей ЭГ<sub>2</sub> по показателям «Психологический компонент здоровья», «Рольное функционирование» и «Психическое здоровье» - в течение первых шести месяцев заболевания с достоверностью F=5,89, F=4,72, F=5,49, p<0,01 – соответственно. Достоверности различий между КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания обнаружено не было.

Полученные результаты, в структуре комплексной оценки КЖ ЭГ<sub>2</sub> в течение первых шести месяцев заболевания ОНЛЛ ( $p < 0,01$ ), позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей ПЗ. Причем, более интенсивное восстановление этих возможностей происходит в первые три месяца, что свидетельствует о достаточных психологических защитах личности, компенсаторных антистрессовых механизмах высшей нервной деятельности в среднесрочной перспективе, и необходимости тактики раннего вмешательства.

**Б) Динамика изменений клинически значимых показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub>.** Данные сравнительной характеристики средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания представлены в таблице 2.

**Таблица 2** – Множественное сравнение групп средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания

Показатели КГ и ЭГ <sub>2</sub>	КГ (n=90)	ЭГ <sub>2</sub> дебют (n=92)	ЭГ <sub>2</sub> 3 месяца (n=88)	ЭГ <sub>2</sub> 6 месяцев (n=70)
Физический компонент здоровья	52,9	52,2* 52,2	51,5*	51,1*
Физическое функционирование	91,3**	81,9 81,9**	83,3	82,6
Роловое функционирование	76,9	64,1 64,1	67,9	68,2
Интенсивность боли	68,6	61,9 61,9	65,4	68,4
Общее состояние здоровья	61,5	63,3 63,3	61,7	61,8
Соматизация	7,63	7,7 7,7	6,9	6,9
Дистресс	9,1	9,9* 9,9	7,2*	7,2*
Тревога	3,2	3,41* 3,41	2,4*	1,9*
Депрессия	1,1	1,0* 1,0	1,0*	0,5*
Общий показатель астении	39,8**	49,7* 49,7**	45*	40,4*

Примечание – \*- отмечены показатели ЭГ<sub>2</sub>, статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания, (критерий Фишера,  $p < 0,01$ ). \*\*- отмечены показатели КГ и ЭГ<sub>2</sub> дебюта заболевания, статистически значимо различающиеся между собой, (t - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ ).

Достоверно выявлено ухудшение показателей «Физического компонента здоровья»,  $F=3,73$ ,  $p<0,05$  и достоверное улучшение переменных «Дистресс», «Тревога», «Депрессия», «Астения»  $F=5,301$ ,  $p<0,01$ ;  $F=4,613$ ,  $p<0,05$ ;  $F=2,27$ ,  $p<0,05$  и  $F=10,57$ ,  $p<0,001$  – соответственно. КЖ по фактору «Физическое функционирование» значимо и достоверно выше у респондентов КГ, чем у ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания. Аналогичная ситуация прослеживается и с показателем астении при  $p<0,001$ .

На фоне снижения, почти на 50%, тревоги и депрессии ( $p<0,05$ ) за шесть месяцев течения заболевания, уровень измеренного дистресса ( $p<0,01$ ) и физического функционирования ЭГ<sub>2</sub> остается фактически без изменений. При этом наблюдаются рост алгического компонента и ухудшение физического самочувствия ( $p<0,05$ ). Выше перечисленное свидетельствует о психосоматическом и соматоформном типах реагирования на стресс и расстройствах адаптации, и необходимости разработки индивидуализированных катарсических и телесно-ориентированных методов психотерапии и психокоррекции<sup>2</sup>. Уровень общей, психической и физической астении в динамике представлен в виде стойкого психопатологического снижения ( $p<0,001$ ) нервно-психического тонуса и вигилитета.

**В) Динамика изменений клинически значимых показателей копинг-поведения родственников.** Данные сравнительной характеристики средних показателей копинг – поведения ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания приведены в таблице 3.

---

<sup>2</sup> Миклин Д.Н. Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клиничко-динамический аспект // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2021. – №1(110). – С. 38-43.

