

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**Миклин Дмитрий Николаевич**

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

19.00.04 – медицинская психология (медицинские науки)

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,

доцент Реверчук Игорь Васильевич

Ижевск – 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....</b>	<b>5</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ИХ РОДСТВЕННИКОВ И COVER-ПЕРСОНАЛА .....</b>	<b>15</b>
1.1. Выявляемость, распространенность и фармаколога-экономическое бремя онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкобольных, их родственников и cover-персонала .....	15
1.1.1. Выявляемость и распространенность онкогематологических заболеваний в РФ и за рубежом.....	15
1.1.2. Проблематика и распространенность нарушений психического здоровья медработников и cover-персонала онкогематологической сферы.....	22
1.1.3. Распространенность нарушений психического здоровья у онкобольных .....	28
1.1.4. Заболеваемость и распространенность нарушений психического здоровья у родственников онкобольных .....	32
1.2. Клиника и динамика онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных и их родственников.....	34
1.2.1. Клиника и динамика онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных.....	35
1.2.2. Клиника и динамика нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных .....	38
1.3. Профилактика, лечение и реабилитация онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематологических больных и их родственников .....	41
1.3.1. Профилактика, лечение и реабилитация онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных.....	41
1.3.2. Профилактика, лечение и реабилитация нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных .....	44
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>46</b>
2.1. Объем наблюдения и дизайн исследования .....	46

2.2. Общая характеристика выборки.....	53
2.3. Методы исследования и методология.....	58
2.3.1. Клинико-психологический метод .....	59
2.3.2. Психодиагностический метод .....	60
2.3.3. Инструментальный метод .....	65
2.3.4. Метод статистического анализа .....	66
<b>ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>67</b>
3.1. Особенности клинически значимых нарушений психического, соматического здоровья и копинг-стратегий у родственников онкогематобольных на разных этапах течения болезни .....	67
3.1.1. Динамика клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни .....	67
3.1.2. Динамика клинически значимых нарушений соматического здоровья родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни .....	76
3.1.3. Динамика клинически значимых нарушений копинг-поведения родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни .....	81
3.2. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте на разных этапах течения болезни .....	85
3.2.1. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте дебюта заболевания .....	86
3.2.2. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте через три месяца течения болезни .....	93
3.2.3. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте через шесть месяцев течения болезни .....	98
3.3. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в разные периоды течения болезни .....	107

3.3.1. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в дебюте заболевания .....	108
3.3.2. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных через три месяца течения болезни .....	113
3.3.3. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных через шесть месяцев течения болезни .....	117
3.4. Предикторы динамики клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в разные периоды течения болезни.....	122
3.4.1. Предикторы показателя «Общая динамика» родственников онкогематобольных .....	122
3.4.2. Предикторы показателя «Динамика 3-6 месяцев» родственников онкогематобольных .....	127
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>132</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>140</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>142</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>145</b>

## СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – артериальное давление

Алло-ТКМ – аллогенная трансплантация костного мозга

Алло –ТГСК – аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток

ВИ – вегетативный индекс

ВИК – вегетативный индекс Кердо

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБ – гипертоническая болезнь

ЗП – зависимая переменная

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КГ – контрольная группа

МКБ – международная классификация болезней

НЗП – независимая переменная

ОЛ – острый лейкоз

ОМЛ – острый миелобластный лейкоз

ОНЛЛ – острый нелимфобластный лейкоз

ПИТ – палата интенсивной терапии

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СД – сахарный диабет

СПВ – синдром профессионального выгорания

СП – симптоматический психоз

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧСС – частота сердечных сокращений

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

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

4ДДТС – четырехмерный опросник для оценки дистресса, тревоги, депрессии, соматизации

BP – интенсивность боли

CISS – опросник определения копинг - поведения в стрессовых ситуациях ECOG –

Eastern Cooperative Oncology Group (оценка статуса онкологического больного)

ICN – руководство по доброкачественной клинической практике

GCP – Good Clinical Practice (надлежащая клиническая практика)

GH – общее состояние здоровья

MFI-20 – тест субъективной оценки астении

MH – психическое здоровье

MH1 – показатель психического компонента здоровья

PF – физическое функционирование

RE – ролевое состояние, обусловленное эмоциональным состоянием

RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием

SF – социальное функционирование

SF-36 – опросник оценки качества жизни

VT – жизненная активность

ΔP – общая динамика психического здоровья

ΔP - 3-6 – динамика психического здоровья в 3- 6 месяцев

4DSQ – четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги, соматизации

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность исследования**

В последние десятилетия наблюдается значительный рост онкологических заболеваний в РФ и мире, при этом заболевания онкогематологического профиля имеют наибольший удельный вес в структуре смертности в дебюте заболевания раком (Каприн В.В., 2013 - 2017; Рукавицин О.А., 2017; Информационно-методические материалы МЗ УР 2018; Park J.H., 2011; Torrela L.A., 2015). Тяжелое физическое состояние больного раком крови, сопровождается психологическими проблемами, влияющими на отношение к себе, близким родственникам, медицинскому персоналу, и определяет его стресс-совладающее поведение. Л.И. Монасыпова (2012) отмечает, что заболеваемость пограничными нервно-психическими расстройствами у онкологических больных выше, чем в популяции, что подтверждает актуальность психолого-психиатрической помощи данному контингенту больных. Пограничная нервно-психическая симптоматика оказывает воздействие не только на течение самого онкологического заболевания, но и негативно влияет и на «качество жизни» больных, что находит свое отражение в отечественной и зарубежной литературе (Новик А.А., Ионова Т.И., Антипова Г.В., 2000; Выборных Д.Э., 2004; Выборных Д.Э., Савченко В.Г., 2005; Linda F., 2009).

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). Признается необходимость включения в эмпирические исследования состояния онкологических больных ряда субъективных параметров «качества жизни».

По мнению В.Г. Залевского (2009), для решения проблем в структуре разнородных взаимоотношений при заболевании, необходимо рассматривать их как целостную модель, в которой учитываются биологические, психологические, социальные, духовные (ноэтические) аспекты жизнедеятельности человека (биопсихосоциноэтическая модель). Согласно М.Ю. Кондратьеву (2007), конструкт «духовность», как личностное свойство, связан с такими категориями, как гуманность, сочувствие, доброта, что неминуемо проявляется в близких отношениях родственников и ярко отслеживается в период трудных жизненных ситуаций, в том числе, на примере ухода за онкологическим больным (Groo E.K., Dahl A.A., 2005; Palliat Nurs, 2007; Adv Nurs, 2008; Mehnert A., Lehmann C., Graefen M., Huland H., Koch U., 2010; Adrianna Saada, Lisa A., 2013; Engl J., 2016).

Категория «качества жизни» (КЖ) определена как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на субъективном восприятии. Разработан ряд эмпирических конструктов КЖ, в том числе для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания (SF-36) (Амирджанова В.М., 2008; Захаров В.В., 2013; Даулетбакова Д.Н., Мирзаева М.В., Рамазанова А.К., Бабыкбаева Д.С., Токтасынкызы М., 2018). Конструкт позволяет оценивать динамику состояния пациента, обусловленного влиянием биопсихосоциальных факторов с включением компонентов духовного содержания в системе «больной – родственники».

В руководстве по онкопсихологии для врачей и психологов утверждается, что «значительную роль в повышении качества жизни 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 онкологического 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 родственников онкогематологических больных, психической и психосоматической дезадаптации, влиянии их психоэмоционального состояния на психическое здоровье гематологического больного. Изучение этих параметров во взаимосвязи (больной – родственник) может дать исключительно ценную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь, как самого больного, так и его родственников.

Учитывая вышеизложенное, обоснована необходимость изучения особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников пациентов гематологического профиля, с целью разработки индивидуализированных программ профилактики, лечения и реабилитации для улучшения продолжительности и качества жизни онкогематобольных и их семей. По данным статистики, заболеваемость и смертность среди родственников в течение одного – двух лет после потери близкого человека увеличивается на 40 –60 %, а, по некоторым данным, почти вдвое (Готовкина М.С., 2015).

### **Цель и задачи исследования**

Целью исследования являлось изучение особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематологических больных.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие **задачи:**

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.

**Объект исследования:** клиничко - психологические показатели психического здоровья онкогематобольных и их родственников.

**Предмет исследования:** клиничко - психологические показатели психического здоровья родственников онкогематобольных в динамическом аспекте.

#### **Гипотезы исследования**

1. Большинству близких родственников онкогематологических больных, в дебюте заболевания, свойственны общие психологические особенности, проявляющиеся в трудностях эмоционального и рационального восприятия, и реагирования на психотравмирующую ситуацию «страха потери значимого «Я», приводящие к дезадаптации и развитию, как субсиндромальных и донозологических, так и пограничных психических расстройств, и связанных с психологическим и физическим состоянием онкогематобольного.

2. Психическое здоровье женской популяции родственников в наибольшей степени подвержено изменениям, происходящим в течение первых шести месяцев заболевания.

3. У близких родственников онкогематобольных, в общей популяции, в динамике повышаются адаптационные возможности психического здоровья от начала заболевания до шести месячного периода, при этом ухудшается соматическое здоровье.

4. В различные периоды протекания заболевания, в дебюте в три и шесть месяцев, предикторами нарушений психического здоровья родственников является их же дистресс, причем, на каждом этапе на психическое здоровье влияют разные составляющие.

### **Научная новизна**

Получены новые данные о структуре и динамике влияния различных факторов на клинически значимые нарушения психического здоровья у родственников больных онкогематологического профиля через латентные переменные.

Изучены взаимосвязи и влияние онкогематологических больных и их родственников на психическое здоровье последних в течение шести месяцев лечения гемобластоза.

Впервые выявлены предикторы клинически значимых нарушений психического здоровья и его ухудшения у родственников онкогематологических больных на различных этапах течения заболевания острого лейкоза.

Исследовано влияние показателей копинг - стратегий поведения, психоэмоционального состояния, качества жизни, астенизации, социальных показателей респондентов на динамику состояния психического здоровья родственников больных в шестимесячный период течения болезни.

Изучены варианты дезадаптации родственников онкогематологических больных за первые шесть месяцев протекания заболевания.

Впервые обосновывается комплексный подход к проблеме оказания медико-психологической помощи, включающий состояние психического здоровья родственников онкогематобольных во взаимосвязи с психоэмоциональным статусом больных гемобластозами.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Подтверждено представление о психическом здоровье родственников онкогематобольных, как о полиэтиологическом состоянии, на которое оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы. Результаты исследования расширяют современные научные представления об особенностях

структуры и динамики клинически значимых нарушений психического здоровья и вариантов дезадаптации родственников онкогематобольных, что является важным вкладом в понимание особенностей изменений в психическом здоровье ближайшего окружения – родственников в течение шести месяцев течения острого лейкоза.

Полученные результаты данного оригинального эмпирического лонгитюдного 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 в первые шесть месяцев течения острого нелимфобластного лейкоза (ОНЛЛ). На основании полученной структурированной математической модели, выявлены основные клиничко-психопатологические факторы, влияющие на нарушение психического здоровья, что позволяет определить «терапевтические мишени» и разработать достаточно точную, научную программу психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации близких родственников больных онкогематологического профиля и включить в комплексную программу реабилитации собственно больных, страдающих гемобластомами.

Теоретический и практический материал может быть использован в учебных программах ВУЗов по дисциплинам «медицинская психология», «психология», «психосоматическая медицина».

### **Методология и методы исследования**

Проведено открытое, выборочное, клиническое, проспективное исследование. Набор респондентов осуществлялся по итогам верификации диагноза у больных ОНЛЛ в соотношении один больной – один родственник, основываясь на критерии включения и исключения.

Методы исследования: клиничко – психологический, тестирование, инструментальный, математико-статистический.

### **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 сформировал рабочую гипотезу, научно обосновал теоретическую и практическую значимость, актуальность и новизну исследования. Самостоятельно провел анализ литературных источников по проблеме в контексте существующих концепций и ранее выполненных отечественных и зарубежных исследований, определил предмет научного исследования, методологию, обосновал цели и задачи, осуществил выбор адекватных и информативных методов исследования, организовал сбор научного материала, провел статистическую обработку данных и анализ результатов исследования с дальнейшим изложением в настоящей диссертации.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Обеспечивается теоретико-методологическим обоснованием эмпирического исследования, репрезентативностью выборки, разносторонним анализом литературы по проблематике исследования, выбором методов, адекватных целям и задачам исследования, использованием хорошо зарекомендованного в клинической практике психодиагностического инструментария, сочетанием

количественного и качественного анализа полученных результатов, выбором статистических методов обработки данных. 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 имени 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 в практику**

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 журналах, включенных ВАК Минобрнауки РФ 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, главы с результатами исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель содержит 274 наименования (из них отечественных – 162, иностранных – 112). Диссертация иллюстрирована 26 рисунками, 45 таблицами, 2 формулами.

## **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ИХ РОДСТВЕННИКОВ И COVER-ПЕРСОНАЛА**

### **1.1. Выявляемость, распространенность и фармаколого-экономическое бремя онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкобольных, их родственников и cover-персонала**

#### **1.1.1. Выявляемость и распространенность онкогематологических заболеваний в РФ и за рубежом**

Учитывая рост онкогематологических заболеваний в мире (Рукавицын О.А., 2017; Основные показатели 2013-2018), наблюдается и увеличение количества людей сопричастных этому - родственники онкогематобольных. В этой связи, изучение нарушений психического здоровья родственников больных онкогематологического профиля является актуальным в современном обществе.

В своем руководстве по гематологии под редакцией А.И. Воробьева авторы В.Г. Савченко и Е.Н. Паровичникова дали свое определение понятию острый лейкоз. «Острые лейкозы - это гетерогенная группа опухолевых заболеваний системы крови – гемобластозов, характеризующихся поражением костного мозга незрелыми кроветворными (бластными) клетками инфильтрацией ими различных тканей и органов» (Воробьев А.И., 1985).

По мнению З.Х. Ахмерзаевой, острый лейкоз (ОЛ) - довольно редкое заболевание, которое составляет лишь 2-3% злокачественных опухолей человека (Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М., 2002; Ахмерзаева З.Х., 2018). Однако, по частоте встречаемости среди гемобластозов, острые лейкозы занимают одно из первых мест и встречаются в любом возрасте, но чаще - у детей и лиц пожилого возраста (Коробицына О.В., 2007). В странах с развитой экономикой они занимают второе место по урону, наносимому обществу (утрата трудоспособных

лет жизни), являясь наиболее частой причиной смерти в детском и молодом возрасте.

Согласно отчету Европейской конференции, ВОЗ в 2006 г., по причине психических расстройств, экономика стран теряет несколько миллиардов долларов США. Объясняется это, как расходами на здравоохранение, так и снижением производительности труда. Также отмечается, что на охрану психического здоровья выделяется в среднем, лишь 5,8% от общего объема затрат на здравоохранение (от 0,1% до 12%), незначительная часть суммы тратится на меры укрепления здоровья и профилактики [103].

В клинических рекомендациях А.Д. Каприн (2020) указал, что в среднем заболеваемость острыми лейкозами в мире составляет, примерно, 5-6 случаев на 100 тыс. населения в год. По данным различных зарубежных источников показатель заболеваемости острыми миелоидными лейкозами (ОМЛ) достигает 4 случая на 100 тыс. населения в год (Ахмерзаева З.Х., 2018; Ishizawa S., 2003; Patel M.I., 2012; Arber D.A., 2016; Guru Murthy G.S., 2017; Lazarevic V.L., 2017).

В США ежегодно, почти у 18000 взрослого населения, диагностируют ОЛ, при этом, более чем у 12 000 (66,6%) - миелоидный вариант заболевания. По расчетным данным, заболеваемость ОМЛ в США составляет 3,6 на 100000 населения (Костина Н.И., 2016), причем, на мужчин приходится 3-4 случая на 100 тыс. населения в год. В Швеции ОМЛ чаще встречается у мужского населения старше 50 лет и женского - старше 75 лет (Juliussen G., 2012; Polednak A.P., 2014). Медиана возраста у данной группы пациентов в период с 1997 по 2006 гг. составляла 71 год при абсолютном количестве 3318 (85,1%), болеющих на тот момент (Juliussen G., 2009).

Среди больных лейкозами данной патологией в США чаще страдают латиноамериканцы более молодого возраста, чем белые (Sekeris M.A., Peterson B., Dodge R.K., 2004; Darbinyan K., 2017). Представители белой расы имеют более высокие показатели ОНЛЛ, чем жители азиатских стран (Pan J.W., Cook L.S, Schwartz S.M. et al., 2002).



По литературным данным в США от ОЛ ежегодно умирают более 10 000 (55,5%) больных, что составляет около 2% в структуре смертности от всех злокачественных заболеваний человека. Лейкемии являются причиной смерти у 1,5% мужчин моложе 40 лет и у 1% женщин моложе 20 лет. Подобная ситуация прослеживается и в экономически развитых регионах мира (Juliusson G., 2012; Polednak A.P., 2014; Ахмерзаева З.Х., 2018).

В азиатских странах этот показатель варьирует с 4-6 человек на 100 тыс. (Закс Л., 1976). В Китае в 2015 году было зарегистрировано около 75300 новых случаев лейкемии, причем, миелоидный вариант лейкоза превалирует над другими (Yuqin L., et al., 2013; Hongjuan Yu., 2017). По данным Корейского канцер-регистра в 2008 году было зарегистрировано 8006 случаев гематологических заболеваний у всей популяции, что составило 4,5% от всех онкологических заболеваний. Показатель заболеваемости ОМЛ, после 15 лет, составил от 1,8 до 15 на 100 тыс. населения. Процент распределения по полу при ОМЛ был одинаков и составил, у мужчин 20,7% и женщин 20,8% (Park H.J., 2012).

Континентальная часть Европы, в отношении частоты лейкозов, довольно гомогенна и составила в среднем от 2,07 до 2,96 на 100 000 жителей в год (Захаров В.В., Вознесенская Т.Г., 2018; Sant M., 2010). Несколько выделяется Соединенное Королевство и Ирландия, где зарегистрирована наиболее высокая заболеваемость ОМЛ - 3,24 на 100 тыс. населения (Sant M., 2010).

Характеризуя мировую статистику, можно отметить, что количество ОМЛ резко возрастает в возрасте старше 60 лет, и составляет 12-13 человек на 100 тыс. у людей в возрасте старше 80 лет. Медиана возраста этого заболевания составляет 65 лет (Рукавицин О.А., 2017). Необходимо отметить, что частота встречаемости этой патологии не зависит от уровня и качества жизни людей во всем мире (Рукавицин О.А., 2017; Hongjuan Yu., 2017).

Согласно данным ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России в 2017 году наблюдается рост распространенности болезней крови и кроветворных органов относительно распространенности патологии в целом. Так, общая заболеваемость

населения России болезнями крови III класса МКБ-10 выросла с 1219,1 случаев на 100 тыс. человек в 2010 году до 1346,9 случаев в 2016 году или на 10,5%. За этот же период общая заболеваемость населения страны злокачественными болезнями лимфоидной и кроветворной ткани выросла с 17,1 случая на 100 тыс. человек до 19,6 случая, то есть на 14,6%. (Жигулева Л.Ю., 2017; Ахмерзаева З.Х., 2018).

По уровню заболеваемости в 2018 г. в Российской Федерации было выявлено 10183 больных лейкозом (Каприн А.Д., 2019), из них ОМЛ – 2799 человек, что превышает расчетный показатель за 2007 на 367 человек (Таблица 1), (Чиссов В.И., 2008).

**Таблица 1** – Заболеваемость населения на территории Российская Федерация ОМЛ по годам в 2007-2018 гг.

Года	Регионы Российской Федерации абсолютное количество человек									
	РФ	ЦФО	СЗФО	ЮФО	С-КФО	Пр.ФО	УР	УФО	СФО	ДВФО
2007	2432	627	248	251	152	504	31	206	394	102
2008	2397	579	238	287	178	515	28	168	347	85
2009	2328	557	234	275	142	523	32	174	344	79
2010	2320	553	259	249	115	544	35	172	342	86
2011	2287	603	223	249	92	479	15	198	357	86
2012	2247	521	233	209	103	496	17	210	363	92
2013	2244	602	222	199	91	501	20	178	334	117
2014	2402	601	281	194	98	596	26	181	345	67
2015	2565	653	336	182	101	567	19	191	411	78
2016	2738	690	330	245	120	676	39	215	369	93
2017	2806	734	294	293	177	571	30	249	381	104
2018	2799	705	338	303	152	567	31	247	362	125

Примечание – РФ-Российская Федерация; ЦФО-Центральный федеральный округ; СЗФО-Северо-западный федеральный округ; ЮФО-Южный федеральный округ; С-КФО-Северо-Кавказский федеральный округ; Пр.ФО-Приволжский федеральный округ; УР-Удмуртская Республика; УФО- Уральский федеральный округ; СФО-Сибирский федеральный округ; ДВФО-Дальневосточный федеральный округ.

«Грубый» показатель представлен как 1,46 на 100 тыс. населения (Таблица 2).

**Таблица 2** – Заболеваемость населения на территории Российской Федерации ОМЛ по полу в 2007-2018 гг.

Года	Абсолютное число			На 100 тыс. населения					
				«Грубый» показатель			Стандартизированный показатель		
	муж	жен	всего	муж	жен	всего	муж	жен	всего
2007	1138	1294	2432	1,07	1,11	1,09	0,94	0,81	0,86
2008	1127	1270	2397	1,11	1,07	1,09	0,96	0,76	0,84
2009	1110	1218	2328	1,07	1,09	1,08	0,94	0,70	0,84
2010	1111	1209	2320	1,13	1,11	1,12	0,99	0,88	0,88
2011	1073	1214	2287	1,09	1,14	1,12	0,93	0,81	0,86
2012	1068	1219	2247	1,07	1,11	1,09	0,91	0,79	0,83
2013	1018	1226	2244	1,09	1,10	1,1	0,91	0,80	0,84
2014	1115	1287	2402	1,19	1,19	1,19	0,99	0,84	0,89
2015	1162	1403	2565	1,28	1,31	1,3	1,07	0,95	0,98
2016	1273	1465	2738	1,42	1,35	1,4	1,14	0,95	0,98
2017	1347	1459	2806	1,54	1,41	1,47	1,23	0,95	1,06
2018	1375	1424	2799	1,57	1,36	1,46	1,22	0,89	1,02

Аналогичные показатели выявлены в Приволжском (ПвФО) и Уральском Федеральном округах (УФО) (1,48 и 1,52) – соответственно. Самая низкая заболеваемость зарегистрирована в Дальневосточном Федеральном округе - (ФВФО) (1,11 на 100 тыс. жителей), а самая высокая - в Северо-Западном Федеральном округе - (СЗФО) (2,02 человек на 100 тыс. населения).

Демографический анализ, имеющихся данных в период с 2007 по 2018 гг. продемонстрировал, что среди зарегистрированных больных ОМЛ было больше женщин - от 2% до 8% (Таблица 2), что совпадает с данными, полученными из Государственного ракового регистра. Однако, по результатам других отечественных исследований, ОМЛ в 1,3 –1,5 раза чаще встречается у мужчин (Ахмерзаева З.Х., 2018).

В Удмуртии в 2018 году выявлен 31 случай заболевания ОМЛ (Таблица 4) (1,99 на 100 тыс. человек). Заболеваемость сопоставима с СЗФО (2,02 на 100000 населения) (Каприн А. Д., 2019), (Таблица 3).

**Таблица 3 – Заболеваемость населения на территории Российской Федерации ОМЛ по годам в 2007-2018 гг.**

	Регионы РФ	Показатели	Годы											
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	РФ	«Грубый» показатель	1,09	1,09	1,08	1,12	1,12	1,09	1,1	1,19	1,3	1,4	1,47	1,46
		Стандартизированный показатель	0,86	0,84	0,84	0,88	0,86	0,83	0,84	0,89	0,98	0,98	1,06	1,02
	ЦФО	«Грубый» показатель	1,01	1,04	1,02	0,99	1,09	0,91	1,09	1,12	1,19	1,25	1,27	1,26
		Стандартизированный показатель	0,87	0,76	0,74	0,73	0,82	0,71	0,82	0,78	0,86	0,85	0,93	0,85
	СЗФО	«Грубый» показатель	0,98	1,13	1,29	1,46	1,23	1,27	1,31	1,66	1,85	1,92	1,7	2,02
		Стандартизированный показатель	0,5	0,85	0,97	1,01	0,86	0,84	0,95	1,28	1,24	1,28	1,07	1,37
	ЮФО	«Грубый» показатель	0,63	1,11	1,17	1,04	1,19	1,01	0,89	0,99	0,99	1,13	1,38	1,4
		Стандартизированный показатель	0,5	0,89	0,91	0,78	0,86	0,74	0,67	0,72	0,8	0,82	1,05	1
	С-КФО	«Грубый» показатель	0,89	1,12	0,89	0,79	0,54	0,64	0,53	0,63	0,78	0,95	1,32	1,28
		Стандартизированный показатель	0,6	0,87	0,74	0,8	0,48	0,56	0,52	0,55	0,75	0,86	1,18	1,13
	Пр.ФО	«Грубый» показатель	1,21	1,23	1,24	1,34	1,12	1,15	1,19	1,35	1,34	1,17	1,53	1,48
		Стандартизированный показатель	0,9	0,91	0,99	1,06	0,88	0,89	0,94	1,03	1,07	1,25	1,06	0,98
	УР	«Грубый» показатель	1,63	1,37	1,31	1,31	0,86	1,05	1,12	1,32	0,92	2,18	1,65	1,99
		Стандартизированный показатель	1,09	0,99	1,05	1,22	0,58	0,97	0,87	0,97	0,71	1,32	1,19	1,48
	УФО	«Грубый» показатель	1,3	0,89	0,93	0,86	1,07	1,23	1,01	1,08	0,98	1,29	1,55	1,52
		Стандартизированный показатель	0,8	0,76	0,77	0,8	0,87	0,96	0,78	0,84	0,8	1,06	1,16	1,05
	СФО	«Грубый» показатель	0,76	1,15	1,06	1,23	1,38	1,43	1,28	1,36	1,73	1,46	1,75	1,8
		Стандартизированный показатель	0,5	0,92	0,85	0,97	1,05	1,08	1	1,05	1,3	1,07	1,26	1,26
	ДВФО	«Грубый» показатель	0,45	0,8	0,7	0,92	1,05	1,02	1,11	0,82	1,03	1,23	1,38	1,11
		Стандартизированный показатель	0,4	0,67	0,61	0,8	1,01	0,96	0,85	0,63	0,8	0,96	1,06	0,86

Примечание – РФ-Российская Федерация; ЦФО-Центральный федеральный округ; СЗФО-Северо-западный федеральный округ; ЮФО-Южный федеральный округ; С-КФО-Северо-Кавказский федеральный округ; Пр.ФО-Приволжский федеральный округ; УР-Удмуртская Республика; УФО- Уральский федеральный округ; СФО-Сибирский федеральный округ; ДВФО- Дальневосточный федеральный округ.

При сравнении показателей заболеваемости ОМЛ в РФ в период 2007-2018 гг. наблюдается достоверный рост по всем субъектам Российской Федерации, хотя по Удмуртской Республике эта тенденция не прослеживается (Таблица 1).

Распространенность лейкозов в РФ в период с 2007 по 2018 увеличилась с 54303 (38,1 на 100 тыс. человек) до 86129 (58,7 на 100 тыс. человек), наблюдается рост на 58,6%. (Таблица 4).

**Таблица 4** – Распространенность лейкозов на территории Российской Федерации в 2007-2018 гг.

Года	Находились на учете на конец года				Из них 5 лет и более				Летальность на первом году с момента установления диагноза в %		Летальность в %	
	Абсолютное число		На 100 тыс. населения		Абсолютное число		На 100 тыс. населения		РФ	УР		
	РФ	УР	РФ	УР	РФ	УР	РФ	УР				
2007	54303	716	38,1	46,5	25375	370	46,7	51,7	27,7	16,3	9,7	7,6
2008	56684	758	39,9	48,1	26330	400	46,6	54,2	27,9	24,7	9,4	7,6
2009	59821	769	42,1	50,2	27420	405	45,8	52,7	28,5	27,6	8,8	6,1
2010	63014	823	44,4	53,9	30050	442	47,7	53,7	25,0	18,7	8,0	5,0
2011	66211	825	46,7	54,1	32448	459	49,0	55,6	24,6	19,2	7,2	6,7
2012	68904	877	48,2	57,7	34477	482	50,0	55,0	23,0	24,2	6,7	2,8
2013	71270	910	49,8	60	36731	505	51,5	55,5	23,1	15,5	6,4	4,7
2014	75610	937	51,9	61,8	40601	553	53,7	59,0	22,7	13,6	6,4	5,0
2015	77668	950	53,2	62,6	42395	564	54,6	59,4	23,0	13,7	6,6	5,2
2016	80609	984	55,1	64,9	44967	586	55,8	59,6	24,2	18,7	6,5	5,7
2017	82056	1027	55,9	67,7	47264	616	57,6	60,0	23,9	19,5	6,8	4,6
2018	86129	1059	58,7	69,9	50460	661	58,6	62,4	24,7	14,8	6,0	5,2

Примечание – РФ – Российская Федерация; УР – Удмуртская Республика.

В Удмуртии этот показатель увеличился с 716 до 1059, т.е. на 47,9%, и в перерасчете на 100 тыс. населения с 46,5 до 69,9 человек – соответственно. Также отмечается рост пятилетней выживаемости, как в РФ, так и на территории УР (на 98,8% и 78,6%) (Чисов В.С., 2008; Каприн А.Д., 2019). В структуре летальности обращает на себя внимание существенное снижение этого показателя и по УР (на 2,4%), и по РФ в целом (на 3,7%). Примерно такая же ситуация и с летальностью на первом году с момента установления диагноза (Таблица 1). Доля летальных

исходов, связанных с лечением, составляет 7-18%. В лечении пожилых больных долгосрочные результаты неизменны (Рукавицин О.А., 2017).

Таким образом, распространенность острых лейкозов увеличивается опережающими темпами в сравнении с распространенностью патологии в целом. И, несмотря на то, что ОМЛ относят к орфанным заболеваниям, социальная значимость лечения этого, самого грозного заболевания системы крови, определяет необходимость организации адекватной специализированной и психологической помощи, предусматривающей взаимодействие многих медицинских дисциплин, совокупность клинических, лабораторных, инструментальных и научных исследований, преимущество стационарной и амбулаторной помощи (Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н., 2007; Паровичникова Е.Н., 2012; Каприн А.Д., 2020).

### **1.1.2. Проблематика и распространенность нарушений психического здоровья медработников и cover-персонала онкогематологической сферы**

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) психическое здоровье трактуется, как состояние душевного благополучия, которое позволяет человеку реализовать свои способности, использовать полноценно свой потенциал, успешно преодолевать обычные жизненные трудности, проблемы и стрессы, продуктивно и плодотворно работать, внося свой посильный вклад в жизнь общества (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001).

В ежегодном отчете 45 лет назад эксперты ВОЗ писали, что «главной проблемой ближайших десятилетий будет нарастающее количество недифференцированных, не очерченных физиологическим органом или системой вегето-соматических функциональных патологических состояний, требующих специфических методов диагностики и лечения» (Robinson G.E., 2003; Bailey E., Robinson J., Mc. Gorry P., 2018).

Проблема нарушений психического здоровья среди врачей и cover-персонала была освещена во многих литературных источниках (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001; Сидоров П.И., 2009; 2011; Говорин Н.В., 2013; Сайфутдинова Ю., 2013; Колдубовская Т.Б., 2015; Осипов Н.Г., 2017).

Ю.А. Россинский и др. (2008) выделили факторы риска развития невротических, аддиктивных расстройств, в том числе и синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля. К внешним физическим факторам были отнесены суточный ритм и повышенные нагрузки; к психическим – эмоциональный фактор в виде дефицита положительных и переживания отрицательных эмоций, эмпатию. Внутренний психический фактор был рассмотрен, как вариант психологической защиты, где собственная неудовлетворенность в результате психоэмоционального напряжения и хронической усталости могла проецироваться на окружение, вызывая отторжение к профессии.

В работах В.А. Клебановой (1993), G. Friedlander (2003) было выявлено, что одним из стрессовых агентов в деятельности врачей являются длительные интеллектуальные нагрузки. Р. Тиллет (2004) выделил напряженный ритм работы, недостаточность ресурсов, неадекватные методы управления, постоянные реорганизации, отсутствие карьерного роста, неадекватные формы поддержки и контроля, недостаточная возможность влиять на условия работы. U. Rout (1999), В. Kirkcaldy (2002) отметили повышенный уровень стресса, снижение удовлетворенностью работой врачей; S.B. Buchbinder (2001) выраженные отрицательные эмоции на работе.

В зарубежных клиниках стрессогенностью для врачей является дефицит времени, общение с трудными пациентами конфликты дома и на работе (Chan O., 2002; Bovier P.A., 2003). Согласно японским источникам выяснилось, что тяжелые условия труда, также являются стрессорным фактором и являются причиной ухода докторов в частные клиники (Komatsu H., 2006).

Очередным «камнем преткновения» в появлении психоэмоциональных расстройств среди врачей онкологического профиля, по утверждению Р. Тиллет (2004), является изменение отношения к медицинскому персоналу, имея ввиду, снижение степени уважения, учащение случаев судебных разбирательств.

В структуре причин психогенности отчетливо проявляется и низкий социально-экономический статус врачей. Так, в числе социально-экономических

факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье, 14,6% медработников указали на недостаток средств к существованию, 12,0% – на неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, 24,3% – на плохое питание, а 42,3% врачей связывали возникновение своих заболеваний с недостатком денег для заботы о здоровье (Камаев И.А. и др., 2005; 2008). Не секрет, что финансовый вопрос качественно влияет на социальное напряжение в медицинских коллективах и отражает уровень конфликтности, отношение к работе и пациентам (Вялкова Г.М., 2002; Жукова Т.В., 2003).

Профессия врача, относящаяся к типу «человек — человек», считается наиболее тяжелой с точки зрения психологии, так как она сопряжена с повышенными социопсихологическими требованиями и связана с высоким умственным и психоэмоциональным напряжением (Сидоров П.И., 2011). Между тем, высокая социальная значимость медицинского труда является дестабилизирующим фактором для личности врача – деструктивный профессиогенез (Сидоров П.И., 2009) и может приводить к психическим изменениям в виде тревожно - депрессивных расстройств, психозов, неврозов, дистрессов, синдромов хронической усталости и эмоционального выгорания, астении, поведенческих и зависимых расстройств, психосоматических заболеваний, что нередко сопровождается использованием различных седативных средств, включая наркотические, адаптогенов, злоупотребление алкоголем (Говорин Н.В., 2013).

По литературным данным, распространенность синдрома профессионального выгорания (СПВ), среди медицинских работников, варьируется от 28 до 100%. В онкологических учреждениях она достигает 96%. Это прежде всего отражается в снижении качества медицинской помощи, порождает негативное отношение к пациентам, психической и физической усталости, безразличия к работе (Соболева Е.А., 2006; Касимовская Н.А., 2008; Сидоров П.И., Красильников А.В., Новикова А.И., Кузнецова А.А., 2009; Ramirez A.J., 1995; Taylor C., 2005), причем, эти признаки можно наблюдать у каждого второго работающего медика.



По мнению И.А. Новиковой (2009), профессиональную деятельность онкогематологов относят к группе риска по развитию синдрома профессионального выгорания (Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств, 2002).

В исследованиях А.М. Беяева (2017) доказана равнозначность степени СПВ между врачами мужчинами - онкологами и их коллегами женщинами, что подтверждает высказываемую в литературе мысль об отсутствии различий по полу в профессии врача.

В работе Н.В. Говорина и Е.А. Бодаговой (2016) высказано суждение о том, что среди всех врачебных профессий группа врачей – онкологов выделялась самыми высокими показателями выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания.

Медицинские сестры подвержены СПВ в 1,5-2 раза чаще, чем врачи. Распространенность этой патологии в целом выше, чем в других медицинских сферах. (Сидоров П.И., Красильников А.В., Новикова А.И., Кузнецова А.А., 2009). У 75% среднего медицинского персонала онкогематологических клиник наблюдается неадекватное избирательное эмоциональное реагирование на больных в виде эмоционального контакта по принципу «хочу-не хочу». Также выявлено, что риск эмоционального выгорания у *cover* – персонала выше при отсутствии осознания личных трудностей, связанных с профессиональной работой (Беяев А.М., 2017).

Согласно американским исследованиям, удалось установить четкую связь между эмоциональным выгоранием и суицидальными наклонностями медицинских работников (Dyrbye L.H., 2008).

По данным анализа G. Sonneck (1994) суицид встречается у австралийских врачей - мужчин на 50% чаще, чем врачей - женщин, работающих в подобных клиниках, и в 2,5 раза чаще, чем у населения по стране (Лэнгле А., 2008). В работе M. Ammon (2003) получены результаты, по которым было выявлено, что врачи женского пола совершают самоубийства в 3 раза чаще, чем женщины в общей популяции. Суициды у мужчин-врачей этот показатель выше

среднестатистического. Результаты исследования G.E. Robinson (2003) показали, что женщины врачи чаще совершают законченные суициды.

По мнению E. Bailey (2018) профессиональный стресс, вызванный множественными факторами риска, приводит к проблемам со сном, беспокойствам, депрессиям (Bailey E., Robinson J., Mc. Gorry P., 2018). Так, распространенность этой патологии среди врачей и медработников на всех этапах их карьеры в США составляет 39% и 60% (Bailey E., Robinson J., Mc. Gorry P., 2018).

Согласно исследованиям О.В. Воробьевой (2008), обнаруженные у онкологов тревожно-депрессивные расстройства, соответствуют частоте регистрации хронических синдромов в популяции.

Данные Л.Н. Юрьевой (2006) свидетельствуют о том, что депрессиям невротического типа, истерическим и обсессивно – фобическим расстройствам в большей степени склонны женщины - врачи. Повышенная распространенность этой патологии обусловлена, прежде всего, высокой восприимчивостью их к стрессовым нагрузкам, не исключая профессиональные (Robinson G.E., 2003; Юрьева Л.Н., 2006).

В работе Whitley T.W. et al. (1989) были получены результаты стрессогенности у врачей - реаниматологов онкологического профиля из США, Великобритании, Австралии. Выяснилось, что более устойчивыми к стрессовым нагрузкам были женатые мужчины.

По данным исследования S. Cavanaugh (2001) детерминантами тревожно-депрессивных расстройств медицинских работников старше 50 лет являются: многолетний опыт работы в сложных, постоянно меняющихся экономических и социальных условиях, обилие хронических заболеваний, а также возрастное снижение процессов адаптации и стрессоустойчивости (Cavanaugh S., Furnaletto L.M., Creech S.D. et al., 2001), причем, у одиноких условия тревоги развивались гораздо чаще и были более тяжелыми. Депрессивные расстройства, возникающие в сочетании с соматической патологией, имеют тенденцию качественно ухудшать состояние пациента и, как следствие, оно отражается на его

трудоспособности (Cavanaugh S., Furnaletto L.M., Creech S.D. et al., 2001; Ozmen E., Ogel K., Sagduyu A. et al., 2002).

В связи с этим, следует отметить наличие профессиональных факторов, с которыми работает персонал в химиотерапевтических отделениях. К ним относят вредные химические вещества, биологические агенты, ионизирующие и неионизирующие излучения, канцерогены и другие (Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2016).

Не секрет, что противоопухолевые препараты обладают цитотоксическим, иммуносупрессивным и сенсибилизирующим действиями на макроорганизм, исходом которых является развитие дисбактериоза, аллергических заболеваний, профессиональных дерматозов, облысения и других соматических проявлений. Также выявлены гематологические сдвиги, зависящие от стажа работы с химиопрепаратами (Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2016).

По мнению Е.В. Хворова (2019) медицинские работники занимают пятое место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая даже работников химической промышленности.

А.Г. Саркисов (1958), сравнив заболеваемость медицинских работников с людьми других профессий, показал, что у медиков она выше по гриппу на 47%, по ангине на 95%, по болезням сердца почти в 5 раз, по гипертонической болезни в 6 раз (Хворов Е.В., 2020).

Врачи входят в группу повышенного риска относительно других академических специальностей и общей популяции по алкоголизму и зависимостям от психически активных веществ, семейным проблемам и суицидам (Miller N.M., 2000; Hem E., 2005; Sebo P., 2007).

Согласно литературным данным (Тищенко П.Д., 2000; Бойко В.В., 2004; Морозов Л.Т., 2012) выявлена взаимосвязь между частотой возникновения алкогольных расстройств и стажем работы специалистов онкологического профиля. Было обозначено, что синдром алкогольной зависимости чаще выявлялся у врачей с профессиональным стажем от 10 до 20 лет, причем алкоголизм был

диагностирован у каждого четвертого мужчины-врача и встречался в 8 раз чаще, чем у женщин. (Юрьева Л.Н., 2006; Арсланбекова Н.В., 2008).

По мнению бельгийских исследователей Leen Joos et al. (2013) алкоголизм был зарегистрирован у 10% медиков относительно населения страны, причем их коллеги-женщины имели подобную модель питания.

Исследования в Нидерландах выявили, что 33% врачей имели опыт употребления психоактивных веществ (Geuijen P., Marlies de Rond, Kuppens J. et al., 2020).

Среди американских врачей (Oreskovich M.R., Shanafelt T., Dyrbye L.N. et al., 2015) 12,9% мужчин-врачей и 21,4% женщин – врачей соответствовали критериям злоупотребления алкоголем.

По данным исследований М.А. Sekeres et al. (2004) Медицинского факультета Йельского университета, США показано, что зависимость по алкоголизму и психоактивным веществам у медицинских сестер была сопоставима результатам с врачебным персоналом.

По мнению J.K. Sørensen et al., (2015) доля датских врачей с рискованным употреблением алкоголя и наркотиков составила 19% и 3,0% соответственно и в большей степени мужчины. Среди врачей, употребляющих психоактивные вещества, только один из четырех признал это проблемой.