**Таблица 3** – Множественное сравнение групп средних показателей копинг – стратегий ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания

Показатели КГ и ЭГ <sub>2</sub>	КГ (n=90)	ЭГ <sub>2</sub> дебют (n=92)	ЭГ <sub>2</sub> 3 месяца (n=88)	ЭГ <sub>2</sub> 6 месяцев (n=70)
Концентрация на решение задачи	56,8	58,5 58,5	57,8	57,0
Концентрация на эмоции	39,9	41,6 41,6	40,7	38,1
Концентрация на избегание	43,6**	42,2 42,2**	40,5	39,4
Концентрация на отвлечение	19,08**	18,4* 18,4**	15,7*	17,5*
Концентрация на социальное отвлечение	15,8	15,1 15,1	14,3	14,5

Примечание – \*- отмечены показатели ЭГ<sub>2</sub> статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания, (критерий Фишера,  $p < 0,01$ ). \*\* - отмечены показатели КГ и ЭГ<sub>2</sub> дебюта заболевания статистически значимо различающиеся между собой, (t - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ ).

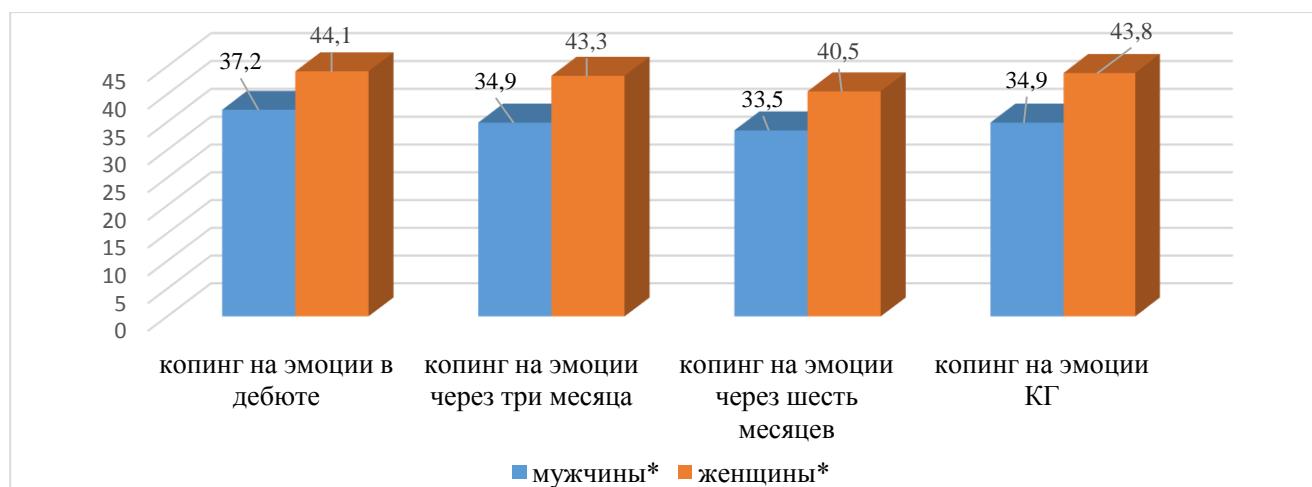
Показатель «Концентрация на отвлечение» усиливается с течением времени с достоверностью  $F=7,712$ , ( $p < 0,001$ ). КГ представлена значимыми показателями ( $p < 0,001$ ) копингов «Концентрация на избегание» и «Концентрация на отвлечение». Нельзя исключить определенное влияние на полученный результат факта профессиональной принадлежности участников КГ. Преобладание удельного веса копинг-стратегии на индивидуальное отвлечение ( $p < 0,001$ ) и высокие значения концентрации на эмоциях и избегании ( $41,6 \pm 11,3$  и  $42,2 \pm 8,57$ ) требуют разработки когнитивно-поведенческих методов психотерапии и психокоррекции у ЭГ<sub>2</sub> в первые шесть месяцев дебюта заболевания.