### **1.1.3. Распространенность нарушений психического здоровья у онкобольных**

По данным литературных источников во всем мире наблюдается рост заболеваний онкогематологического профиля (Рукавицин О.А., 2017; Основные показатели 2013-2018), что приводит к увеличению числа психических нарушений, являющихся неотъемлемой частью клиники онкологических и онкогематологических заболеваний (Бакиров А.Б., Масагутов Р.М., Бакиров Б.А. с соавт., 2007; ; Иванов С.В., 2012; Mitchell A.J., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C. et al., 2011).

Онкогематологические заболевания являются уникальным в своем роде стрессорным триггером в появлении множества патологических сдвигов в психическом здоровье пациента (Беляев А.М., 2017).

По мнению В.А. Чулковой (2017), психические изменения могут затрагивать различные уровни деятельности человека. На соматическом уровне, наблюдается нарушение функционирования органов и систем; эмоциональный, включает в себя появление чувств страха, вины, тревоги, обиды, злости, гнева, депрессивного состояния и других; психологический – может проявляться в виде нарушения взаимоотношений к самому себе и с другими людьми; социальный уровень регламентирует факт изменения социального статуса; на духовном уровне происходит глубокое осмысление пациентом факта жизни и смерти (Беляев А.М., 2017).

Так, по мнению А.В. Гнездилова (2001) у 70-80% онкологических больных возникают те или иные психические изменения. О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский (2008), К. Ell et.al. (2005) склоняются к 16-58% случаев. Данную позицию разделяют L.R. Derogatis et.al. (1983), F.L. Gil Moncayo et.al. (2008), отмечая 24-47%.

В работе Т. Levin, W.D. Kissane (1977) было показано, что распространенность когнитивных нарушений со снижением функции на 10-12% на протяжении от 2 месяцев до 3-10 лет по сравнению с контрольной группой составляет от 25 до 33%.

На основании результатов американских эпидемиологических исследований М. Massie и соавторов (2011) у онкологических пациентов за период с 1965 по 2009 годы установлено, что распространенность большой депрессии варьируется от 3 до 38%. Встречаемость малой депрессии, расстройств адаптации с депрессивными симптомами, дистимиями и др. составляет до 52%, что в несколько раз превышает этот показатель в общей популяции (16% - на протяжении всей жизни) (Смулевич А.Б., 2007; Massie M.J., Lloyd-Williams M., Irving G., Miller K., 2011).

Вариабельность цифр данной патологии являются результатом различных методологических подходов, диагностических критериев международных

классификаций (разные версии DSM и МКБ в зависимости от времени исследования) (Mc. Daniel J.S., Musselman D.L., Porter M.R. et al., 1995).

Была описана заболеваемость депрессивными состояниями у онкобольных в зависимости от локализации процесса. Часто встречаемые состояния выявлены при раке головного мозга (41-93%), поджелудочной железы (до 50%), головы и шеи (до 42%), легких (11%) и лимфоме (8%) (Иванов С.В., 2012; De Leeuw J.R., de Graeff A., Ros W.J.G. et al., 2001; Arnold S.D., Forman L.M., Brigidi B.D. et al., 2008).

В отличие от депрессии распространенность дистресса, описанная в работе J. Zabora (2001), имеет несколько другие показатели: легких (43%), мозга (27%), гинекологии (29,6%) случаев.

В исследовании А.В. Бакирова (2007) было выявлено, что среди всех психических расстройств, возникших на фоне гемобластозов, на долю депрессий приходится в среднем 57,5% (Bruera E., Brenneis C., Michaud M. et al., 1989; Csef H. 2001). Количество аффективных расстройств, по разным оценкам, колеблется от 1,5 до 29% (Mc. Daniel J.S., Musselman D.L., Porter M.R. et al., 1995).

Н.И. Шахурова (2009) выделяет пять психопатологических синдромов, возникающих при гемобластозах: тревожно-депрессивный (53,8%), астенодепрессивный (20,5%), обсессивно-фобический (14,5%), ипохондрический (6,0%), и депрессивный (5,2%).

A.J. Mitchell et al. (2011) в своем клиническом исследовании с 14078 онкологическими больными, предположили, что состояние депрессии и тревоги встречается у респондентов данной группы гораздо реже, чем считалось. У 30-40% исследуемых констатируются различные сочетания расстройств психики. Однако, по распространенности депрессий по гендерному признаку у онкологических больных, достоверных отличий не обнаружено (De Florio M.L., Massie M.J., 1995).

В работах зарубежных авторов частота пограничных психических нарушений пациентов выделяется в пределах от 25% до 75% (Craig, T.J., 1974; Derogatis L.R. et al., 1983; Middleboe T. et al., 1994; Luban-Plozza, B., 1996; Montazeri A. et al., 2001).

Согласно данным отечественных исследователей М.И. Сидорова (2009), В.Я. Семке (1990) у онкологических больных распространенность пограничных психических расстройств колеблется от 20 до 100%.

Среди осложняющих течение онкогематологических заболеваний Д.Э. Выборных (2001) выделил симптоматические психозы (СП) различной психопатологической структуры. У 94% исследованных пациентов наблюдалась актуализация патологических состояний в виде хронического алкоголизма 14% случаев, тяжелых соматических проявлений, как - то сахарный диабет II типа в стадии субкомпенсации - 10%, гипертонической болезни III ст. - 40%. В большинстве случаев исходом СП являлись астенические состояния (Выборных Д.Э., 2001). По данным другого клинического исследования этого же автора со 192 гематологическими пациентами выявлено, что у 48% больных тревожно-депрессивная симптоматика сочеталась с дисфорическими проявлениями; у 74% обнаружены манифестные инсомнические нарушения, вплоть до тотального отсутствия, в течение 2-3 дней, сна (Выборных Д.Э. Иванов С.В., Савченко В.Г., 2011).

Одним из разновидностей нарушений психического здоровья онкологических пациентов является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), непременным условием возникновения которого, является факт беспрецедентной психологической травматизации больного.

По результатам исследований R.C. Kessler (1995) ПТСР проявляется у 28% онкологических больных и сохраняется в течение 6 месяцев у 22% людей, причем, распространенность у мужчин ниже, чем у женщин, в том числе и у ранее состоявших в браке.

I. Fukunishi et al. (2001), проанализировав данные о распространенности ПТСР у больных гематологического профиля, выявили 81,8% примеров данной патологии, что несколько выше, чем в исследовании А.В. Бакирова (2007) – около 50%. В том и в другом случае уязвимой категорией являются лица в возрасте старше 50 лет (Бакиров А.Б., Масагутов Р.М., Бакиров Б.А., Коротнева Е.В., Варшавский А.В., 2007).

Таким образом, накопленные на сегодняшний день данные, свидетельствуют о широкой распространенности психических нарушений у больных онкологического и гематологического профиля, что становится актуальным в связи с ростом онкогематологической патологии.

#### **1.1.4. Заболеваемость и распространенность нарушений психического здоровья у родственников онкобольных**

Ряд исследователей сообщают о широкой распространенности психических расстройств и невротических нарушений у ближайших родственников онкобольных (Lauren C., Vanderwerker, Rachel E. et al., 2005; Siegel MD., Hayes E., Vanderwerker L.C. et al 2008; Price M.A., Butow P.N., Costa D.S. et al., 2010; Lichtenthal W.G., Nilsson M., Kissane D.W., et al ., 2011; Ji J., Zoller B., Sundquist K. et al., 2012; Park B., Kim S.Y. et al., 2013; Park B., Kim S.Y., Shin J.Y. et al., 2013; Duggleby W.D., Williams A., Holstlander L. et al., 2014; Virtue S.M., Manne S.L., et al., 2014; Miller G.E., Murphy M.L., et al., 2014; Abbott C.H., Prigerson H.G., Maciejewski P.K., 2014; Al-Zahrani R., Bashihab R. et al., 2015; Rumpold T., Schur S. et al., 2017; Geng H.M., Chuang D.M. et al., 2018). По статистике заболеваемость и смертность среди родственников в течение года – двух после потери близкого увеличивается на 40–60 %, а, по некоторым данным, почти вдвое. Механизм психосоматической зависимости не трудно представить (Гнездилов А.В. 2001; Готовкина М.С., 2015).

Факт наличия у родственника злокачественного заболевания оказывается настолько значительным событием у ближайшего окружения, что часто приводит к состоянию депрессии, тревоги, вины и беспомощности (Реверчук И.В., Главатских М.М., Миклин Д.Н., 2018). Данной теме посвящены исследования, представленные в работах Н.П. Бусыгиной (2000), И.В. Реверчука (2008), Е.Г. Яровой (2014), Е.А. Иванова (2016), Н.И. Костиной (2016) и других авторов.

В исследовании зарубежного автора С. Lauren (2005), среди 200 обследованных родственников онкобольных у 26 человек были выявлены те или иные психические расстройства. Панические страхи наблюдались в 8% случаев, 4,5% - депрессивные состояния, на долю ПТСР приходилось 4% событий.



По данным исследования D.P. Stark и A. House (2000) было обнаружено, что на долю генерализованного тревожного расстройства приходится 1,7-2,3%, расстройства адаптации с беспокойством – 3,9-4,2%, фобического расстройства – 6,9% и панического расстройства – 1,3%.

Описаны случаи нарушения психического здоровья у родственников детей, перенесших аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток костного мозга (Алло ТКМ). По данным работы S.M. Virtue, S.L. Manne (2014) из 215 человек ПТСР выявляется у 54% ближайших родственников. У 27% обнаруживаются другие формы нарушения психики. Как правило, чернокожие жители входят в группу риска.

В работе американского исследователя M.D. Siegel (2008), у трети респондентов (из 107 человек) отмечено наличие 27% депрессивных изменений и 10% генерализованных тревожных расстройств, причем супруги оказались более подвержены этому, чем другие родственники.

W.D. Duggleby (2014) выявил у женщин родственников онкобольных значимую положительную корреляционную взаимосвязь между верой в позитивный исход заболевания и психическим здоровьем испытуемых.

Как показал мета-анализ H.M. Geng (2018), проведенный с выборкой, состоящей из 21149 родственников онкобольных, депрессивные состояния среди исследуемого контингента были выделены у 42,3%, тревога подтвердилась у 46,5% людей.

У корейских исследователей B. Park et al. (2013) из 897 обследованных родственников эти показатели имели следующие цифры 82,2% и 38,1% - соответственно (Park B., Kim S.Y., et al., 2013), в то время как в общей популяции распространенность депрессии составляет 6 -10% (Barraclough J., 1994).

Согласно данным ученых из Саудовской Аравии R. Al-Zahrani Bashihab et al. (2015) у 353 родственников больных раком, принявших участие в исследовании высокая распространенность депрессии (72,8%), тревоги (76,5%), стресса (61,5%), чаще всего, отмечалась у людей с высоким образовательным цензом и низкой

социально-экономической поддержкой. Подобная ситуация обозначена и в работах австралийских ученых М.А. Price et al. (2010).

Анализ литературы указывает на достаточный клинический полиморфизм психопатологических нарушений у родственников онкобольных. При этом, часто констатируемые тревожно-депрессивные состояния находят отражение в поведенческих реакциях, психосоматических проявлениях. Так В. Park, S.Y. Kim (2013) в своей работе с 897 респондентами отмечают наличие у 160 родственников суицидальных наклонностей и 2,8% попыток суицидов, причем незамужние женщины на фоне депрессивного состояния были отнесены к факторам риска.

В ряде исследований (Lichtenthal W.G., Nilsson M. et al., 2011; Abbott C.H., Prigerson H.G., Maciejewski P.K., 2014) было отражено отрицательное соотношение суицидальных мыслей респондентов с их качеством жизни.

По данным других исследований (Ji J., Zoller B., Sundquist K. et al., 2012) тревожно-депрессивные состояния могут часто провоцировать обострения болезней сердца и острые нарушения мозгового кровообращения. В группу риска по этой патологии в большинстве своем входят пожилые супруги.

Таким образом, большинство работ, посвященных изучению психики родственников онкобольных, ограничивается информацией о распространенности раковой патологии. Информация же о нарушениях психического здоровья ближайшего окружения онкогематологических больных - их родственников представлена скудно и фрагментарно. Исходя из этого, недостаточность сведений о родственниках больных гематологического профиля подчеркивает актуальность данного исследования.

## **1.2. Клиника и динамика онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных и их родственников**

Далее будут рассмотрены вопросы, связанные с клиническими проявлениями психических расстройств онкогематологических больных и их родственников, проанализирована динамика нарушений психического здоровья исследуемого контингента людей.

### **1.2.1. Клиника и динамика онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных**

В последние десятилетия эффективность лечения заболеваний системы крови изменилась коренным образом. Принципиально стали иными подходы к терапии, улучшился прогноз в лечении больных гемобластозами, увеличилось число и продолжительность ремиссий, появилась доказательная база и концептуальная стратегия излечения этих заболеваний (Ковалева Л.Г., 1990; Савченко В.Г., 2002, 2006; Румянцев А.Т., 2006; Рукавицын О.А., 2017). Основным прорывным достижением в лечении острых лейкозов явилось применение интенсивной химиотерапии, направленной на полную эрадикацию опухолевого клона. Терапевтический эффект при этом составил от 30% до 80% в зависимости от варианта заболевания (Выборных Д.Э., 2012).

Однако, наряду с позитивной стороной вопроса на фоне применения цитостатических препаратов у больных происходят глубокие сдвиги в соматической системе (Сомачатова Е.В., 2006), наблюдается гипоплазия кроветворения, которая влечет за собой иммунодепрессивные состояния и, как следствие – тяжелые инфекционные осложнения (Воробьев А.И., 2002; Волкова М.А., 2007). Подобный исход чреват прогрессированием органных и системных изменений, которые неминуемо повлекут за собой снижение качества жизни больных, трансформацией психоэмоциональной, когнитивной сфер (Выборных Д.Э., Федорова С.Ю. с соавт., 2019), психического здоровья как на этапе лечения, так и в отдаленном периоде. (Асеев В.Г. 2012; Поспелова Т.И., 2004; Новик А.А., 2006).

Клиника этих заболеваний сопровождается, как патогномичным симптомокомплексом, связанным с основной патологией болезни, чаще всего, в виде одышки, слабости, потливости, лихорадки, частыми инфекционными осложнениями (Савченко В.Г., 2002; Рукавицын О.А., 2017), так и нарушением психоэмоциональной сферы, как то психофизиологической реакцией на стресс, расстройством адаптации, психосоматическими заболеваниями, ПТСР, неврозами

(Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., 2013), с астенизацией, страхом смерти, тревогой, дистрессами, депрессивными состояниями (Психологическая тактика сопровождения онкологического больного, 2008; Авдей Г.М., Чайковская О.П., Василевская Н.Ф. с соавт., 2012).

Согласно литературным данным отмечаются различия в структуре психических расстройств у онкогематологических больных на разных этапах протекания заболевания. Выделяют: додиагностический, диагностический, стационарный или этап специфического лечения, катамнестический (состояние ремиссии, рецидив заболевания или финальный этап – паллиативное лечение) (Бажин Е.Ф., 1980, 1983; Галиуллина С.Д., 2006; Самушия М.А., 2007; Нервно-психические расстройства у онкологических больных, 2009; Монасыпова Л.И., 2012).

Так, ряд авторов на додиагностическом этапе склоняется к предположению о характере реагирования пациента на возможную злокачественность диагноза в виде «реакции избегания» и «реакции отрицания» болезни. (Терентьев И.Г., 2004; Бехер О.А., 2007; Мищук Ю.В., 2008; Самушия М.А., 2013). Проявляться они могут в виде тревожно- фобического синдрома, тревожно- депрессивными состояниями, диссоциативными расстройствами длительностью от 3 месяцев до 3 лет (Greer S., 1974; Phelan M., 1992).

При анализе литературных источников поликлинический этап характеризуется наличием тревожных, депрессивных, аффективно-шоковых реакций с тревогой, паникой, ощущением катастрофических изменений (Гнездилов А.В., 1995; Галиуллина С.Д., 2005). По мнению D.W. Kissane (2013) в период постановки злокачественного диагноза у пациентов происходит «деморализация» состояния. Больной испытывает экзистенциальный кризис с ощущением потери смысла жизни, безысходности бремени существования, социальной отчужденности. Длительность данного состояния может пролонгироваться от нескольких дней до нескольких недель до госпитализации и начала проведения лечения.

Многие исследователи, на этапе лечения, выявляют расширение линейки психических нарушений с превалированием тревожно-депрессивной симптоматики (Бажин Е.Ф., 1988; Burgess С., 2005; Касимова Л.Н., 2007; Mehnert А., 2007; Выборных Д.Э. Иванов С.В., Савченко В.Г., 2011), которая после специфического лечения сменяется тревожно-ипохондрической, астеноипохондрической, астено-депрессивной, апатической симптоматикой и, значительно реже, наблюдается развитие эйфорической реакции (Бажин Е.Ф., 1980).

В динамическом плане катамнестический период также характеризуется многообразием клинической картины психических нарушений у больных онкогематологического профиля.

Так С.Д. Галлиулина (2000), А.В. Андриющенко (2014) в своих работах отмечают у них многолетнюю депрессию (Галиулина С.Д., 2005).

Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов (1983) констатируют у 75% пациентов наличие симптомов безразличия, астенизации, склонности к самоизоляции, депрессивным переживаниям на протяжении 6-18 месяцев после выписки из стационара (Бажин Е.Ф., 1983; Иванов С.В., 2012).

С.В. Иванов (2012) выделил вариант биполярного аффективного расстройства – соматореактивной циклотимии. Его динамика подчинена течению онкогематологического заболевания: депрессивное состояние при рецидиве заболевания и гипомания – при ремиссии.

В шести месячном исследовании Д.А. Выборных., С.Ю. Федоровой (2019) при изучении психики у 46 гематологических больных, перенесших аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) были выявлены, наряду с депрессией и ПТСР, когнитивные нарушения в виде снижения памяти, внимания, способности к обучению и профессиональной адаптации. Причем когнитивные функции были закономерно снижены в раннем посттрансплантационном периоде и постепенным его восстановлением к шести месячному периоду (Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Хрущев С. О. с соавт., 2019).

Д.Э. Выборных., С.В. Иванов (2011) в своей работе со 192 исследуемыми пациентами пришли к выводу, что нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови в динамическом аспекте подчиняются сходным закономерностям и обнаруживают отчетливую смену этапов. Манифестация нозогенных реакций при этом происходит по универсальному механизму психогенной реакции на острый стресс: неспецифическая реакция на стресс (Selye Н., 1955), общая реакция тревоги (Литвицкий П.Ф., 2004), без обнаружения каких-либо особенностей, свойственных рассматриваемому типу злокачественных новообразований (Выборных Д.Э. Иванов С.В., Савченко В.Г., 2011).

По данным диссертационной работы Е.В. Чередковой (2002), где были включены 156 онкогематологических больных, обозначено, что ведущими синдромами на диагностическом этапе являлись тревожно-депрессивный (47,1%), дисфорический (23,1%). Тогда как на этапе лечения преобладали астенический (33,3%) и невротоподобный (26,1%). Реабилитационный этап характеризовался невротоподобным развитием личности (Черепкова Е.В., 2002).

### **1.2.2. Клиника и динамика нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных**

Необходимость привлечения психологов, психотерапевтов, а зачастую и психиатров к работе с родственниками онкологических больных, диктуется наличием стрессовой ситуации, в которую попадает пациент и его семья, что нередко осложняется различными психическими расстройствами (Беляев А.М., 2017).

Больные не находятся в вакууме отношений. Ценность семьи складывается из взаимной любви, привязанности друг к другу, помощи близких, а зачастую самопожертвования во имя жизни и здоровья любимого человека. От окружения зависит и психоэмоциональный климат в семье. Отношения между близкими диктуют свои правила, нормы поведения. Не секрет, что в силу специфических особенностей семейной ячейки (совместное проживание, близость родства, взаимная моральная ответственность), ее члены оказываются наиболее

подверженными психотравмирующим переживаниям, которые возникают в следствие болезни близкого родственника (Wittenberg Eve, 2012, 2013; Adrianna Saada, 2013). Родные переживают целую палитру эмоций: желание помочь и ощущение беспомощности, боль, страх, надежду и безнадежность одновременно, развиваются идеи виновности и самообвинения (Гнездилов А.В., 2001). Этот апогей отрицательных эмоций влияет на эмоциональную, психологическую дезорганизацию, приводящую к дезадаптивным патологическим процессам близких, ухудшению их психического здоровья (Дейнека Н.В., 2016).

Клиническая картина психических расстройств типична для родственников онкобольных. Помимо классических симптомов она может проявляться в виде: депрессивных (гипотимии, двигательной и идеаторной заторможенности, тоски), тревожных (ажитации, психовегетативного синдрома, симпатотонии, панических атак) (Rhee Y.S., Yun Y.H. et al., 2008). Причем, согласно наблюдениям N. Akizuki et al. (2010), усиление этих показателей происходит по экспоненте: низкие – в первый год ухода за больным; наиболее высокие отмечены в промежутке от 1 до 5 лет.

стать причиной психосоматических заболеваний По мнению Р.Д. Твайкросс, Д. Фрамpton (1992) наиболее выраженные, эмоциональные переживания родственников онкогематобольных, связанные с болезнью близкого родственника наблюдаются в ситуации постановки диагноза и в период рецидива. Родственники испытывают страхи возможной собственной смерти, чувства вины, гнева, обиды на судьбу. По мере развития болезни подобные переживания могут сменяться ощущением собственной беспомощности и бессилия, чувством безнадежности и отчаяния, а часть из них трансформироваться, – так, например, чувство вины заменяется переживанием обиды на самого больного (Родина Л.А., Орлова Т.В., 2004; Саймонтон К., Саймонтон С., 2015; Akizuki N. et al., 2010).

Стресс, тревога, депрессия являются триггерами в развитии большого числа соматических заболеваний. Согласно Н. Selye (1982), В.М. Hoffman (2004), стрессы способствуют истощению адаптационной защитной системы организма, что может.

Описаны случаи G.E. Miller (2014) появления у родственников иммунодефицитных состояний в течение года после постановки больному злокачественного заболевания.

В работе с 80 исследуемыми респондентами (Rumpold T., Schur S., 2017) было показано, что количество тревожных состояний и ПТСР значительно снизились к девятому месяцу исследования, в то время как частота депрессий и алкоголизация были стабильно высокими.

Специалисты Медицинского центра северной части Тайваня S.F. Ling, M.L. Chen et al. (2013) исследовали 186 человек – ими являлись лица, осуществляющие уход за тяжелыми онкобольными в период с 1 до 13 месяцев (точками приложения явились 1, 3, 6 и 13 месяцев после смерти больного). Доказано, что максимальный пик депрессивных расстройств у cover-персонала приходился на первый месяц с последующим нивелированием симптомов к исходу исследования.

Р.Б. Мирошкин и Е.В. Фисун (2011), изучая «онкологические семьи», подтверждают высокий уровень родительской тревожности. По их мнению, повышенное внимание на стадии выздоровления переходит в гиперопеку родительских функций. Перенесенные страдания вселяют в родителей постоянную тревогу, заставляя их рисковать и не снимать ограничения с больного даже после длительного периода ремиссии. Это связано с последствиями психологической травмы родителей, которые были вынуждены справляться с такими проблемами ребенка, как боль и физические страдания, ухудшение состояния, медицинские и хирургические процедуры, госпитализация, страх смерти, диетические ограничения (Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э., 1994).

Как отмечают И.П. Киреева, Т.Е. Лукьяненко (1994) большинство близких родственников онкологических больных страдают психическими расстройствами из-за хронической психотравмирующей ситуации, переутомления, материальных, жилищных и других бытовых проблем, с которыми сталкивается семья во время заболевания, с необходимостью постоянного ухода за больным. Было также отмечено, что в первые шесть месяцев ремиссии психические расстройства у



родителей проявлялись снижением работоспособности, отсутствием аппетита, нарушениями сна, беспокойством и внутренней неудовлетворенностью.

Анализ современной литературы показал, что в психонкологии в достаточном количестве преобладают работы, посвященные изучению психического содержания клинических проявлений онкогематологических больных, хорошо описаны изменения, происходящие с психическим здоровьем данных пациентов, достаточно освещена динамика развития проявления психических расстройств у данного контингента (Greer S., 1974; Бажин Е.Ф., 1980, 1983; Гнездилов А.В., 1995; Галиуллина С.Д., 2000; Терентьев И.Г., 2004; Галиуллина С.Д., 2005; Самушия М.А., 2007, 2013; Бехер О.А., 2007; Мищук Ю.В., 2008; Комкова Е.П., 2009; Монасыпова Л.И., 2012; Phelan M., 1992; Kissane D.W., 2013). Исследования же психических нарушений у родственников онкогематобольных остаются весьма немногочисленными (Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э., 1994; Мирошкин Р.Б. с соавт., 2011). До сих пор остается неуточненной частота и спектр нарушений психического здоровья, наблюдающихся у родственников больных гемобластозами, не достаточно изучены особенности динамики развивающихся нарушений.

### **1.3. Профилактика, лечение и реабилитация онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематологических больных и их родственников**

#### **1.3.1. Профилактика, лечение и реабилитация онкогематологических заболеваний и нарушений психического здоровья у онкогематобольных**

Достижения клинической онкогематологов, способствующие улучшению текущих и отдаленных результатов в лечении подобного рода заболеваний не решили многих вопросов реабилитации, влияющих на уровень качества жизни онкогематологических больных (Комкова Е.П., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А., 2009). Психические расстройства, которые возникают и преследуют онкологических пациентов на всех этапах специального и паллиативного лечения,

вносят свой негативный вклад в диагностический, лечебный, катамнестический период развития заболевания, влияют на исход опухолевого процесса.

На ряду с лучевой и химиотерапией, разрабатывается и успешно применяется психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, направленное на улучшение психосоциальной адаптации к своему заболеванию, к новым условиям жизни (Семке В.Я., 1999; Гнездилов А.В., 2001, 2003; Зотов П.Б., 2005; Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н., 2008; Ciaramella A., Poli P., 2001).

Согласно исследованию М.А. Самушия, Л.К. Мясниковой (2012), потребность в психофармакотерапии выявляется в среднем у 50-90 % онкологических больных. По их мнению, 60-80% из 585 принявших участие в исследовании респондентов с тревожно-депрессивной симптоматикой нуждаются в назначении подобного лечения. Необходимым условием реализации лечебно-реабилитационных программ для больных на этапе специального лечения являлось применение сборов трав, уменьшающих негативные последствия самого онкологического заболевания и специального лечения.

В медикаментозном лечении использовались седативные средства, приготовленные из растительного сырья, назначались адаптогены, поливитамины с минеральными комплексами (Самушия М.А., Мясникова Л.К., 2012).

В работе Е.П. Комковой (2009) обозначены комплексные лечебно-реабилитационные программы для каждого из этапов в лечении онкологических больных. Так у пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой в период специфического лечения культивировалась активная установка на «жизнь», мобилизовались резервные возможности психических функций онкогематобольных. На этом этапе использовались групповые психотерапевтические методики, которые включали релаксацию, визуализацию по К. Саймонтон и С. Саймонтон, (2001), аутотренинг и др. Фармакологическое сопровождение предполагает применение препаратов с анксиолитическим и антидепрессивным действием (Комкова Е.П., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А., 2009). Больные, получавшие паллиативную терапию с проявлениями астенизации

нуждались в медикаментозной терапии с целью смягчения психопатологической симптоматики.

Некоторые исследователи при лечении психических расстройств, возникающих на фоне заболеваний крови, склоняются к применению психотропных средств (Выборных Д.Э., 2002, 2007, 2012; Смулевич А.Б. 2009; Иванов С.В., Шафигуллин М.Р., Кулиева И.Э, 2010; Taylor R.E. 2006). По мнению авторов, психофармакотерапию онкологическим больным необходимо назначать с учетом тяжести психических изменений. Так транквилизаторы показаны при незначительной аффективной патологии, антидепрессанты рассматриваются для назначения при выраженных расстройствах эмоциональной сферы. При более глубоких, манифестных поражениях, затрагивающих органические структуры психики человека, склоняются к назначению препаратов с нейролептическим действием. Также авторы предлагают рассмотреть назначение препаратов для применения при гипостенических и гиперстенических вариантах психических расстройств. Первые (стимулирующие транквилизаторы) рекомендованы для снижения утомляемости, вялости, явлений раздражительной слабости. Седативные транквилизаторы способны скорректировать поведение с преобладанием раздражительности, чувства внутреннего напряжения. И наконец, препараты общебиологического действия было предложено назначать на выходе больного из острого периода реакции, при наличии астенической симптоматики (Выборных Д.Э., 2002; Выборных Д.Э, Иванов С.В., Савченко В.Г., 2007; Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Бескова Д.А., 2009; Иванов С.В., 2010; Выборных Д.Э., 2012; Taylor R.E., 2002).

Ю.А. Ходакова (2014) в своей диссертационной работе обозначила назначение тех или иных психокорректирующих препаратов в зависимости от тревожно-депрессивного фона, особенностей личностной акцентуации, органической недостаточности (с включением в схему ноотропов), спектра психотропной активности.

Ю.А. Александровский (2000) в своем исследовании предлагал лечить психогенные реакции при помощи психотропных препаратов эмоциональной

напряженности с одновременным проведением психотерапии и возможностью сильного устранения психотравмирующей ситуации.

### **1.3.2. Профилактика, лечение и реабилитация нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных**

По данным различных литературных источников (Родина Л.А., Орлова Т.В., 2004; Саймонтон К., Саймонтон С., 2015; Rhee Y.S., et al., 2008; Akizuki N. et al., 2010) выявлено наличие тревожно-депрессивного синдрома у ближайшего окружения онкогематобольных. Интенсивность стрессогенного симптомокомплекса проявляется в зависимости от этапа протекания заболевания, методов лечения онкобольных, личностных особенностей членов семьи, в частности – их индивидуальной резистентностью к стрессу, спецификой предыдущего опыта преодоления трудных внутрисемейных ситуаций и т.д., прогноза и исхода заболевания (Белинская Е.П., Сангова С., 2015; Твайкросс Р. Дж., Фрамpton Д., 1992; Rhee Y.S., Yun Y.H., Park S. et al., 2008). Эта категория людей, как и подавляющее число больных с психосоматическими и пограничными психическими расстройствами, получают медицинскую помощь в учреждениях первичного звена здравоохранения (Coptu M., Whitford D.L., 2000; Kessler R., Костюк Г.П., 2012; Масыкин А.В., Бурыгина Л.А., Реверчук И.В., 2019), и лишь, возможно, незначительная часть у специалистов в соответствующих областях специализированной помощи, причем нет достаточно убедительных данных о корреляционной зависимости обращаемости исследуемого контингента людей к врачам с данной патологией.

Таким образом, исследования психических нарушений у родственников онкогематологических больных остаются весьма немногочисленными. Анализ литературы показал, что в современных трудах по психологии и психоонкологии преобладают работы, посвященные изучению психологических и социальных проблем онкогематобольных, где описаны соматические, нейротоксические и неврологические последствия химиолучевой терапии (Поспелова Т.И., 2004; Сомачатова Е.В., 2006; Новик А.А., 2006; Асеев В.Г., 2012). Публикации,

посвященные исследованиям нарушению психического здоровья у родственников гематологических больных - редки (Гнездилов, А.В., 2001; Белинская Е.П., Сангова С., 2015; Дейнека Н.В., 2016). До сих пор остается неуточненной частота и спектр психических расстройств, наблюдающихся у исследуемых родственников больных гемобластозами, не достаточно изучены особенности структуры и динамики развивающихся психогений. В конечном итоге совокупность медицинских, психологических и социальных проблем, возникающих в дебюте заболевания и манифестирующих в последствии, существенно ухудшает психическое здоровье и качество жизни, как у онкогематобольных, так и у их родственников, и предопределяет необходимость внедрения реабилитационных программ. Далеки от разрешения вопросы лечения родственников гематологических больных, отсутствуют обоснованные критерии назначения психотропных средств. В связи с вышесказанным, представляется оправданным более пристальное изучение нарушений психического здоровья у родственников больных, страдающих гемобластозами.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Объем наблюдения и дизайн исследования

Для решения поставленных в работе цели и задач было проведено открытое, выборочное, клиническое, проспективное исследование.

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

Количественная репрезентативность статистической совокупности обеспечивалась следующими расчетами. Формула для определения необходимого числа наблюдений (репрезентативной выборки) для относительной величины была выведена из формулы «ошибки»:

$$n = \frac{t^2 p q}{\Delta^2}, \quad (1)$$

где  $n$  – численность выборочной совокупности;

$t$  – критерий Стьюдента;

$pq$  – среднее квадратичное отклонение;

$\Delta$  – доверительный интервал расхождения между средним значением признака генеральной и выборочной совокупности.

Для исключения ошибок в определении основных признаков и их неточности (доверительного интервала) при изучении выбранной статистической совокупности был использован прием Н.А. Плохинского, согласно которому  $\Delta$  и  $pq$  не определяют заранее, а сразу используют ориентировочное отношение  $\Delta/G$ , обозначаемое как  $K$  – коэффициент точности, уровень которого выбирает сам

исследователь (от 0,5 до 0,1). Для проведения исследования при  $p=0,95$  было выбрано  $K$  от 0,3 до 0,4. Примерное необходимое число наблюдений в зависимости от желаемой точности и уверенности в результатах исследования приводится в таблице 5.

**Таблица 5** – Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования, $K=\Delta/G$	$t=2,0$ , $p=0,95$	$t=2,5$ , $p=0,98$	$t=3,0$ , $p=0,99$
Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
Исследование средней точности	0,2	100	156	225
Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Таким образом, необходимое число единиц наблюдения для получения устойчивого результата при минимальной точности и достоверности составило для каждой группы в исследовании 25-44 ( $K=0,3; 0,4; p=0,95$ ).

Следовательно, в представленной работе выборка, состоящая из первичных онкогематологических больных и их родственников, по 92 человека с каждой стороны, а также группы контроля, включающая 90 человек, практически здоровых людей, достаточна для получения устойчивого и достоверного результата.

Качественная представительность (репрезентативность) объекта исследования определялась критериями включения и исключения.

Опрос и беседа исследователя с больными осуществлялась в палате интенсивной терапии (ПИТ) гематологического отделения БУЗ УР «1РКБ МЗ УР». Вся последующая работа с испытуемыми велась на приеме у врача.

Все исследуемые подверглись ознакомлению и подписи информированного согласия. Соответствовали критериям включения и не имели критериев исключения.

*Критерии включения для родственников онкогематологических больных:*

1. Близкие родственные отношения с онкогематобольным.
2. Наличие совместного проживания с онкогематобольным.

3. Однотипность личностно-типологического профиля родственников.
4. Возраст от 18 до 65 лет.
5. Добровольное участие в исследовании.

*Критерии исключения для родственников онкогематологических больных:*

1. Наличие острых соматических заболеваний, ВИЧ, психических расстройств, не связанных с соматическими заболеваниями.
2. Выраженная энцефалопатия.
3. Наличие злокачественных опухолей любой локализации и гематологического заболевания в настоящее время или в анамнезе.
4. Наличие в течение последних шести месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений.
5. Нахождение на учете в психоневрологическом диспансере.

*Критерии включения для онкогематобольных:*

1. Достоверная верификация диагноза (ОНЛЛ) - (С92.0, С92.3, С92.4 по МКБ-10).
2. Возраст от 18 до 65 лет.
3. Добровольное участие в исследовании.

*Критерии исключения для онкогематобольных:*

1. Нахождение на учете в психоневрологическом диспансере.
2. Тяжесть состояния больного более 3 по шкале ECOG –ВОЗ.

В связи с типичностью протекания патологического процесса, степени выраженности и тяжести клинических проявлений в течение первых шести месяцев у больных ОНЛЛ (цитируется по: Никитин Е.Н., Миклин Д.Н., Корняева Е.П., 2017)<sup>1</sup>, патологический процесс данного заболевания нами рассматривался, как однотипный, взятый за некую константу.

*Критерии включения для респондентов контрольной группы (КГ):*

1. Люди, потенциально не являющиеся родственниками онкогематобольных.
2. Возраст от 18 до 65 лет.

---

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



### 3. Добровольное участие в исследовании.

*Критерии исключения для респондентов КГ:*

3. Наличие острых соматических заболеваний, ВИЧ, психических расстройств, не связанных с соматическими заболеваниями.
4. Выраженная энцефалопатия.
3. Наличие злокачественных опухолей любой локализации и гематологического заболевания в настоящее время или в анамнезе.
4. Наличие в течение последних шести месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений.
5. Нахождение на учете в психоневрологическом диспансере

### **Дизайн исследования**

На первом этапе исследования нами было отобрано 274 человека из 296, проживающих в Удмуртской Республике. Среди них в первую экспериментальную группу (ЭГ<sub>1</sub>) вошли 92 пациента (33,5%) – первичные больные с верифицированным диагнозом ОНЛЛ.

Постановка диагноза у данного контингента больных осуществлялась на основании (Рукавицын О.А., 2017):

- клиники (неспецифических жалоб в виде слабости, отсутствия аппетита, бледности кожных покровов, лихорадки, геморрагических проявлений и др.;
- цитологического исследования мазков крови и костного мозга;
- цитогенетических, молекулярно-генетических методик;
- цитологического анализа ликвора;
- инструментальных методов исследования для исключения внекостномозговых очагов поражения (прежде всего центральной нервной системы), оценки лимфаденопатии, спленомегалии, гепатомегалии (Рукавицын О.А., 2017).

Вторая экспериментальная группа (ЭГ<sub>2</sub>) была представлена 92 человеками (33,5%) – родственниками больных, вошедшими в ЭГ<sub>1</sub>. Распределение респондентов между группами осуществлялось в соотношении один больной – один родственник. Для включения в протокол исследования предполагалась однотипность личностно-типологического профиля родственников.

Третью группу – группу контроля (КГ) составили практически здоровые люди, потенциально не являющиеся родственниками больных, в количестве 90 человек (33%).

Исследование ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> проводилось лонгитюдно с временными интервалами - дебют заболевания, три и шесть месяцев.

Через три месяца, в связи с летальностью части больных, с каждой стороны (ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub>) участвовало по 88 человек (95,6% и 95,6%).

Через шесть месяцев в исследовании приняли участие по 70 пациентов и их родственников (76,1% и 76,1%) от исходного – причина прежняя.

Далее исследовали динамику показателей психического, соматического здоровья и копинг-поведения ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания, через три и шесть месяцев. Для ее реализации массив данных исследуемого контингента людей ЭГ<sub>2</sub> был поделен на подгруппы:

- в первую подгруппу вошли значения средних показателей психологического компонента здоровья качества жизни у ЭГ<sub>2</sub>;

- вторая подгруппа была представлена средними показателями соматического здоровья, включающими в себя физический компонент качества жизни, психовегетативные показатели и показатели шкалы оценки астении у ЭГ<sub>2</sub>;

- третья подгруппа состояла из средних показателей копинг-поведения ЭГ<sub>2</sub>.

Для подтверждения достоверности исследования использовалась КГ.

Для выявления изменений, выше перечисленных показателей во всех подгруппах ЭГ<sub>2</sub>, были использованы следующие психодиагностические методики:

- определение копинг - поведения в стрессовых ситуациях CISS (адаптированный Т.А. Крюковой) (Фетискин Н.П., 2002; Norman S., 1990);

- оценка качества жизни, психологического и физического компонента здоровья по опроснику SF-36 (Амирджанова В.М., 2008; Даулетбакова Д.Н., 2018);

- тест для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии 4DSQ (Смулевич А.Б., 2014; Tebbe В.В., 2013), тест субъективной оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory MFI 20) (Захаров В.В., 2013, 2018).

На втором этапе:

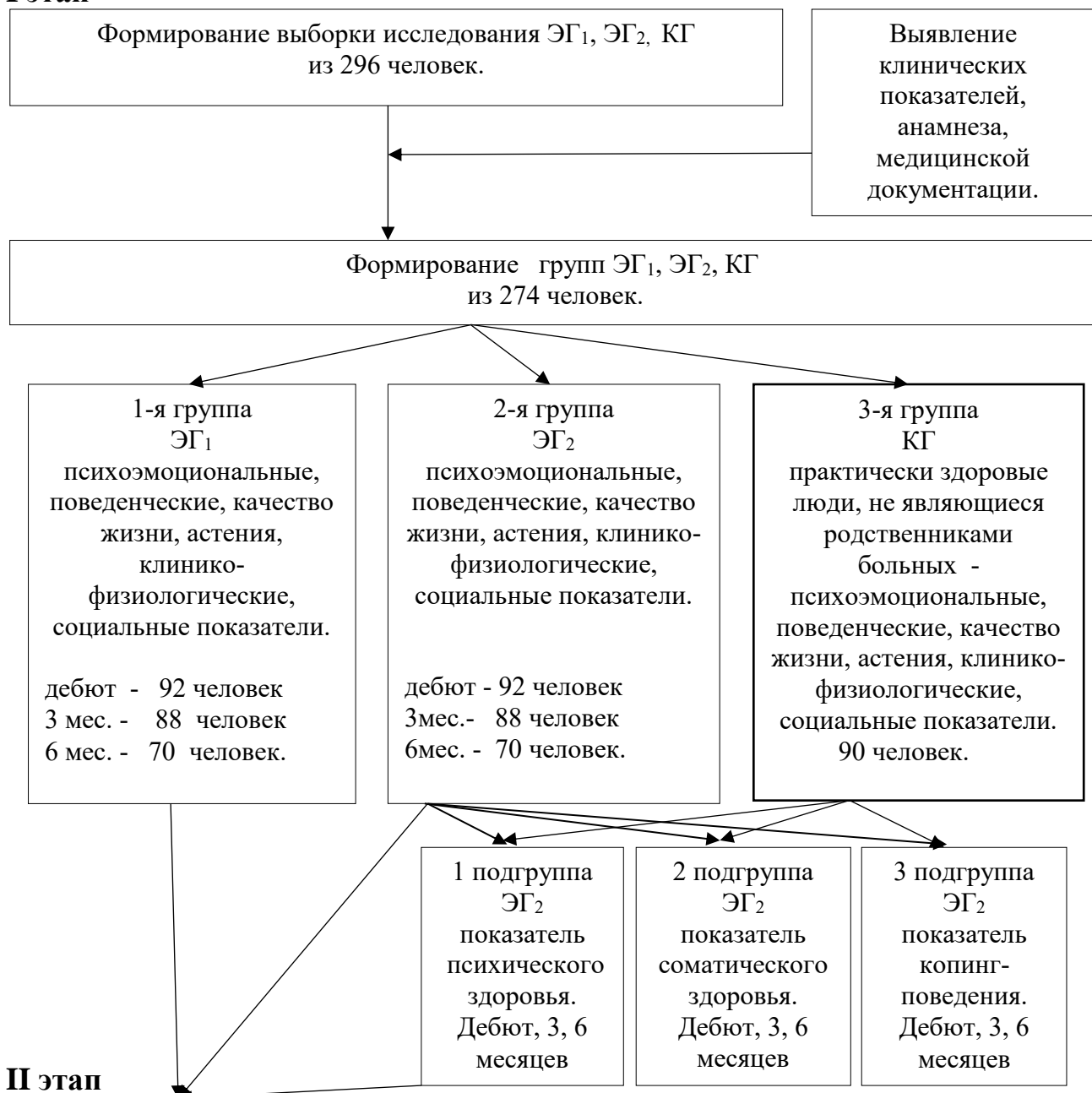
- исследовались взаимосвязи массива данных респондентов ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub>, включающих в себя психовегетативные, поведенческие, клинические, социальные данные, показатели качества жизни с психологическим компонентом здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев корреляционным анализом;

- изучались нарушения психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> с учетом пола на разных этапах протекания заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев, используя достоверность различий в группах;

- исследовались и анализировались предикторы клинически значимых нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни: в дебюте, через три и шесть месяцев регрессионным методом;

- исследовались и анализировались предикторы показателей «Общая динамика» (ΔР) и «Динамика 3-6 месяцев» (ΔР-3-6) психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в шести месячном временном интервале течения заболевания регрессионным методом.

Схема дизайна исследования представлена на рисунке 1.

**I этап****II этап**

- проведение корреляционного анализа взаимосвязей массива данных ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub>, включающих в себя психовегетативные, поведенческие, клинические, социальные данные, показатели качества жизни с психологическим компонентом здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев;
- изучение нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub>, с учетом пола на разных этапах протекания заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев;
- исследование и анализ предикторов клинически значимых нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub>, в разные периоды болезни: в дебюте, через три и шесть месяцев;
- исследование и анализ предикторов показателей ΔР и ΔР-3-6 психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в шести месячном временном интервале течения заболевания.

**Рисунок 1 – Схема дизайна исследования**

Этическая сторона исследования.

Настоящее исследование выполнено в соответствии с руководством ICN по доброкачественной клинической практике, правилами GCP (Good Clinical Practice) и Хельсинской декларацией всемирной медицинской ассоциации по проведению биометрических исследований на людях. Каждому больному и родственнику разъяснялась цель исследования, какие-либо вероятные опасности, связанные с испытанием перед включением его в исследование. Исследование проводилось на основе информированного согласия, согласно пункту П. 4.6.1. приказа № 163 (ОСТ 9/500.14.001 – 2002) МЗ РФ. Работа одобрена этическим комитетом ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России №717. Пациенты в исследовании не относились к какой-либо уязвимой категории.

## 2.2. Общая характеристика выборки

Для решения поставленных в работе целей и задач были обследованы первичные онкогематологические больные с достоверно верифицированным диагнозом ОНЛЛ и их родственники, как по горизонтальной, так и по вертикальной первой линии родства, мужского и женского пола в количестве 184 человек, по 92 человека в каждой экспериментальной группе. Распределение респондентов между группами осуществлялась в соотношении один больной – один родственник. Работа велась, как на приеме, так и вне стационара. В КГ были включены респонденты в количестве 90 человек, из них 39(43,3%) мужчин и 51(56,7%) женщин.

Возраст всех исследованных варьировал от 18 до 65 лет. Средний возраст ЭГ<sub>1</sub> составил  $43,09 \pm 14,79$  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> -  $44,97 \pm 13,69$  лет (Me – 46, [31; 57]) – ((n=59(64%) и n=33(36%)) соответственно. Сравнение проводилось с КГ, в которую вошли практически здоровые люди, потенциально не являющиеся родственниками больных в количестве 90 человек из них 57% женщин (n=51) и 43% мужчин (n=39), в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст –  $29,4 \pm 11,9$  лет, (Me – 22, [21; 38])).

За время исследования количество людей в рассматриваемой выборке снижалось по причине летальности ЭГ<sub>1</sub> от ОНЛЛ. В трех месячный временной отрезок в исследовании приняли участие ЭГ<sub>1</sub> и их ЭГ<sub>2</sub> в количестве по 88 человек – из них родственники женщины - 59(67%) и мужчины – 29(33%); больные женщины – 37(42%) и мужчины – 51(58%). К концу шести месячного периода – родственников женщин наблюдалось  $n = 46(64\%)$  и мужчин -  $n = 24(35\%)$ ; больных женщин и мужчин ( $n=33(47\%)$ ;  $n = 37(52\%)$ ) - соответственно. С каждой стороны на этом этапе участвовало по 70 человек.

Испытуемые были разделены на 4 возрастные группы: 1 - 18-21год; 2 – 22-35лет; 3 - 36- 60лет; 4 - более 60 лет. ЭГ<sub>1</sub> мужчин составило 6(11,5%), 12(23,1%), 30(57,7%),4(7,7%) соответственно. У ЭГ<sub>1</sub> женщин были следующие показатели: 0(0),12(30%),18(45%),10(25%). Картина ЭГ<sub>2</sub> была представлена следующим образом: у мужчин: 1(3%), 9(27,3%), 16(48,5%), 7(21,2%). У женщин - 1,7%, 25,4%, 50,8%, 22% - соответственно, ( $n=1$ ,  $n=15$ ,  $n=30$ ,  $n=13$ ). В КГ у мужчин: 10(37%), 17(53%), 6(35,3%), 6(42,9%); у женщин - 17(63%), 15(46,9%), 11(64,7%), 8(57,1%).

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 респондентами, страдающими онкогематологическим заболеванием. 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). КГ была представлена респондентами с высшим, неполным высшим и неполным средним профессиональным образованием, среди них мужчин составило  $n= 33(36,6\%)$ , женщин  $n= 44(48,8\%)$ . Гендерное распределение по среднему образованию выглядело, как  $n= 6(15,3\%)$  и  $n= 7(13,7\%)$  – соответственно.

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. КГ представлена незамужними женщинами в количестве 29 человек (55,8%), мужчинами в браке n=16 (42,1%).

Из состоящих в законном браке от 1 до 10 лет; 11-21; 22-30; 31 и более лет мужчины родственники имели следующие цифры: 11(33,3%), 5(15,2%), 5(15,2%), 8(24,2%)- соответственно; женщины – 15(25,4%), 11(18,6%), 16(27,1%), 13(22%). Больных мужчин, находящихся в браке от 1 до 10 лет, выявилось 17,3%, (n=9) - от 11 до 21 лет - 0(0); от 22 до 30 лет-26,9%, (n=14), и свыше 30 лет в браке 23.1% (n=12). Показатели исследованных больных женщин расположились соответственно: 16(40%), 6(15%), 6(15%), 7(17,5%).

Из опрошенных больных одного ребенка имели 23,9%, двоих- 33,7%, троих -15,2%; бездетных - 26,1%. У родственников ситуация наблюдалась следующая: бездетных – 15.2% (n=14), 1 ребенок – 29,3% (n=27), 2 и 3 ребенка по 42,4% и 12,0% (n=39 и n=11).

Возраст первого и второго ребенка старше 30 лет в выборке ЭГ<sub>2</sub> превалировал над другими возрастными и составил 28,3% и 20,7% против возрастов до 30 лет от 10 до 19%%. В выборке ЭГ<sub>1</sub> наибольший показатель наблюдался возраст первого ребенка - 28,3% от 21-30 лет. Другие показатели по возрастам данной группы людей расположились аналогично ЭГ<sub>2</sub>.

Анализ данных по фактору национальность выявил, что русских среди ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> приняло участие 72,8% и 70,2% (n=67 и n=65) соответственно. Среди них больных мужчин n=38(56,7%), женщин n= 29(43,3%), показатели родственников были отражены в исследовании зеркально. Исследуемые удмуртской и татарской национальности расположились на 2 и 3 местах и составили у больных 17(18,5%) и 7(7,6%), родственников 21(22,8%) и 6(6,5%). Больное мужское коренное население в сравнении с женским имело следующие показатели 12(74,4%) и 5(29,4%). Родственники больных, как и в случае с выборкой людей русской национальности, расположились зеркально 5(23,8%) и 16(76,2%).

КГ людей сохранила примерное процентное соотношение между больными и родственниками и составило у русских мужчин n=21, женщин n= 30 (41,2% и 58,8%) соответственно. Удмуртов приняло участие в исследовании 27 человек

(44,4% и 55,6%). Различий по численности людей татарской национальности обнаружено не было - из 12 человек по 6 респондентов с каждой стороны.

Симпатическая регуляция вегетативной нервной системы преобладала у исследованных больных и составила 59,8% (n=50), в сравнении с родственниками 21,7% (n=20). Отрицательный индекс Кердо (ИК) превалировал у родственников больных. Количество симпатотоников у больных мужского и женского пола примерно соизмеримо с парасимпатической регуляцией нервной системы обоих полов у родственников и составило n=29(52,7%); n= 26(47,3%) и n=18(38,3%); n=29(61,7%) соответственно.

При рассмотрении КГ из 39 мужчин, принявших участие в исследовании, количество симпатотоников составило n=5 (21,7%), парасимпатотоников – n = 18(52,9%). Представители женского пола распределились следующим образом n=18 (78,3%), n=16 (47,1%) соответственно.

По данным анамнеза, в группе наблюдения количество исследуемых родственников в дебюте, имеющих хронический гастрит, было 37%(n=34) – больных 39,1%(n=36). Гипертоническая болезнь 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%).

Другая соматическая патология, представленная в дебюте – заболевание почек, легких, СД, кожные, аллергические проявления, в наименьшей степени была отмечена в выборке (1-5 случаями). Частота поражения других систем организма была одинаковой в обеих группах.

Таким образом, течение основного заболевания ОНЛЛ у исследуемых больных, было отягощено сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит) и сердечно – сосудистой системой. Последняя была представлена гипертонической болезнью (ГБ) I-II степени, ИБС, осложненных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III стадий.

КГ представлена единичными случаями соматической патологии.

Проявление основного заболевания оценивалось степенью тяжести ЭГ<sub>1</sub> по шкале ECOG, определением индекса Карновского. В дебюте тяжесть состояния у



обследованных лиц соответствовала ECOG-2 у 62% (n=57) и ECOG-1 у 32,6% (n=30) больных. Остальные 5 человек имели 3 степень тяжести.

Непременным условием для всех принявших участие в исследовании являлся фактор добровольности. Данные экспериментальных и КГ групп отражены в таблице 6.

**Таблица 6** – Социальные показатели онкогематологических больных, их родственников и контрольной групп в гендерном аспекте

Название характеристик	Показатель	Численность испытуемых в ЭГ <sub>1</sub> , ЭГ <sub>2</sub> , КГ человек и % выборки (в скобках) в дебюте					
		женщины			мужчины		
		1 группа (ЭГ <sub>1</sub> )	2 группа (ЭГ <sub>2</sub> )	3 группа (КГ)	1 группа (ЭГ <sub>1</sub> )	2 группа (ЭГ <sub>2</sub> )	3 группа (КГ)
Возраст (годы)	18-21	0(0)	1(1,7)	17(33,3)	6(11,5)	1(3)	0(0)
	22-35	12(30)	15(25,4)	16(31,4)	12(23,1)	9(27,3)	10(25,6)
	36-60	18(45)	30(50,8)	17(33,3)	30(57,7)	16(48,5)	16(41)
	более 60	10(25)	13(22)	1(2)	4(7,7)	7(21,2)	12(30,8)
Образование	высшее	24(60)	24(40,7)	14(27,5)	21(40,4)	14(42,4)	10(25,6)
	неполное	0(0)	0(0)	30(58,6)	0(0)	0(0)	23(58,9)
	среднее	16(40)	35(59,3)	7(13,9)	31(59,6)	19(57,6)	6(15,3)
Количество лет в браке	0	5(12,5)	4(6,8)	34(66,7)	17(32,7)	4(12,1)	32(82,1)
	1-10	16(40)	15(25,4)	3(5,9)	9(17,3)	11(33,3)	0(0)
	11-20	6(15)	11(18,6)	10(19,6)	0(0)	5(15,2)	5(12,8)
	21-30	6(15)	16(27,1)	3(5,9)	14(26,9)	5(15,2)	1(2,6)
	более 30	7(17,5)	13(22)	1(2)	12(23,1)	8(24,2)	1(2,6)
Количество детей	0	5(12,5)	7(11,9)	34(66,7)	19(36,5)	7(21,2)	32(82,1)
	1	19(47,5)	18(30,5)	5(9,8)	3(5,8)	9(27,3)	3(7,7)
	2	14(35)	25(25,4)	11(21,6)	17(32,7)	14(42,4)	2(5,1)
	3	2(5)	8(13,6)	1(2)	12(23,1)	3(9,1)	2(5,1)
	4	0(0)	1(1,7)	0(0)	1(1,9)	0(0)	0(0)
Возраст 1 ребенка (годы)	0	4(10)	7(11,9)	34(66,7)	19(36,5)	8(24,2)	32(82,1)
	1-10	11(27,5)	13(22)	6(11,8)	2(3,8)	5(15,2)	2(5,1)
	11-20	6(15)	9(15,3)	8(15,7)	8(15,4)	6(18,2)	2(5,1)
	21-30	13(32,5)	12(20,3)	2(3,9)	13(25)	6(18,2)	2(5,1)
	более 30	6(15)	18(30,5)	1(2)	10(19,2)	8(24,2)	1(2,6)
Возраст 2 ребенка (годы)	0	23(59)	24(40,7)	39(76,5)	22(42,3)	17(51,5)	34(89,5)
	1-10	2(5,1)	10(16,8)	3(5,9)	6(11,5)	2(6,1)	1(2,6)
	11-20	4(10,3)	7(11,9)	6(11,8)	6(11,5)	4(12,1)	0(0)
	21-30	4(10,3)	6(10,2)	1(2)	7(13,5)	3(9,1)	2(5,1)
	более 30	6(15,4)	12(20,3)	2(3,9)	11(21,2)	7(21,2)	1(2,6)
Возраст 3 ребенка (годы)	0	38(95)	49(83,1)	50(98)	39(75)	30(90,9)	37(94,9)
	1-10	1(2,5)	4(6,8)	1(2)	2(3,8)	3(9,1)	0(0)
	11-20	1(2,5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2,6)
	21-30	0(0)	2(3,4)	0(0)	6(11,5)	0(0)	1(2,6)
	более 30	0(0)	4(6,8)	0(0)	5(9,6)	0(0)	0(0)

## Продолжение таблицы 6

Название характеристик	Показатель	Численность испытуемых в ЭГ <sub>1</sub> , ЭГ <sub>2</sub> , КГ человек и % выборки (в скобках) в дебюте					
		женщины			мужчины		
		1 группа (ЭГ <sub>1</sub> )	2 группа (ЭГ <sub>2</sub> )	3 группа (КГ)	1 группа (ЭГ <sub>1</sub> )	2 группа ЭГ <sub>2</sub> )	3 группа (КГ)
Возраст 4 ребенка (годы)	0	40(100)	58(98,3)	0(0)	51(98,1)	33(0)	0(0)
	более 30	0(0)	1(1,7)	0(0)	1(1,9)	0(0)	0(0)
Национальность	русский	29(72,5)	39(66,1)	30(58,8)	38(73,1)	26(78,8)	21(53,8)
	удмурт	5(12,5)	16(27,1)	15(29,4)	12(23,1)	5(15,2)	12(30,8)
	татарин	6(15)	4(6,8)	6(11,8)	2(1,9)	2(6,1)	6(15,4)
Вид деятельности	руководство	5(12,5)	1(1,7)	0(0)	5(9,6)	1(3,0)	0(0)
	прочий специалист	4(10)	22(37,3)	19(37,3)	3(5,8)	7(21,2)	15(38,5)
	рабочий	16(40)	17(28,8)	0(0)	25(48)	12(48,4)	0(0)
	военный	0(0)	4(6,8)	0(0)	2(3,8)	1(3,0)	0(0)
	пенсионер	10(25)	14(23,7)	0(0)	4(7,7)	7(21,2)	0(0)
	студент	4(10)	0(0)	32(62,7)	6(11,5)	1(3,0)	24(61,5)
	прочее	1(2,5)	1(1,7)	0(0)	7(13,5)	0(0)	0(0)
Семейное положение	брак	30(75)	44(74,6)	22(43,1)	41(78,8)	27(81,8)	16(41)
	не брак	10(25)	15(25,4)	29(56,9)	11(21,2)	6(18,2)	23(59)
пол		59(64,1)	40(43,5)	51(56,7)	33(35,8)	52(56,5)	39(43,3)

**2.3. Методы исследования и методология**

Теоретико-методологические основания исследования:

1. Биопсихосоциодуховная модель психической патологии (Коцюбинский А.П., 2002; Кабанов М.М., 2003; Незнанов Н.Г., 2003; Залевский Г.В., 2020);
2. концепция В.Н. Мясищева о личности как системе отношений (1960, 1974);
3. положения, реализуемые в отечественной патопсихологии, основывающиеся на принципе системного качественного анализа нарушений психической деятельности (Зейгарник Б.В., 1986; Рубинштейн С.Я., 1970-1986).

### 2.3.1. Клинико-психологический метод

Клинико-психологический метод - один из основных методов в исследовании, где проводилась беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса, оценка тяжести состояния.

Для определения тяжести состояния пациента и его качества жизни на этапах диагностики и лечения применялся индекс Карновского. Для этих целей Бурченалом Карновским была разработана шкала для оценки общего состояния больного (Karnofsky Status Scale Performance). Шкала варьируется от 100 баллов до 0 (смерть). Градуируется шагом в 10 баллов. Таким образом происходит стандартизация такого абстрактного понятия, как «качество жизни».

Данные по этому показателю представлены в таблице 7.

**Таблица 7 – Индекс Карновского**

Нормальная физическая активность, больной не нуждается в специальном уходе	100%	Состояние нормальное, нет жалоб и симптомов заболевания
	90%	Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания
	80%	Нормальная активность возможна при дополнительных усилиях, при умеренно выраженных симптомах заболевания
Ограничение нормальной активности при сохранении полной независимости больного	70%	Больной обслуживает себя самостоятельно, но не способен к нормальной деятельности или работе
	60%	Больной иногда нуждается в помощи, но в основном обслуживает себя сам
	50%	Больному часто требуется помощь и медицинское обслуживание
Больной не может обслуживать себя самостоятельно, необходим уход или госпитализация	40%	Большую часть времени больной проводит в постели, необходим специальный уход и посторонняя помощь
	30%	Больной прикован к постели, показана госпитализация, хотя терминальное состояние не обязательно
	20%	Сильные проявления болезни, необходима госпитализация и поддерживающая терапия
	10%	Умиравший больной, быстрое прогрессирование заболевания
	0%	смерть

Также в исследовании для определения степени тяжести больного использовалась шкала ECOG (Таблица 8), где результаты оценивались по 4 бальной шкале, где степень тяжести тем меньше, чем ниже балл. Так пациент, способный

выполнять работу как до заболевания, такое состояние оценивалось в 0 баллов. Больной же с ограничениями к самообслуживанию, который проводит до 50% своего времени бодрствования в кресле или постели отвечает 3 баллом и т.д.

**Таблица 8** – Оценка статуса больного по шкале ECOG – ВОЗ

0	Больной полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90- 100% по шкале Карновского)
1	Больной неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу, 70-80% по шкале Карновского)
2	Больной лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно – в вертикальном положении (50-60% по шкале Карновского)
3	Больной способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования (30-40% по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10-20% по шкале Карновского)

### 2.3.2. Психодиагностический метод

Нами были предложены следующие психодиагностические методики:

- опросник качества жизни (SF-36);
- субъективная шкала оценки астении (MFI-20);
- опросник определения копинг-поведения в стрессовых ситуациях CISS (адаптированный Крюковой Т.А.);
- опросник для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии (4DSQ).

#### **Опросник оценки качества жизни (SF-36).**

Для выявления оценки качества жизни применялась методика SF-36. Опросник разработан корпорацией RAND как часть многолетнего крупномасштабного проекта Medical Outcomes Study. Опросник SF-36 может применяться, как у здоровых людей, так и у больных, в т. ч. при онкологических заболеваниях (Амирджанова В.М., 2008; Даулетбакова Д.Н., 2018).

Данная анкета была использована для определения комплексной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального

функционирования исследуемых респондентов, основанной на их субъективных восприятиях, связанных со здоровьем (Сизова Л.В., 2003).

Были получены и обработаны ответы от всех, принявших участие в исследовании, групп.

Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, имеет три уровня:

- 36 вопросов;
- 8 шкал, сформированных из 2 — 10 вопросов;
- 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы.

35 вопросов использовались для расчета баллов по 8 шкалам, 1 — для оценки динамики состояния пациентов за прошедшие 4 недели. Каждый вопрос использовался при расчете баллов однократно. Выделяют физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

1. Физическое функционирование, – (Physical Functioning – PF) — шкала, оценивающая физическую активность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок;

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – (Role – Physical Functioning – RP) — шкала, показывающая роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности и отражающая степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности;

3. Интенсивность боли – (Bodily Pain – BP) — оценивает интенсивность болевого синдрома, его влияние на способность людей заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца;

4. Общее состояние здоровья — (General Health – GH) — отмечает состояние здоровья исследуемых в настоящий момент, перспективы лечения и прогноз;

5. Жизненная активность – (Vitality – VT) — характеризуется оценкой ощущений респондентами и пациентами полноты сил и энергии;

6. Социальное функционирование – (Social Functioning – SF) — шкала, которая квалифицирует удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с семьей, друзьями, соседями, в коллективе) и отражает степень ограничения физического или эмоционального состояния исследуемых;

7. Ролевое состояние, обусловленное эмоциональным состоянием – (Role Emotional – RE) — предполагает качество, в котором эмоциональное состояние препятствует выполнению работы или другой деятельности в обычной повседневной жизни, в том числе и большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества;

8. Психическое здоровье – (Mental Health – MH) — шкала, характеризующая настроение, наличие тревоги, дистресса, депрессии, оценивает общий показатель положительных эмоций.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

#### 1. Физический компонент здоровья (Physical Health- PH)

Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование;
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
- Интенсивность боли;
- Общее состояние здоровья.

#### 2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH1)

Составляющие шкалы:

- Психическое здоровье;
- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- Социальное функционирование;
- Жизненная активность. (Недошивин А.О. и соавт., 2000; Ware J.E., 1993, 1994).

На финальном этапе расчетов количественных показателей теста нами был высчитан «Физический компонент здоровья (PH)» и «Психический компонент здоровья (MH)». Физический компонент высчитывался по формуле  $Phsum = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-Z * 0,31754) + (SF -Z * - 0,00753) + (MH-Z * - 0,22069) + (RE-Z * -0,19206) + (VT-Z * 0,02877) + (GH-Z * 0,24954)$ ;  $PH = (Phsum * 10) + 50$ . Психический компонент рассчитывался:  $Mhsum = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z * 0,48581) + (RE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (GH-Z * -0,01571)$   $PH = (Mhsum * 10) + 50$ . Финальные данные также были использованы для расчетов качества жизни исследуемых респондентов.

### **Субъективная шкала оценки астении (MFI–20).**

Для характеристики астении в работе использовалась субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventoy MFI – 20) (Захаров В.В., 2013, 2018). Метод применяется для получения субъективной количественной оценки общей тяжести астении, диагностики астенического состояния. Под термином «астеническое состояние», или «снижение психической активации», понимается психическое состояние, характеризующееся общей, и прежде всего, психической слабостью, повышенной истощаемостью и ее различных аспектов.

Испытываемым предлагалось ответить на 20 утверждений отражающих разные составляющие астенического расстройства:

- общей астении;
- физической астении;
- пониженной активности;
- снижение мотивации;
- психической астении.

Каждая из перечисленных субшкал построена так, чтобы исключить влияние субъективного фактора и содержит 4 составляющих, два из которых подтверждают астению и два исключают. Наивысший балл отражает максимальную выраженность астении. Оценка шкалы является суммой баллов отдельных

составляющих ее пунктов и может варьировать в интервале от 5 до 20 баллов. При наличии суммы более 12 баллов хотя бы по одной субшкале или, в общем, свыше 60 верифицируется клинически выраженная астения. При общем балле менее 24 – астенические нарушения отсутствуют.

### **Опросник определения копинг-поведения в стрессовых ситуациях CISS.**

Адаптированный вариант копинг-стрессового поведения (Norman S. 1990; Фетискин Н.П., 2002), включает перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и нацелен на определение доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий: проблемно-ориентированную; эмоционально-ориентированную стратегию; избегание; отвлечение; социальное отвлечение (поиск социальной поддержки).

Исследуемым группам людей было предложено ответить на 48 вопросов анкеты для оценки возможных реакций человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации в дебюте, в три и шесть месяцев. Каждый ответ оценивался:

- 1) «1» - никогда;
- 2) «2» – редко;
- 3) «3» – иногда;
- 4) «4» - чаще всего;
- 5) «5» - очень часто.

Далее были просуммированы баллы отдельно по 5 стратегиям и выявлены критерии оценки.

### **Опросник для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии (4DSQ).**

Для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии, соматовегетативной недостаточности и ранних симптомов соматизированных психических расстройств в исследуемой выборке людей использовался «четырёхмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня».



Опросник представляет собой анкету, содержащую перечень из 50 вопросов (различные жалобы и симптомы, которые могли быть у исследуемых респондентов в течение последних 7 дней), для самостоятельного заполнения. Комбинации вопросов формируют 4 симптомокомплекса: дистресс, соматизация, тревога, депрессия.

Варианты ответов на вопросы сформулированы как «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно». Ответы оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов, где 0 баллов — «нет»; 1 — «иногда»; 2 — для всех остальных вариантов ответа. При обработке опросника количество баллов суммируется в соответствии с отдельными шкалами. Шкала стресса содержит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32); шкала депрессии — 6 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 12); шкала тревожности — 12 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 24); шкала соматоформных нарушений — 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32) (Смулевич А.Б., 2014; Tebbe В.В., 2013). После обработки данных вся цифровая информация была занесена в матрицу для дальнейшей обработки.

### 2.3.3. Инструментальный метод

Метод использовался для определения преобладающего типа вегетативной регуляции (симпатикотония, парасимпатикотония или эйтония) проводилось на основании оценки вегетативного индекса Кердо (ВИК) (Вейн А.М. с соавт., 1997), рассчитывавшегося по формуле  $V.I.K = (1 - \text{диастолическое АД} / \text{ЧСС}) \cdot 100$ . Определение ВИК производилось в период обследования пациента и беседы родственника больного, сбора анамнеза исследуемой выборки. Вегетативный индекс (ВИ) рассчитывали по формуле (Kérdö I., 1966):

$$V.I. = \frac{1-d}{p \times 100\%} - 100,$$

(2)

где V.I. — значение вегетативного индекса;

d — диастолическое давление;

P – пульс у пациента.

Если значение этого индекса больше нуля, то преобладает симпатическое влияние на деятельность вегетативной нервной системы, если меньше нуля, то парасимпатическое. При функциональном равновесии индекс равен нулю.

#### **2.3.4. Метод статистического анализа**

Статистическая обработка данных проведена с применением компьютерной программы (SPSS 22) методами математической статистики. Проверка на нормальность распределения фактических 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 ( $m \pm$ ), медианой ( $Me$ ), асимметрией, эксцессом, межквартильным размахом [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. Критический уровень значимости  $p$  при проверке статистических гипотез принимали равным  $p < 0,05$ .

## **ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **3.1. Особенности клинически значимых нарушений психического, соматического здоровья и копинг-стратегий у родственников онкогематобольных на разных этапах течения болезни**

В данном разделе приводятся результаты исследования психического, соматического здоровья и копинг-поведения ЭГ<sub>2</sub> в динамическом аспекте: в дебюте, через три и шесть месяцев течения болезни. Результаты получены методом стандартизированного самоотчета с использованием опросника SF-36 для исследования психического здоровья; SF-36, MFI-20, 4DSQ для изучения соматического здоровья; и для исследования поведения ЭГ<sub>2</sub> был применен опросник определения копинг-поведения в стрессовых ситуациях CISS (адаптация Крюковой Т.А.). В исследовании приняли участие 182 человека из них 92 респондента ЭГ<sub>2</sub> и 90 - КГ. В третьем и шестом месяце в исследовании участвовало 88 и 70 родственников – соответственно. Просчитывались средние данные показателей ЭГ<sub>2</sub> в подгруппах психического, соматического здоровья и копинг поведения родственников в дебюте, через три и шесть месяцев.

#### **3.1.1. Динамика клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни**

Для изучения уровня качества жизни ЭГ<sub>2</sub> проведена описательная статистика, где были выявлены средние показатели психологического компонента здоровья - (МН1) данной группы людей в различные периоды течения болезни: дебюте, три и шесть месяцев. В настоящем исследовании приняли участие ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> как по горизонтальной, так и по вертикальной первой линии родства, мужского и женского пола в количестве 184 человек, по 92 человека с каждой стороны, в

возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст родственников в дебюте заболевания составил  $44,97 \pm 13,69$  лет, (Me – 46, [31; 57])), из них 59(64%) женщин и 33(36%) мужчин. По причине летального исхода среди ЭГ<sub>1</sub>, через три месяца в исследовании участвовало 88 родственников, 65,9% женщин (n=59) и 34,1% мужчин (n=29) - средний возраст был представлен аналогичными цифрами как в дебюте заболевания. Через шесть месяцев выборка состояла из 140 человек, 70 из которых ЭГ<sub>2</sub> со средним возрастом  $44,6 \pm 13,21$  года, (Me – 46, [30,75; 56,25]). Гендерный состав выявил 65,7% женщин и 34,3% мужчин - соответственно 46 и 24 человека.

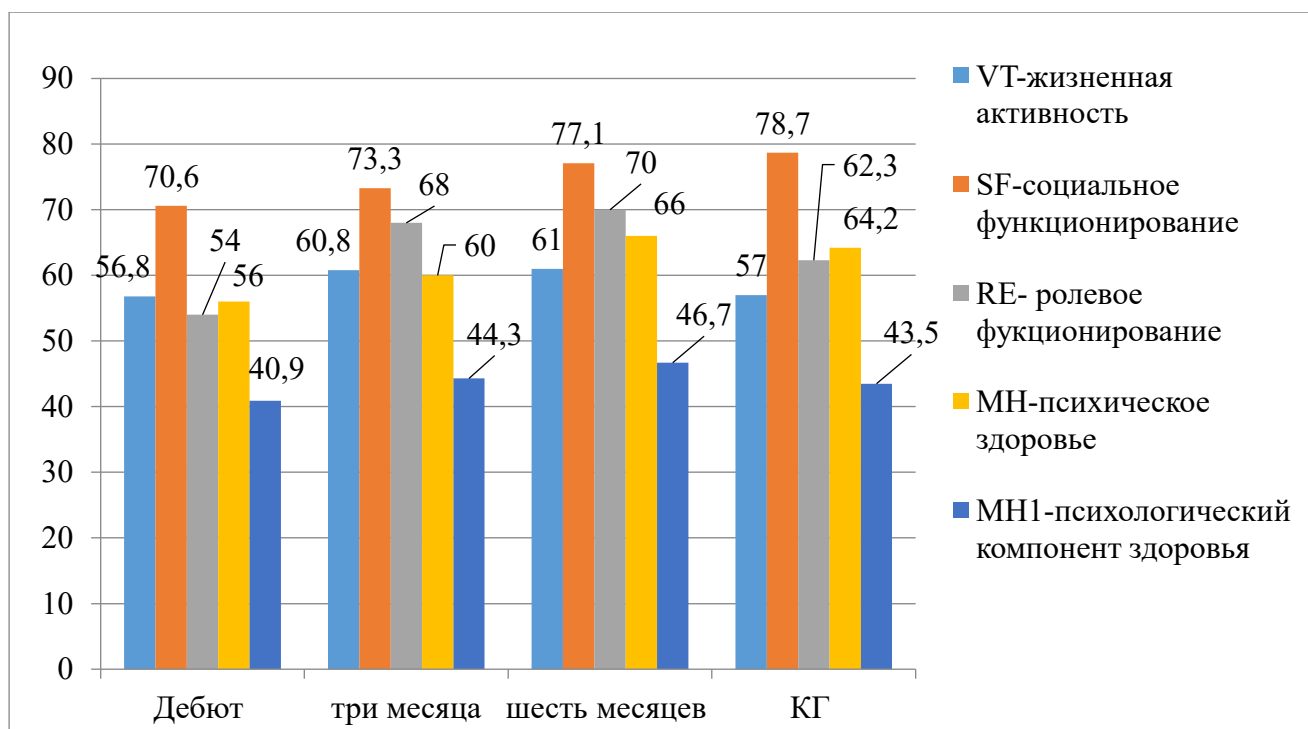
Сравнение проводилось с КГ, в которую вошли люди, потенциально не являющиеся родственниками больных, в количестве 90 человек из них 57% женщин (n=51) и 43% мужчин (n=39), в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст –  $29,4 \pm 11,9$  лет, (Me – 22, [21; 38])).

Каждый из признаков психологического компонента здоровья – МН1 родственников: жизненная активность - VT, социальное функционирование - SF, ролевое функционирование - RE, психическое здоровье – МН, подвергли статистической обработке. По ее результатам мы наблюдаем изменения динамики средних показателей по всем указанным признакам. Средние показатели качества жизни КГ закономерно выше показателей дебюта заболевания родственников. Показатели приведены в таблице 9, рисунке 2.

**Таблица 9** – Сравнительные данные средних показателей психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Средний показатель родственников	Дебют М±Б	Три месяца М±Б	Шесть месяцев М±Б	КГ М±Б
Психологический компонент здоровья - МН1	40,9±11,5	44,3±10,6	46,7±9,95	43,5±10,8
Жизненная активность - VT	56,8±22,9	60,8±19,8	61,0±18,9	57,0±19,7
Социальное функционирование - SF	70,6±24,5	73,3±26,6	77,1±20,3	78,7±19,2
Ролевое функционирование - RE	54,0±38,8	68,0±36,7	70,0±39,3	62,3±36,0
Психическое здоровье - МН	56,0±22,2	60,0±20,3	66,0±18,1	64,2±18,8

Примечание – М - среднее значение; Б – среднеквадратичное отклонение.



**Рисунок 2** – Сравнительные данные средних показателей психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Для изучения достоверности различий в ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания и КГ по показателям составляющих психологический компонент здоровья, нами был проведен количественный метод с применением t-критерия Стьюдента (Таблица 10).

**Таблица 10** – Достоверность различий показателей, составляющих психологический компонент здоровья КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатели родственников	Средние значения М±m		Достоверность различий	
	КГ	дебют	T	P
Психологический компонент здоровья - МН1	43,5±10,8	40,9±11,5	1,53	0,12
Жизненная активность - VT	57,0±19,7	56,8±22,9	0,06	0,94
Социальное функционирование – SF*	78,7±19,2	70,6±24,5	2,47	<0,01
Роловое функционирование -RE	62,3±36,0	54,3±38,8	1,44	0,15
Психическое здоровье – МН*	64,2±18,8	56,0±22,2	2,67	<0,01

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m - стандартное отклонение; \*p – значимость различий между группами.

Выявлены значимые результаты по средним показателям: «Социальное функционирование» – SF -  $t=2,47$ ,  $p<0,01$ ; «Психическое здоровье» МН -  $t=2,67$ ,  $p<0,01$  шкалы «Психологический компонент здоровья» анкеты SF-36. Обозначенные показатели КГ данной шкалы качества жизни достоверно выше показателей ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ( $p<0,01$ ).

Для более глубокого понимания проблемы в изучении нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> нами была проведена количественная статистика родственников по отдельным показателям их психологического компонента здоровья в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>. Изучалось распределение по степени выраженности каждого из показателей психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> (Таблица 11).

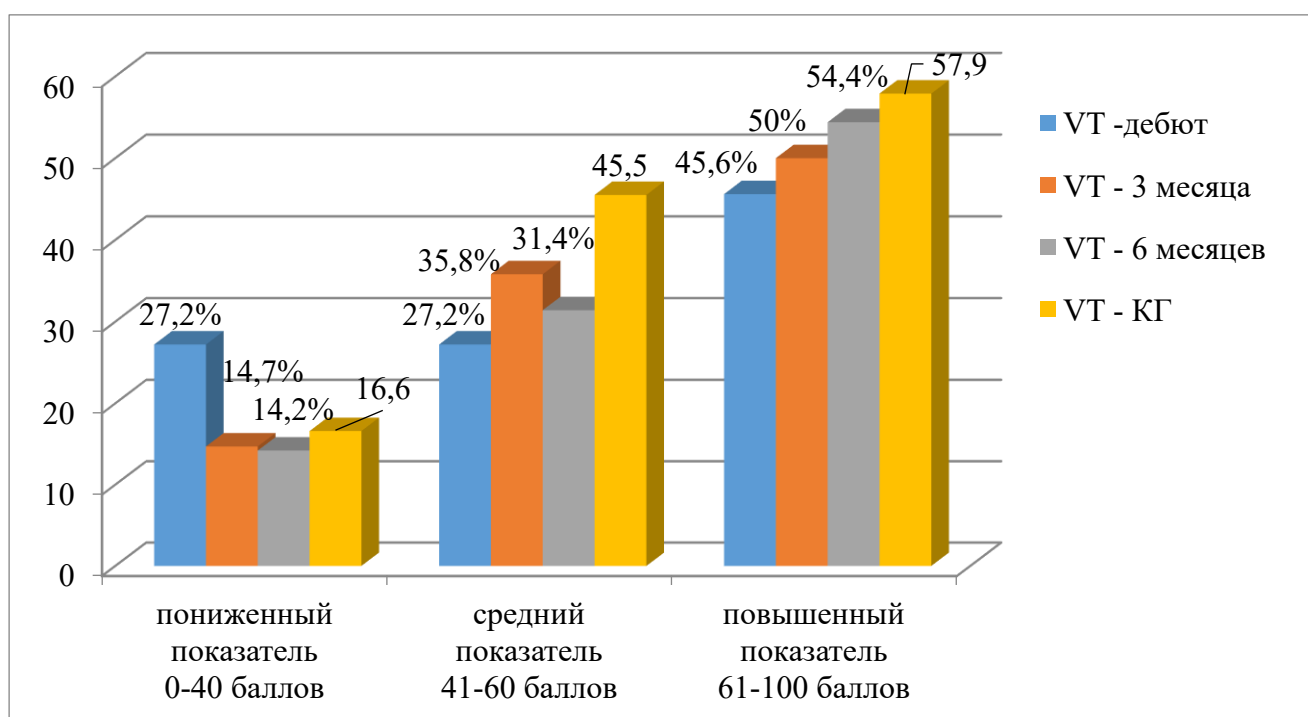
**Таблица 11** – Сравнительные данные отдельных показателей психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> и КГ в динамике

Показатели	Период	Показатели		
		Пониженные (0-40 баллов)	Средние (41-60 баллов)	Повышенные (61-100 баллов)
Жизненная активность - VT	дебют	n=25(27,2%)	n=25(27,2%)	n=42(27,2%)
	3 мес.	n=13(14,7%)	n=31(35,8%)	n=44(50%)
	6 мес.	n=10(14,2%)	n=22(31,4%)	n=38(54,4%)
	КГ	n=15(16,6%)	n=41(45,5%)	n=34(37,9%)
Социальное функционирование - SF	дебют	n=11(11,5%)	n=13(11,8%)	n=68(74,2%)
	3 мес.	n=10(11,3%)	n=10(11,3%)	n=68(77,2%)
	6 мес.	n=3(4,3%)	n=9(12,8%)	n=58(82,8%)
	КГ	n=2(2,2%)	n=8(8,8%)	n=80(88,8%)
Ролевое функционирование - RE	дебют	n=47(51,1%)	0	n=45(48,9%)
	3 мес.	n=28(31,8%)	0	n=60(68,2%)
	6 мес.	n=20(28,6%)	0	n=50(71,4%)
	КГ	n=36(40%)	n=18(20%)	n=36(40%)
Психическое здоровье -МН	дебют	n=27(29,3%)	n=24(26%)	n=41(44,7%)
	3 мес.	n=19(21,6%)	n=22(25%)	n=47(53,4%)
	6 мес.	n=8(11,4%)	n=17(24,3%)	n=45(64,5%)
	КГ	n=7(7,7%)	n=26(28,8%)	n=57(63,3%)

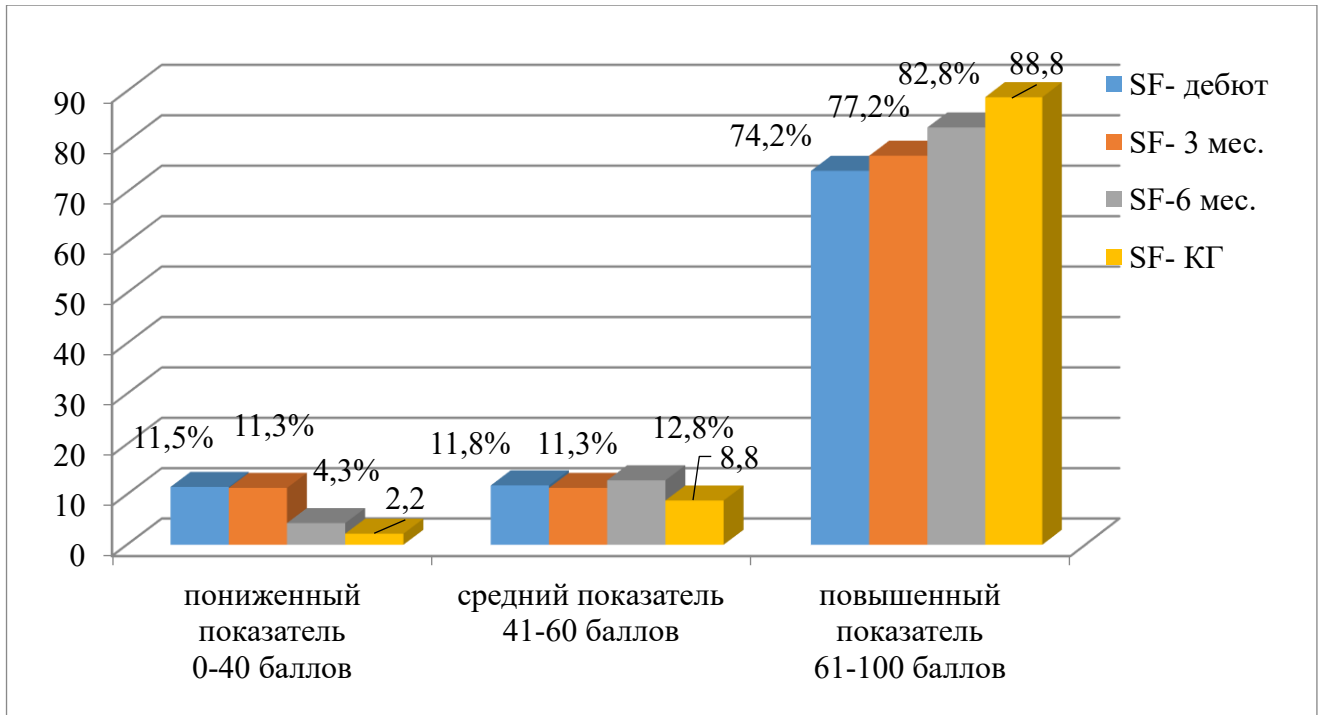
Примечание – n - абсолютный показатель; % - относительный показатель; КГ – контрольная группа.