**Параграф 3.2.** посвящен изучению нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> с учетом пола в дебюте, через 3 и 6 месяцев течения болезни.

Женщины – ЭГ<sub>2</sub> в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ЭГ<sub>2</sub> ( $p=0,005$ )<sup>3</sup>. Эмоциональная лабильность женщин ЭГ<sub>2</sub>, прослеживаемая в течение первых шести месяцев заболевания (Рисунок 1),

<sup>3</sup> Миклин Д.Н. Клинические особенности стресс- совладающего поведения и качества жизни у женщин – родственниц онкологических больных / Д.Н. Миклин, И.В. Реверчук, М.М. Главатских // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21. – №1. – С. 18-21.

позволяет поддерживать свой психоэмоциональный потенциал на уровне комфортном для «выживания» в трудной жизненной ситуации.



**Рисунок 1** – Сравнительная характеристика средних значимых показателей по фактору «Эмоции» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в гендерном аспекте (\*- мужчины и женщины ЭГ<sub>2</sub> статистически значительно различаются на каждом из этапов исследования, включая КГ, (t-коэффициент Стьюдента, p<0,05))

К шестому месяцу дебюта заболевания выраженность признаков по показателям «Дистресс» (p=0,032) и «Психическая астения» (p=0,028), также выше у женщин ЭГ<sub>2</sub>. К этому периоду прослеживается стратегия «На отвлечение» - мужчины ЭГ<sub>2</sub> в менее активном выражении (p=0,001).

**В параграфе 3.3.** проведен анализ предикторов клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни. Методом регрессионного анализа исследовали влияние массива биопсихосоциальных показателей ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> на ПКЗ последних.

**А) В дебюте заболевания** выявлено, что в модели переменная «Дистресс» вносит наибольший вклад в прогноз зависимой переменной «ПКЗ» ( $\beta=-0,433$ , p=0,001). Предикторы (Рисунок 2) характеризует состояние ПЗ ЭГ<sub>2</sub>, ухудшение которого, связано с нарастанием уровня дистресса (p=0,001) и сопутствующей астенизации (p=0,001). Определены копинг – механизмы, нацеленные на отвлечение (p=0,003) и эмоции (p=0,038) ЭГ<sub>1</sub>, для снижения эмоционального напряжения ЭГ<sub>2</sub>. Результаты исследования подтверждают психоэмоциональное взаимодействие между больным и родственником, приводящее к близкому характеру восприятия событий (p=0,001). Выявлено, что именно *дистресс* является

интегральной характеристикой ( $p=0,001$ ), определяющей состояние адаптации ЭГ<sub>2</sub> (латентной переменной, медиатором действия других факторов), посредством которой, другие показатели влияют на ПЗ ЭГ<sub>2</sub>. Выяснено, что состояние ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания, в основном, зависит от их собственных резервов ( $p=0,001$ ) и от степени тяжести патологического процесса ЭГ<sub>1</sub> ( $p=0,001$  и  $p=0,003$ ). В этот период наблюдается феноменология дезадаптации ЭГ<sub>2</sub>.

**Б) В периоде трех месяцев** (Рисунок 2) выявлено, что показатель «Общее здоровье» ЭГ<sub>1</sub> обладает предикторными свойствами ( $\beta=0,259$ ,  $p<0,05$ ) в отношении показателя «ПКЗ» ЭГ<sub>2</sub>, что указывает на феномен идентификации – восприятия проблемы заболевания близкого человека, как своей собственной и прохождение тех же стадий психологического дистресса, что и самого больного. Установлено, что влияние дистресса ( $p=0,001$ ) и астении ( $p=0,007$ ) на состояние ПЗ ЭГ<sub>2</sub> усиливается ( $p=0,001$ ) после трехмесячного периода течения болезни «Значимого родственника». В расстройстве адаптации ЭГ<sub>2</sub> собственное стрессовое состояние сопровождается упадком физических сил в возможности оказания помощи больному члену семьи. Доказано, что на этом этапе динамики психического состояния ЭГ<sub>2</sub>, происходит психологически латентная психическая истощаемость ЭГ<sub>2</sub> ( $p=0,001$ ).