Наблюдается динамическое снижение количества ЭГ<sub>2</sub>, имеющих пониженные баллы шкалы «Психологический компонент здоровья» анкеты SF-36 к шестому месяцу течения заболевания ЭГ<sub>1</sub> и неизменный рост количества ЭГ<sub>2</sub> (в процентном отношении) по средним и высоким баллам показателей. Количество респондентов в КГ, в сравнении с дебютом заболевания по всем четырем признакам, представлена закономерно незначительным количеством респондентов с пониженными баллами, и наглядно высокими, при рассмотрении средних и высоких баллов показателей КЖ (Таблица 11).

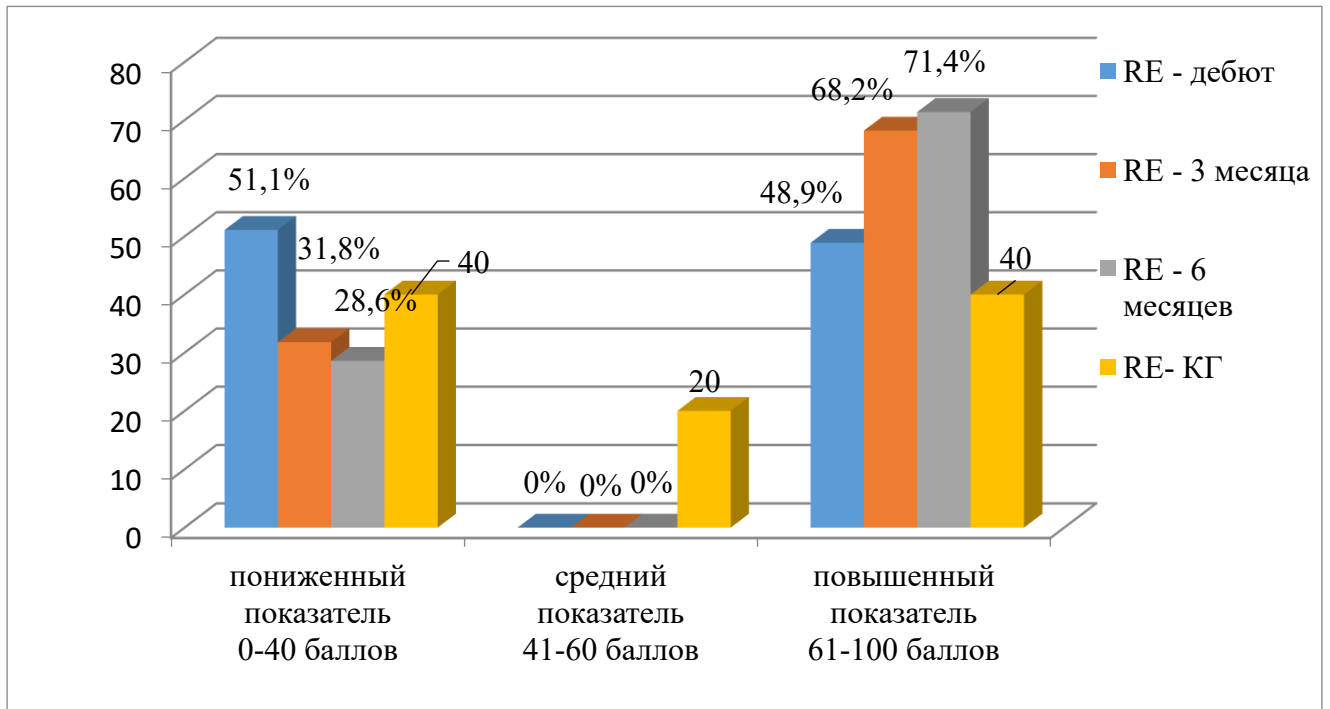
Наглядная картина отображена на рисунках 3, 4, 5, 6.



**Рисунок 3** – Сравнительные данные показателя «жизненная активность» - (VT) психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>

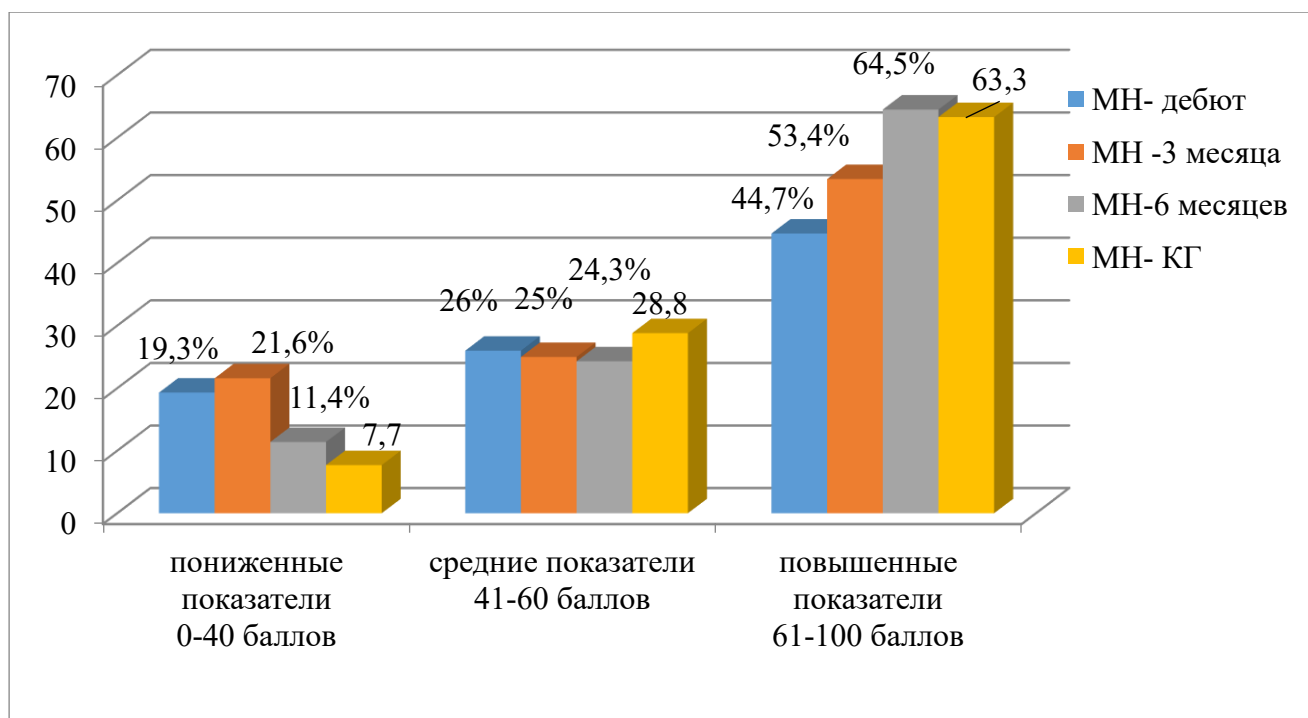


**Рисунок 4** – Сравнительные данные показателя «социальное функционирование» - (SF) психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>



**Рисунок 5** – Сравнительные данные показателя «ролевое функционирование» - (RE) психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>





**Рисунок 6** – Сравнительные данные показателя «психическое здоровье» - (МН) ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>

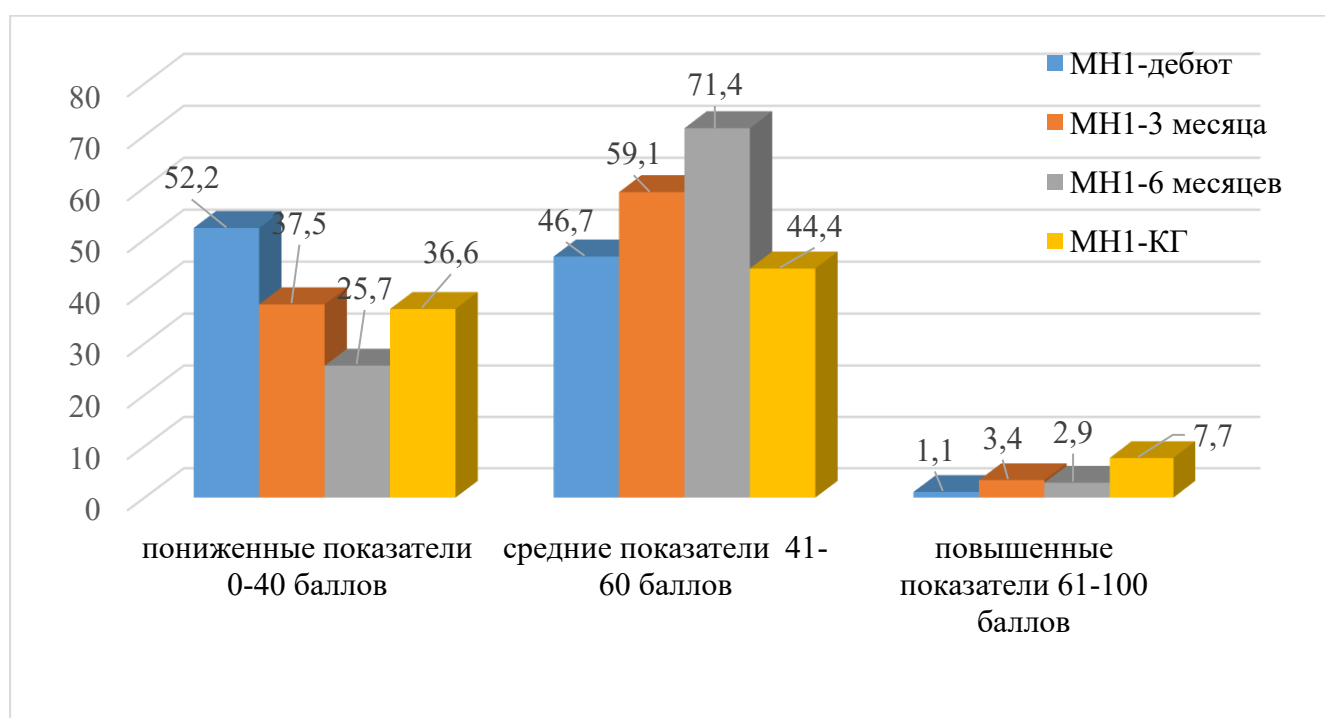
Далее, для изучения нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub>, по предложенной методике, нами был высчитан компонент психологического здоровья (МН1) этого контингента в исследуемые нами периоды наблюдения и лечения больных: в дебюте, в три и шесть месяцев.

Показатель психологического компонента здоровья ЭГ<sub>2</sub> также был представлен лонгитюдно. Наблюдалось динамическое снижение количества ЭГ<sub>2</sub>, имеющих пониженные баллы значений показателя МН1 (n=48(52,2%) в дебюте заболевания до n=18(25,7%) к шестому месяцу) и увеличение количества респондентов ЭГ<sub>2</sub>, имеющих средние и повышенные баллы значений показателя МН1 (46,7% до 71,4%). Результаты КГ, в сравнении с дебютом заболевания, показали оправданно низкий уровень цифр по этому признаку (36,6% против 52,2%). Аналогичная ситуация сложилась и по количеству человек в диапазоне средних и повышенных баллов значений показателя МН1. Данные представлены в таблице 12, рисунке 7.

**Таблица 12** – Сравнительные данные показателя «психологический компонент здоровья» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в динамике

Психологический компонент здоровья- МН1	Показатели		
	Пониженные (0-40 баллов)	Средние (41-60 баллов)	Повышенные (61-100 баллов)
дебют	n=48(52,2%)	n=43(46,7%)	n=1(1,1%)
3 месяца	n=33(37,5%)	n=52(59,1%)	n=3(3,4%)
6 месяцев	n=18(25,7%)	n=50(71,4%)	n=2(2,9%)
КГ	n=33(36,6%)	n=50(44,4%)	n=7(7,7%)

Примечание – n - абсолютный показатель; % - относительный показатель



**Рисунок 7** – Сравнительные данные показателя «психологический компонент здоровья» ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub> (МН1- психологический компонент здоровья; КГ – контрольная группа)

Полученные результаты, в структуре комплексной оценки качества жизни ЭГ<sub>2</sub> в течение первых шести месяцев заболевания острым лейкозом, позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей психического здоровья. 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.

На очередном этапе мы провели сравнение средних показателей психического здоровья родственников в разные периоды наблюдения и лечения больных в дебюте, в три и шесть месяцев с применением множественного сравнения групп Фишера (распределение показателей психического здоровья в группах нормальное).

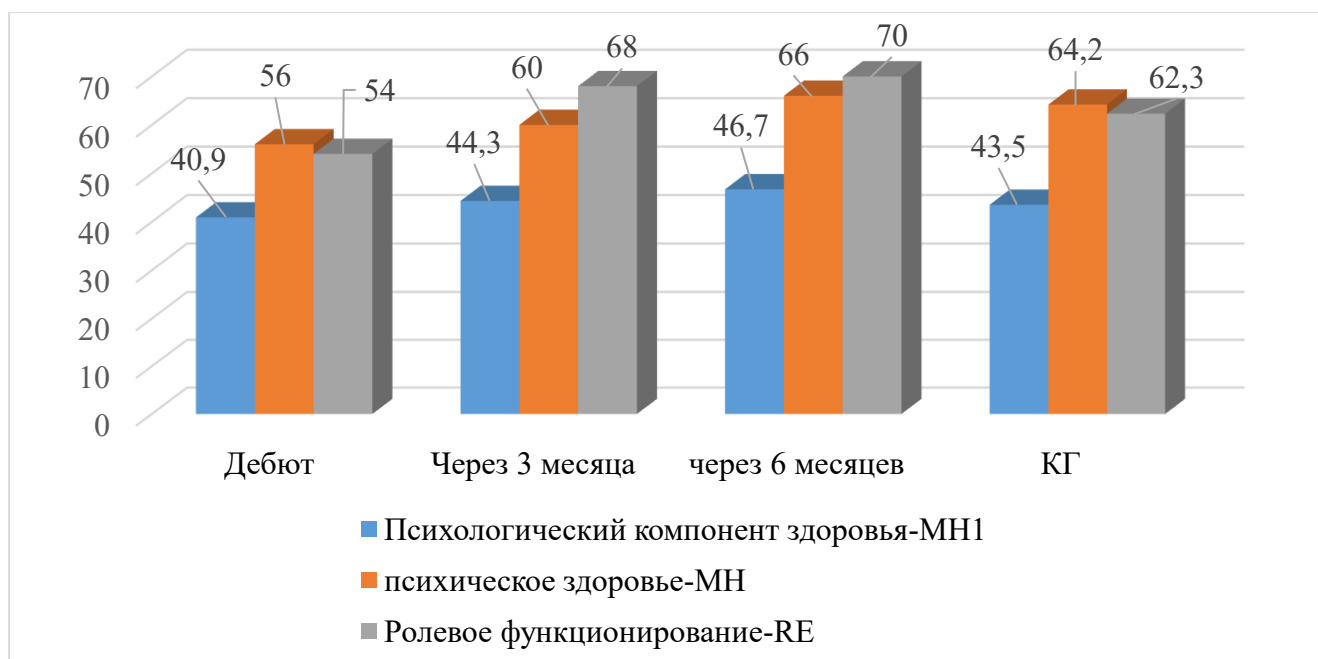
Данные представлены в таблице 13.

**Таблица 13** - Множественное сравнение групп показателей «Психологического компонента здоровья» ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения заболевания

Показатели родственников	Средние значения КГ (n=90)	Средние значения дебют (n=92)	Средние значения три месяца (n=88)	Средние значения шесть месяцев (n=70)	F	P
Психологический компонент здоровья - МН1	43,5	40,9*	44,3* 44,3	46,7* 46,7	5,89 1,92	<0,01 0,14
Жизненная активность - VT	57,0	56,8	60,8 60,8	61 61	1,14 1,15	0,321 0,318
Социальное функционирование - SF	78,7	70,6	73,3 73,3	77,1 77,1	1,42 1,37	0,242 0,255
Рольное функционирование – RE*	62,3	54*	68* 68	70* 70	4,72 1,16	<0,01 0,314
Психическое здоровье – МН	64,2	56*	60* 60	66* 66	5,49 2,23	<0,01 0,109

Примечание – F-критерий Фишера;  $p < 0,05$ ; \*p – значимость различий между группами.

Исходя из расчетных данных (Рисунок 8), наблюдается статистически значимый рост адаптационных возможностей родственников по показателям «Рольное функционирование» - (RE), «Психическое здоровье» (МН) и «Компоненту психологического здоровья» (МН1) в течение первых шести месяцев заболевания с достоверностью  $F=4,72$ ,  $p=0,01$ ;  $F=5,49$  и  $F=5,89$ ,  $p<0,01$  – соответственно, что соотносится с литературными данными (Василук Ф.Е., 1991; Гнездилов А.В., 2007; Саймонтон К., Саймонтон С., 2015).



**Рисунок 8** – Сравнительные данные средних значимых показателей психического здоровья ЭГ<sub>2</sub> ( $p < 0,01$ ) в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>

Обработав данные качества жизни родственников в три и шесть месяцев исследования с показателями качества жизни КГ, значимых различий обнаружено не было.

Родственники, находясь в трудной для них жизненной ситуации, на начальном этапе заболевания близкого человека, испытывают состояние стресса. В данном случае стресс рассматривается, как многомерный процесс взаимодействия личности и ситуации (Трифорова Е.А., 2012), в которой они оказались роковым образом. С течением времени, исходя из имеющихся у людей ресурсов (внешних или внутренних), наблюдается осознание происходящего, принятие ими реальности, вырабатываются механизмы, происходит адаптация к формирующимся условиям.

### **3.1.2. Динамика клинически значимых нарушений соматического здоровья родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни**

Очередным показателем для определения уровня качества жизни ЭГ<sub>2</sub> использовались данные их соматического здоровья. Как и в первом случае, нами

рассматривались средние показатели в исследуемые периоды течения заболевания, что наглядно представлено в таблице 14.

**Таблица 14** – Сравнительная характеристика средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни ЭГ<sub>1</sub> (данные таблицы цитируются по: Д.Н. Миклин, 2021)<sup>2</sup>

Средний показатель	Дебют М±б	Три месяца М±б	Шесть месяцев М±б	КГ М±б
Физический компонент здоровья - РН	52,2±2,9	51,5±2,73	51,1±2,81	52,9±2,2
Физическое функционирование- PF	81,9±18,8	83,3±20,0	82,6±19,6	91,3±9,68
Ролевое функционирование-RP	64,1±38,4	67,9±40,1	68,2±38,7	76,9±29,5
Интенсивность боли-BR	61,9±26,0	65,4±22,6	68,4±22,3	68,6±20,7
Общее состояние здоровья-GH	63,3±18,4	61,7±18,9	61,8±17,2	61,5±19,4
Соматизация	7,7±6,0	6,9±5,6	6,9±5,9	7,63±5,53
Дистресс	9,9±6,5	7,26±6,4	7,2±5,86	9,1±8,1
Тревога	3,41±3,6	2,4±3,4	1,9±2,28	3,2±4,0
Депрессия	1,0±2,1	1,0±2,2	0,5±0,9	1,1±2,67
Общая астения	11,2±3,5	10,2±3,69	8,6±2,8	8,6±2,23
Пониженная активность	9,78±3,14	9,1±3,52	8,41±2,32	8,2±2,25
Снижение мотивации	8,67±2,9	8,06±3,05	7,61±2,2	7,3±1,8
Физическая астения	10,3±3,2	9,4±3,5	8,3±2,9	8,1±2,47
Психическая астения	9,4±3,0	8,4±3,3	7,3±2,5	7,5±2,16
Общий показатель астении	49,7±12,5	45±14,6	40,4±10,4	39,8±8,49

Примечание – М - среднее значение; б – среднеквадратичное отклонение.

По расчетным данным мы видим количественное повышение средних показателей соматического здоровья родственников в шести месячном диапазоне исследования. Качественная основа этому лежит в системе семейного функционирования. В условиях фрустрирующего воздействия она трансформируется одновременно с процессом адаптации ближайшего окружения,

<sup>2</sup> Миклин, Д.Н. Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клиничко-динамический аспект / Д.Н. Миклин // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2021. – 1 (110). – С. 38–43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-38-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-38-43)

с выработкой нового уровня поведения и деятельности к 3-му месяцу течения заболевания. Родственники пытаются найти запасной источник ресурсов в самой окружающей жизни, происходит раскрытие их адаптационных возможностей, что не противоречит литературным данным (Трифонова Е.А., 2012). Показатели контрольной группы закономерно выгодно отличаются от показателей экспериментальной группы родственников в дебюте заболевания.

Для определения достоверности различий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания, был также применен количественный метод с применением t-критерия Стьюдента. В таблице 15 обозначены достоверности различий значимых показателей соматического здоровья родственников.

**Таблица 15** – Достоверность различий показателей соматического здоровья КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатели родственников	Средние значения М±m		Достоверность различий	
	КГ	дебют	T	P
Физический компонент здоровья - PH	52,9±2,1	52,3±2,9	1,45	0,11
Физическое функционирование- PF*	91,3±9,6	81,9±18,8	4,25	<0,001
Ролевое функционирование-RP*	76,9±29,5	64,1±38,4	2,52	0,013
Интенсивность боли-BR	68,6±20,7	61,9±26,0	1,92	0,056
Общее состояние здоровья-GH	61,5±19,4	63,3±18,4	-0,64	0,52
Соматизация	7,63±5,53	7,7±6,0	-0,12	0,9
Дистресс	9,1±8,1	9,9±6,5	-0,77	0,44
Тревога	3,2±4,0	3,41±3,6	-0,26	0,79
Депрессия	1,1±2,67	1,0±2,1	0,48	0,62
Общая астения*	8,6±2,23	11,2±3,5	-5,95	<0,001
Пониженная активность*	8,2±2,25	9,78±3,14	-3,89	<0,001
Снижение мотивации*	7,3±1,8	8,67±2,9	-3,69	<0,001
Физическая астения*	8,1±2,47	10,3±3,2	-4,91	<0,001
Психическая астения*	7,5±2,16	9,4±3,0	-4,87	<0,001
Общий показатель астении*	39,8±8,49	49,7±12,4	-6,26	<0,001

Примечание –T - коэффициент Стьюдента; достоверность - p<0,05, М – среднее значение; m- стандартное отклонение; \*p – значимость различий между группами.

Выявлены значимые результаты по средним показателям: «Физическое функционирование» – PF, T=4,25, p<0,001; «Ролевое функционирование» – RP,

$T=2,25$ ,  $p=0,013$  шкалы «Физический компонент здоровья» анкеты SF-36. Качество жизни по выше перечисленным факторам у респондентов КГ значимо, достоверно и закономерно выше, чем у ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания. Аналогичная ситуация прослеживается и с показателем астении при  $p < 0,001$ .

Далее мы сравнили средние показатели соматического здоровья родственников в разные периоды течения болезни: в дебюте, в три и шесть месяцев с применением метода множественного сравнения групп Фишера (Таблица 16).

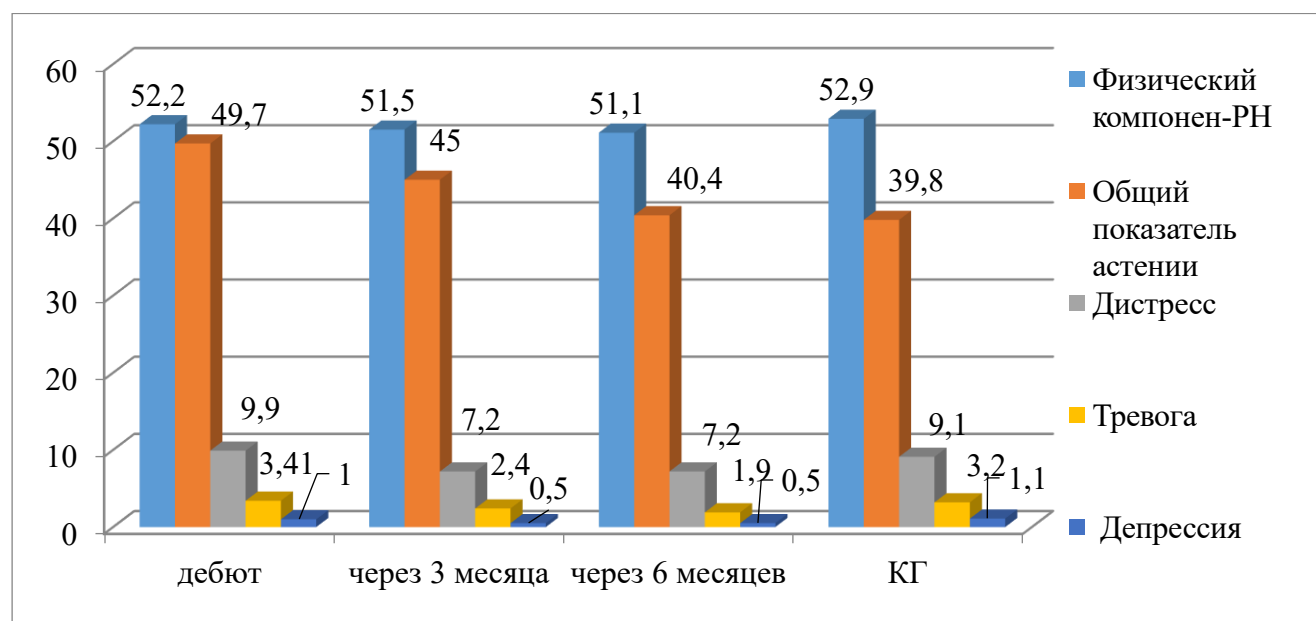
**Таблица 16** – Множественное сравнение групп средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатели родственников	Средние значения КГ	Средние значения дебют (n=92)	Средние значения 3 месяца (n=88)	Средние значения 6 месяцев (n=70)	F	P
Физический компонент здоровья - PH	52,9	52,2*	51,5* 51,5	51,1* 51,1	3,73 1,2	<0,05 0,302
Физическое функционирование - PF	91,3*	81,9	83,3 83,3*	82,6 82,6*	0,115 7,06	0,892 <0,001
Ролевое функционирование - RP	76,9	64,1	67,9 67,9	68,2 68,2	0,29 1,72	0,749 0,18
Интенсивность боли -BR	68,6	61,9	65,4 65,4	68,4 68,4	1,486 0,57	0,228 0,56
Общее состояние здоровья - GH	61,5	63,3	61,7 61,7	61,8 61,8	0,208 0,007	0,812 0,99
Соматизация	7,63	7,7	6,9 6,9	6,9 6,9	0,501 0,39	0,606 0,67
Дистресс	9,1	9,9*	7,2* 7,2	7,2* 7,2	5,301 2,04	<0,01 0,132
Тревога*	3,2	3,41	2,4 2,4	1,9 1,9	4,613 3,27	<0,05 <0,05
Депрессия*	1,1	1,0	1,0 1,0	0,5 0,5	2,27 3,8	<0,05 <0,05
Общая астения*	8,6	11,2	10,2 10,2	8,6 8,6	11,44 7,58	<0,001 <0,001
Пониженная активность	8,2	9,7*	9,1* 9,1	8,4* 8,4	3,93* 2,5	<0,05 0,08
Снижение мотивации	7,3	8,6	8,06 8,06	7,6 7,6	2,93 2,08	0,055 0,12
Физическая астения*	8,1	10,3	9,4 9,4	8,3 8,3	7,41 4,55	<0,01 <0,05
Психическая астения*	7,5	9,4	8,4 8,4	7,3 7,3	9,59 3,9	<0,001 <0,05
Общий показатель астении*	39,8	49,7	45 45	40,4 40,4	10,57 6,89	<0,001 <0,001

Примечание – F-критерий Фишера;  $p < 0,05$ ; \*p – значимость различий между группами.

Достоверно выявлено ухудшение показателей «Физического компонента здоровья» при  $F=3,73$ ,  $p<0,05$  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. Аналогичная ситуация прослеживается и с показателями КГ. По другим показателям соматического здоровья родственников значимых факторов обнаружено не было.

На рисунке 9 приведены сравнительные данные средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>.



**Рисунок 9** – Сравнительные данные средних показателей соматического здоровья ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды болезни ЭГ<sub>1</sub>

Интерпретация данных по средним показателям соматического здоровья родственников (Рисунок 9) дает возможность утверждать:

1. Клинически значимым и требующим прицельной рединамизирующей терапии остается, в течение полугода от начала заболевания близкого родственника у респондентов уровень общей, психической и физической астении, как стойкого психопатологического снижения ( $p<0,001$ ) нервно-психического тонуса и вигилитета;

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,



увеличивается алгический компонент и ухудшается физическое самочувствие ЭГ<sub>2</sub> ( $p < 0,05$ ). 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>3</sup>.

### 3.1.3. Динамика клинически значимых нарушений копинг-поведения родственников онкогематобольных: в дебюте, три и шесть месяцев течения болезни

Очередным ресурсом для определения нарушений психического здоровья ЭГ<sub>2</sub>, изучаемым в нашей работе, явился показатель копинг-поведения. Данные также были проанализированы в полугодовом интервале, точками приложения в котором, выступали начало заболевания, трех и шести месячный период течения болезни (Таблица 17).

**Таблица 17** – Сравнительные данные средних показателей копинг-стратегий ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Средний показатель	Дебют	Три месяца	Шесть месяцев	КГ
	М±Б	М±Б	М±Б	М±Б
Концентрация на решение задачи	58,5±7,4	57,8±9,4	57,0±8,39	56,8±9,43
Концентрация на эмоции	41,6±11,3	40,7±10,9	38,1±10,0	39,9±11,03
Концентрация на избегание	42,2±8,57	40,5±7,9	39,4±8,4	43,6±8,4
Концентрация на отвлечение	18,4±5,1	15,7±4,2	17,5±4,5	19,08±5,18
Концентрация на социальное отвлечение	15,1±3,8	14,3±3,4	14,5±4,0	15,8±3,87

Примечание – М - среднее значение; Б – среднеквадратичное отклонение.

По расчетным данным выявлены высокие средние значения показателей «Концентрация на эмоции» и «Концентрация на избегание» в дебюте заболевания (41,6±11,3 и 42,2±8,57) – соответственно. Эмпирические нормы представлены в

<sup>3</sup> Миклин, Д.Н. Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клиничко-динамический аспект / Д.Н. Миклин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2021. – №1(110). – С. 38-43.

таблице 18. Показатели КГ соотносятся либо ниже с показателями ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания.

**Таблица 18** – Эмпирические нормы опросника CISS

Название стилей	Низкий уровень*	Средний уровень*	Высокий уровень*
Концентрация на решение задачи	31-52	53-65	66-79
Концентрация на эмоции	16-35	36-48	49-64
Концентрация на избегание	17-34	35-45	46-64
Концентрация на отвлечение	8-14	15-22	23-32
Концентрация на социальное отвлечение	5-12	13-17	18-25

Примечание – \*- разброс уровня значений.

Статистическая значимость количественных показателей, имеющих нормальное распределение между группами, оценивалась при помощи множественного сравнения групп - расчета критерия Фишера. Определяли наличие или отсутствие влияния изучаемого фактора на разброс средних значений признака при определенных условиях статистической значимости. В нашем случае, наряду выше перечисленными переменными, включенными в исследовательское эссе, мы провели сравнение средних показателей копинг - стратегий родственников в дебюте, через три и шесть месяцев (Таблица 19).

**Таблица 19** – Множественное сравнение групп средних показателей копинг - стратегий ЭГ<sub>2</sub> в разные периоды течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Показатели родственников	Средние значения КГ	Средние значения дебют (n=92)	Средние значения 3 месяца (n=88)	Средние значения 6 месяцев (n=70)	F	P
Концентрация на решение задачи	56,8	58,5	57,8 57,8	57,0 57,0	0,567 0,26	0,568 0,7
Концентрация на эмоции	39,9	41,6	40,7 40,7	38,1 38,1	2,05 0,98	0,131 0,37
Концентрация на избегание	43,6*	42,2	40,5 40,5*	39,4 39,4*	2,31 13,3	0,101 <0,001
Концентрация на отвлечение*	19,08	18,4	15,7 15,7	17,5 17,5	7,71 27,2	<0,001 <0,001
Концентрация на социальное отвлечение	15,8	15,1	14,3 14,3	14,5 14,5	1,12 4,01	0,575 0,056

Примечание – F-критерий Фишера; p<0,05; \*p – значимость различий между группами.

Результаты КГ группы позволяют наблюдать значимость качества признаков «Концентрация на избегание», «Концентрация на отвлечение», с достоверностью  $F=13,3$ ;  $F=27,2$  при  $p < 0,001$  – соответственно. Достоверность различий между КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания выявило аналогичную картину (Таблица 20).

**Таблица 20** – Достоверность различий показателей копинг - стратегий КГ и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

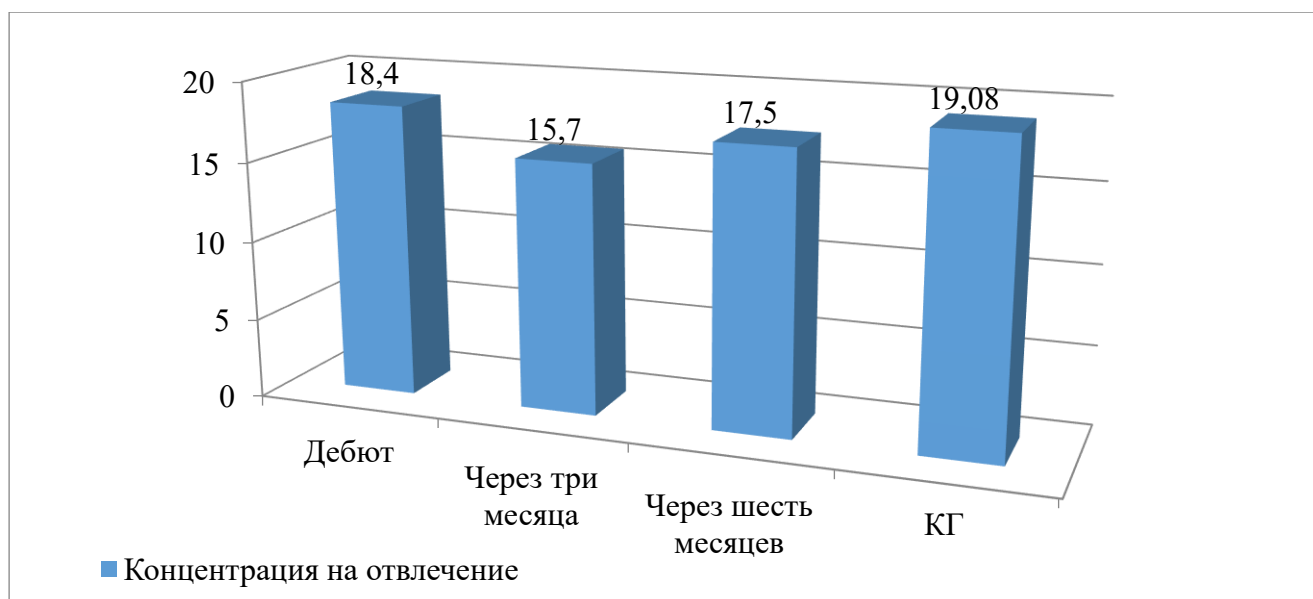
Показатели родственников	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	КГ	дебют	T	P
Концентрация на решение задачи	56,8±9,4	58,5±7,4	1,29	0,19
Концентрация на эмоции	39,9±11,0	41,6±11,3	0,98	0,32
Концентрация на избегание*	43,6±8,4	42,2±8,57	2,68	<0,001
Концентрация на отвлечение*	19,08±5,2	18,4±5,1	3,12	<0,001
Концентрация на социальное отвлечение	15,8±3,87	15,1±3,8	1,18	0,23

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m – стандартное отклонение; \*p – значимость различий между группами.

В таблице 20 представлены значимые результаты по показателям «Концентрация на избегание» -  $T = 2,68$  при  $p < 0,001$  и «Концентрация на отвлечение» -  $T = 3,12$  при  $p < 0,001$ . По другим факторам достоверностей не выявлено.

Не типичность картины, по данным факторам может быть связана с контрольной выборкой. Нельзя исключить определенное влияние на полученный результат факта профессиональной принадлежности участников контрольной группы, которая предполагает частое психоэмоциональное напряжение (преподаватели школ, студенты).

Нами доказано, что показатель «Концентрация на отвлечение» усиливается с течением времени, с достоверностью  $F=7,71$ ,  $p < 0,001$  (Рисунок 10). По другим совладающим действиям родственников достоверных сдвигов не обнаружено.



**Рисунок 10** – Сравнительные данные средних показателей копинг-стратегий родственников в разные периоды течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Как правило, психическое здоровье больных и их родственников зависит от их активной позиции преодоления жизненных трудностей. Пассивно - избегающий стиль, чаще всего, наблюдается у людей с эмоциональной нестабильностью, слабой фрустрационной устойчивостью. Подобный стиль совладания со стрессом встречается у людей с различными невротическими расстройствами, с которыми сложно решить те или иные проблемы. В нашем случае, применительно к родственникам онкогематологических больных, они не относятся к данной категории.

По результатам исследования копинг – стратегии по типу избегания, а в нашем случае отвлечение - дистанцирование, снижение значимости, является предпочтительным в дебюте злокачественного гематологического заболевания, т.к. позволяет родственнику преодолевать эмоциональный кризис с наименьшими эмоциональными потерями, снижению тревоги, дистрессу, что соотносится с исследованиями (Suls J., Fletcher B., 1985). Необходимость же в активных действиях родственников на начальных этапах заболевания близких, может приводить лишь к нарастанию эмоциональной напряженности, что, в конечном итоге, усугубит ситуацию. Этот период обусловлен факторами непредвиденности,

неизвестности, отсутствием четких представлений о степени угрозы для жизни и благополучия родных.

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 родственников в первые шесть месяцев дебюта заболевания.

### **3.2. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте на разных этапах течения болезни**

Данный параграф посвящен изучению психического здоровья родственников с учетом пола на разных этапах протекания заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев. Проведен корреляционный анализ взаимосвязей психологического компонента здоровья родственников, рассматриваемый нами, как показатель шкалы психического здоровья, с выборкой исследуемых респондентов, относящихся к ЭГ<sub>1</sub> и их ЭГ<sub>2</sub> в количестве 184 человек. В связи с летальностью больных от заболевания ОНЛЛ, выборка прогрессивно уменьшалась с 176 исследуемых в трех месячный период до 140 человек на конечном этапе исследования. Корреляционная взаимосвязь биопсихосоциальных показателей обеих экспериментальных групп с показателем «Психическое здоровье» родственников определялась с помощью коэффициента сопряженности Пирсона для номинативной шкалы. Достоверность различий по половому признаку на этапах заболевания осуществлялась количественным методом с применением t-критерия Стьюдента.

### 3.2.1. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте дебюта заболевания

Были проведены корреляционные взаимосвязи исследуемой выборки ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> с показателем «психического здоровья» родственников в начале заболевания.

Данные представлены в таблицах 21, 22.

**Таблица 21** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатели ЭГ <sub>2</sub> в дебюте заболевания	Психическое здоровье родственников в дебюте заболевания	
	r-Пирсона	p
Соматизация ЭГ <sub>2</sub>	-0,463	p<0,001
Дистресс ЭГ <sub>2</sub>	-0,64	p<0,001
Тревога ЭГ <sub>2</sub>	-0,46	p<0,001
Депрессия ЭГ <sub>2</sub>	-0,468	p<0,001
Общий показатель астении ЭГ <sub>2</sub>	-0,392	p<0,001
Копинг на решение задачи ЭГ <sub>2</sub>	0,233	P<0,025
Копинг на эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-0,421	p<0,001
Копинг на избегание ЭГ <sub>2</sub>	0,374	p<0,001
Копинг на отвлечение ЭГ <sub>2</sub>	0,279	p<0,007
Возраст 2 ребенка ЭГ <sub>2</sub>	-0,235	p<0,024

Примечание – r - коэффициент корреляции; достоверность - p< 0,05.

Установлена прямая зависимость показателя «психическое здоровье» родственников с копинг-стратегиями: на решение задачи, на избегание, отвлечение (r=0,233, p<0,025; r=0,374, p<0,001; r=0,279, p<0,007) соответственно. По табличным данным выявлено, что в дебюте заболевания родственники больных склонны реагировать на ситуацию путем избегания, отвлечения и решения возникших проблем. Очевидно, что часть людей, оказавшись в трудной для них жизненной ситуации, пытаются адаптироваться к ней, включая внутренние резервы, привести свои мысли в порядок, успокоиться; другая - намеренна решать вопросы теперь и сейчас. В том и в другом случае, мы видим положительную корреляцию этих признаков с показателем «психическое здоровье» родственников.