**В) В шести месячный период** ведущими детерминантами нарушений ПЗ и протрагированных расстройств адаптации ЭГ<sub>2</sub> являлись выраженность астенизации ЭГ<sub>1</sub> ( $p=0,001$ ), его ролевое функционирование ( $p=0,01$ ) и собственное, диссоциированное дистрессом эмоциональное состояние ( $p=0,001$ ) (Рисунок 2).

**В параграфе 3.4.** представлены результаты исследования предикторов динамики ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни (70 человек).

Достоверность различий средних показателей I (в пределах средних значений или увеличивались) и II (отрицательной и отсутствием положительной динамики) групп ЭГ<sub>2</sub> представлены в таблице 4.



**Таблица 4 – Характеристика показателей I и II групп**

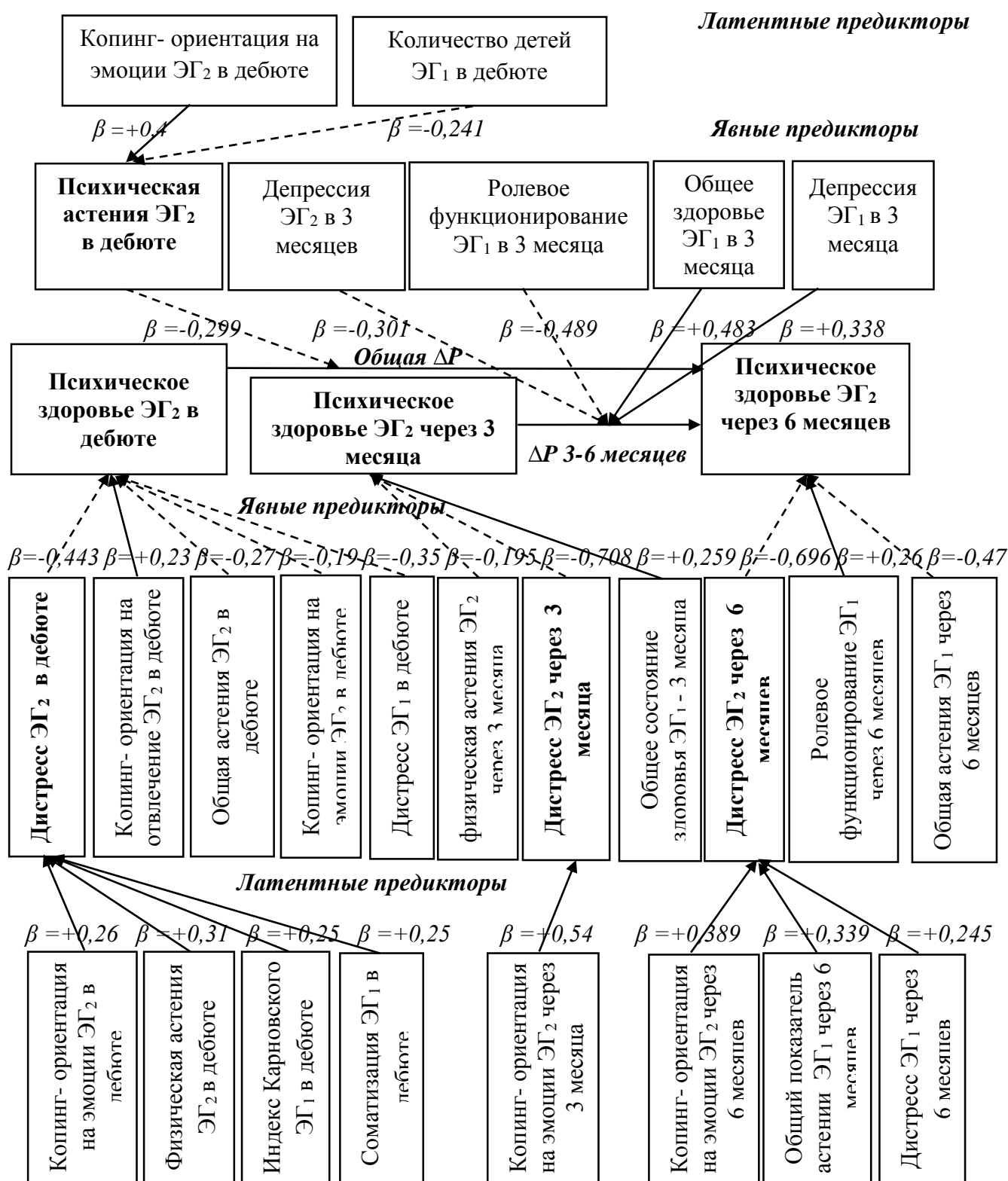
Показатели ЭГ <sub>2</sub>	I группа положительная динамика (n=51)	II группа группа риска (n=19)
Соматизация *	6,53±0,79	11,05±1,57
Дистресс *	8,39±0,75	13,36±1,8
Тревога *	2,58±0,43	5,05±0,96
Психическая астения *	9,18±0,38	11,26±0,79
Общее здоровье **	64,8±2,54	53,94±4,37