Как видно из таблицы 21, обратная связь исследуемого фактора, наблюдается с показателями ЭГ<sub>2</sub>: соматизацией, дистрессом, тревогой, депрессией (от  $r=-0,463$  до  $r=-0,64$  при  $p<0,001$ ).

Астенический синдром ближайшего окружения также отрицательно влияет на их же психическое здоровье с достоверностью  $p<0,001$ . Часть ЭГ<sub>2</sub> использует неконструктивные копинги, эмоционально реагируя на события, погружаясь в свою боль и страдания  $r=-0,421$ ,  $p<0,001$ .

По таблице 22 можно проследить ситуацию взаимосвязей показателей ЭГ<sub>1</sub> с психическим здоровьем родственников.

**Таблица 22** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>1</sub> в дебюте заболевания

Показатели ЭГ <sub>1</sub> в дебюте заболевания	Психическое здоровье родственников в дебюте заболевания	
	г-Пирсона	р
Ролевое функционирование – RP ЭГ <sub>1</sub>	0,262	$p<0,012$
Интенсивность боли – ВР ЭГ <sub>1</sub>	0,29	$p<0,005$
Социальное функционирование – SF ЭГ <sub>1</sub>	0,278	$p<0,007$
Ролевое состояние – RE ЭГ <sub>1</sub>	0,223	$p<0,033$
Психическое здоровье - МН ЭГ <sub>1</sub>	0,24	$p<0,021$
Индекс Карновского ЭГ <sub>1</sub>	-0,279	$p<0,007$
Гипертоническая болезнь (жалобы) ЭГ <sub>1</sub>	-0,236	$p<0,024$
Копинг на эмоции ЭГ <sub>1</sub>	-0,29	$p<0,005$
Соматизация ЭГ <sub>1</sub>	-0,279	$p<0,007$
Дистресс ЭГ <sub>1</sub>	-0,352	$p<0,001$
Тревога ЭГ <sub>1</sub>	-0,327	$p<0,001$
Депрессия ЭГ <sub>1</sub>	-0,468	$p<0,001$

Примечание – г - коэффициент корреляции; достоверность -  $p<0,05$ .

Положительная корреляционная зависимость выявлена с показателями «Ролевое функционирование» – RP больных -  $r=0,262$ ,  $p<0,012$ ; «Интенсивность боли» – ВР больных -  $r=0,29$ ,  $p<0,005$ ; «Социальное функционирование» – SF больных -  $r=0,278$ ,  $p<0,007$ ; «Ролевое состояние» – RE больных -  $r=0,223$ ,  $p<0,033$ ; «Психическое здоровье» - МН больных -  $r=0,24$ ,  $p<0,021$ .

На фоне заболевания ОНЛЛ, психическая и психоэмоциональная сферы больных подвергаются деструкции (Смулевич А.Б., 2007). Тандем системы взаимоотношений «родственник – больной», чувствуя это, пытается поддерживать друг друга, находить точки понимания, чтобы справиться с ситуацией. Происходит некая скрытая активация человеческих ресурсов, часть родственников становится более чувствительными, у некоторых обостряется восприятие в принятии решений, они становятся более активными, улучшается их продуктивная деятельность. Рассматривается это, как ресурс адаптации человека к сложившейся ситуации.

Обратная связь также выявлена с клиническими показателями, «Индекс Карновского» и «Гипертоническая болезнь (жалобы)» больных ( $r = -0,279, p < 0,007$ ;  $r = -0,236, p < 0,024$ ) - соответственно.

Копинг-стратегия «Ориентация на эмоции» больных представлена в таблице 22 значимым отрицательным показателем с достоверностью  $p < 0,005$ .

На рисунке 11 показана схема взаимосвязей показателя «психического здоровья» родственников с массивом психовегетативных, эмоциональных, поведенческих, клинических и социальных показателей в популяции исследуемой выборки ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub>.



**Рисунок 11** – Корреляционные взаимосвязи показателя «психическое здоровье» родственников с показателями исследуемых ЭГ<sub>2</sub> и ЭГ<sub>1</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>



При возникновении этого разрушительного для сознания факта - гематологического диагноза, наблюдаются психоэмоциональные сдвиги не только у больных, но и у их близких (Костина Н.И., 2016; Николаев Е.Л., 2016; Реверчук И.В., 2008, 2018). Родственник находится в непростой для него ситуации. С одной стороны, отягощенность заболевания витальной угрозой больного, с другой – сами родственники испытывают «шоковое» состояние от воздействия на них внешних и внутренних факторов. Это способствует появлению дистресса, тревоги, депрессии, что приводит к формированию астенического синдрома. Близкие переживают целую палитру эмоций: желание помочь и ощущение беспомощности, боль, страх, надежду и безнадежность одновременно (Гнездилов А.В., 2001). Этот апогей отрицательных эмоций влияет на психоэмоциональную дезорганизацию, что может приводить, в конечном итоге, к дезадаптивным патологическим процессам родственников (Дейнека Н.В., 2016), нарушая их психическое здоровье.

В связи с сопричастностью родственников с проблемой больного (Николаев Е.Л., 2016), родные близко воспринимают любые отклонения в клинике основного заболевания, и изменения в степени тяжести является ярким тому подтверждением. Осложнение в виде гипертонической болезни больного, согласно расчетным данным, является отягощающим фактором с достоверностью  $p < 0,024$ .

Связующим звеном между психической и соматической сферами является аффект, выражающийся, главным образом, в форме тоски и постоянной тревоги, нейровегетативно-эндокринной моторной реакции и характерного чувства страха. Защитные физиологические механизмы не устраняют, а лишь частично уменьшают эти явления. В результате патогенное действие аффекта на организм усиливается (Путилина М.В., 2013). При наличии патопластического перенапряжения, которое не блокируется психологической защитой, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно- морфологические изменения в соматической системе. При этом психический фактор, в данном случае стрессогенный - болезнь близкого человека, выступает как повреждающий (Путилина М.В., 2013).

Для более детального изучения проявления признаков популяции родственников в дебюте заболевания нами был применен количественный метод

выявления достоверности различий с применением t-критерия Стьюдента. В данном исследовании мы сравнивали выборки мужчин и женщин ЭГ<sub>2</sub> по качеству жизни, копинг-стратегиям, психовегетативным показателям и астении.

Копинг – стратегия представлена значимым показателем «Ориентация на эмоции» (Таблица 23).

**Таблица 23** – Достоверность различий копинг-стратегий мужчин и женщин – ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатель ЭГ <sub>2</sub> в дебюте заболевания	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на эмоции	37,2±12,76	44,1±9,69	-2,9	0,005

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m – стандартное отклонение.

При обработке данных получены статистически значимые различия у мужчин и женщин по показателю «Ориентация на эмоции» ( $t = -2,9$ ;  $p = 0,005$ ), причем выраженность по этому фактору у женщин выше (среднее значение 44,1±9,69), чем у мужчин (37,2±12,76).

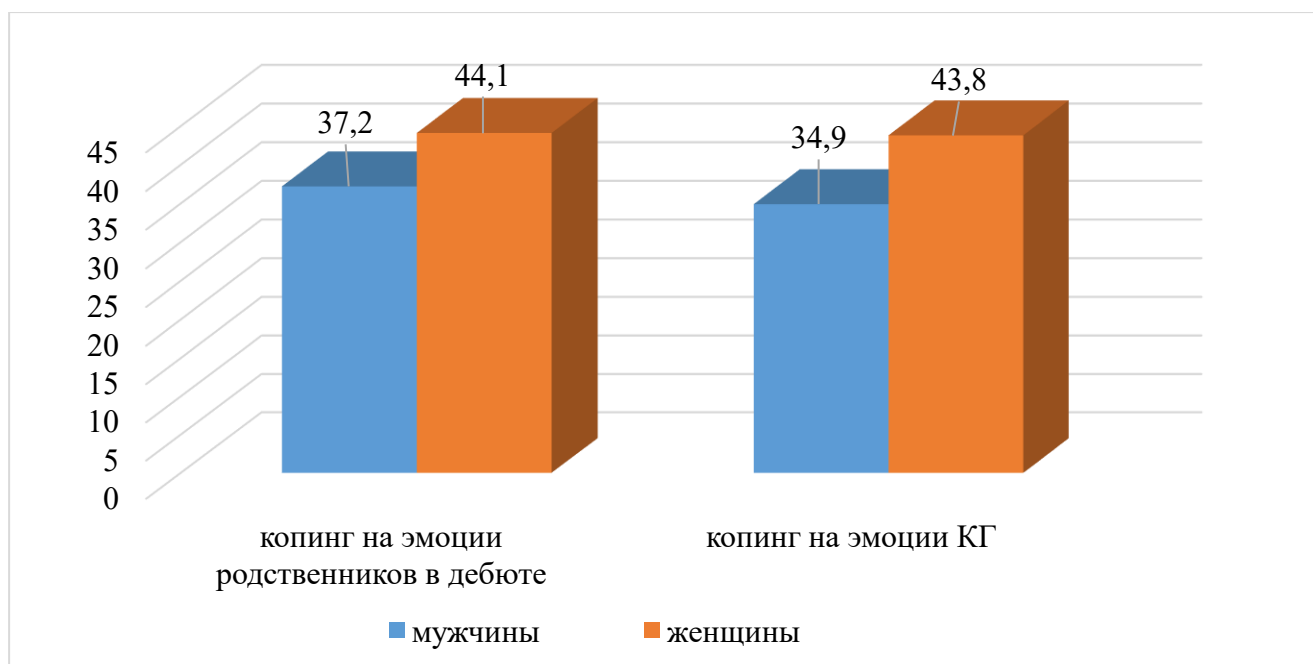
Как следует из данных таблицы 23 и рисунка 12, женщины по копингу «Ориентация на эмоции» более подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ( $p < 0,005$ ). По другим поведенческим копингам достоверности не выявлено.

**Таблица 24** – Достоверность различий копинг-стратегий мужчин и женщин контрольной группы

Показатель КГ	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на эмоции	34,9±8,1	43,8±11,4	-4,14	0,001

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m – стандартное отклонение.

Расчет средних значимых показателей КГ (Таблица 24) и ЭГ<sub>2</sub> по фактору «Эмоции» (Рисунок 12) показал аналогичность распределения данных по гендерному признаку.



**Рисунок 12** – Сравнительные данные средних значимых показателей по фактору «Ориентация на эмоции» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в гендерном аспекте дебюта заболевания ЭГ<sub>1</sub>

При сложных жизненных ситуациях, связанных с тяжелой болезнью близкого человека – онкогематологической патологией, женщины переживают острее. Появляется внутренняя напряженность, беспокойство, растерянность, состояние безнадежности, покорности, где-то злости. Женщины склонны возлагать вину на себя и других, мысленно уходить от проблемы, концентрироваться на эмоциях и их активном выражении. Зачастую, чтобы найти выход из создавшейся ситуации, женщина должна руководствоваться чувствами (Рассказова Е.И., 2013).

Достоверных различий (Таблица 25) копинг-стратегий, качества жизни, психоэмоциональных показателей, астении женщин и мужчин – ЭГ<sub>2</sub> по факторам «Ориентация на решение задачи», «Ориентация на избегание», «Ориентация на отвлечение», «Ориентация на социальное отвлечение», RP, P, RF, GH, VT, SF, RE, MN, MN1, «Соматизация», «Дистресс», «Депрессия», «Общая астения» не выявлено (Таблица 25). Можно говорить лишь о тенденциях, подлежащих дальнейшему исследованию и увеличению числа респондентов в эмпирической выборке.

**Таблица 25** – Достоверность различий копинг-стратегий, качества жизни, психоэмоциональных показателей, астении мужчин и женщин – ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатель ЭГ <sub>2</sub> в дебюте заболевания	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на решение задачи	57,8±6,23	58,6±6,00	-0,56	0,57
Ориентация на избегание	41,4±7,52	42,5±7,44	-0,67	0,5
Ориентация на отвлечение	18,3±5,23	18,2±4,4	0,12	0,9
Ориентация на социальное отвлечение	14,9±3,63	15,2±3,99	-0,43	0,66
Физическое функционирование - PF	86,6±13,1	79,2±21	1,83	0,07
Роловое функционирование - RP	64,4±35,9	63,9±40	0,49	0,96
Интенсивность боли - BP	63,3±26,8	61,2±25,7	0,37	0,7
Общее состояние здоровья - GH	63,0±19,4	63,4±18	-0,11	0,91
Жизненная активность - VT	58,3±24,3	55,9±22,3	0,48	0,62
Социальное функционирование - SF	72,3±24,7	69,7±24,6	0,49	0,62
Роловое функционирование - RE	61,6±36,4	50,2±39,8	1,35	0,18
Психическое здоровье - MH	61,1±22,4	53,2±21,7	1,64	0,1
Психологический компонент - MH1	43,0±12,2	39,7±11,0	1,32	0,18
Соматизация	7,2±6,0	8,0±6,0	-0,66	0,51
Дистресс	9,4±7,63	10,2±5,91	-0,56	0,57
Тревога	2,24±2,92	4,06±3,8	-2,38	0,02
Депрессия	0,9±1,65	0,8±1,51	0,22	0,86
Общая астения	10,9±3,45	11,4±3,59	-0,54	0,58
Пониженная активность	10,6±3,03	9,3±3,14	1,9	0,06
Снижение мотивации	8,6±2,83	8,6±3,01	-0,09	0,92
Физическая астения	10,2±3,5	10,3±3,15	-0,12	0,9
Психическая астения	9,4±3,32	9,3±2,9	0,15	0,87
Общий показатель астении	50,2±13,3	49,5±12,0	0,27	0,78

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m - стандартное отклонение.

### 3.2.2. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте через три месяца течения болезни

На очередном этапе нами выявлены корреляционные взаимосвязи выборки массива данных исследуемых людей с показателем «психическое здоровье» родственников через три месяца течения заболевания (Таблица 26).

**Таблица 26** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>2</sub> и ЭГ<sub>1</sub> через три месяца течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

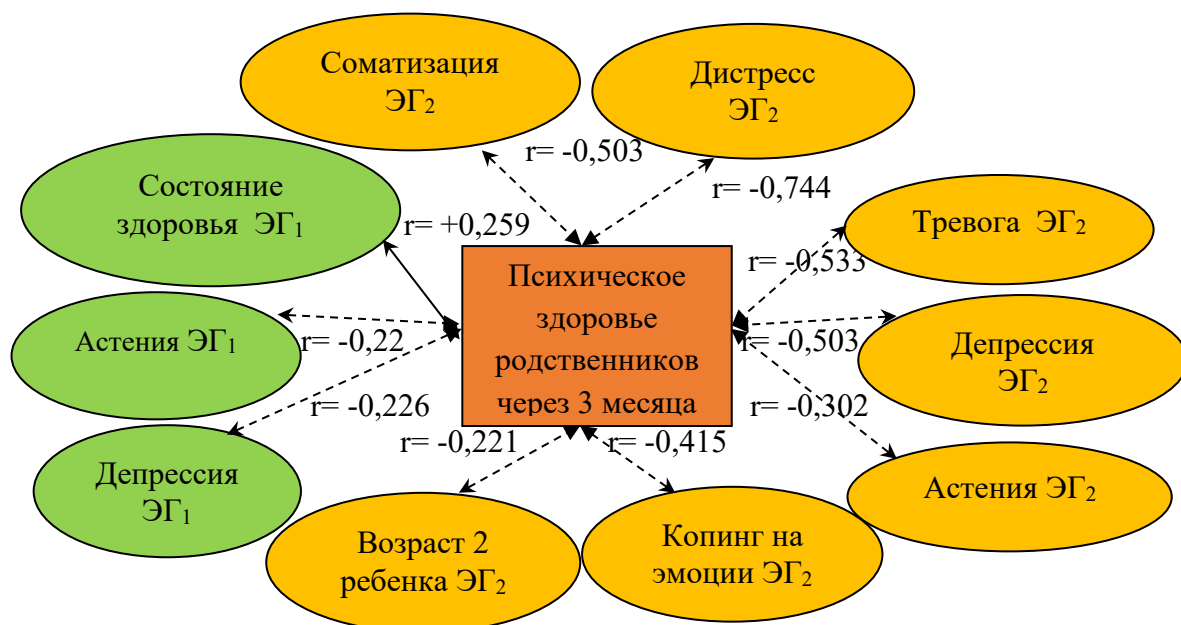
Показатели ЭГ <sub>2</sub> и ЭГ <sub>1</sub> через три месяца течения болезни	Психическое здоровье родственников через три месяца течения болезни	
	г-Пирсона	p
Соматизация ЭГ <sub>2</sub>	-0,503	p<0,001
Дистресс ЭГ <sub>2</sub>	-0,744	p<0,001
Тревога ЭГ <sub>2</sub>	-0,533	p<0,001
Депрессия ЭГ <sub>2</sub>	-0,503	p<0,001
Общий показатель астении ЭГ <sub>2</sub>	-0,302	p<0,001
Копинг на эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-0,415	p<0,001
Возраст 2 ребенка ЭГ <sub>2</sub>	-0,221	p<0,04
Депрессия ЭГ <sub>1</sub>	-0,226	p<0,034
Общая астения ЭГ <sub>1</sub>	-0,22	p<0,039
Общее состояние здоровья ЭГ <sub>1</sub>	0,259	p<0,015

Примечание – г - коэффициент корреляции; достоверность - p<0,05.

На основании проведенной математико-статистической обработки данных, полученных в ходе нашего исследования, мы рассмотрели и проанализировали взаимоотношения между психовегетативными, поведенческими, социальными показателями, астенией людей исследуемой выборки и психическим здоровьем родственников на трех месячном этапе заболевания.

Было обнаружено, что зависимая переменная имела тесную отрицательную корреляционную связь по признакам «соматизация» ( $r=-0,503$ ,  $p<0,001$ ), «дистресс» ( $r=-0,744$ ,  $p<0,001$ ), тревога ( $r=-0,533$ ,  $p<0,001$ ), депрессия ( $r=-0,503$ ,  $p<0,001$ ); показатель астении и копинг-поведения с ориентацией на эмоции родственников имел также обратную зависимость  $r=-0,302$  и  $r=-0,415$ , с достоверностью  $p<0,001$ .

Положительная корреляционная связь наблюдается с «общим состоянием здоровья» - ГН больных с коэффициентом корреляции  $r=0,259$ ,  $p<0,015$ ) и отрицательная - «общей астенией» больных ( $r=-0,22$ ,  $p<0,039$ ) (Рисунок 13).



**Рисунок 13** – Корреляционные взаимосвязи показателя «психическое здоровье» родственников с показателями исследуемых ЭГ<sub>2</sub> и ЭГ<sub>1</sub> через три месяца течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Эмоциональные переживания родственников, связанные с болезнью члена семьи, в максимальной степени выражены в ситуациях: 1) постановки онкологического диагноза; 2) в период первого рецидива; 3) в момент обнаружения метастазов (Твайкросс, Фрамpton, 1992). В работе процесс переживания пролонгирован рядом месяцев. Родственники живут в страхе ожидания возможного рецидива заболевания, который, чаще всего, приводит к летальному исходу онкогематобольного. Следствием этих переживаний нередко становится дистресс и депрессия. Согласно исследованиям, среди родственников онкобольных, вне зависимости от их пола, возраста и национальности, достаточно распространены симптомы клинической депрессии (Rhee et al., 2008). Данный показатель отрицательно коррелирует с длительностью заболевания: низкие показатели депрессии отмечаются в первый год ухода за больным (Akizuki N. et al., 2010). В нашем случае сектор изучения находится в рамках шести месячного исследования, а посему, на данном этапе на нарушения в психическом здоровье

родственников, в большей степени, оказывают показатели дистресса и тревоги. Вместе с тем, как и в дебюте заболевания, мы наблюдаем проявления астенизации родственников, которая прослеживается на всем пути от начала заболевания, что закономерно коррелирует с их психическим здоровьем.

При астении происходит постоянное переключение адаптационно-компенсаторных механизмов (Путилина М.В., 2013). Однако, при чрезмерной (по силе и длительности) их активности появляется высокий риск развития хронических психосоматических заболеваний. В свою очередь, последние оказывают отрицательное воздействие и на структуры самой нервной системы. Под действием различных патологических факторов могут возникать многочисленные "патологические круги" (на молекулярном, субклеточном, тканевом, органном уровнях), которые зачастую утяжеляют течение висцеральных расстройств. Центром тяжести психосоматического страдания всегда оказывается орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида, что проявляется в различных объективных и субъективных симптомах. "Выбор органа" свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих известный повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях (Вейн А.М., 2003; Березина И.Н., 2006). Инициатива в "выборе органа" всегда принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Также, как и в дебюте заболевания, в трех месячный период нами был проведен анализ по гендерному признаку выявления достоверностей различий в массиве изучаемых факторов среди ЭГ<sub>2</sub>.

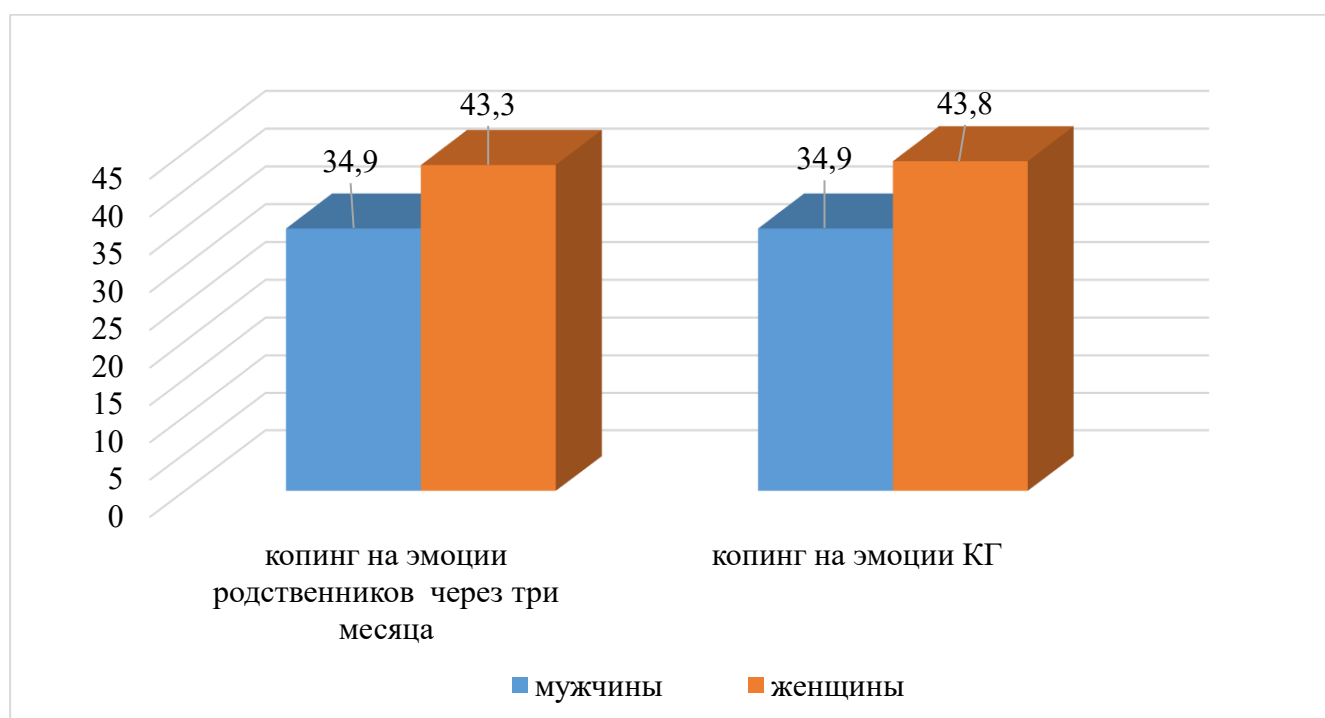
Результаты предложены в таблице 27.

**Таблица 27** – Достоверность различий копинг-стратегий мужчин и женщин – ЭГ<sub>2</sub> через три месяца течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Показатель ЭГ <sub>2</sub> через три месяца течения болезни	Средние значения М±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на эмоции	34,9±12,11	43,3±9,22	-3,6	0,001

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ ; M – среднее значение; m - стандартное отклонение.

Как показывают полученные данные, общее самочувствие обследованных нами родственников характеризуются защитной стратегией – «Ориентация на эмоции» со статистически значимыми различиями мужчин и женщин по данному фактору ( $t = -3,6$ ;  $p < 0,001$ ). Доминирование эмоционально-ориентировочного копинга, по-прежнему, наблюдается у женщин (среднее значение -  $43,3 \pm 9,22$ ), у мужчин показатель ниже и составляет -  $34,9 \pm 12,11$ . Средние значения стратегий поведения по гендерному признаку КГ (мужчины -  $43,3 \pm 8,1$ ; женщины -  $43,8 \pm 11,4$ ) сопоставимы с экспериментальной группой родственников (Рисунок 14).



**Рисунок 14** – Сравнительные данные средних значимых показателей по фактору «Эмоции» родственников онкогематобольных через три месяца заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Исходя из табличных данных, женщины, находясь в ситуации экзистенциального напряжения, где триггером является близкий человек - больной



онкогематологическим заболеванием, в большей степени, чем мужчины используют эмоционально-ориентировочный стиль совладания. Данный копинг помогает женщине уберечь свою психику от неблагоприятного воздействия стресса, поскольку продуктивной составляющей данного стиля выступает возможность эмоциональной разрядки, интраперсональной атрибуции ответственности за происходящее и контроля за будущим (беспокойство о последствиях), что повышает ресурс психологического преодоления (Тенн О.Р., 2010; Путилина М.В., 2013), так необходимый женщине для дальнейшей борьбы в этой трудной жизненной ситуации (Рисунок 14).

Достоверных различий (Таблица 28) по другим копинг-стратегиям, качеству жизни, психоэмоциональным показателям, астении женщин и мужчин – ЭГ<sub>2</sub> по факторам «Ориентация на решение задачи», «Ориентация на избегание», «Отвлечение», «Социальное отвлечение», RP, P, RF, GH, VT, SF, RE, MH, MH1, «Соматизация», «Дистресс», «Тревога», «Депрессия», «Общая астения» через три месяца течения заболевания не выявлено.

**Таблица 28** – Достоверность различий копинг-стратегий, качества жизни, психоэмоциональных показателей, астении мужчин и женщин – родственников через три месяца течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатель ЭГ <sub>2</sub> через три месяца течения болезни	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на решение задачи	55,8±10,0	58,8±9,0	-1,41	0,16
Ориентация на избегание	38,7±8,91	41,4±7,3	-1,56	0,12
Ориентация на отвлечение	14,7±4,1	16,2±4,22	-1,62	0,1
Ориентация на социальное отвлечение	13,7±3,23	14,6±3,6	-1,17	0,24
Физическое функционирование- PF	86±18,0	81,8±21,0	0,98	0,36
Роловое функционирование - RP	61,6±41,3	71,1±39,9	-1,04	0,3
Интенсивность боли - BP	65,0±22,5	65,6±22,8	-0,13	0,89
Общее состояние здоровья - GH	62±19,6	61,5±18,6	0,1	0,9
Жизненная активность - VT	63±20,5	68,2±19,5	0,73	0,46
Социальное функционирование - SF	71,2±30,4	74,3±24,7	-0,5	0,6
Роловое функционирование - RE	69,8±36,5	68,2±37,2	0,19	0,85
Психическое здоровье - MH	66,2±19,6	57,3±20,2	1,97	0,051

## Продолжение таблицы 28

Показатель ЭГ <sub>2</sub> через три месяца течения болезни	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Психологический компонент - МН1	45,9±10,9	43,5±10,5	1,04	0,3
Соматизация	6,1±5,7	7,4±5,6	-1,01	0,31
Дистресс	5,7±6,3	8±6,38	-1,66	0,1
Тревога	1,5±3,29	2,8±3,51	-1,7	0,09
Депрессия	0,7±1,45	0,9±1,47	-0,44	0,65
Общая астения	10,1±3,84	10,2±3,65	-0,14	0,88
Сниженная активность	9,7±3,2	8,7±3,65	1,27	0,2
Пониженная мотивация	8,1±3,3	8,0±2,94	0,21	0,83
Физическая астения	9,1±3,39	9,5±3,65	-0,56	0,57
Психическая астения	8,3±3,35	8,4±3,3	-0,24	0,8
Общий показатель астении	45,3±13,9	46,0±15,1	-0,21	0,83

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ ; M – среднее значение; m – стандартное отклонение.

### 3.2.3. Взаимосвязь психического здоровья родственников онкогематобольных с биопсихосоциальными показателями респондентов исследуемой выборки в гендерном аспекте через шесть месяцев течения болезни

В данном разделе приводятся результаты исследования взаимосвязей выборки обеих экспериментальных групп с психическим здоровьем родственников, анализ полученных данных и их обсуждение. Данные по группам приведены в таблицах 29, 30.

**Таблица 29** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>2</sub> через шесть месяцев течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатели ЭГ <sub>2</sub> через шесть месяцев течения болезни	Психическое здоровье ЭГ <sub>2</sub> через шесть месяцев течения болезни	
	r-Пирсона	p
Соматизация ЭГ <sub>2</sub>	-0,476	$p < 0,001$
Дистресс ЭГ <sub>2</sub>	-0,696	$p < 0,001$
Тревога ЭГ <sub>2</sub>	-0,499	$p < 0,001$
Депрессия ЭГ <sub>2</sub>	-0,286	$p < 0,016$
Общий показатель астении ЭГ <sub>2</sub>	-0,258	$p < 0,031$
Копинг на эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-0,340	$p < 0,004$
Возраст 1 ребенка ЭГ <sub>2</sub>	-0,277	$p < 0,021$

Примечание – r - коэффициент корреляции; достоверность -  $p < 0,05$ .

В ЭГ<sub>2</sub> корреляционные связи позволяют отметить ровность и однородность отрицательных значений по психовегетативным показателям. В таблице 29 коэффициент корреляции представлен переменными «Соматизация» родственников  $r=-0,476$ , «Дистресс» родственников  $r=-0,696$ , «Тревога» родственников  $r=-0,499$  с достоверностью -  $p<0,001$ . Показатель «Депрессия» родственников также имеет отрицательную связь с зависимой переменной «Психическое здоровье» родственников ( $r=-0,286$ ,  $p<0,016$ ); копинг-стратегия на эмоции и «Общий показатель астении» родственников - ( $r=-0,340$ ,  $p<0,004$  и  $r=-0,258$ ,  $p<0,031$ ) – соответственно (Рисунок 15).



**Рисунок 15** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>2</sub> через шесть месяцев течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

В данном случае корреляционные связи представлены переменными качества жизни, психоэмоциональными, поведенческими, социальными, клиническими показателями выборки ЭГ<sub>1</sub>. Как видно из таблицы 30, получены статистически значимые отрицательные взаимосвязи переменной «психическое здоровье» родственников с показателями «Образование» больных  $r=-0,294$ ,  $p<0,013$ , «Гипертоническая болезнь (жалобы)» больных  $r=-0,301$ ,  $p<0,011$ , «Гастрит (анамнез)» больных  $r=-0,267$ ,  $p<0,026$ , копинг «Ориентация на эмоции» больных  $r=-0,320$ ,  $p<0,007$  и показатели «Общий показатель астении» больных, «Тревога» больных ( $r=-0,525$ ,  $p<0,001$  и  $r=-0,245$ ,  $p<0,041$ ) – соответственно. Переменная

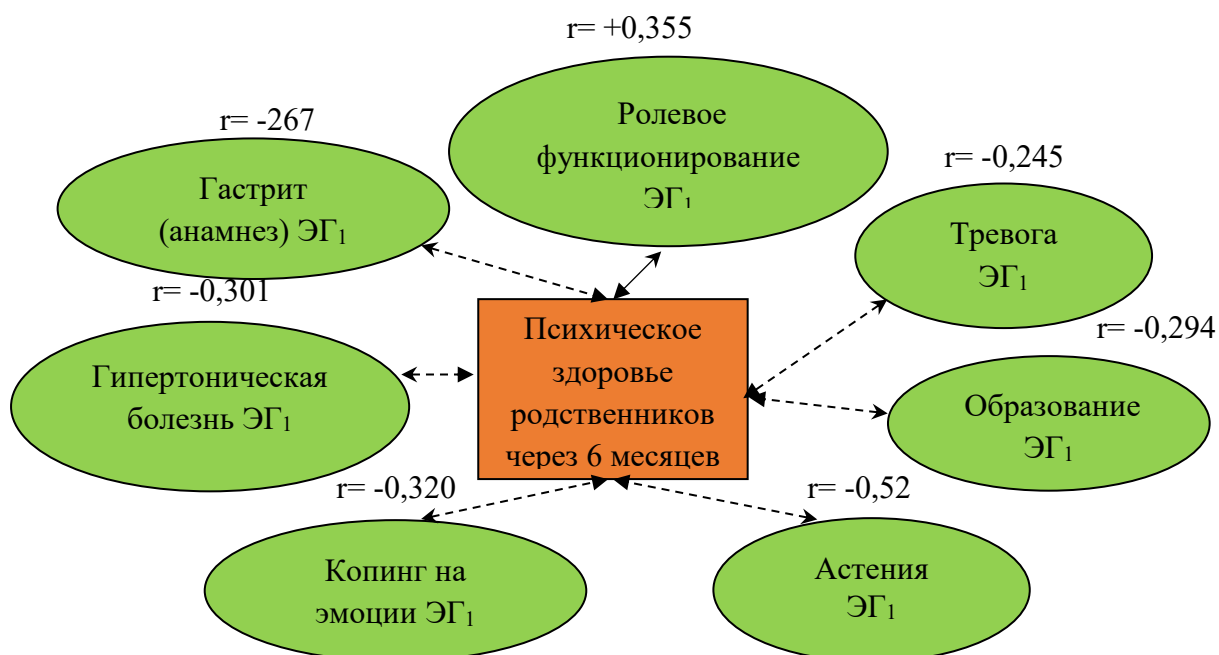
«Ролевое функционирование» больных имела положительную связь  $r=+0,355$  с достоверностью  $p<0,003$ .

**Таблица 30** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>1</sub> через шесть месяцев течения болезни ЭГ<sub>1</sub>

Показатели ЭГ <sub>1</sub> через шесть месяцев течения болезни	Психическое здоровье родственников через шесть месяцев течения болезни	
	r-Пирсона	p
Тревога ЭГ <sub>1</sub>	-0,245	p<0,041
Общий показатель астении ЭГ <sub>1</sub>	-0,525	p<0,001
Копинг на эмоции ЭГ <sub>1</sub>	-0,320	p<0,007
Ролевое функционирование – RP ЭГ <sub>1</sub>	0,355	p<0,003
Образование ЭГ <sub>1</sub>	-0,294	p<0,013
Гипертоническая болезнь (жалобы) ЭГ <sub>1</sub>	-0,301	p<0,011
Гастрит (анамнез) ЭГ <sub>1</sub>	-0,267	p<0,026

Примечание – r - коэффициент корреляции; достоверность -  $p<0,05$ .

Практически все выше перечисленные показатели, как внешние, так и внутренние, кроме показателя «Ролевое функционирование» больных, к шестимесячному периоду отрицательно влияют на уровень психического здоровья исследуемой группы респондентов (Рисунок 16).



**Рисунок 16** – Взаимосвязь показателя «психическое здоровье» родственников с показателями ЭГ<sub>1</sub> через шесть месяцев течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

На данном этапе грозное заболевание отошло на задний план, у пациента наблюдается клинико-гематологическая ремиссия. Не важно, что на фоне проведенного химиотерапевтического лечения у больного могут обостриться хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, которые, так или иначе, негативно отражаются на психическом здоровье родственников. Важно другое - пациент полон сил и готовность к сопротивлению болезни «окрыляет» близких, повышая их жизненный потенциал.

На шестимесячном этапе протекания заболевания у проблемной группы людей, несмотря на их относительное благополучие, прослеживаются состояния постоянной тревоги, эмоционального напряжения, которые способны повысить уровень психической травматизации личности. Подобная ситуация влияет на внутреннее состояние человека, предельное по масштабу душевных затрат, которое необходимо для сохранения целостности и идентичности личности (Бочаров В.В., 2010).

В рамках концепции В.Н. Мясищева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью на когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом уровнях (Мясищев В.Н., 1998). Когнитивный компонент включает представления и знания о болезни, исходя из которых, больной оценивает свое заболевание. Эмоциональный компонент отношения к болезни чаще всего характеризуется отрицательными эмоциями и тесно связан, как с соматическим состоянием, так и когнитивным компонентом. От мотивационно-поведенческого компонента зависит то, как больной сможет строить свою жизнь с учетом изменений, обусловленных заболеванием (Вагайцева М.В., 2018).

Реакция горя характерная для переживания болезни на протяжении всего этого времени, приносит изменения в межличностное общение. Это значит, что тревоге и дистрессу подвергаются не только больные, но и семья пациента, его самые близкие люди. Отношение к диагнозу позволяет пациентам и его ближайшему окружению - родственникам проживать этот этап в ситуации

гематологического заболевания, влияя на психическое здоровье родственников, снижая его качественную основу.

Далее, на шестимесячном этапе для подтверждения психологической значимости информации у ЭГ<sub>2</sub>, мы рассчитали статистические критерии достоверности различий, показывающие вероятность перекрытия доверительных интервалов, в которые могут попадать переменные в сопоставимых выборках. Нами были рассмотрены достоверности различий между мужчинами и женщинами на данном этапе течения болезни (Таблица 31).

**Таблица 31** – Достоверность различий копинг-стратегий, психовегетативных показателей, астении мужчин и женщин – ЭГ<sub>2</sub> через шесть месяцев течения болезни

Показатель ЭГ <sub>2</sub> через шесть месяцев течения болезни	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на эмоции	33,5±11,03	40,5±8,7	-2,9	0,005
Ориентация на отвлечение	14,8±4,96	18,8±6,64	-3,8	0,001
Дистресс	5,1±5,48	8,3±5,81	-2,2	0,032
Психическая астения	6,4±2,18	7,8±2,5	-2,2	0,028

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ , M – среднее значение; m - стандартное отклонение.

Выявлены статистически значимые различия мужчин и женщин – родственников (Таблица 31) по показателям «Дистресс», «Психическая астения» ( $t = -2,2$ ;  $p < 0,05$ ). В том и в другом случае выраженность признака у женщин выше (среднее значение –  $8,3 \pm 5,81$ ;  $7,8 \pm 2,5$  - соответственно), чем у мужчин -  $5,1 \pm 5,48$ ;  $6,4 \pm 2,18$  (Рисунок 17)

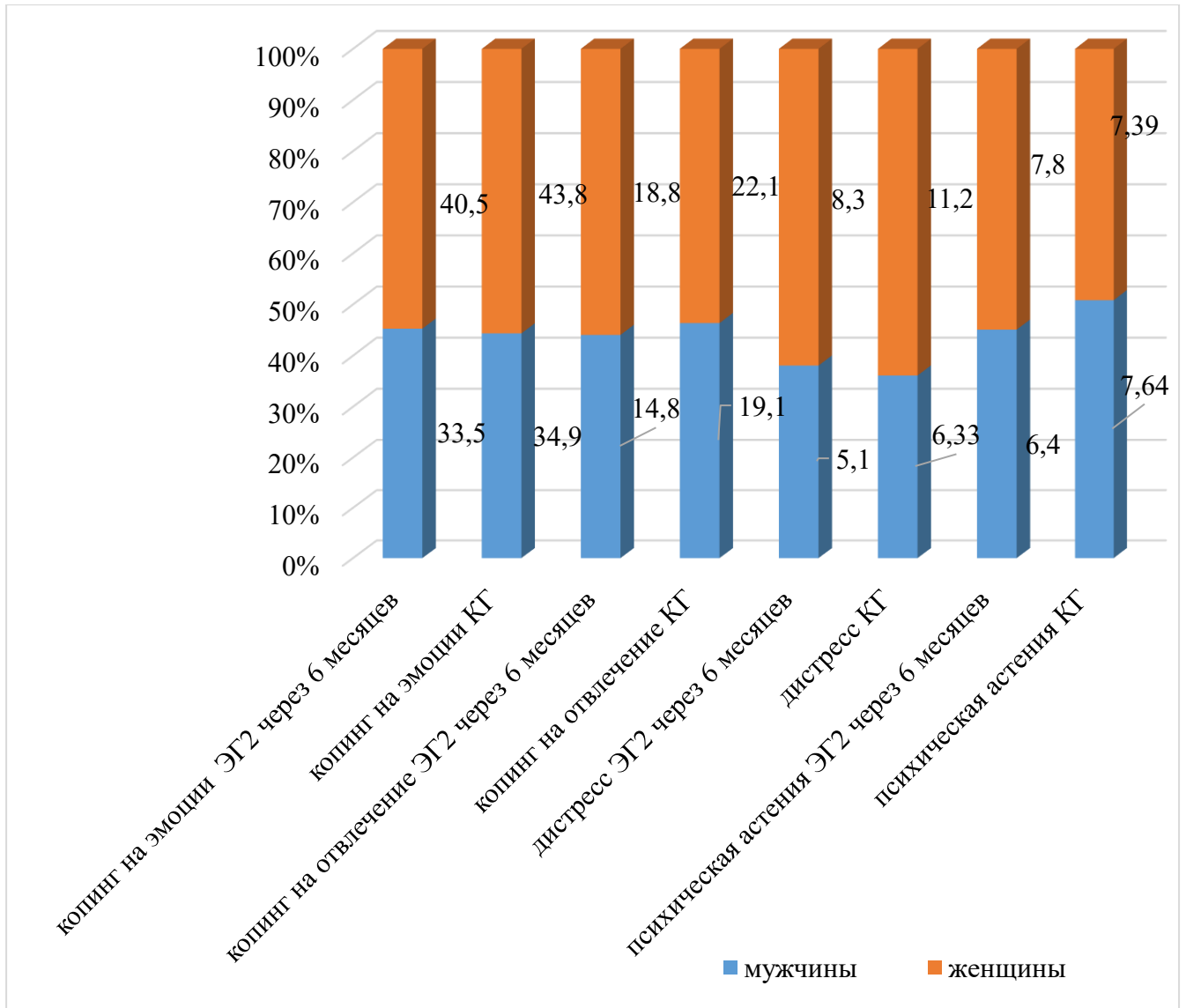
Женщины, к шестимесячному периоду, достаточно устав от ожиданий, сначала хорошего прогноза заболевания, затем развития возможного рецидива болезни, страха смерти любимого близкого человека, постоянно находятся в состоянии душевного напряжения, фрустрации. Мужчины несколько иначе воспринимают действительность. Они в меньшей степени, чем женщины, подвержены эмоциональным переживаниям, легче могут переключаться на второстепенные события. Тем не менее, достаточно длительный промежуток времени ухода за больным, находит свое отражение в появлении астенического

синдрома, причем с доминированием у женской части экспериментальной выборки родственников.