Примечание – \*- значения II группы ЭГ<sub>2</sub> значимо преобладают над I группой ЭГ<sub>2</sub>, (t-коэффициент Стьюдента,  $p < 0,05$ ). \*\*- значения I группы ЭГ<sub>2</sub> значимо преобладают над II группой ЭГ<sub>2</sub>, (t-коэффициент Стьюдента,  $p < 0,05$ ).

Показатели II группы родственников достоверно  $p < 0,01$  выше, чем у I группы ЭГ<sub>2</sub>. Возможно спрогнозировать, что родственники онкогематологических больных из «Группы риска» в большей степени подвержены психоэмоциональной дезадаптации.

Использованы массивы данных в отношении показателя ΔP, определенных как разница в показателях ПЗ в период с дебюта заболевания до шести месяцев течения болезни; ΔP-3-6 разница в период с трех до шести месяцев течения болезни. В целях изучения предикторов ΔP ПЗ ЭГ<sub>2</sub> проведен регрессионный анализ. Влияние показателя ΔP рассматривалось посредством выделения влияния латентных переменных на психическое здоровье родственников опосредованно через показатель «Психическая астения» ЭГ<sub>2</sub>. В итоге стресс-совладающая копинг-стратегия поведения родных «Ориентация на эмоции», несет в себе деструктивную составляющую ( $p < 0,001$ ). Подобным же образом были выявлены детерминанты ΔP 3-6. Отмечено, что ряд предикторов, оценивающих качество жизни онкогематобольных «Ролевое функционирование» и «Общее состояние здоровья», вносят наибольший вклад в прогноз зависимой переменной ( $\beta = -0,489$  и  $\beta = 0,483$  – соответственно,  $p = 0,001$ ). Выявлен разнонаправленный характер влияний показателя состояния депрессии ЭГ<sub>1</sub> ( $p = 0,005$ ) и ЭГ<sub>2</sub> ( $p = 0,007$ ) на изменение психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в период от трех до шести месяцев заболевания.

Таким образом были выявлены механизмы психического функционирования родственников, которые оказывают влияние на формирование клинически значимых нарушений психического здоровья в условиях ситуации длительного стресса, что имеет дифференциальное значение в коррекционно-психотерапевтической практике.



**Рисунок 2** – Структурно-динамическая модель клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения гемобластоза у ЭГ<sub>1</sub> (β - коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную)

## ВЫВОДЫ

1.1. Результаты комплексной оценки КЖ ЭГ<sub>2</sub> в течение первых шести месяцев заболевания ОНЛЛ у ЭГ<sub>1</sub> позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей ПЗ ( $p < 0,01$ ). Причем, более интенсивное восстановление этих возможностей происходит в первые три месяца.