Согласно расчетным данным, получены статистически значимые различия у мужчин и женщин по показателям «Ориентация на эмоции» ( $t=-2,9$ ;  $p=0,005$ ). Выраженность копинга «Эмоции» у женщин выше (среднее значение  $40,5\pm 8,7$ ), чем у мужчин -  $33,5\pm 11,03$ . Аналогичная ситуация прослеживается и с эмоционально-поведенческим копингом по показателю «Ориентация на отвлечение». В том и в другом случае мужчины менее подвержены этим стратегиям поведения, средние цифры у мужчин -  $14,8\pm 4,96$  и женщин -  $18,8\pm 6,64$  с достоверностью  $p < 0,01$ .

Если на двух первоначальных этапах в обеих выборках прослеживался эмоционально-ориентировочный копинг, то с течением времени, в шестимесячном периоде, мужская и женская популяция родственников прибегала еще и к стратегии на отвлечение - мужчины в менее активном выражении (Рисунок 17).

Эти стратегии поведения, очевидно, связаны с когнитивными усилиями, направленными на уход от проблемы, желанием уменьшить их значимость, что связано с тяжестью испытываемых ими переживаний. Невозможность избавиться от источника данных проблем, коим является больной родственник, приводит к желанию отстраниться от них. Это затрудняет или делает невозможным применение проблемно-ориентировочного копинга. Наиболее эффективной стратегией для совладания с переживанием подобного рода становится эмоционально-поведенческая стратегия дистанцирование (Крюкова Т.Л., 2015; Николаев Е.Л., 2016). Способность изменять трудную ситуацию, не быть ее «пленником» чрезвычайно важна, так как это способствует повышению качественной составляющей человека действовать в неординарных, кризисных обстоятельствах. В общем регуляция и укрепление совладающего поведения происходят благодаря способности человека к обучению, навыкам совладания (Крюкова Т.Л., 2008), что, в нашем случае соотносится с регуляцией поведения исследуемой выборки родственников онкогематологических больных.

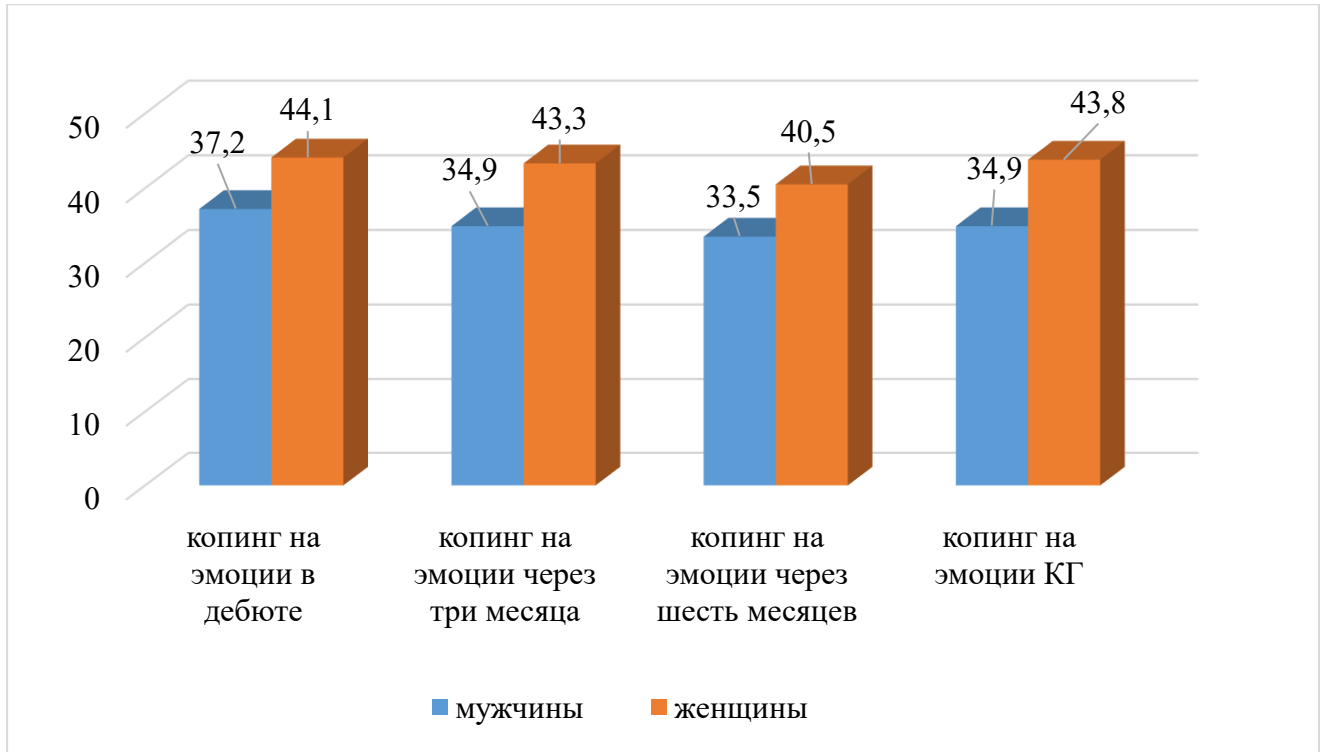


**Рисунок 17** – Сравнительные данные средних значимых показателей по факторам «Эмоции», «Отвлечение», «Дистресс», «Психическая астения» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в гендерном аспекте через шесть месяцев заболевания ЭГ<sub>1</sub>

На рисунке 18 выделены сравнительные данные средних значимых показателей по фактору «Эмоции» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в гендерном аспекте: в дебюте, через три и через шесть месяцев заболевания ЭГ<sub>1</sub>. Наблюдается снижение показателей по фактору «Ориентация на эмоции» у мужчин и женщин на протяжении всего периода исследования. Эмоциональная лабильность женщины, прослеживаемая на всех этапах течения болезни родственника, позволяет поддерживать свой психоэмоциональный потенциал на уровне комфортном для «выживания» в трудной жизненной ситуации (Рисунок 18). Также мы можем предположить, что для части родственников онкогематобольных, одним из ресурсов, повышающих



адаптационные возможности последних является копинг-поведение «Ориентация на эмоции», причем степень выраженности этого фактора, очевидно, зависит от уровня соматического благополучия больного родственника, на каком этапе заболевания он находится, есть ли у него клинико-гематологическая ремиссия, состояние улучшения либо рецидив.



**Рисунок 18** – Сравнительные данные средних значимых показателей по фактору «Эмоции» ЭГ<sub>2</sub> и КГ в гендерном аспекте: в дебюте, через три и через шесть месяцев заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Достоверность различий по другим копинг-стратегиям, качеству жизни, психоэмоциональным показателям, астении женщин и мужчин – ЭГ<sub>2</sub> по факторам «Ориентация на решение задачи», «Ориентация на избегание», «Ориентация на социальное отвлечение», «RP», «P», «RF», «GH», «VT», «SF», «RE», «MH», «MH1», «Соматизация», «Депрессия», «Общая астения» через шесть месяцев течения заболевания не выявлено (Таблица 32).

**Таблица 32** – Достоверность различий копинг-стратегий, качества жизни, психоэмоциональных показателей, астении мужчин и женщин – ЭГ<sub>2</sub> через шесть месяцев течения заболевания ЭГ<sub>1</sub>

Показатель ЭГ <sub>2</sub> через шесть месяцев течения болезни	Средние значения M±m		Достоверность различий	
	мужчины	женщины	T	p
Ориентация на решение задачи	57,3±9,67	56,9±8,07	0,2	0,84
Ориентация на избегание	35,7±8,66	41,3±7,69	-2,7	0,08
Ориентация на социальное отвлечение	13,5±3,61	15,0±4,16	-1,4	0,15
Физическое функционирование- PF	83,7±21,6	82,0±18,7	0,33	0,73
Ролевое функционирование-RP	63,5±43,6	70,6±36,2	-0,72	0,47
Интенсивность боли-ВР	75,0±20,0	65,0±22,9	1,8	0,07
Общее состояние здоровья-ГН	64,6±18,9	60,4±16,3	0,95	0,34
Жизненная активность - VT	63,5±19,8	59,6±18,5	0,8	0,42
Социальное функционирование - SF	82,3±16,4	74,4±21,7	1,54	0,12
Ролевое функционирование -RE	74,8±37,1	68,7±40,6	0,6	0,53
Психическое здоровье -МН	48,8±17,6	45,6±18,3	1,2	0,24
Психологический компонент МН1	70,3±9,4	64,9±10,1	1,3	0,19
Соматизация	5,6±5,3	7,6±6,1	-1,3	0,17
Тревога	0,87±1,48	2,45±2,44	-2,89	0,005
Депрессия	5,1±1,02	8,3±0,93	0,0	1,0
Общая астения	8,7±2,8	8,6±2,9	0,13	0,89
Сниженная активность	8,1±2,77	8,5±2,07	-0,64	0,52
Пониженная мотивация	7,1±2,38	7,8±2,08	-1,23	0,22
Физическая астения	8,2±3,16	8,3±2,84	-0,15	0,87
Общий показатель астении	38,6±10,6	41,4±10,3	-1,03	0,3

Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность –  $p < 0,05$ ; M – среднее значение; m – стандартное отклонение.

Результаты исследований данного параграфа выявили:

- снижение показателей по фактору «Ориентация на эмоции» у мужчин и женщин на протяжении всего периода исследования;
- женщины-родственники в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины. Эмоциональная лабильность женщин, прослеживаемая в течение первых шести месяцев заболевания, позволяет

поддерживать свой психоэмоциональный потенциал на уровне комфортном для «выживания» в трудной жизненной ситуации<sup>4</sup>;

- для части родственников онкогематологических больных, одним из ресурсов, повышающих адаптационные возможности к шестому месяцу болезни, является стратегия на отвлечение - мужчины в менее активном выражении. Эти стратегии поведения, очевидно, связаны с когнитивными усилиями, направленными на уход от проблемы, желанием уменьшить их значимость, что связано с тяжестью испытываемых ими переживаний;

- другие исследуемые, в ситуации такого стресса, используют копинг-поведение «Ориентация на эмоции», причем степень выраженности этого фактора, зависит от уровня соматического благополучия больного родственника, на каком этапе заболевания он находится, есть ли у него клиничко-гематологическая ремиссия, состояние улучшения либо рецидив.

### **3.3. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в разные периоды течения болезни**

Данный раздел посвящен исследованию и анализу предикторов клинически значимых нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в разные периоды - в дебюте, через три и шесть месяцев течения болезни. С этой целью был проведен регрессионный анализ методом пошагового включения всех независимых переменных. Исследовали влияние показателей копинг - стратегий стресс - совладающего поведения, психоэмоционального состояния, качества жизни, уровня астенизации, социальных показателей ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> на психологический компонент психического здоровья родственников. Выборка исследована лонгитюдно.

---

<sup>4</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.

### 3.3.1. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в дебюте заболевания

В исследовательской работе на первом этапе для определения детерминантов клинически значимых нарушений психического здоровья ближайшего окружения онкогематологических больных в качестве зависимых переменных рассматривались показатели «психологический компонент здоровья» и «дистресс» родственников.

Исследовали влияние показателей копинг - стратегий стресс - совладающего поведения, психоэмоционального состояния, качества жизни, уровня астенизации, социальных показателей ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> на показатель (МН1) родственников онкогематологических больных в дебюте заболевания.

В рамках регрессионной модели анализировали массив переменных показателей тестов ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания. В уравнении множественной регрессии, где зависимой переменной (ЗП) служил показатель «психологический компонент психического здоровья» (Mental Health1; МН1) родственников больных, был определен ряд независимых переменных (НЗП) - предикторов с статистически значимыми коэффициентами: «Дистресс» ( $t = -4,798$ ,  $p < 0,001$ ), «Общая астения» ( $t = -3,474$ ,  $p < 0,001$ ), «Ориентация на отвлечение» ( $t = 3,11$ ,  $p < 0,003$ ) и «Ориентация на эмоции» ( $t = -2,145$ ,  $p < 0,038$ ) (F-статистика = 25,66; уровень достоверности модели  $p = 0,001$ ). Рассматриваемые предикторы объясняют 56% ( $R^2 = 0,56$ ) дисперсии переменной «психологический компонент психического здоровья» ближайшего окружения родственников больных. В модели независимая переменная «Дистресс» родственников вносит наибольший вклад в прогноз зависимой переменной ( $\beta = -0,433$ ). Результаты представлены в таблице 33.

**Таблица 33** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков родственников (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников онкогематологических больных в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>2</sub>		Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
			Константа	B	β	t	p			
МН1	1	Дистресс	55,7	-0,759	-0,433	-4,798	0,001	0,54	25,66	0,001
	2	Общая астения		-0,874	-0,269	-3,474	0,001			
	3	На отвлечение		0,564	0,231	3,11	0,003			
	4	На эмоции		-0,19	-0,186	-2,145	0,038			

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; B - нестандартный коэффициент; β - коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Уравнение множественной линейной регрессии имеет вид:

*МН1 (родственники / дебют заболевания) = 55,78 - 0,759\*(дистресс родственников) - 0,874\*(общая астения родственников) + 0,564\*(ориентация на отвлечение родственников) - 0,19\*(ориентация на эмоции родственников), (R<sup>2</sup>=0,56).*

Выявленные предикторы характеризуют состояние психического здоровья родственников онкогематологических больных, ухудшение которого, связано с нарастанием уровня дистресса и сопутствующей астенизацией в дебюте заболевания больного. В эмпирической модели присутствуют переменные, указывающие на поведенческий механизм (копинг-поведение «ориентация на отвлечение» и «ориентация на эмоции»), с помощью которых, родственники больных пытаются справиться с ситуацией.

Результаты работы подтверждают описанное исследователями психоэмоциональное взаимовлияние больных и родственников, приводящее к близкому характеру восприятия событий (Фромм, Э., 1990; Пузырев Л.А., 2012), (Таблица 34).

**Таблица 34** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков онкогематологических больных (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
МН1	1 Дистресс	46,34	- 0,598	-0,352	-3,57	0,001	0,124	12,75	0,001

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Регрессионная модель психического здоровья «Психологической компоненты здоровья» (F=12,752 при p<0,001) и регрессионный коэффициент предиктора «Дистресс» больных (t = -3,571 при p<0,001) являются статистически значимыми. При этом 12% дисперсии переменной «Психологический компонент здоровья» родственников онкогематологических объясняется влиянием данного предиктора.

Ближайшее окружение родственников больных, как и сами больные, находясь в состоянии дистресса, оценивают информацию сходным образом, что представлено в регрессионном уравнении, где предиктором показателя «психологический компонент психического здоровья» является состояние дистресса больных:

*МН1 (родственники/ дебют заболевания) = 46,341 - 0,598 \* (дистресс больных), (R<sup>2</sup>=0,12).*

Исходя из расчетных данных, нарушения психического здоровья родственников зависят от состояния больного. Проявляется в виде стрессогенного фактора в роли серьезного и опасного заболевания. По нашим данным коэффициент β= -0,352, p<0,001 отрицательно влияет на зависимую переменную. На этом этапе больной является триггером, одним из ключевых моментов воздействия на психическое здоровье ближайшего окружения – родственников (Костина Н.И., 2016).

Благодаря полученным экспериментальным данным и их интерпретации, на втором этапе нашего исследования было предположено, что именно дистресс является интегральной характеристикой, определяющей состояние адаптации родственников (латентной переменной, медиатором действия других факторов), посредством которой другие показатели влияют на нарушения в психическом здоровье родственников. Поэтому в регрессионной модели показатель дистресса родственников определялся через структуру НЗП в соответствии с периодом заболевания.

Регрессионная модель ( $F=21,9$ ;  $p=0,001$ ) и все регрессионные коэффициенты («Копинг-стратегия - ориентация на эмоции» родственников:  $t=3,21$ ,  $p=0,001$ ; «Соматизация» больных:  $t=3,08$ ,  $p=0,001$ ; «Индекс Карновского» (ЕСОГ; ВОЗ) больных:  $t=-3,09$ ,  $p=0,003$ ); «физическая астения»:  $t=3,97$ ,  $p=0,001$ ) являются статистически значимыми. 56% дисперсии зависимой переменной «дистресс родственников онкогематологических больных в дебюте заболевания» объясняется влиянием указанных предикторов. Предикторы «копинг-стратегия - ориентация на эмоции», «соматизация» родственников вносят наибольший вклад в прогноз зависимой переменной ( $\beta = -0,26$  и  $\beta = 0,255$  - соответственно) (Таблица 35).

**Таблица 35** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных больных и их родственников (зависимая переменная «дистресс родственников онкогематологических больных в дебюте заболевания» ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	$\beta$	t	p			
Дистресс	На эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-14,57	0,15	0,26	3,21	0,001	0,56	21,98	0,001
	Соматизация ЭГ <sub>1</sub>		0,26	0,25	3,08	0,001			
	Индекс Карновского ЭГ <sub>1</sub>		2,88	0,25	3,09	0,003			
	Физическая астения ЭГ <sub>2</sub>		0,62	0,31	3,97	0,001			

Примечание – B-нестандартный коэффициент;  $\beta$ - коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $p < 0,05$ ; F-критерий Фишера.

Уравнение множественной линейной регрессии имеет вид:

*Дистресс (родственники/ дебют заболевания) = -14,57 + 0,15 \* (ориентация на эмоции родственников) + 0,26 \* (соматизация больных) + 2,88\* (индекс Карновского) + 0,62 \* (физическая астения родственников); (R<sup>2</sup>=0,56).*

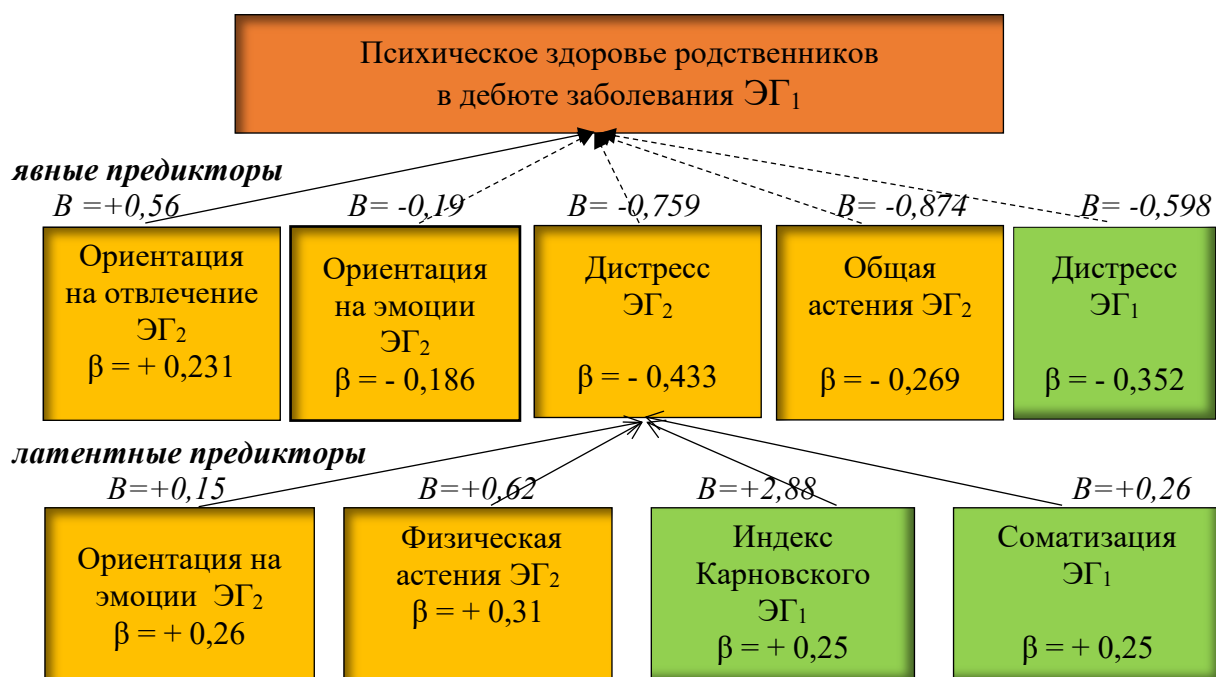
Человек, попадая в трудную жизненную ситуацию родственника больного гематологическим заболеванием, оценивая ситуацию, пытается анализировать происходящее, использует когнитивные звенья восприятия. Очевидно, что, психическое состояние родственников больных меняется в худшую сторону, если информация о тяжести состояния, исходе болезни носит неопределенный характер. Граничные с жизнью состояния больного – это большая и серьезная проблема для окружающих, разрешением которой является состояние дистресса.

Копинг - механизмы, нацеленные на отвлечение и эмоции больного, пытаются нивелировать это состояние, поддержать аффективное равновесие (Billings A.G., 1984; Гнездилов А.В., 2001). В конечном итоге, на данном этапе заболевания, они направлены на снижение эмоционального напряжения родственника.

В литературных источниках имеются наблюдения о наличии тяжелых эмоциональных переживаний тревожно-депрессивного спектра у близких родственников. Наблюдаемые феномены проявлений дистресса сводятся к страхам собственной смерти, обиды на судьбу, чувства несправедливости («почему я?», «хочу принять ситуацию, но не могу», «за что это мне?»), что может приводить к общей астенизации ближайшего окружения и расстройствам адаптации (Родина Л.А., Орлова Т.В., 2004; Саймонтон К., Саймонтон С., 2015; Kornetov N., Prudnikova Y., Kornetov A., 2002; Akizuki N., 2010; Yankovskaya A.E., Kornetov A.N., П'inskikh N.N., Obukhovskaya V.B., 2017). Феноменология дезадаптации родственников больных в начале заболевания острым миелобластным лейкозом подтверждаются анализом данных нашего эмпирического исследования.

На рисунке 19 отражена схема влияния явных и латентных предикторов нарушений психического здоровья родственников в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub>





**Рисунок 19** – Схема влияния явных и латентных предикторов нарушений психического здоровья родственников в дебюте заболевания ЭГ<sub>1</sub> ( $\beta$  – коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $B$  – нестандартный коэффициент)

### 3.3.2. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных через три месяца течения болезни

Далее в лонгитюдном исследовании в рамках решения очередной задачи выявлено, что на психическое здоровье родственников в периоде трех месяцев достоверно ( $t=+2,49$ ;  $p<0,05$ ) влияет только один показатель «Общее состояние здоровья больных» (GH; тест SF-36), однако с очень низкой детерминацией ( $R^2=0,07$ ; коэффициент множественной корреляции  $R=0,27$ ). Показатель GH больных обладает предикторными свойствами ( $\beta=0,259$ ,  $p<0,05$ ) в отношении показателя «психологический компонент психического здоровья» родственников, что указывает на феномен идентификации - восприятия проблемы заболевания близкого человека как своей собственной и прохождение тех же стадий психологического дистресса, что и сам больной. Состояние здоровья больного отражается на состоянии здоровья родных (Гнездилов А.В., 2001; Костина Н.И.,

2016), что прослеживается в нашем исследовании динамики психической дезадаптации онкогематологических больных и их родственников (Таблица 36).

**Таблица 36** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков онкогематобольных (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников больных через три месяца заболевания ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
МН1	GH	35,71	0,153	0,259	2,49	0,015	0,067	6,197	0,015

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; GH – общее состояние здоровья; B-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Уравнение множественной линейной регрессии выглядит следующим образом:

$$МН1 (\text{родственников}) = 35,712 + 0,153*(GH \text{ больных}), (R^2=0,07).$$

Для описания итоговой модели клинически значимых нарушений психического здоровья родственников через три месяца течения болезни был проведен множественный регрессионный анализ с применением психологических показателей ЭГ<sub>2</sub>. Зависимой переменной также являлся «Психологический компонент здоровья» родственников.

Регрессионная модель состояния психического здоровья родственников «МН1» (F=61,227 при p<0,001) и регрессионные коэффициенты предикторов «Дистресс» родственников, «Физическая астения» родственников (t = -10,03 и t = -2,758 при p<0,01) являются статистически значимыми. При этом 59% дисперсии переменной «Психологический компонент здоровья» родственников онкогематобольных объясняется влиянием данных предикторов.

Результаты представлены в таблице 37.

**Таблица 37** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков родственников (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников онкогематобольных через три месяца заболевания ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
МН1	Дистресс	58,434	-1,179	-0,708	-10,03	0,001	0,59	61,227	0,001
	Физическая астения		-0,586	-0,195	-2,758	0,007			

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Изучаемый показатель «Психологический компонент психического здоровья» родственников онкогематологических больных спустя три месяца от начала заболевания в модели параметров, характеризующих нарушение адаптации, принимает вид:

*МН1 (родственники/через 3 месяца болезни) = 58,434 – 1,179 \* (дистресс родственников) - 0,586\* (физическая астения родственников); (R<sup>2</sup>=0,59).*

Обращает внимание, что в модели регрессии, судя по коэффициентам при НЗП, влияние дистресса и астении на нарушение психического здоровья родственников усиливается после трехмесячного периода течения болезни «значимого родственника». Можно предположить, что в этот период развития родственники не только не в состоянии принять ситуацию, но склонны ее все больше драматизировать. В расстройстве адаптации родственников онкогематобольных собственное стрессовое состояние сопровождается упадком физических сил в возможности оказания помощи больному члену семьи.

Определен вклад изучаемых показателей нарушений психического здоровья в структуре латентных переменных показателя «Дистресс» у ЭГ<sub>2</sub> через три месяца течения болезни (Таблица 38).

**Таблица 38** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных больных и их родственников (зависимая переменная «Дистресс» родственников онкогематобольных через три месяца заболевания» ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
Дистресс три месяца	Ориентация на эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-5,525	0,316	0,54	5,95	0,001	0,29	35,46	0,001

Примечание – В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Регрессионный β-коэффициент по модели «Дистресс» родственников (β= 0,54 при p<0,001) показывает, что показатель «Ориентация на эмоции» родственников оказывает значимое положительное влияние на переменную «Дистресс» с достоверностью p<0,001.

Уравнение множественной линейной регрессии имеет вид:

*Дистресс (родственники / 3 месяца болезни) = -5,525 + 0,316 \* (ориентация на эмоции родственников); (R<sup>2</sup>=0,29).*

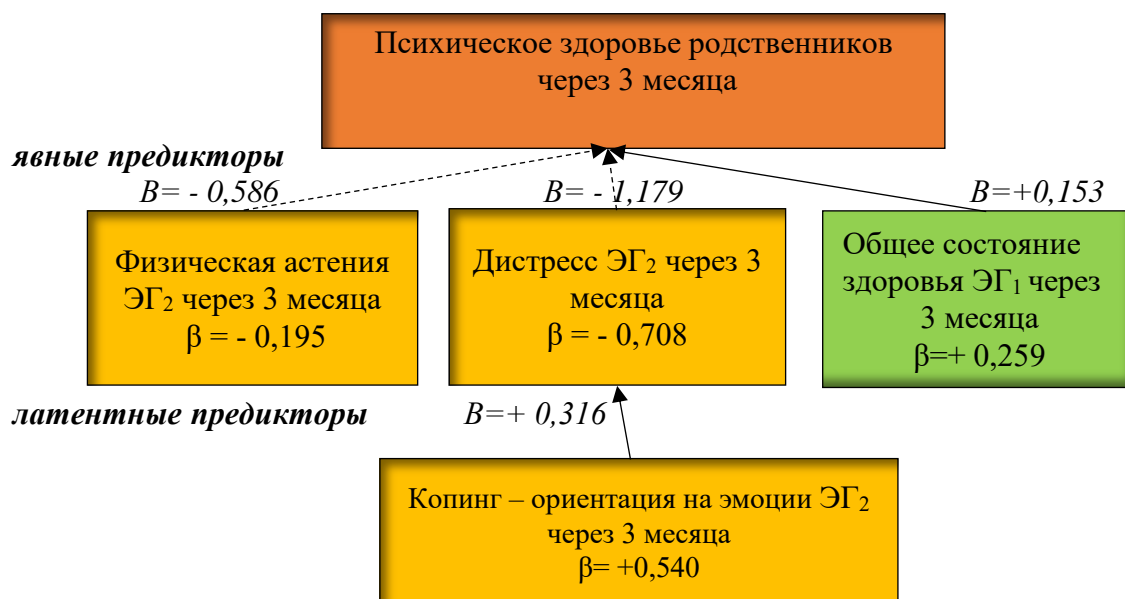
Мы видим положительное влияние копинга «Ориентация на эмоции» на зависимую переменную «Дистресс» ЭГ<sub>2</sub>. Доля этого влияния составляет 29%.

Немаловажным фактором эмоционального переживания у родственников онкогематобольных является поддержание эмоционального потенциала с ощущением собственного физического и эмоционального истощения, что может приводить к неким страхам по поводу собственного ухудшения здоровья и беспокойству о том, что в критический момент у них не будет возможности должным образом оказать помощь близкому человеку (Carter P.A., 2002; Белинская Е.П., 2015).

На этом этапе динамики психического состояния родственников происходит психологически латентная психическая истощаемость родственников. Ресурсы черпаются из внутренних резервов, подкрепляющих функции эмоций. Благодаря копинг-стратегии «Ориентация на эмоции», родные пытаются

справиться с ситуацией, адаптироваться к ней. И чем лучше себя чувствует больной, тем ярче проявляется саногенное влияние позитивных эмоций на психическое здоровье близких родных.

На рисунке 20 представлена схема влияния явных и латентных предикторов на зависимую переменную психическое здоровье ЭГ<sub>2</sub> через три месяца течения болезни ЭГ<sub>1</sub>.



**Рисунок 20** – Схема влияния явных и латентных предикторов нарушений психического здоровья родственников через три месяца течения заболевания ( $\beta$  – коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $B$  – нестандартный коэффициент)

### 3.3.3. Предикторы клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных через шесть месяцев течения болезни

В период через шесть месяцев от начала гематологического заболевания, ведущими детерминантами клинически значимых нарушений психического здоровья и протрагированных расстройств адаптации родственников онкогематологических больных явились выраженность астенизации больного, его ролевое функционирование и собственное состояние дистресса (Таблицы 39, 40).

**Таблица 39** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков онкогематобольных (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников больных через шесть месяцев заболевания ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
МН1	Общий показатель астении		-0,45	-0,47	-4,74	0,001	0,34	17,66	0,001
	Ролевое функционирование	62,88	0,06	0,26	2,67	0,01			

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

Регрессионная модель нарушений психического здоровья «психологической компоненты здоровья» (F=17,666 при p<0,001) и регрессионные коэффициенты предикторов «Общий показатель астении» больных и «Ролевое функционирование» больных (t = -4,74 при p<0,001 и t = 2,67 при p<0,01) являются статистически значимыми. При этом 34% дисперсии переменной «Психологический компонент здоровья» родственников онкогематобольных объясняется влиянием данных предикторов.

Уравнение множественной линейной регрессии выглядит следующим образом:

*МН1 (родственники / 6 месяцев заболевания) = 62,884 - 0,450 \* (общий показатель астении больных) + 0,064\*(ролевое функционирование больных); (R<sup>2</sup>=0,34).*

**Таблица 40** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных психологических признаков родственников (зависимая переменная «психологический компонент здоровья» родственников онкогематологических больных через шесть месяцев заболевания)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
МН1	Дистресс	55,275	-1,182	-0,696	-7,999	0,001	0,48	63,984	0,001

Примечание – «МН1» - психологический компонент здоровья; B-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

В результате просчета регрессионной модели «МН1», (F=63,984, p<0,001) и ее регрессионного коэффициента «Дистресс» родственников t = -7,999, при p<0,001 выяснилось, что по данной позиции влияние предиктора объясняет ситуацию на 48%, и может быть использована для формирования итоговой модели.

Выведено уравнение множественной линейной регрессии:

*МН1 (родственники / 6 месяцев заболевания) = 55,275 – 1,182 \* (дистресс родственников); (R<sup>2</sup>=0,48).*

По данным исследования показатель «Дистресс» родственников на 48% влияет на их же психическое здоровье с коэффициентом регрессии β= -0,696.

Показательно, что во всех временных интервалах, как в дебюте заболевания, так и спустя три и шесть месяцев, наибольшее влияние на нарушение психического здоровья родственников (но не самих больных) оказывало состояние дистресса. Этот результат нацеливает на необходимость разработки персонифицированных реабилитационных программ психокоррекции и психотерапии родственников онкогематологических больных.

На этапе в шесть месяцев в результате проведенного регрессионного анализа с массивом психовегетативных показателей ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> ведущими латентными переменными являлись показатели «Копинг - ориентация на эмоции» родственников, «Общий показатель астении» и состояние дистресса больных. Результаты представлены в таблице 41

**Таблица 41** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения независимых переменных больных и их родственников (зависимая переменная «Дистресс родственников онкогематобольных больных через шесть месяцев заболевания» ЭГ<sub>1</sub>)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
Дистресс	Ориентация на эмоции ЭГ <sub>2</sub>	-10,87	0,227	0,389	4,024	0,001	0,42	16,16	0,001
	Общий показатель астении ЭГ <sub>1</sub>		0,189	0,339	3,581	0,001			
	Дистресс ЭГ <sub>1</sub>		0,231	0,245	2,522	0,014			

Примечание – В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

В сформированную итоговую модель вошел показатель «Дистресс» родственников, где в качестве регрессионных коэффициентов предикторов выступили переменные исследуемой выборки людей: «Ориентация на эмоции» родственников, «Общий показатель астении» родственников, «Дистресс» больных (t = 4,024 при p<0,001; t = 3,581 при p<0,001 и t = 2,522 при p<0,014) - соответственно. В данном случае рассматриваемые предикторы на 42 % объясняют влияние на исследуемую дисперсию «Дистресс» ЭГ<sub>2</sub>.

Исходя из этого, выведено уравнение множественной линейной регрессии:

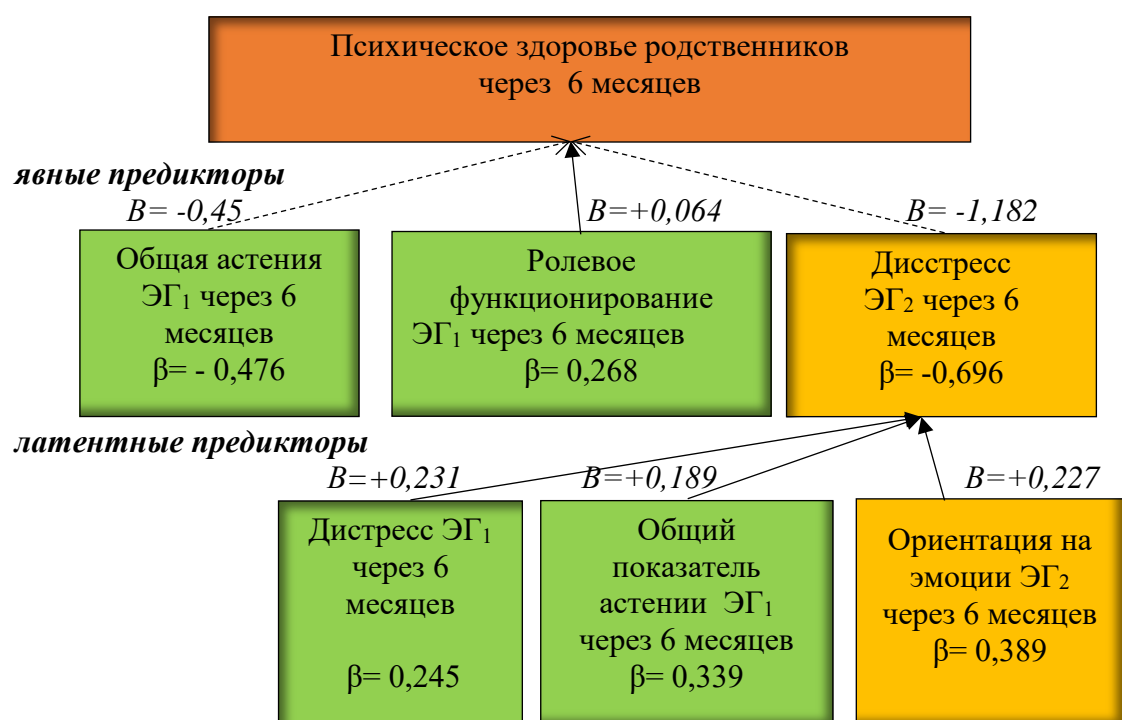
*Дистресс (родственники через 6 месяцев) = -10,877 + 0,227 \* (ориентация на эмоции родственников) + 0,189 \* (общий показатель астении больных) + 0,231 \* (дистресс больных); (R<sup>2</sup>=0,42).*

Так, на результирующую нашей модели, оказывают влияние психовегетативная сфера, поведенческие признаки родственников, качество жизни больных и их психоэмоциональная сфера. Еще Oberst и James (1985) заметили, что «учиться жить, боля раком, не просто. Но, возможно, еще сложнее жить рядом с человеком, страдающим от этой болезни» (Пособие для врачей, 2008). Диагноз «Острый лейкоз» вызывает реакцию стресса: не только пациенты, но и члены их семей переживают страх, отрицание, тревогу, испытывают дистресс и горе по



поводу возможной потери (Rhee Y.S., 2008). Подобные реакции сопровождаются коммуникативными проблемами. Больные пытаются, как-то «выжить» в этой сложной для них ситуации, хотят общаться, слушать и быть понятыми окружающими. Зачастую, это общение приводит к негативным эмоциям, направленными на тех, кто оказывается рядом, и после разрешения сложной ситуации с использованием копинга «ориентация на эмоции», остается чувство разочарования, неудовлетворенности и усталости.

На рисунке 21 отражена схема влияния явных и латентных предикторов нарушений психического здоровья родственников через шесть месяцев течения болезни ЭГ<sub>1</sub>



**Рисунок 21** – Влияние явных и латентных предикторов нарушений психического здоровья родственников через шесть месяцев течения болезни ЭГ<sub>1</sub> ( $\beta$  – коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $B$  – нестандартный коэффициент)

С.Г. Гостищева и Т.Н. Разуваева отмечают: «В ситуации постоянного или переменного эмоционального напряжения возможности и силы противостоять стрессу истощаются, возникает дистресс, фрустрации. Это является предпосылками к развитию депрессивных расстройств и аддикций в поведении»

(Гостищева С.Г., 2012). Психологическая дезадаптация и тяжесть состояния пациентов неблагоприятно сказывается и на качестве жизни родственников. Все это приводит к эмоциональному истощению, как больных, так и их ближайшего окружения, деструктивным моментом которого является астенический синдром.

### **3.4. Предикторы динамики клинически значимых показателей нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в разные периоды течения болезни**

На очередном этапе лонгитюдного исследования приняло участие 70 родственников онкогематобольных, близкие которых, находились на лечении в течение шестимесячного периода. Были использованы массивы данных в отношении показателя «Общая динамика», определенных как разница в показателях психического здоровья в период с дебюта заболевания до шести месяцев течения болезни; «Динамика 3-6 месяцев» - разница в период с трех до шести месяцев течения болезни.

#### **3.4.1. Предикторы показателя «Общая динамика» родственников онкогематобольных**

Для детальной оценки показателя «Общая динамика» - ( $\Delta P$ ) ЭГ<sub>2</sub>, обозначенные респонденты были подвергнуты делению на группы. Таким образом, в первую группу вошли родственники с положительной динамикой (n=51), показатели нарушений психического здоровья распределялись в пределах средних значений или увеличивались, вторая группа – «Группа риска» - с отрицательной и отсутствием положительной динамики (n=19). Результаты достоверности различий представлены в таблица 42.