1.2. На фоне снижения, почти на 50%, тревоги и депрессии ( $p < 0,05$ ) за шесть месяцев течения заболевания, уровень измеренного дистресса ( $p < 0,01$ ) и физического функционирования ЭГ<sub>2</sub> остается фактически без изменений. При этом наблюдается рост алгического компонента и ухудшение физического самочувствия ЭГ<sub>2</sub> ( $p < 0,05$ ).

1.3. Уровень общей, психической и физической астении в динамике представлен в виде стойкого психопатологического снижения ( $p < 0,001$ ) нервно-психического тонуса и вигилитета.

1.4. Преобладание удельного веса копинг-стратегии на индивидуальное отвлечение ( $p < 0,001$ ) и высоких значений концентрации на эмоциях и избегании ( $41,6 \pm 11,3$  и  $42,2 \pm 8,57$ ).

2. Женщины – ЭГ<sub>2</sub> на протяжении всего исследования в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ЭГ<sub>2</sub> ( $p = 0,005$ ). К шестому месяцу - по показателям «Дистресс» ( $p = 0,032$ ), «Психическая астения» ( $p = 0,028$ ) и «На отвлечение» ( $p = 0,001$ ).

3. На разных этапах явными предикторами нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> является их собственный дистресс ( $p = 0,001$ ), который представлен комплексным образованием, состоящим из разнородной группы латентных предикторов, формирующихся на этих этапах заболевания. Причем, как в дебюте, так и в последующие периоды течения болезни, состояние ЭГ<sub>2</sub>, в основном, зависит от их собственных резервов ( $p < 0,05$ ) и от степени тяжести патологического процесса ЭГ<sub>1</sub> ( $p = 0,003$ ); к шестому месяцу - от психоэмоционального состояния ЭГ<sub>2</sub> и ЭГ<sub>1</sub> ( $p < 0,05$ ).

4. Астенический фактор, обусловленный латентными переменными влиял на показатель, характеризующий динамику нарушений ПЗ ЭГ<sub>2</sub> в условиях

длительного, шести месячного стресса ( $p=0,012$ ). На этапе в три и шесть месяцев наблюдается раскрытие их внутренних резервов. Помимо состояния ЭГ<sub>2</sub> ( $p=0,007$ ), на динамику ПЗ последних влияние начинают оказывать и ЭГ<sub>1</sub>, благодаря улучшению их состояния здоровья ( $p=0,001$ ).

5. Выявлены предикторы «психотерапевтических мишеней» для разработки целевых программ психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации ЭГ<sub>2</sub> и включения их в комплексную программу реабилитации.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При встрече с больным при оглашении валидизированного онкологического диагноза и индивидуальной медико-психологической программы лечения и реабилитации, врачу-онкологу необходимо данную встречу проводить с близкими родственниками больного, как референтной группы поддержки. Необходимо обратить внимание на ПЗ больного и родственников методами; 1) опрос, интервью, беседа (гуманитарные, субъективные методы); 2) наблюдения и тестирования скрининговыми методиками 4DSQ и MFI-20.

2. Осуществлять первичную профилактику на проведение адресной диспансеризации родственников больных для выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровления лиц, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов.

3. В качестве цели психопрофилактической программы ЭГ<sub>2</sub> рекомендовано формирование мотивации к преодолению жизненных трудностей, привлекая к этому медицинских психологов, работников различных социальных служб.

4. Психологическое вмешательство переживаемого кризиса предотвращает его хронификацию, поэтому необходима ранняя психологическая помощь с применением адекватных, в ситуации острого стресса, копинг-стратегий с последующей реабилитацией людей, входящих в группу риска.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

### В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:

1. Миклин, Д.Н. Успешное лечение впервые выявленного острого промиелоцитарного лейкоза у беременной женщины / Д.Н. Миклин, Е.Н. Никитин, Е.П. Корняева // **Гематология и трансфузиология.** – 2017. – Т. 62, №2. – С. 105-108.
2. Миклин, Д.Н. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных / Д.Н. Миклин, И.В. Реверчук, М.М. Главатских // **Электронный научно-образовательный Вестник здоровье и образование в XXI веке.** – 2018. - Т. 20, №5. – С. 52-57.
3. Миклин, Д.Н. Клинические особенности стресс - совладающего поведения и качества жизни у женщин – родственниц онкологических больных / Д.Н. Миклин, И.В. Реверчук, М.М. Главатских // **Медицинская сестра.** – 2019. - Т. 21, №1. – С. 18-21.
4. Миклин, Д.Н. Дифференциальная феноменология хронических скелетно-мышечных болей аффективного генеза в неврологической, нейрохирургической и психиатрической практике: фокус внимания на фибромиалгию / Д.Н. Миклин, И.В. Реверчук, М.Н. Дмитриев, Н.Н. Шушарина, З.Ф. Мавлянова // **Журнал неврологии и нейрохирургических исследований.** – 2020. – №2. – С. 23-27.
5. Миклин, Д.Н. Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клинико-динамический аспект / Д.Н. Миклин // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии.** – 2021. – №1(110). – С. 38-43.

### В других изданиях:

1. Миклин, Д.Н. Взаимосвязь копинг-стратегий с эмоциональным состоянием у родственников онкобольных / Д.Н. Миклин, М.М. Главатских // Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико – психологической

помощи: материалы международной научно-образовательной конференции (08-09 ноября 2019 года) / под ред. Н.Р. Моллаевой, М.М. Далгатова, А.М. Муталимова / ФГБОУ ВО ДГМУ, Махачкала, 2019. – С. 31-35.

2. Миклин, Д.Н. Детерминанты астенических состояний в структуре расстройств адаптации у ближайших родственников гематоонкобольных / Д.Н. Миклин, М.М. Главатских, И.В. Реверчук // Актуальные вопросы наркологии и психиатрии: материалы научно-практической интернет-конференции (26 июня 2020 года) / под ред. А.В. Голенкова / ГАУ ДПО ИУВ. - Чебоксары, 2020. – С. 130-134.

3. Миклин, Д.Н. Выявляемость, распространенность и фармакологическое бремя у гематоонкологических заболеваний и психических расстройств у онкобольных, совер - персонала и ближайших родственников / Д.Н. Миклин, М.М. Главатских // Современная превентивная, предиктивная, персонализированная и партисипативная медицина: сборник научных материалов международного конкурса молодых ученых (декабрь 2020 года) / под ред. И.В. Реверчука / ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта. - Калининград, 2021. – «в печати».

4. Миклин, Д.Н. Особенности психического здоровья ближайших родственников гематоонкобольных / Д.Н. Миклин // Современная превентивная, предиктивная, персонализированная и партисипативная медицина: сборник научных материалов международного конкурса молодых ученых (декабрь 2020 года) / под ред. И.В. Реверчука / ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта. - Калининград, 2021. – «в печати».

5. Миклин, Д.Н. Психическое здоровье и стресс - совладающее поведение ближайших родственников онкобольных в динамическом аспекте / Д.Н. Миклин, И.В. Реверчук // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: материалы конференции (15–18 мая 2021 года), Санкт-Петербург / под ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 750-752.

## Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБ – гипертоническая болезнь

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИК – индекс Карновского

КГ – контрольная группа

КЖ – качество жизни

МКБ – международная классификация болезней

НЗП – независимая переменная

ОЛ – острый лейкоз

ОНЛЛ – острый нелимфобластный лейкоз

ПЗ – психическое здоровье

ПКЗ – психологический компонент здоровья

ЭГ<sub>1</sub> – экспериментальная группа онкогематобольных

ЭГ<sub>2</sub> – экспериментальная группа родственников онкогематобольных

ЕСОГ – Eastern Cooperative Oncology Group (оценка статуса онкологического больного)

ΔР – общая динамика психического здоровья родственников онкогематобольных

ΔР – 3-6 - динамика психического здоровья в 3 - 6 месяцев родственников онкогематобольных

Подписано в печать 19.01.2022 Заказ №901  
Тираж 100 экземпляров  
Отпечатано в типографии «Реглет»  
101000, г. Москва, Чистопрудный бульвар, д. 18  
(495) 971-22-77; [www.reglet.ru](http://www.reglet.ru)