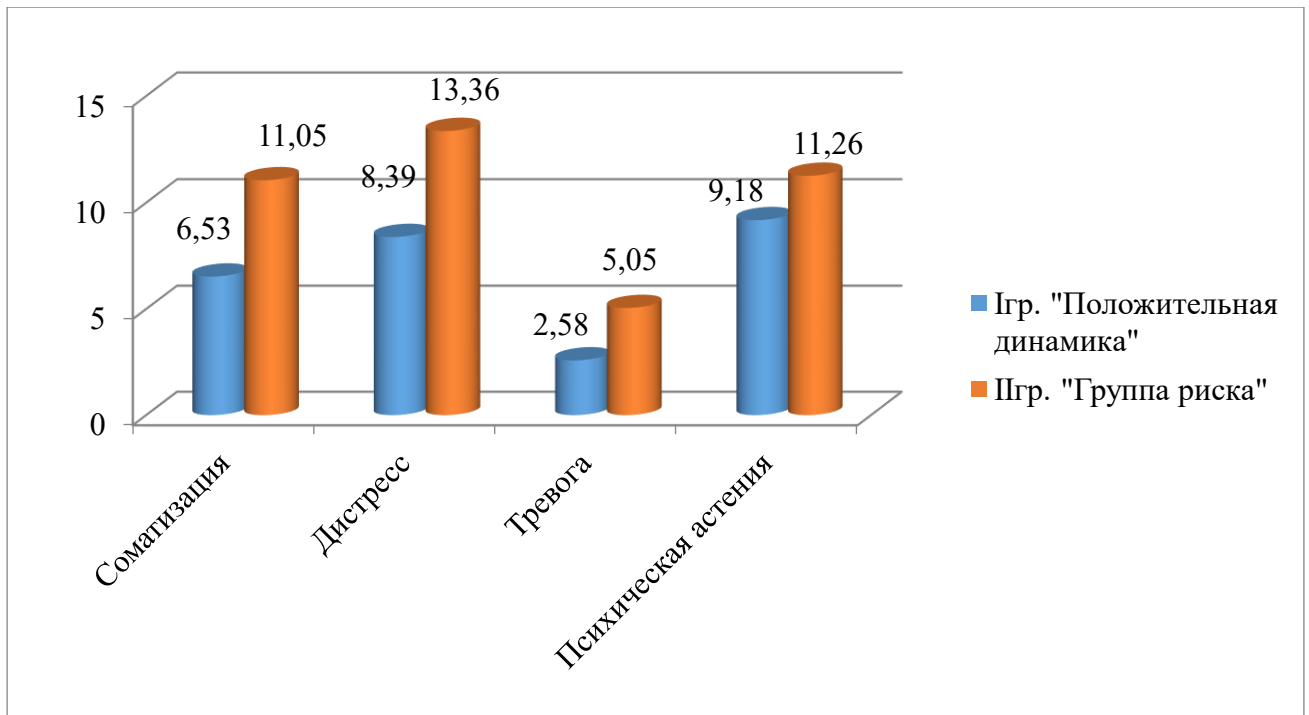
**Таблица 42** – Достоверность различий клинико-физиологических, психоэмоциональных, социальных показателей I и II групп родственников

Показатели	Среднее значение I группы	Среднее значение II группы	Достоверность различий		Критерий Ливиня	
			T	p	F	p
Соматизация	6,53±0,79	11,05±1,57	-2,80	0,007	3,30	0,074
Дистресс	8,39±0,75	13,36±1,8	-3,02	0,004	3,92	0,052
Тревога	2,58±0,43	5,05±0,96	-2,63	0,009	2,16	0,146
Психическая астения	9,18±0,38	11,26±0,79	-2,63	0,01	0,59	0,443
Общее здоровье	64,8±2,54	53,94±4,37	2,19	0,03	0,02	0,886

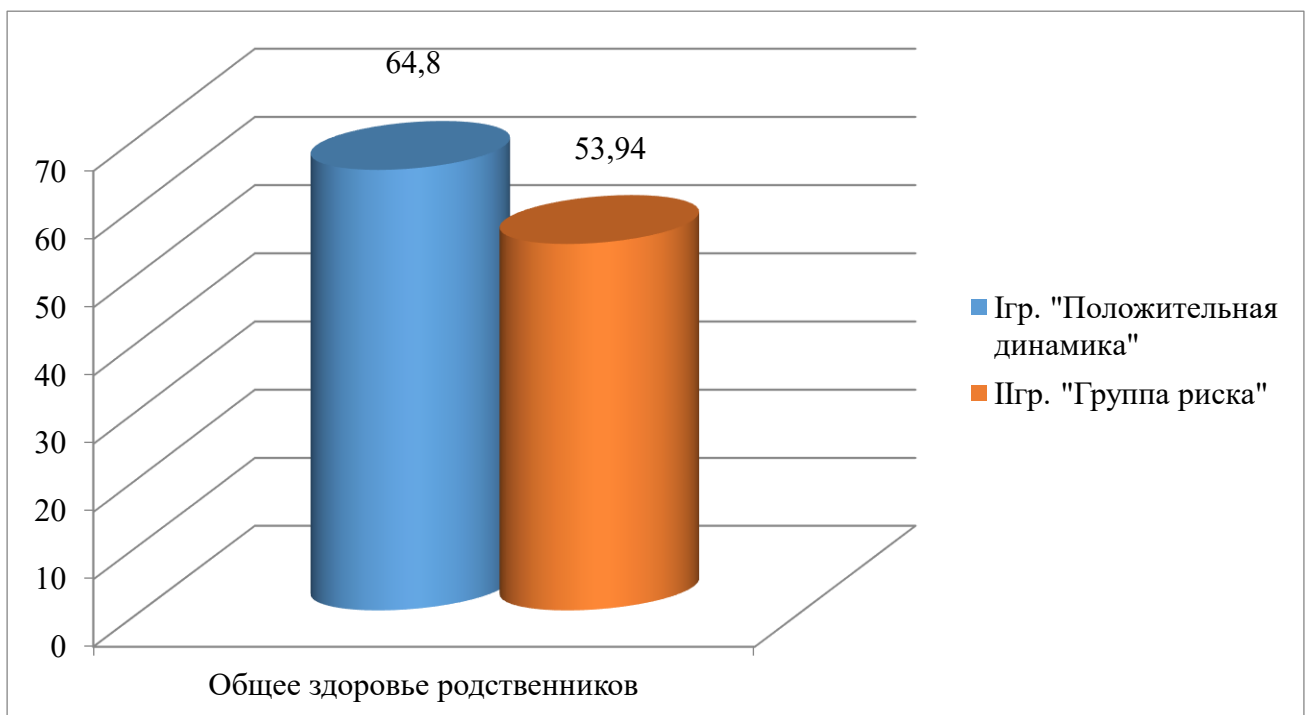
Примечание – T - коэффициент Стьюдента; достоверность -  $p < 0,05$ .

Были выявлены статистически значимые различия по показателям «Общее здоровье» родственников в группах I и II ( $T = 2,19$ ,  $p = 0,03$ ). Средний показатель «Общее здоровье» родственников у первой группы выше ( $64,8 \pm 2,54$ ), чем в группе II ( $53,94 \pm 4,37$ ); по показателю «Соматизация» родственников ( $T = -2,807$ ,  $p < 0,01$ ) в «Группе риска» выше ( $11,05 \pm 1,57$ ), чем в группе с положительной динамикой ( $6,53 \pm 0,79$ ). При рассмотрении двух других психовегетативных переменных «Дистресс» и «Тревога» родственников мы видим аналогичную «картину», как и с показателем «Соматизация». Средние значения по II группе выше ( $13,36 \pm 1,8$  и  $5,05 \pm 0,96$  при  $p < 0,01$ ), чем в I ( $8,39 \pm 0,75$  и  $2,58 \pm 0,43$  при  $p < 0,01$ ) соответственно. Переменная «Психическая астения» родных также показала превалирование средних показателей «Группы риска» ( $11,26 \pm 0,79$ ) над группой с положительной динамикой показателей родственников ( $9,18 \pm 0,38$ ) при  $T = -2,632$ ,  $p = 0,01$ .

Данные представлены на рисунках 22, 23.



**Рисунок 22** – Сравнительные данные показателей «Соматизация», «Дистресс», «Тревога», «Психическая астения» родственников между I и II группами



**Рисунок 23** – Сравнительные данные показателей «Общее здоровье» родственников между I и II группами

Средние значения по показателю «Общее здоровье» родственников в нашем исследовании преобладают в I группе. По этой информации мы можем предположить, что у данной группы людей будет положительная динамика по этим

показателям с достоверностью  $p < 0,01$ . Средние значения II группы по показателям «Соматизация», «Дистресс», «Тревога», «Психическая астения» достоверно  $p < 0,01$  выше, чем у I группы. Исходя из этих данных, мы можем спрогнозировать, что родственники, относящиеся к «Группе риска», в большей степени, подвержены психоэмоциональной дезадаптации. Этот контингент особенно нуждается в наблюдении и контроле со стороны психологов и психотерапевтов. По другим исследуемым показателям достоверности не выявлено.

Дальнейшее исследование предполагало проведение множественного регрессионного анализа с массивом данных ЭГ<sub>1</sub> и ЭГ<sub>2</sub> в дебюте заболевания, где в качестве зависимой переменной служил показатель «Общая динамика» (Таблица 43).

**Таблица 43** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения всех независимых переменных больных и родственников (зависимая переменная «Общая динамика» родственников онкогематологических больных)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
Общая динамика	Психическая астения ЭГ <sub>2</sub>	4,054	-0,096	-0,299	-2,582	0,012	0,089	6,66	0,012

Примечание – B-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $p < 0,05$ ; F-критерий Фишера.

Модель множественной регрессии ( $F = 6,66$ ;  $p = 0,012$ ) и коэффициент при НЗП показателя «психическая астения» родственников ( $t = -2,58$ ,  $p = 0,012$ ) являются статистически значимыми. Однако, лишь 8,9% ( $R^2 = 0,089$ , множественный коэффициент корреляции  $R = 0,298$ ) дисперсии переменной показателя «Общая динамика» объясняется влиянием данного предиктора. Определили предполагаемые латентные переменные, входящие в структуру показателя «психическая астения», не вошедшие в основное уравнение «Общая динамика». Соответствующие уравнения множественной линейной регрессии:

«Общая динамика» (родственники больных/ период заболевания 6 месяцев) =  $4,054 - 0,096*(\text{психическая астения родственников})$  ( $R^2=0,089$ ).

Показатель «Психическая астения» является интегральным и включает латентные переменные, приведенные в таблице 44.

**Таблица 44** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения всех независимых переменных больных и родственников (зависимая переменная «Психическая астения» родственников онкогематологических больных)

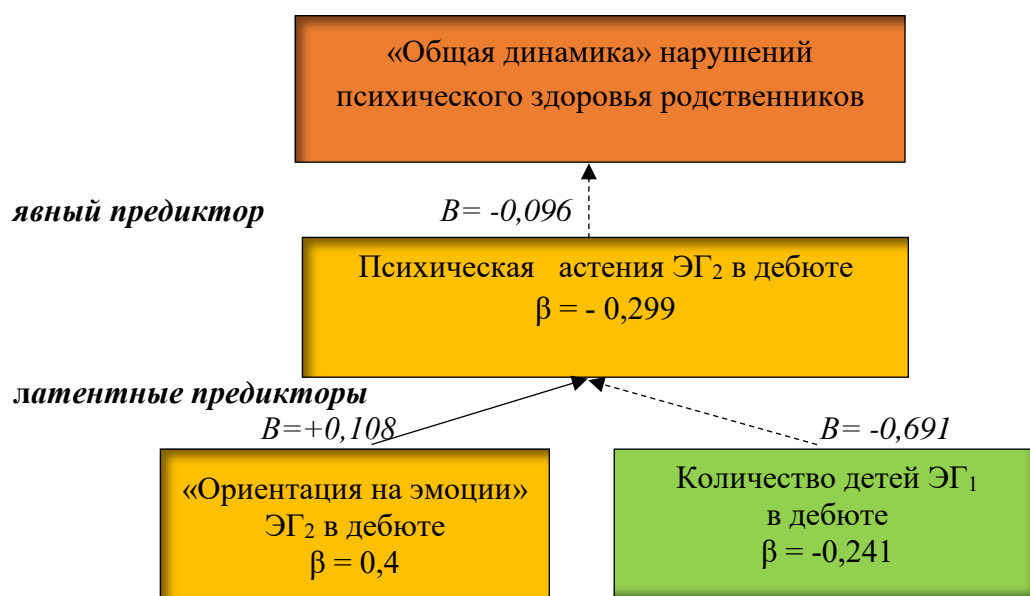
Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub>	Коэффициенты регрессии					R <sup>2</sup>	F	p
		Константа	B	β	t	p			
Психическая астения ЭГ <sub>2</sub> в дебюте	Ориентация на эмоции ЭГ <sub>2</sub>		0,108	0,400	4,275	0,001	0,24	13,7	0,001
	Количество детей ЭГ <sub>1</sub>	5,896	-0,691	-0,241	-2,577	0,012			

Примечание – B-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $p<0,05$ ; F-критерий Фишера.

Регрессионные β - коэффициенты по модели «Психическая астения» родственников ( $\beta = 0,40$  при  $p<0,001$  и  $\beta = -0,241$  при  $p<0,05$ ) показывают, что показатели «Ориентация на эмоции» родственников и «Количество детей» больных оказывают значимое влияние на переменную «Психическая астения» с достоверностью  $p<0,001$ . При этом 24% дисперсии переменной «Психическая астения» ЭГ<sub>2</sub> объясняется влиянием данных предикторов.

Согласно этому предложено уравнение множественной линейной регрессии:  
 «Психическая астения» (родственники/ период заболевания 6 месяцев) =  $5,896 + 0,108*(\text{ориентация на эмоции родственников}) - 0,691*(\text{количество детей больных})$  ( $R^2=0,24$ ).

Влияние явных и латентных предикторов на показатель «Общая динамика» родственников онкогематологических больных представлено на рисунке 24.



**Рисунок 24** – Влияние явных и латентных предикторов на показатель «Общая динамика» родственников онкогематологических больных ( $\beta$  – коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $B$  – нестандартный коэффициент)

Стресс-совладающая стратегия поведения родных «ориентация на эмоции» несет в себе деструктивную составляющую. Чем больше человек переживает ситуацию, и более зависим от нее, тем больше она сопровождается эмоционально-поведенческими реакциями различного характера и степени выраженности. Для снижения агрессивности и раздражительности родственникам онкогематологических больных необходимо найти социально приемлемый способ катарсического конструктивного выражения негативных чувств и эмоций.

### 3.4.2. Предикторы показателя «Динамика 3-6 месяцев» родственников онкогематобольных

На данном этапе мы исследовали динамику психического здоровья родственников в три и шесть месяцев течения заболевания («ΔР 3-6 месяцев»). Для этого были использованы массивы данных в отношении показателя «психическое здоровье», определенных как разница в показателях психического здоровья в период с трех до шести месяцев течения болезни. Затем переменную «Динамика 3-

6 месяцев» подвергли множественному регрессионному анализу, для выявления детерминант этого фактора (Таблица 45).

**Таблица 45** – Результаты множественного регрессионного анализа методом пошагового включения всех независимых переменных больных и родственников (зависимая переменная «Динамика 3-6 месяцев» родственников онкогематологических больных)

Зависимая переменная ЭГ <sub>2</sub>	Предиктор (ЭГ <sub>1</sub> и ЭГ <sub>2</sub> )	Коэффициенты регрессии				R <sup>2</sup>	F	p	
		Константа	B	β	t				p
Динамика в 3 и 6 месяцев	Ролевое функционирование ЭГ <sub>1</sub>	0,88	-0,009	-0,489	-3,50	0,001	0,32	7,57	0,001
	Общее здоровье ЭГ <sub>1</sub>		0,023	0,483	3,46	0,001			
	Депрессия ЭГ <sub>1</sub>		0,375	0,338	2,92	0,005			
	Депрессия ЭГ <sub>2</sub>		-0,107	-0,301	-2,78	0,007			

Примечание – В-нестандартный коэффициент; β- коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную; p<0,05; F-критерий Фишера.

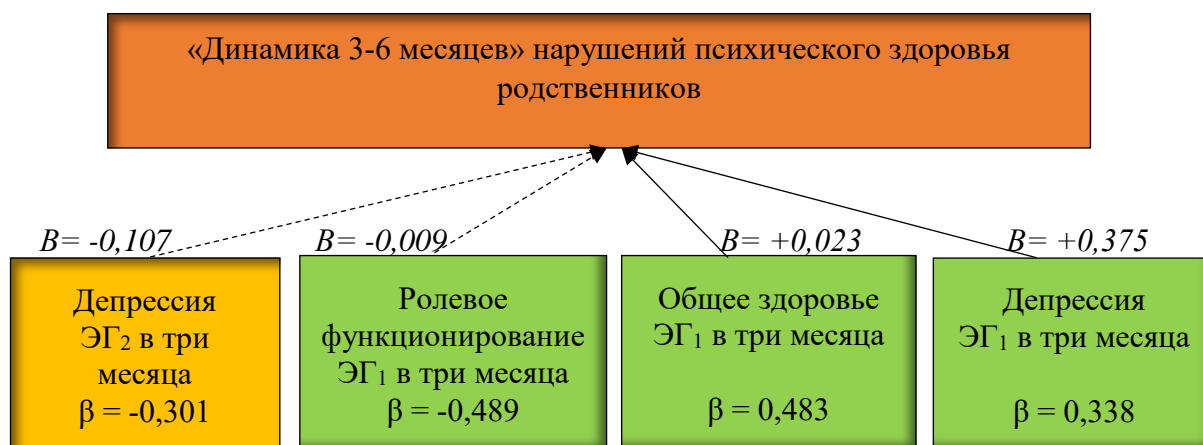
Ряд предикторов, оценивающих качество жизни больных «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Общее состояние здоровья» вносят наибольший вклад в прогноз зависимой переменной (β =-0,489 и β =0,483 - соответственно). Отметим разнонаправленный характер влияний показателя состояния депрессии больных и родственников на изменение психического здоровья родственников в период от 3-х до 6-ти месяцев заболевания.

Динамику адаптации родственников к периоду 3- 6 месяцев заболевания характеризует уравнение множественной линейной регрессии:

*«Динамика 3-6 месяцев» (родственники) = 0,885 – 0,009\*(ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием больных) + 0,023\*(общее состояние здоровья больных) + 0,375\*(депрессия больных) – 0,107\*(депрессия родственников), (R<sup>2</sup>=0,32).*

Влияние предикторов на показатель «Динамика 3-6 месяцев» родственников онкогематологических больных представлено на рисунке 25.

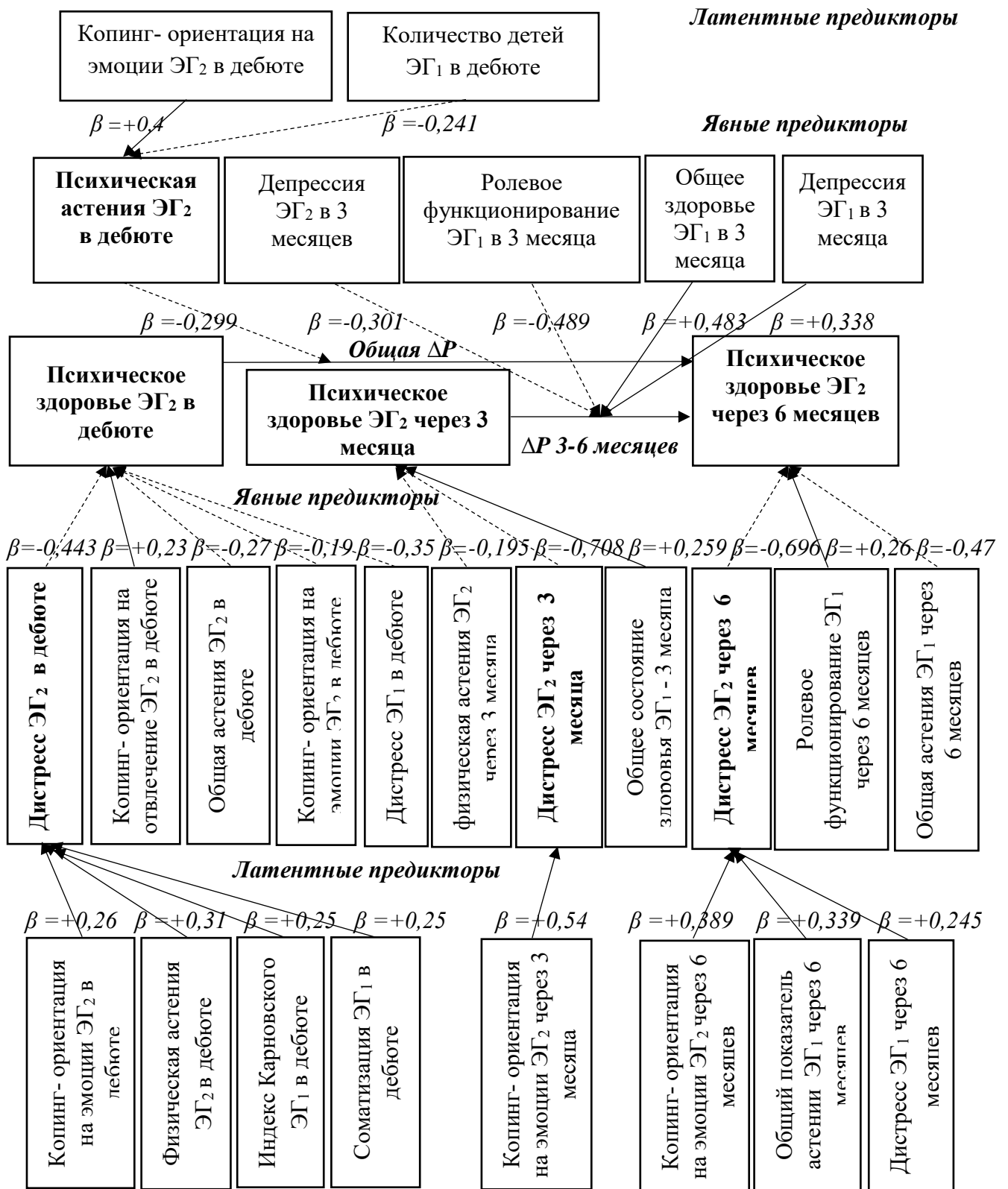




**Рисунок 25** – Влияние предикторов на показатель «Динамика 3-6 месяцев» родственников онкогематологических больных ( $\beta$  – коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную;  $B$  – нестандартный коэффициент)

Хронологический анализ массива данных показал, что астенический фактор, обусловленный латентными переменными влиял на показатель, характеризующий динамику значимых нарушений психического здоровья родственников в условиях длительного, шести месячного стресса. На этапе в три и шесть месяцев мы видим появление процесса адаптации больных к жестким условиям течения болезни, наблюдается раскрытие их внутренних резервов. В результате, помимо состояния родственников, на динамику психического здоровья последних влияние начинают оказывать и сами больные, благодаря улучшению их состояния здоровья.

Таким образом, на рисунке 26 представлена структурно-динамическая модель клинически значимых нарушений психического здоровья родственников в разные периоды течения гемобластоза у онкогематологических больных.



**Рисунок 26** – Структурно-динамическая модель клинически значимых нарушений психического здоровья родственников в разные периоды течения гемобластоза у гематологических больных (β - коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную)

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.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационной работе представлены результаты оригинального комплексного, сравнительного и лонгитюдного (по Ананьеву Б.Г.) исследования особенностей структуры и динамики нарушений психического и поведенческого здоровья родственников онкогематобольных в различные периоды течения болезни: в дебюте, через три и шесть месяцев от начала гематологического заболевания.

В рамках исследования был проведен теоретический анализ имеющихся научных данных об особенностях нарушений психического здоровья онкогематобольных, их родственников и cover-персонала. Научная работа обозначила высокую социальную значимость изучения нарушений психического здоровья у родственников больных гематологического профиля. Достаточно большое количество психологических исследований посвящено изучению психосоциальных особенностей самих онкологических больных. При этом остается недостаточно изученной проблематика психоэмоциональной составляющей их ближайшего окружения - родственников, что является не менее значимым при определении изменений, отмечаемых в психическом здоровье данной категории людей, учитывая наблюдающийся рост онкологической патологии в целом и гематологической патологии в частности.

Целью исследования заключалось выявление и изучение особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематологических больных. Выборка состояла из двух экспериментальных и контрольной групп, включавших в себя 274 человека – больных с диагнозом острый нелимфобластный лейкоз и их родственников, как по горизонтальной, так и по вертикальной первой линии родства, мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст больных составил  $43,09 \pm 14,79$  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 родственников -  $44,97 \pm 13,69$  лет (Me – 46, [31; 57]) - (n=59 и n=33) соответственно. Из 92 человек родственников онкобольных 21 являлись пенсионерами, 71 – работниками различных сфер деятельности. Все имели образование (38 человек - высшее и 54 – среднее специальное образование). Аналогичная ситуация прослеживалась и с респондентами, страдающими онкогематологическим заболеванием. 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 родственников состояло в законном браке 71 человек, из них 62% женщин (n=44) и 38% мужчин (n=27). Выборка больных выглядела следующим образом (n=22(40%) и n=33(60%) - соответственно). За время исследования количество людей в рассматриваемой выборке частично снижалось по причине летальности больных от ОНЛЛ. В трех месячный временной отрезок в исследовании приняли участие онкогематобольные и их родственники в количестве по 88 человек – из них родственники женщины - 59(67%) и мужчины – 29(33%); больные женщины – 37(42%) и мужчины – 51(58%). К концу шести месячного периода – родственников женщин наблюдалось n = 46(64%) и мужчин - n = 24(35%); больных женщин и мужчин (n=33(47%); n= 37(52%)) - соответственно. С каждой стороны на этом этапе участвовало по 70 человек.

Исследовались больные, находящиеся на стационарном лечении в гематологическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» и их родственники в соотношении один к одному, работа с которыми велась на приеме у исследователя. Критериями включения родственников онкогематологических больных являлись: совместное проживание и близкие родственные отношения с больным. Все родственники соответствовали однотипному личностно-типологическому профилю, выявленному в ходе анамнестических и клинико-психологических критериев анкетных данных.

К критериям исключения отнесены: наличие острых соматических заболеваний, ВИЧ, психических расстройств в анамнезе; наличие злокачественных

опухолей любой локализации и гематологического заболевания в настоящее время или в анамнезе; наличие в течение последних 6 месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений; выраженная энцефалопатия; нахождение на учете в психоневрологическом диспансере.

Критериями включения онкогематологических больных в исследование являлись: достоверная верификация диагноза ОНЛЛ (С92.0, С92.4, 92.5 по МКБ-10); исключения - нахождение на учете в психоневрологическом диспансере, тяжесть состояния больного более 3 по шкале ECOG –ВОЗ.

В связи с типичностью протекания патологического процесса, степени выраженности и тяжести клинических проявлений в течение первых шести месяцев у больных ОНЛЛ, патологический процесс данного заболевания нами рассматривался, как однотипный, взятый за константу.

Сравнение проводилось с группой контроля, в которую вошли практически здоровые люди, потенциально не являющиеся родственниками больных, не страдающие острыми соматическими, злокачественными заболеваниями, психическими и невротическими расстройствами, а также отсутствовало в течение последних 6 месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений, в количестве 90 человек из них 57% женщин (n=51) и 43% мужчин (n=39), в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст –  $29,4 \pm 11,9$  лет, (Me – 22, [21; 38])).

Непременным условием для всех участников исследования являлся фактор добровольности.

Обе исследуемые группы людей были проанализированы в связи с клиническими, социальными и индивидуально-психологическими характеристиками. Психологические особенности испытуемых были исследованы с помощью стандартизированного опросника SF-36, шкалы MFI-20, методики определения копинг - поведения в стрессовых ситуациях CISS (адаптация Крюковой Т.А.), четырехмерного опросника – 4DSQ.

Проверка достоверности полученных данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. Проверка на нормальность распределения

фактических 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 ( $m \pm$ ), медианой ( $Me$ ), асимметрией, эксцессом, межквартильным размахом [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.

Учитывая взаимоотношения в семьях близких родственников, принявших участие в исследовании, мы сочли целесообразным определить динамику средних показателей психического, соматического здоровья и данные средних показателей копинг-поведения родственников онкогематобольных.

Полученные результаты сравнительного анализа и достоверности различий в структуре комплексной оценки качества жизни ЭГ<sub>2</sub> в течение всего периода исследования, позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей психического здоровья ЭГ<sub>2</sub>, что подтверждает нашу гипотезу. Следует отметить, что более интенсивное восстановление этих возможностей происходит в первые три месяца заболевания.

Доказано, что на фоне снижения тревоги и депрессии, уровень измеренного дистресса и физического функционирования родственников онкогематобольных остается прежним с нарастанием алгического компонента ухудшения физического самочувствия, проявляясь в виде психосоматического и соматоформного типах реагирования на стресс и расстройствах адаптации.

После проведения корреляционного анализа массива данных исследуемой выборки респондентов с показателем «Психическое здоровье» родственников, наиболее наглядным, на наш взгляд, и значимым, являются поведенческая и психоэмоциональная составляющие родственников онкогематобольных. Этот этап был достоверно доказан гендерными различиями, разделив всех родственников испытуемых по признаку половой принадлежности.

Было выявлено, что копинг «Ориентация на эмоции», как с той, так и с другой стороны четко прослеживается на протяжении всего периода исследования, причем, женщины более подвержены этому, чем мужчины. Также доказано в снижении необходимости использования этого инструмента испытуемыми к шестому месяцу исследования. Если на двух первоначальных этапах в обеих выборках прослеживался эмоционально-ориентировочный копинг, то к финалу исследования мужская и женская популяция родственников, наряду с первым, прибегала к стратегии на отвлечение (мужчины - в менее активном выражении).

В исследовательской работе для определения детерминант психического здоровья близкого окружения больных, в качестве зависимых переменных, рассматривались показатели «Психологический компонент здоровья», «Динамика 3-6 месяцев» и «Общая динамика» родственников онкогематобольных. Каждый из этих компонентов имел предикторы, влияющие на соответствующую зависимую переменную.

Мы провели регрессионный анализ данных ЭГ<sub>2</sub>, включающий в себя анкетные, клинические, психофизиологические показатели родственников с показателем МН1 в различные периоды течения заболевания.

Выделенные предикторы «Общая астения», «Ориентация на отвлечение», «Ориентация на эмоции» родственников, определяют тяжесть дистресса у ЭГ<sub>2</sub> в начале заболевания, и показывают, при помощи каких поведенческих механизмов пытаются справиться с этой ситуацией. Полученные результаты, подтверждают описанную исследователями психоэмоциональную взаимосвязь между больным и родственником, приводящую к аналогичному восприятию событий. В результате чего ближайшее окружение, как и больные, находясь в состоянии дистресса, видят и пытаются обработать информацию аналогичным образом.

При анализе влияния изучаемых составляющих дистресса на интегральное психическое здоровье родственников, по прошествии трехмесячного периода течения болезни «значимого «Я», мы можем предположить, что на данном этапе родственники не могут принять сложившуюся ситуацию. Главной детерминантой



расстройства адаптации родственников онкогематологических больных является их собственное стрессовое состояние.

В период через шесть месяцев от дебюта заболевания, ведущими детерминантами нарушения психического здоровья и протрагированных расстройств адаптации родственников гематологических больных являлись выраженность астенизации больного, его ролевое функционирование и собственное, диссоциированное дистрессом эмоциональное состояние родственников. Примечательно, что именно показатель дистресс родственников (не тяжесть состояния больных) в разные временные интервалы, как в дебюте заболевания, так и через три и шесть месяцев, оказывает наибольшее влияние на нарушение их психического здоровья, что определяет необходимость разработки персонифицированных реабилитационных программ психокоррекции и психотерапии родственников. Тем самым, нами были выделены латентные детерминанты, посредством которых, другие показатели влияют на изменения, происходящие с психическим здоровьем у родственников больных гематологического профиля.

Для детальной оценки показателя «Общая динамика» нарушений психического здоровья родственников, обозначенные респонденты были подвергнуты делению на группы. Таким образом, в первую группу вошли родственники с положительной динамикой ( $n=51$ ), чьи показатели психического здоровья распределялись в пределах средних значений или увеличивались. Вторая – «Группа риска», с отрицательной и отсутствием положительной динамики ( $n=19$ ). Результаты достоверности различий показали, что средние значения II группы достоверно ниже ( $p<0,01$ ), чем у I группы. Возможно спрогнозировать, что родственники, из «Группы риска» в большей степени подвержены психоэмоциональной дезадаптации.

На этом этапе нами выделены влияния показателей «Общей динамики» и «Динамики-3 и 6 месяцев» на нарушения психического здоровья у родственников. В целях изучения предикторов «Общей динамики» психического здоровья родственников проведен регрессионный анализ методом пошагового включения

всех биопсихосоциальных независимых переменных обеих экспериментальных групп. Влияние показателя «Общей динамики» рассматривалось посредством выделения влияния латентных переменных на психическое здоровье родственников опосредованно через показатель «Психическая астения» родственников. В итоге, стресс-совладающая копинг-стратегия поведения «Ориентация на эмоции» родных, в нашем исследовании, несет в себе деструктивную составляющую ( $\beta = 0,40$  при  $p < 0,001$ ). Слабость больных близких вызывает их раздражение к сложившейся ситуации. Для снижения агрессивности и раздражительности родственникам необходимо найти социально приемлемый способ катарсического конструктивного выражения негативных чувств и эмоций. Чем больше человек переживает ситуацию и более зависим от нее, тем больше она сопровождается эмоционально-поведенческими реакциями различного характера и степени выраженности.

Подобным же образом были выявлены детерминанты показателя «Динамика 3-6 месяцев». Отмечено, что ряд предикторов, оценивающих качество жизни больных «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Общее состояние здоровья» вносят наибольший вклад в прогноз зависимой переменной ( $\beta = -0,489$  и  $\beta = 0,483$  - соответственно). Также выявлен разнонаправленный характер влияний показателя состояния депрессии больных и родственников на изменение психического здоровья родственников в период от 3-х до 6-ти месяцев заболевания.

Хронологический анализ массива данных показал, что астенический фактор, обусловленный латентными переменными влиял на показатель, характеризующий динамику адаптационных возможностей психического здоровья родственников. На этапе в три и шесть месяцев мы видим появление процесса адаптации больных к жестким условиям течения болезни, наблюдается раскрытие их внутренних резервов. Помимо состояния родственников, на динамику психического здоровья последних влияние начинают оказывать и сами больные, благодаря улучшению их состояния здоровья.

Полученные данные диссертационной работы, позволяют проследить микродинамические процессы, происходящие в психике человека, столкнувшегося с проблемой подобного рода – гематологическим заболеванием близкого человека. На основании полученной структурированной математической модели, выявлены психопатологические факторы, влияющие на нарушение психического здоровья родственников, что позволяет выделить «психотерапевтические мишени» и разработать республиканскую программу охраны психического здоровья, в которой требуется уделить внимание вопросам профилактики, а при необходимости и лечения пограничных психических расстройств родственников онкогематобольных. К этой программе должны быть привлечены психологи, работники различных социальных служб. Повышенное внимание в охране психического здоровья должно быть уделено людям, близкие родственники которых, страдают онкогематологической патологией.

Первичная профилактика должна быть направлена на проведение адресной диспансеризации родственников онкогематологических больных для выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровления лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов.

Дальнейшими перспективными направлениями в изучении нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных может являться:

- 1) изучение динамики межличностных границ у родственников онкогематобольных в процессе психокоррекции (психотерапии);
- 2) изучение особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных в расширенном диапазоне нозологических единиц.

## ВЫВОДЫ

1.1. Результаты комплексной оценки качества жизни ЭГ<sub>2</sub> в течение первых шести месяцев заболевания ЭГ<sub>1</sub> позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей психического здоровья ( $p < 0,01$ ). 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, наблюдаются 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-родственники на протяжении всего исследования в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ( $p = 0,005$ ). 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 психического здоровья 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 родственников, в основном, зависит от их собственных резервов ( $p < 0,05$ ) и от степени тяжести

патологического процесса больных ( $p=0,003$ ); к шестому месяцу - от психоэмоционального состояния родственников и больных ( $p<0,05$ ).

4. Астенический фактор, обусловленный латентными переменными влиял на показатель, характеризующий динамику нарушений психического здоровья родственников в условиях длительного, шести месячного стресса ( $p=0,012$ ). На этапе в три и шесть месяцев наблюдается раскрытие их внутренних резервов. Помимо состояния родственников ( $p=0,007$ ), на динамику психического здоровья последних, влияние начинают оказывать и сами больные, благодаря улучшению их состояния здоровья ( $p=0,001$ ).

5. На основе разработанной структурно-динамической модели клинически значимых нарушений психического здоровья родственников выявлены предикторы «психотерапевтических мишеней» для разработки и создания целевых программ психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации родственников и включения их в комплексную программу реабилитации.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты исследования обеспечивают глубокое и качественное понимание вопросов в изучении психопатологических реакций родственников на стресс, в представлении динамики их адаптационных возможностей на различных этапах лечения в первые шесть месяцев течения заболевания ОНЛЛ. На основании полученной структурированной математической модели, выявлены основные клиничко-психопатологические факторы, влияющие на нарушение психического здоровья, что позволяет определить «психотерапевтические мишени» и разработать достаточно точную, научную программу психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации родственников онкогематобольных и включить в комплексную программу реабилитации собственно больных.

При расстройствах адаптации часто эффективны методы антистрессовой психотерапии. Большинство из этих методов наиболее устойчивы, если служат составной частью общих программ повышения резистентности к вызывающим дистресс факторам. Мы дополнили пять основных элементов таких программ (Shader R.I., 1988) по результатам собственного исследования:

1. Выяснение причин стресса или тревоги на основе понимания ценностей и установок родственников онкогематобольных, их когнитивной картины «Я» и «Мира».
2. Поддержка, помощь и успокоение со стороны иных родных и близких.
3. Поддержка и помощь со стороны референтной культурной, социальной и этнической группы.
4. Устранение провоцирующих факторов астенизации и соматизации аффекта страха потери «значимого «Я».
5. Методы психической релаксации (медитация, массаж, дыхательные упражнения, аутогенная тренировка).
6. Методы психической десенсибилизации.

Психологическое вмешательство переживаемого кризиса предотвращает его хронификацию, поэтому необходима ранняя психологическая помощь с разработкой копинг-стратегий, нахождением уникальной социальной и этноэкологической ниши в условиях города или села и последующей реабилитацией.

Вторичная профилактика при невротических реакциях заключается в ранней диагностике заболевания, своевременном и целенаправленном лечении для предупреждения рецидивов болезни и перехода в невротическое или психосоматическое патологическое состояние в невротическое развитие личности в рамках ПТСР.

При встрече с больным при оглашении валидизированного гематологического диагноза и индивидуальной медико-психологической программы лечения и реабилитации, врачу - гематологу необходимо данную встречу проводить с близкими родственниками больного как референтной группы поддержки. При данной встрече необходимо обратить внимание на психическое здоровье больного и родственников методами:

- опрос, интервью, беседа (гуманитарные, субъективные методы исследования);

- наблюдения и тестирования скрининговыми методиками 4DSQ и MFI-20.

При определении состояния родственников как «острая реакция на стресс» или «расстройство приспособительных реакций» - назначение консультации клинического психолога и врача-психотерапевта. Так же необходимо применить методы: дебрифинга, краткосрочной позитивной психотерапии, экзистенциальной психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии.

Психологическая помощь в течение ближайших трех месяцев должна ориентироваться на женщин, как группы риска, применяя:

- катарсические методы психокоррекции и психотерапии для преодоления конверсионных и соматизированных механизмом реакций на стресс и расстройств адаптации;

- когнитивно-поведенческую терапию для изменения негативных

когнитивных установок демобилизации и изменения копинг- стратегий на конструктивные;

- рациональную и экзистенциальную психокоррекцию и психотерапию – для повышения осознанности и ресурсов личностного реагирования.

Теоретический и практический материал может быть использован в учебных программах ВУЗов по дисциплинам «медицинская психология», «психология», «психиатрия» и «психосоматическая медицина».



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – Москва: Медицина, 2000. – 495 с.
2. Амирджанова, В.М. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.М. Амирджанова, Д.В. Горячев // Научно практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
3. Андриющенко, А.В. Основные принципы реабилитации онкологических больных / А. В. Андриющенко // ГУ НЦПЗ РАМН. – URL: [www.rak.by](http://www.rak.by) (дата обращения: 21.03.19).
4. Арсланбекова, Н.В. Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля (региональный, клинико-психологический и превентивные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Арсланбекова. – Томск, 2008. – 25 с.
5. Афанасенко, А.Ю. Исследование стратегий преодоления стресса студентами с разным уровнем конфликтности / А.Ю. Афанасенко // Белгород. – 2017. – 135 с.
6. Ахмерзаева, З.Х. Эпидемиологическое исследование острых лейкозов в отдельных регионах Российской Федерации : дис. ...канд. мед. наук / З.Х. Ахмерзаева.– Москва.– 2018. – 140 с.
7. Бажин, Е.Ф. О психогенных реакциях у онкологических больных / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1198-1204.
8. Бажин, Е.Ф. Психогенные реакции у онкологических больных: методические рекомендации / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов – Ленинград, 1983. – 33 с.
9. Бажин, Е. Ф. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов // Реабилитация онкологических больных. – Москва, 1988. – С. 46-65.

10. Белинская, Е.П. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных / Е.П. Белинская, С. Сангова // Психологические исследования. – 2015. – Т.8, № 42. – С.8.
11. Беляев, А.М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов / А.М. Беляев. – Санкт-Петербург: Любавич, 2017. – 352 с.
12. Березина, И.Ю. Нейрофизиологические механизмы нарушения когнитивной деятельности при органическом поражении головного мозга: автореф. дис. ... канд. биол. наук / И.Ю. Березина. – Москва, 2006. – 24 с.
13. Бехер, О.А. Нервно-психические расстройства у женщин с раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Бехер. – Томск, 2007. – 24 с.
14. Бойко, В.В. Энергия эмоций / В.В. Бойко. – Санкт-Петербург: Питер, 2004. – 473 с.
15. Бочаров, В.В., Карпова, Э.Б. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии / В.В. Бочаров, Э.Б. Карпова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010.– №1. – С. 12.
16. Бусыгина, Н.П. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни / Н.П. Бусыгина //Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – №. 1. – С. 77-97.
17. Бухтояров, О.В., Архангельский, А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии / О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский // Алетейя. – 2008. – 264 с.
18. Василюк, Ф.Е. Пережить горе / Ф.Е. Василюк // О человеческом в человеке. – Москва: Политиздат, 1991. – №16. – С. 230-247.
19. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – Санкт-Петербург: Питер, 2009. – 329 с.
20. ВОЗ. Европейский план действий по охране психического здоровья. «Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья». Хельсинки, Финляндия; 12-15 января 2005. – Режим доступа: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276891> (дата обращения: 15.04.2019).

21. Волкова, М.А. Опыт лечения волосатоклеточного лейкоза новым отечественным препаратом Веро-кладрибином / М.А. Волкова // Онкогематология. – 2007. – № 1. – С. 31-38.
22. Воробьева, О.В. Хронические тревожные расстройства в практике терапевта / О.В. Воробьева // КОМПАС в мире депрессии. – 2008. – №21. – С. 2.
23. Выборных, Д.Э. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови / Д.Э. Выборных, С.В. Иванов, В.Г. Савченко // Психические нарушения в общей практике. – 2011. – №3. – С. 4-10.
24. Выборных, Д.Э. Психические расстройства у больных с заболеваниями крови (типология, эпидемиология, терапия): дис. ... д-ра. мед. наук / Д.Э. Выборных. – Москва, 2012. – 323 с.
25. Выборных, Д.Э. Психофармакотерапия астено-депрессивных состояний при гемобластозах / Д.Э. Выборных // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2002. – № 3. – С. 51-52.
26. Выборных, Д.Э. Симптоматические психозы у онкогематологических больных / Д.Э. Выборных. – 2001. – URL: <http://www.oncology.ru/psychological-help/psychosis/> (дата обращения: 19.03.2021)
27. Выборных, Д.Э. Соматогенные и соматогенно-провоцированные психозы при онкогематологических заболеваниях / Д.Э. Выборных, С.В. Иванов, В.Г. Савченко // Терапевтический архив. – 2007. – № 10. – С.61-66.
28. Выборных, Д.Э. Депрессии у больных гемобластозами / Д.Э. Выборных // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2004. – № 2. – С. 38-39.
29. Вялкова, Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и их потребность в оздоровительном лечении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.М. Вялкова. – Москва, 2002. – 20 с.
30. Галиуллина, С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Д. Галиуллина. – Уфа, 2000. – 24 с.
31. Гематология: национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 784 с.

32. Генс, Г.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных раком яичников / Г.П. Генс, И.Н. Олейникова, Л.И. Коробкова // Медицинский совет. – 2014. – № 2. – С.93-96.
33. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Хоспис. – 2001. – №1. – С.5-13.
34. Гнездилов, А.В. Психогенные реакции на неблагоприятный диагноз и проблемы инкурабельных больных / А.В. Гнездилов // Вестник психотерапии. – 2003. – № 9 (14). – С. 29-44.
35. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – Санкт-Петербург: Речь, 2007. – 162 с.
36. Гнездилов, А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкогематологической клинике и хосписе / А.В. Гнездилов. – Санкт-Петербург: Клиент, 1995. – 136 с.
37. Говорин, Н.В. Психическое здоровье и качество жизни врачей / Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова. – Томск ; Чита : Иван Федоров, 2013. – 124 с.
38. Говорин, Н.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей / Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова // Вестник ВШОУЗ. – 2016.– №1.– С.98-106.
39. Гостищева, С.Г. Особенности психологической защиты у женщин с алиментарным ожирением / С.Г. Гостищева, Т.Н. Разуваева // Психология личности: проблемы и пути исследования: сб. материалов внутривузовской науч. конф. (11–12 апр. 2012 г.) / отв. ред. Т.Н. Разуваева. – Белгород: ИПК НИУ «БелГУ», 2012 – 208 с.
40. Готовкина, М.С. Организация паллиативной помощи сестер милосердия в России : социологический анализ : дис. ... канд. соц. наук / М.С. Готовкина. – Белгород, 2015. – 213 с.
41. Дейнека, Н.В. Психологическая характеристика адаптации к болезни при лейкозах / Н.В. Дейнека, Е.Г. Курбатова // Наука вчера, сегодня, завтра: сб. ст. по матер. ХLI междунар. науч.-практ. конф. № 12(34). – Ч. I. – Новосибирск: Сиб. АК, 2016. – С. 114-118.

42. Деструктивный профессиогенез в онкологии // П.И. Сидоров, А.В. Красильников, А.И. Новикова, А.А. Кузнецова // Экология человека. – 2009. – № 5. – С. 16-24.
43. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001. – URL: <http://www.who.int/whr/2001/en/> (дата обращения: 12.05.2020).
44. Жигулева, Л.Ю. Система менеджмента качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, оказывающих онкогематологическую помощь. Основные принципы функционирования, этапы внедрения и оценка эффективности / Л.Ю. Жигулева // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 6. – С. 25-38.
45. Жукова, Т.В. Оптимизация индивидуального здоровья и первичная профилактика заболеваний в системе общественного здравоохранения / Т.В. Жукова // Гигиена и санитария. – 2003. – № 6. – С. 6-71.
46. Закс, Л. Статистическое оценивание: пер. с немецк. / Л. Закс. – Москва: Статистика, 1976. – 598 с.
47. Залевский, Г. В. От «Демонической» до «Биопсихосоциоэтической» модели психического расстройства / Г. В. Залевский // Психология. Сибирский психологический журнал. – 2009. – №32. – С.57-64.
48. Захаров, В.В. Нервно-психические нарушения. Диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. – Москва: МЕДпресс-информ, 2018. – 336 с.
49. Захаров, В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические 3-38 тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. – Москва: МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.
50. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник.– Москва: Издательство Московского университета, 1986 – 287 с.
51. Зотов, П.Б. Суицидальное поведение больных распространённым раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / П.Б. Зотов . – Томск, 2005. – 44 с.

52. Иванов, С.В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор) / С.В. Иванов // Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных. – 2010. – URL: <http://zerx-online.ru/theoretical/21-2010-03-28-20-17-05.html> (дата обращения: 10.04.2019).
53. Иванов, С.В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор) / С.В. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 11, вып. 2. – С. 104-109.
54. Иванова, Е.А. Особенности влияния ближайшего окружения на психологическое самочувствие больных с онкоурологическим диагнозом / Е.А. Иванова, А.С. Турчин // Человеческий фактор: Социальный психолог. – 2016. – №. 1. – С. 293-300.
55. Изучение качества жизни больных артериальной гипертензией на основании использования опросника SF-36 / Д.Н. Даулетбакова, М.В. Мирзаева, А.К. Рамазанова [и др.] // Молодой ученый. – 2018. – № 23. – С. 23-28.
56. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова [и др.] // Сердечная недостаточность. – Санкт-Петербург: Питер. – 2000. – Т. 1, №4. – С. 56-58.
57. Камаев, И.А. Самооценка здоровья и медицинская активность работников сельского здравоохранения / И.А. Камаев, С.А. Молодцов, М.Г. Сорокина // Нижегородский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 8-91.
58. Камаев, И.А. Социально-психологические аспекты формирования здоровья медицинских работников – основного кадрового потенциала в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» / И.А. Камаев // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 4-8.
59. Каприн, А.Д. Клинические рекомендации. Острые миелоидные лейкозы / А.Д. Каприн. – 2020. – 95 с.
60. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГУ «МНИОИ им П. А. Герцена» Минздрав соц. развития России, 2019. – 250 с.

61. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрав соц. развития России, 2018. – 236 с.
62. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва ФГУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрав соц. развития России, 2019. – 236 с.
63. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2015. – 236 с.
64. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. – 236 с.
65. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – 236 с.
66. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрав России, 2013. – 232 с.
67. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 235 с.
68. Касимова, Л.Н. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Л.Н. Касимова, Т.В. Илюхина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 21-25.
69. Касимовская, Н.А. Медико-социальные и профессиональные факторы дезадаптации сестринского персонала : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Касимовская. – Москва, 2008. – 18 с.
70. Киреева, И.П. Психиатрические аспекты в детской соматологии / И.П. Киреева, Т.Э. Лукьяненко // Научная конференция молодых ученых России,

- посвященная 50-летию Академии медицинских наук. Тезисы докладов. – Москва, 1994. – С. 287-288.
71. Клебанова, В.А. Синдром хронического утомления / В.А. Клебанова // Рос. науч. Центр мед. Реабилитации и физиотерапии. Депонированная рукопись. – Москва, 1993. – 10 с.
72. Клинические и нейрофизиологические особенности нарушений в когнитивной сфере больных с паническими атаками / А.М. Вейн, С.А. Гордеев, И.В. Рябоконт и [др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 10. – С. 50-53.
73. Ковалева, Л.Г. Острые лейкозы / Л.Г. Ковалева. – Москва: Медицина, 1990. – 272 с.
74. Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови, перенесших трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток. / Д.Э. Выборных, С.Ю. Федорова, С.О. Хрущев и [др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – №2. – С. 20-37.
75. Колдубовская, Т.Б. Особенности проявления признаков эмоционального выгорания у врачей / Т.Б. Колдубовская // Вопросы психологии. – 2015. – №2. – С. 3-24.
76. Комкова, Е.П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) / Е.П. Комкова, Н.П. Кокорина, Ю.А. Магарилл // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – №2 (32). – С. 40-43.
77. Комкова, Е.П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) / Е.П. Комкова // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 2 (32). – С. 40-43.
78. Кондратьев, В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости / В.М. Кондратьев // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 65-73.
79. Корень, Е.В. Постстрессовые расстройства у родителей детей с онкологическими заболеваниями на этапе стационарного лечения /



- Е.В. Корень, С.Н. Масихина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Том 22, № 1. – С. 90-105.
80. Коробицына, О.В. Заболевания внутренних органов, клиничко-лабораторные и психологические факторы и их прогностическое значение при острых лейкозах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Коробицына. – Челябинск, 2007. – 23 с.
81. Костина, Н.И. Психологическая помощь онкобольным и родственникам на стационарном этапе / Н.И. Костина // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4. – С. 161–162.
82. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения: современное состояние, проблемы и перспективы / Т.Л. Крюкова // Вестник КТУ им Н.А. Некрасова. – 2008 – Т. 14. – С. 147-153.
83. Крюкова, Т.Л., Григорова, Т.П. Деструктивная привязанность в отношениях взрослых мужчин и женщин: стресс и совладание с ним / Т.Л. Крюкова, Т.П. Григорова // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, № 44. – С. 2. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 19.03.2021).
84. Лейкозы. Психические нарушения при лейкозах. – URL: <http://www.medicalplanet.sn/psixological/345html> (дата обращения: 01.04.2019).
85. Литвицкий, П.Ф. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. Т. 1 / П.Ф. Литвицкий. – Москва, 2004. – 262 с.
86. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенционального анализа А. Лэнгле // Вопросы психологии. – Москва: Вопросы психологии, 2008. – № 3. – С. 3-16.
87. 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-38-43](http://dx.doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-38-43)
88. Миклин, Д.Н. Клинические особенности стресс - совладающего поведения и качества жизни у женщин – родственниц онкологических больных /

- Д.Н. Миклин, М.М. Главатских, И.В. Реверчук // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, №1. – С. 18-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7417-2018-20-5-52-57>
89. Миронов, П.И. Распространенность и характеристика синдрома «эмоционального выгорания» у персонала отделений интенсивной терапии / П.И. Миронов, Н.В. Асафьева // Интенсивная терапия. – 2007. – № 3.С. 6-10.
90. Мирошкин, Р.Б. Психологические проблемы семей с детьми, имевшими рак в стадии ремиссии и методы работы с ним / Р.Б. Мирошкин, Е.В. Фисун // Вопросы психологии. – 2011. – №7. – С. 18-19.
91. Мищук, Ю.Е. Особенности клиники и подходов к лечению тревожнодепрессивных расстройств у женщин больных раком молочной железы и перенесших мастэктомию : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Е. Мищук. – Москва, 2008. – 24 с.
92. Моисеенко, В.М. Психоонкология / В.М. Моисеенко, В.А. Чулкова // Пособие для врачей. – Санкт-Петербург. – 2007. – 38 с.
93. Монасыпова, Л.И. Психические расстройства у женщин с онкологической патологией репродуктивной системы : дис ... канд мед. наук / Л.И. Монасыпова. – Москва, 2012. – 149 с.
94. Морозов, Л.Т. Применение анкеты-опросника для выявления алкоголизации / Л.Т. Морозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 25-29.
95. Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д. Москаленко. – Москва: ПЕРСЭ, 2004. – 336 с.
96. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. – Москва: Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1998. – 362 с.
97. Никитин, Е.Н. Успешное лечение впервые выявленного острого промиелоцитарного лейкоза у беременной женщины / Е.Н. Никитин, Д.Н. Миклин, Е.П. Корняева // Гематология и трансфузиология. 2017. – Т. 62, №2. – С. 105-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0234-5730-2017-62-2-105-108>

98. Николаев, Е.Л. Здоровье и благополучие родственника больного: только ли генетические риски?.. / Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 5-12.
99. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.
100. Новик, А.А. Частота встречаемости основных симптомов, их выраженность и влияние на качество жизни больных с распространенными формами рака и гемобластозами: предварительные результаты эпидемиологического исследования симптомов / А.А. Новик, Т.И. Ионова, С.А. Калядина // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2006. – №7-8. – С. 69-79.
101. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – Санкт-Петербург: Любавич, 2017. – 352 с.
102. Осипов, Н.Г. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации / Н.Г. Осипов // Вестник Московского университета. – 2017. – №3. – С. 4–29.
103. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / ВОЗ. – Копенгаген, 2006. – 200 с.
104. Очерки сибирской психоонкологии / В.Я. Семке, Е.Л. Чойнзонов, И.Е. Куприянова, Л.Н. Балацкая. – Томск, 2008. – 200 с.
105. Паровичникова, Е.Н. Клинический протокол ОМЛ-01.10 по лечению острых миелоидных лейкозов взрослых / Е.Н. Паровичникова // Программное лечение заболеваний крови / под ред. В.Г. Савченко. – Москва: Практика, 2012. – С. 153–207.
106. Пospelова, Т.И. Типы метаболизма; при гемобластозах / Т.И. Пospelова, И.Н. Нечунаева. – Новосибирск: НГМА, 2004. – С. 5-19.

107. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных гемобластозами / А.Б. Бакиров, Р.М. Масагутов, Б.А. Бакиров и [др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2007. – Т. 2, № 6. – С. 48-52.
108. Проблема диагностики и лечения депрессии врачами первичного звена / Г.П. Костюк, А.В. Масыкин, Л.А. Бурьгина, И.В. Реверчук // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, №1-2. – С.55-61.
109. Психологическая тактика сопровождения онкологического больного. Пособие для врачей. – URL: [http://www.help-patient.ru/psychological\\_help/doctors/psychological\\_tactics/](http://www.help-patient.ru/psychological_help/doctors/psychological_tactics/) (дата обращения: 09.04.2019).
110. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – Москва : Эксмо, 2003. – 605 с.
111. Психоэмоциональное состояние и когнитивные расстройства у больных с лейкозами/ Г.М. Авдей, О.П. Чайковская, Н.Ф. Василевская и [др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2012. – № 2. - С. 66-72.
112. Пузырев, Л.А. Социально-психологические предпосылки созависимых отношений / Л.А. Пузырев // Ярославский педагогический вестник. – 2012. – Т. 2, №3. – С. 246-250.
113. Путилина, М.В. Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии / М.В. Путилина // Нервные болезни. – 2013. – №4. – С. 7-8.
114. Рассказова, Е.И. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики СОРЕ / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т.10, № 1. – С. 82-118.
115. Реверчук, И.В. Теоретические и методологические противоречия становления биопсихосоциальной парадигмы / И.В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2008. – №4. – С.109-123.

116. Реверчук, И.В. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных / И.В. Реверчук, М.М. Главатских, Д.Н. Миклин // Электронный научно-образовательный вестник. «Здоровье и образование в XXI веке». – 2018. – Т. 20, № 5. – С. 52-57.
117. Реверчук, И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств / И.В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 17-26.
118. Родина, Л.А. Онкологический больной и его семья. Вместе против рака / Л.А. Родина, Т.В. Орлова. – 2004. – № 3. – URL: <http://www.vmpr.ru> (дата обращения: 12.11.2019).
119. Россинский, Ю.А. Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля / Ю.А. Россинский, В.Я. Семке, Н.В. Асланбекова.- Павлодар, 2008. – 319 с.
120. Руководство по гематологии / ред. А.И. Воробьев. – Москва : Медицина, 2002. – Т. 1-2. – 1275 с.
121. Руководство по гематологии / ред. А.И. Воробьев. – Москва: Медицина, 1985. – 448 с.
122. Румянцев, А.Г. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических, заболеваниях / А.Г. Румянцев, А.А. Мосчан, Е.В. Самочатова // Медицинская практика. – Москва: 2006. – С. 503.
123. Савченко, В.Г. Острые лейкозы / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова // Клиническая онкогематология: руководство для врачей. – Москва, 2007. – С. 409-502.
124. Савченко, В.Г. Программное лечение лейкозов / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, В.Г. Исаев. – Москва, 2002. – 238 с.
125. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – Санкт-Петербург: Питер. – 2001. – 288 с.

126. Саймонтон, К., Саймонтон, С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб.: Питер, 2015.
127. Самочатова, Е.В. Этиологическая: роль вирусов гепатита В и С в поражении печени у детей онкогематологическими заболеваниями / Е.В. Самочатова, М.И. Михайлов, А.А. Масчан. // Гематология и трансфузиология. – 1996. –Т. 41, № 3. – С. 9-13.
128. Самушия, М.А. Аффективные расстройства у больных раком органов женской репродуктивной системы (к проблеме соматореактивной циклотимии) / М.А. Самушия, В.В. Баринов // Онкогинекология. – 2013. – № 1. – С. 65- 70.
129. Самушия, М.А. Вальдоксан (агомелатин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями органов женской репродуктивной системы / М.А. Самушия, Л.К. Мясникова // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – №3. – С. 21-25.
130. Самушия, М.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы / М.А. Самушия, Е.А. Мустафина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 11-16.
131. Семке, В.Я. Актуальные проблемы онкопсихиатрии: региональный и профилактические аспекты / В.Я. Семке, А.Н. Гузев // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – Москва, 1990. – С. 237-239.
132. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. – Томск, 1999. – 403 с.
133. Семке, В.Я., Чойнзонов, Е.Л. Очерки сибирской психоонкологии / В.Я. Семке, Е.Л. Чойнзонов. – Томск, 2008. – 200 с.
134. Сепетлиев, Д.М. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / Д.М. Сепетлиев. – Москва: Медицина, 1968. – 419 с.
135. Сидоров, П.И. Адаптивный профессиогенез как основа непрерывного развития личности врача / П.И. Сидоров, И.А. Новикова // Экология человека. – 2011. – №7. – С. 33-37.

136. Сидоров, П.И. Синергетика деструктивного профессиогенеза / П.И. Сидоров, Ю.К. Родыгина // Экология человека. – 2009. – №1. – С.51-55.
137. Сизова, Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине / Л.В. Сизова // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №2. – С. 38-46.
138. Смулевич, А.Б. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня / А.Б. Смулевич, Н.Н. Яхно, Б. Терлуин, // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 67-73.
139. Смулевич, А.Б. Нозогенные реакции у больных раком желудка / А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, Д.А. Бескова и [др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 4-10.
140. Смулевич, А.Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. – 2009.– №1.– С. 4-12.
141. Соболева, Е.А. К вопросу о психической дезадаптации личности в профессии врача: факторы риска и направления психопрофилактики / Е.А. Соболева, Г.М. Глобенко // Сибирский психологический журнал. – 2006. – № 8. – С. 93-96.
142. Состояние и отношение к болезни у онкобольных разного пола / В.Г. Асеев // Сибирский психологический журнал. – 2012. – № 46. – С. 161-168.
143. Твайкросс, Р.Дж., Фрамpton, Д. Введение в паллиативное лечение. Лекции / Р. Дж. Твайкросс, Д. Фрамpton. – Оксфорд: Сибелл Паббликейшн, 1992. – URL: <http://www.medpsy.ru/society/society001.php>\_(дата обращения: 19.05.2019).
144. Тенн, О.Р. Изучение копинг-стратегий женщин переходного возраста, переживающих экзистенциальный кризис / О.Р. Тенн // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2010. – № 3. – 11с. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 19.05.2019).

145. Терентьев, И.Г. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы / И.Г. Терентьев, А.В. Алясова, В.Д. Трошин. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. – 264 с.
146. Тиллет, Р. Больной внутри нас: психические расстройства у специалистов медицинского профиля / Р. Тиллет // Обзор современной психиатрии. – 2004. – С. – 23-30.
147. Тищенко, П.Д. Выступление на XI юбилейном съезде НПА России / П.Д. Тищенко // Журнал независимой психиатрической ассоциации. – 2000. – №4. – С. 18-21.
148. Трифонова, Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования / Е.В. Трифонова // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 96-108.
149. ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» // Заболеваемость злокачественными новообразованиями в субъектах РФ. – URL: <https://mednet.ru/> (дата обращения: 01.03.2019).
150. Фетискин, Н.П. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – Москва: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – С. 442-444.
151. Фромм, Э. Искусство любить. Исследование природы любви / Э. Фромм. – Москва: Педагогика, 1990. – 159 с.
152. Ходакова, Ю.А. Психические расстройства у детей, впервые госпитализированных по поводу гемобластозов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.А. Ходакова. – Москва, 2014. – 44 с.
153. Черепкова, Е.В. Клиника и динамика психических расстройств у онкобольных с раком различных локализаций: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Черепкова. – Новосибирск, 2002. – 26 с.



154. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. – 188 с.
155. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2007 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2008. – 184 с.
156. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2009. – 196 с.
157. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2010. – 196 с.
158. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрав соц. развития России, 2012. – 240 с.
159. Чутко, Л.С. Неврастения: лечение, проблемы и подходы к терапии / Л. С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, И.С Никишена // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №2. – С. 42-45.
160. Шахурова, Н.И. Аффективные расстройства в паллиативной медицине: хоспис и отделение сестринского ухода (клинический, социально-психологический, деонтологический аспекты оказания медицинской помощи больным: дис. ... канд. мед. наук / Н.И. Шахурова. – Томск, 2009. – 189 с.
161. Юрьева, Л.Н. Распространенность эмоционального синдрома выгорания у психиатров и причины его формирования / Л.Н. Юрьева // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 23-25.
162. Яровая, Е.Г. К проблеме психосоциального сопровождения онкологических больных / Е.Г. Яровая // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – №. 1. – С. 178-196.

163. Abbott, C.H. The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation / C.H. Abbott, H.G. Prigerson, P.K. Maciejewski // *J Pain Symptom Manage.* – 2014. – Vol. 48, № 3. – P. 459-464.
164. Acute Leukemia of Ambiguous Lineage in Elderly Patients - Analysis of Survival Using Surveillance Epidemiology and End Results-Medicare Database / G.S. Guru Murthy, I. Dhakal, J.Y. Lee, P. Mehta // *Clin. Lymphoma. Myeloma Leuk.* – 2017. – T. 17, № 2– P.100-107.
165. Acute myeloid leukemia in the real world: why population-based registries are needed / G. Juliusson, V. Lazarevic, A.-S. Horstedt [et al] // *Blood.* – 2012. – T. 119, № 17. – P. 3890-3899.
166. Age and acute myeloid leukemia: real world data on decision to treat and outcomes from the Swedish Acute Leukemia Registry. / G. Juliusson, P. Antunovic, A. Derolf [et al] // *Blood.* – 2009. – T. 113, № 18.– P. 4179-4187.
167. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. / J.K. Sørensen, A.F. Pedersen, N.H. Bruun [et al] // *Dan Med J.* – 2015. – Vol.62. – № 9. – P. 5132-5140.
168. Ammon M. Psychological Studies on Human Structural Dance / M. Ammon // *Group Analysis.* – 2003. – Vol. 36, No. 2. – P. 288-306.
169. An analysis of incidence and mortality of leukemia in China / L. Yuqin, Z. Fengju, C. Wanqing [et. al] // *China Cancer.* – 2013. – №. 34. – 528 p.
170. An expansion of intelligent systems complex for express-diagnostics and prevention of organizational stress, depression, and deviant behavior on the basis of the biopsychosocial approach / A.E. Yankovskaya, A.N. Kornetov, N.N. Il'inskikh, V. B. Obukhovskaya // *Pattern Recognition and Image Analysis (Advances in Mathematical Theory and Applications).* – 2017. – Vol. 27, №4. – P. 783-788.
171. Association of alexithymic characteristics and posttraumatic stress responses following medical treatment for children with refractory hematological diseases / I. Fukunishi, T. Tsuruta, N. Hirabayashi, N. Asukai // *Psychol Rep.* – 2001. – Vol. 89, № 3. – P. 527-534.

172. Asthenia in breast cancer / E. Bruera, C. Brenneis, M. Michaud [et al] // *Am. J. Nurs.* – 1989. – Vol. 89, № 5. – P. 737-738.
173. Bailey, E. Depression and suicide among medical practitioners in Australia / E. Bailey, J. Robinson, P. Mc. Gorry // *Intern. Med. J.* – 2018. – Vol. 48, № 3. – P. 254-258.
174. Barraclough, J. *Cancer and Emotion* / J. Barraclough, // Abingdon: Radcliffe Medical, 1994. – 210 p.
175. Billings, A. G. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression / A. G. Billings, R. H. Moos // *J. Pers and Soc. Psychol.* – 1984. – V. 46. – P. 877-891.
176. Bovier, P. A. Predictors of work satisfaction among physicians / P.A. Bovier, T.V. Perneger // *Eur. J. Pub. Health.* – 2003. – Vol. 13. – P. 29-305.
177. Buchbinder, S. B. Primary care physician job satisfaction and turnover / S.B. Buchbinder // *Am. J. Manag Care.* – 2001. – Vol. 7. – P. 701-713.
178. Burgess C. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study / C. Burgess // *BMJ.* – 2005. – Vol. 330. – 702 p.
179. Carter, P.A. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms / P. A Carter // *Oncology Nursing Forum.* – 2002. – Vol. 29, № 9. – P. 1277-1283.
180. Cavanaugh, S. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality / S. Cavanaugh, L.M. Furnaletto, S.D. Creech // *Am. J. Psychiat.* – 2001.– Vol. 158.– No. 1.– P. 43-48.
181. Chan, O.M.A. Influence of work environment on emotional health in a health care setting / O.M.A. Chan, C.Y. Huak // *Occup. Med.* – 2004. – Vol. 54. – P. 207-212.
182. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s / C. Taylor, J. Graham, H.W.W Potts [et al.]. – *Lancet.* – 2005. – Vol. 366. – P. 742-744
183. Ciaramèua, A., Poli, P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment / A. Ciaramèua, P. Poli. // *Psycho-Oncology.* – 2001. – Vol. 10. – P. 156-165.

184. Coptý, M. Mental health in general practice: assessment of current state and future needs / M. Coptý, D. L. Whitford // *Irish Journal of Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 22, № 3. – P. 83-86.
185. Craig, T.J. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients / T.J. Craig, M.D. Abeloff // *Am. J. Psychiatry*. – 1974. – Vol.131, № 12. – P. 1323-1327.
186. Csef, H. Depression in cancer patients. Early recognition-adequate treatment / H. Csef, // *Fortschr. Med.* – 2001. – Vol. 143, № 12. – P. 30-32.
187. De Florio, M.L. Review of depression in cancer: gender differences / M.L. De Florio, M.J. Massie // *Depression*. – 1995. – Vol.3. – P. 66-80.
188. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression / Y.S. Rhee, Y.H. Yun, S. Park [et al] // *Journal of Clinical Oncology*. 2008. – Vol. 26, No.36. – P. 5890-5895.
189. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients / A. Mehnert, C. Lehmann, M. Graefen [et al.] // *Eur J. Cancer Care Engl.* – 2010. – Vol. 19. – P.736-745.
190. Depression-burnout overlap in physicians / W. Wurm, K. Vogel, A. Holl [et. al] // *Plos one*. – 2016. – Vol. 11, №. 3. – P. 499-513.
191. Derogatis, L.R. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / L.R. Derogatis // *JAMA*. – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
192. Dyrbye, L.N. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students / L.N. Dyrbye, M.R. Thomas, F.S. Massie [et al] // *Ann. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 149, N 5. – P. 334-341.
193. Dysthymic disorder in primary health care / E. Ozmen, K. Ogel, A. Sagduyu, C. Boratav // *Turk. Psikiyatri Derg.* – 2002. – Vol. 13, № 1. – P. 23-32.
194. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995 / J. Eur, F. Bray, R. Sankila [et al] // *Cancer*. – 2002. – T. 38, №1 – P. 99-166.

195. Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors / S.D. Arnold, L.M. Forman, B.D. Brigidi [et al] // *Neurooncology*. – 2008. – Vol. 10. – P. 171-181.
196. Evidence of spillover of illness among household members: EQ-5D scores from a US sample / *Medical Decision Making*. – 2012. – Vol. 33, № 2. – P. 235-243.
197. Friedlander, G. Temps de des in ternes / G. Friedlander // *Medecine sciences: M/S (Paris)*. – 2003. – Jan. – Vol. 19, № 1. – P.116-117
198. Goodwin, G. M. Long-term treatment with agomelatine: prevention of relapse in patients with major depressive disorder over 10 months / G.M. Goodwin, F. Rouillon, R. Emsley // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2008. – Vol. 18. – P. 338-339.
199. Greer, S. Psychological aspects: delay in the treatment of breast cancer / S. Greer // *Proc R Soc Med*. – 1974. – Vol.67. – P.470-473.
200. Hem, E. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000 / E. Hem // *Psychol. Med*. – 2005. – Vol. 35 (6). – P. 873-880.
201. Hispanic ethnicity is associated with younger age at presentation but worse survival in acute myeloid leukemia / K. Darbinyan, A. Shastri, A. Budhathoki [et al] // *Blood*. – 2017. – No.1. – P. 2120-2123.
202. Hoffman, B.M. Screening for distress in cancer patients: the nccn rapid-screening measure/ B.M. Hoffman, M.A. Zevon, M.C. D'Arrigo // *Psychooncology*. – 2004. - № 13. – P. 792-799.
203. Hongjuan, Yu. Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China / Yu. Hongjuan, Li. Limin L. Chaojie [et al] // *Health and Quality of Life*. – 2017. – № 15. – 55 p.
204. Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering [et al] // *Psychooncology*. – 2017. – Vol. 26, № 5. – P. 672-678.
205. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. / W.D. Duggleby, A. Williams, L. Holstlander [et al] // *Rural Remote Health*. – 2014. – Vol. 14. – 2561 p.

206. Incidence and prognostic significance of isolated trisomies in adult acute myeloid leukemia: A population-based study from the Swedish AML registry. / V. L. Lazarevic, A. Rosso, G. Juliusson [et al] // *Eur. J. Haematol.* – 2017. – T. 98, №. 5. – P. 493-500.
207. Incidence of hematological malignancies in Europe by morphological subtype: results of the haemacare project / M. Sant, C. Allemani, C. Tereanu [et al] // *Blood.* – 2010. – T. 116, №19. – P. 3724-3734.
208. Incidence of leukemia in Asian migrants to the United States and their descendants / J.W. Pan, L.S. Cook, S.M. Schwartz, N.S. Weis // *Cancer.* – 2002. – № 13. – P. 791-795.
209. Ishizawa, S. High frequency of pro-B acute lymphoblastic leukemia in adults with secondary leukemia with 11q23 abnormalities. / S. Ishizawa, M.L. Slovak, L. Popplewell [et al] // *Leukemia.* – 2003. – T. 17, № 6. – P. 1091-1095.
210. Kérdő, I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage / I. Kérdő // *Acta neurovegetativa.* – 1966. – Vol. 29. – № 2. – P. 250-268.
211. Kessler, R.C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet // *Arch Gen Psychiatry.* – 1995. – № 52. – P. 1048-1060.
212. Kessler, R.C. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R.C. Kessler, P. Berglund, J. Demler // *AMA.* – 2003. – Vol. 289. – P. 3095-3105.
213. Kessler, R. Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice. *Journal of the American Board of Family / R. Kessler // Medicine.* – 2012. – Vol. 25, № 2. – P. 255-259.
214. Kirkcaldy, B. The impact of work hours and schedules on the physical and psychological well-being in medical practices / B. Kirkcaldy, R. Trimpop, R. Levine // *Europ. Psychologist Med.* – 2002. – Vol. 7. – P. 116-124.

215. Kissane, D.W. Demoralization and Depression in Cancer / D.W. Kissane, M. Doolittle // *Psycho-Oncology*. – New York: American Psychiatric Association. – 2013. – P. 99-102.
216. Komatsu, H. Iryouhoukai / H. Komatsu. – Tokyo : Asahi Shimbun, 2006. – 187 p.
217. Kornetov, N. Prevalence of depression in old patients of social care in Siberia N. Kornetov, Y. Prudnikova, A. Kornetov // *European Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17, Suppl. 1. – P. 127.
218. Leen, J. Alcohol Use and Hazardous Drinking Among / J. Leen, G. Inge, D. Geert // *Medical Specialists*. – 2013. – Vol. 19, № 2. – P. 89-97.
219. Levin, T., Kissane, W.D., CIIA 1977. – URL: [www.rak.by](http://www.rak.by)
220. Mc. Daniel, J.S. Depression in patients with cancer / J.S. Mc. Daniel, D.L. Musselman, M.R. Porter // *Arch Gen Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52. – P. 89-99.
221. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality / S. Cavanaugh, L.M. Furnaletto, S.D. Creech [et al] // *Am. J. Psychiatr.* – 2001. – Vol. 158, № 1. – P. 43-48.
222. Mehnert, A. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study / A. Mehnert, U. Koch // *Psycho-Oncology*. – 2007. – Vol. 16. – P. 181-188.
223. Middleboe, T. Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: a psychometric analysis / T. Middleboe // *Psychother Psychosom.* – 1994. – Vol. 61. – P. 171-177.
224. Miller, G.E. Greater inflammatory activity and blunted glucocorticoid signaling in monocytes of chronically stressed caregivers / G.E. Miller, M.L. Murphy, R. Cashman // *Brain Behav Immun.* – 2014. – Vol. 41. – P. 191-199.
225. Miller, N.M. The painful truth: physicians are not invincible / N.M. Miller, R.K. Mc. Gowen // *Southern Med. J.* – 2000. – Vol. 93, № 10. – P. 966-973.
226. Montazeri, A. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group / A. Montazeri // *Patient Educ Couns.* – 2001. – Vol. 45. – P. 195-198.

227. Oreskovich, M.R., Shanafelt, T., Dyrbye, L.N., Tan, L., Sotile, W., Satele, D., et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J. Addict.* – 2015. – Vol. 24, №1. – P. 30-38.
228. Ozmen, E. Dysthymic Disorder in primary health care / E. Ozmen, K., Ogel, A. Sagduyu, C. Boratav // *Turk. Psikiyatri. Dergi.* – 2002. – Vol. 13, №1. – P. 23-32.
229. *Personality & Social Psychology* / S. Norman, J. Endler, A. Parker. – York University. – 1990. – Vol. 58, № 5. – P. 844-854.
230. Phelan, M.I thought it would go away: patient denial in breast cancer / M. Phelan, J. Dobbs, A.S. David // *Royal Society Med.* – 1992. – P. 206-207.
231. Physicians and nurses with substance use disorders / M. F. Shaw, M. P. McGovern, D. H. Angres [et al]. – 2004. – Vol.47, №5. – P. 561-571.
232. Physicians' Norms and Attitudes Towards Substance Use in Colleague Physicians: A Cross-Sectional Survey in the Netherlands / P. Geuijen, J. Marlies de Rond, K. Joanneke [et al] // *Journal.pone. Collection.* – 2020. – Vol. 15, № 4. – P. 304-318.
233. Polednak, A.P. Recent improvement in completeness of incidence data on acute myeloid leukemia in US cancer registries. / A.P. Polednak // *J. Registry Manag.* – 2014. – T. 41, № 2. – P. 77-84.
234. Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer / J.R.J. De Leeuw, A. de Graeff, W.J.G. Ros [et al] // *Head Neck.* – 2001. – Vol. 23. – P. 892-898.
235. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis / H.M. Geng, D.M. Chuang, F. Yang [et al] // *Medicine (Baltimore).* – 2018. – Vol. 97, № 39. – P. 118 -163.
236. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. / B. Park, S.Y. Kim, J.Y. Shin [et al] // *Support Care Cancer.* 2013. – Vol. 21, № 10. – P. 2799-2807.
237. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers / M.A. Price, P.N. Butow, D.S. Costa [et al] // *Med J.* – 2010. – Vol. 193, № 5. – P. 52-57.



238. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies / A.J. Mitchell, M. Chan, H. Bhatti [et al] // *Lancet Oncol.* – 2011. – Vol.12, № 2. – P. 160-174.
239. Proposed classification of lymphoid neoplasms for epidemiologic research from the Pathology Working Group of the International Lymphoma Epidemiology Consortium (InterLymph) / L.M. Morton, J.J. Turner, J.R. Cerhan [et al] // *Blood.* – 2007. – T. 110, № 2. – P. 695-708.
240. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients / C. Lauren, R.E. Vanderwerker, N. Laff [et al] // *Clin Oncol.* – 2005. – Vol. 23, № 28. – P. 6899-6907.
241. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit / M.D. Siegel, E. Hayes, L.C. Vanderwerker [et al] // *Crit Care Med.* – 2008. – Vol. 36, № 6. – P. 1722-1728.
242. Psychological distress and psychiatric diagnoses among primary caregivers of children undergoing hematopoietic stem cell transplant: an examination of prevalence, correlates, and racial/ethnic differences / S.M. Virtue, S.L. Manne, L. Mee [et. al] // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2014. – Vol. 36, № 6. – P. 620-626.
243. Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan / N. Akizuki, T. Akechi, T. Nakano [et al] // *Palliat Support Care.* – 2010. – Vol. 8, № 3. – P. 291-295.
244. Ramirez, A. J. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians / A. J. Ramirez, J. Graham, M.A. Richards, et al. // *Br. J. Cancer.* – 1995. – Vol. 71. – P. 1263-1269.
245. Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians: A Nationwide Population-Based Study / C.L. Huang, S.F. Weng, J.J. Wang [et al] // *Medicine (Baltimore).* – 2015. – Vol. 94. – 35 p.
246. Robinson, G.E. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques / G.E. Robinson // *Depress Anxiety.* – 2003. – Vol. 17. – P. 180-189.

247. Routh, U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England / U. Routh // *Psychol. Health Med.* – 1999. – Vol. 4. – P. 345-354.
248. Sayfutdinova, Yu. Personal-professional and individual psychological qualities of managers. / Yu. Sayfutdinova // *Network scientific and practical journal "Education Management: Theory and Practice"*, 2013. – № 1. – 109 p.
249. Scheinberg, D.A. Cancer Principles and practice of oncology / D.A. Scheinberg P. Maslak, M. Weiss // *De Vita V.* – 1997. – Vol. 5. – P. 2293-2321.
250. Sebo, P. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey / P. Sebo // *BMC Public Health.* – 2007. – Vol. 7. – 5 p.
251. Sekeres, M.A. Cancer and Leukemia Group B. Differences in prognostic factors and outcomes in African Americans and whites with acute myeloid leukemia / M.A. Sekeres, B. Peterson, R.K. Dodge // *Blood.* – 2004. – T. 103. № 11. – P. 4036-4042.
252. Selye, H. History and present status of the stress concept. In L. Goldberger and S. Breznitz, eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* / H. Selye. - New York: The Free Press, 1982. – 320 p.
253. Selye, H. Stress and disease / H. Selye // *Science.* – 1955. – Vol. 122. – P. 625-637.
254. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. – 23 p.
255. Sonneck, G. Selbstmorde und Burnout von Ärzten / G. Sonneck // *Z. fiirztliche Fortbildung ZAF.* – 1994. – Bd. 7, N 3/4. - P. 22-28.
256. Sørensen J.K. Alcohol and drug use among Danish physicians / J.K. Sørensen A.F., Pedersen., N.H. Bruun [et al] // *A nationwide cross-sectional study in 2014 Dan. Med. J.* – 2015. – Vol. 62, № 9. – 5132 p.
257. Stark, D.P. Anxiety in cancer patients / D.P. Stark, A. House // *Br J Cancer.* – 2000. – Vol. 83. – P. 1261-1267.

258. Statistics of hematologic malignancies in Korea: incidence, prevalence and survival rates from 1999 to 2008. / H.J. Park, E.-H. Park, K.-W. Jung [et al] // *Korean J. Hematol.* – 2012. – T. 47, № 1. – P. 28-38.
259. Suicidal ideation and suicide attempts in anxious or depressed family caregivers of patients with cancer: a nationwide survey in Korea / B. Park, S.Y. Kim, J.Y. [et al] // *SPLoS One.* 2013. – Vol. 8, № 4. – P. 602-630.
260. Suls, J. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis / J. Suls, B. Fletcher // *Health Psychol.* – 1985. – Vol. 4, № 3. – P. 249-288.
261. Taylor, R.E. Current developments in radiotherapy for paediatric brain tumours / R.E. Taylor // *Eur. J. Paediatr. Neurol.* – 2006. – Vol.10, № 4. – P. 167-175.
262. Tebbe, B.B. Assessing psychological health in midwifery practice: A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument / B.B. Tebbe, B. Terluin, J.M. Koelewijn // *Midwifery.* – 2013. – Vol. 29, № 6. – P. 608-615.
263. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. / D.A. Arber, A. Orazi, R. Hasserjian [et al] // *Blood.* – 2016. – T. 127, № 20. – P. 2391-2405.
264. The Prevalence of Depression in People with Cancer / M.J. Massie, M. Lloyd-Williams, G. Irving [et al] // *Depression and Cancer*, 2011. – P. 1-36.
265. The prevalence of psychological impact on caregivers of hospitalized patients: the forgotten part of the equation / R. Al-Zahrani, R. Bashihab, A. E. Ahmed, [et al] // *Qatar Med J.* 2015. – Vol. 1. – S. 3.
266. The prevalence of substance use disorders in American physicians / M. R. Oreskovich, T. Shanafelt, L. N. Dyrbye [et al] // *Am J. Addict.* – 2015. – Vol. 24, № 1. – P. 30-38.
267. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided / E. Van Rijswijk, M. Borghuis, , E. van de Lisdonk [et al] // *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics.* – 2007. – Vol. 45. № 1. – P. 23-29.

268. Understanding disparities in leukemia: a national study / M.I. Patel, Y. Ma, B.S. Mitchell, K. F. Rhoads // *Cancer Causes Control* – 2012. – T. 23, № 11. – P. 1831-1837.
269. Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder / W.G. Lichtenthal, M. Nilsson, D.W. Kissane [et al] // *Psychiatr Serv.* – 2011. – Vol. 62, № 10. – P. 1225-1229.
270. Ware, J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller. – Boston, MA: The Health Institute. – 1994.
271. Whitley, T.W. Factors associated with stress among emergency medicine residents / T. W. Whitley, M. Gallery, E. Allison, D. Revicki // *Annals of Emergency Medicine.* – 1989. – Vol. 18. – P. 1157-1161.
272. Wittenberg, E. Disutility of Illness for Caregivers and Families: A Systematic Review of the Literature / E. Wittenberg, A. Lisa // *Pharmaco Economics, Springer.* – 2013. – Vol. 31, № 6. – P. 489-500.
273. Zabora, J. The prevalence of psychosocial distress by cancer site / J. Zabora // *Psychoncology.* – 2001. – №. 10. – P. 19-28.
274. Zoller, Ji. J. Increased risks of coronary heart disease and stroke among spousal caregivers of cancer patients / Ji, J. Zoller, B. Sundquist // *Circulation.* – 2012. – Vol. – 125. – P. 1742-1747.