

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У РОДСТВЕННИКОВ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Миклин Д.Н.¹, Реверчук И.В.²

¹ Миклин Дмитрий Николаевич

аспирант кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», ул. Коммунаров, 281, Ижевск, 426034, Россия. Тел.: 8 (3412) 52-62-01.

E-mail: miklin.miklin@yandex.ru

² Реверчук Игорь Васильевич

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и нейронаук; федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», ул. А. Невского, 14, Калининград, 236041, Россия. Тел.: 8 (4012) 59-55-95.

E-mail: igor7272igor@gmail.com

Аннотация. Целью исследования явилось изучение особенностей клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематологических больных. Материал и методы. На базе гематологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» (Ижевск) проведено лонгитюдное исследование нарушений психического здоровья у родственников онкогематобольных с диагнозом «острый лейкоз». Выборка составила 274 испытуемых от 18 до 65 лет. Экспериментальными группами явились онкогематобольные и их родственники с точками приложения в дебюте, 3 и 6 месяцев (по 92 человека в начале заболевания, 88 и 70 человек с каждой стороны в дальнейшем). Применялись: клинико-психологический метод; тестовые методики (SF-36, MFA-20, 4DSQ, методика копинг-поведения в стрессовых ситуациях CISS); инструментальные исследования (оценка вегетативного индекса Кердо); математико-статистический метод. Результаты исследования. Изучены взаимосвязи и влияние онкогематобольных и их родственников на психическое здоровье последних в течение шести месяцев развития гемобластоза. Выявлены предикторы клинически значимых нарушений психического здоровья родственников онкогематобольных на различных этапах течения заболевания острого лейкоза. Получены новые данные о структуре и динамике влияния различных факторов на психическое здоровье родственников через латентные переменные. Обозначены варианты дезадаптации родственников онкогематобольных за первые шесть месяцев протекания заболевания. Обоснован комплексный подход к проблеме оказания медико-психологической помощи, включающий состояние психического здоровья родственников во взаимосвязи с психо-эмоциональным статусом онкобольных, что позволяет выявить терапевтические мишени и разработать программу психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации родственников и включить их в комплексную программу реабилитации. Заключение. Выявлены механизмы функционирования родственников онкогематобольных, оказывающие влияние на их психическое здоровье, что имеет дифференциальное значение в коррекционно-психотерапевтической практике.

Ключевые слова: психическое здоровье; родственники онкогематологических больных; депрессия; дистресс; качество жизни; расстройства адаптации.

УДК 159.9:616-006

Библиографическая ссылка

Миклин Д.Н., Реверчук И.В. Особенности клинически значимых нарушений психического здоровья у родственников онкогематологических больных // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 4. – С. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-8

Поступила в редакцию: 20.06.2021 Прошла рецензирование: 16.07.2021 Опубликована: 19.08.2021

Введение

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 [4; 9; 17; 28]. Тяжелое физическое состояние больного раком крови сопровождается психологическими проблемами, влияющими на отношение к себе, близким родственникам, медицинскому персоналу, определяет его стресс-совладающее поведение. Л. И. Монасыпова [14] 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 не только оказывает воздействие на течение самого онкологического заболевания, но и негативно влияет и на качество жизни больных, что находит свое отражение в отечественной и зарубежной литературе [2; 3; 15].

Исследователи подтверждают особую роль психологических факторов в развитии и течении злокачественного заболевания [5; 13]. Однако недостаточно изученной проблемой остается их комплексное участие в развитии болезни, в изменении личностных свойств больного человека и его позиции в системе взаимоотношений с собой и близкими людьми [13; 23]. Признается необходимость включения в эмпирические исследования состояния онкологических больных ряда субъективных параметров качества жизни.

По мнению В. Г. Залевского, 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 [7]. Согласно М. Ю. Кондратьеву, конструкт «духовность» как личностное свойство связан с такими категориями, как гуманность, сочувствие, доброта [11], что обязательно проявляется в близких отношениях родственников и ярко отслеживается в период трудных жизненных ситуаций, в том числе на примере ухода за онкологическим больным [25; 29].

Категория «качество 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) [8; 10]. 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 собственных 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» [16].

В настоящее время недостаточно объективных данных о нарушениях психического здоровья (ПЗ) родственников онкогематологических больных (ЭГ2), психической и психосоматической дезадаптации, о влиянии их психоэмоционального состояния на онкогематологического больного (ЭГ1). 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 ПЗ у родственников пациентов гематологического профиля с целью разработки индивидуализированных программ профилактики, лечения и реабилитации для улучшения продолжительности и качества жизни онкогематологических больных 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 [6].

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

Научная новизна исследования. Получены новые данные о структуре и динамике влияния различных факторов на клинически значимые нарушения ПЗ у ЭГ2 через латентные переменные. Изучены взаимосвязи и влияние ЭГ1 и ЭГ2 на ПЗ ЭГ2 в течение первых шести месяцев лечения гемобластоза. Впервые выявлены предикторы нарушений ПЗ и его ухудшения у ЭГ2 на различных этапах течения острого лейкоза (ОЛ). Изучено влияние биопсихосоциальных показателей респондентов на динамику состояния ПЗ и варианты дезадаптации ЭГ2. Впервые обосновывается комплексный подход к проблеме оказания медико-психологической помощи, включающий состояние ПЗ ЭГ2 во взаимосвязи с психоэмоциональным статусом самих больных.

Теоретическая и практическая значимость работы. Подтверждено представление о ПЗ у ЭГ2 как о полиэтиологическом состоянии. Результаты исследования обеспечивают глубокое и качественное понимание вопросов изучения психопатологических реакций ЭГ2 на стресс, в представлении динамики их адаптационных возможностей на различных этапах лечения ОЛ. Полученная математическая модель позволяет определить терапевтические мишени и разработать достаточно точную научную программу психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации ЭГ2, и включить в комплексную программу реабилитации собственно онкогематологических больных.

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

Работа осуществлялась в рамках гематологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» Минздрава Удмуртской республики, г. Ижевск.

В исследовании приняли участие первичные больные с достоверно верифицированным диагнозом «Острый нелимфобластный лейкоз» (ОНЛЛ), с тяжестью состояния не более 3 по шкале ECOG — ВОЗ, и родственники в соотношении между респондентами в экспериментальных группах 1:1. На этапе включения ЭГ2 в исследование делался акцент на близкие родственные отношения и совместное проживание с больным. К критериям исключения ЭГ2 относилось наличие острых соматических заболеваний, злокачественных опухолей любой локализации и наличие гематологического заболевания в настоящее время или в анамнезе, а также в течение последних шести месяцев личных (другого рода, чем заболевание близкого родственника) и социальных потрясений. Предполагалась типичность протекания патологического процесса и клинических проявлений у больных ОНЛЛ, взятых за некую константу, и однотипность личностно-типологического профиля респондентов, выявленного в ходе сбора анамнеза. Контрольная группа (КГ) была представлена людьми, потенциально не являющимися больными и родственниками больных, и соответствовала критериям включения последних. Обязательным условием для всех участников исследования являлся фактор добровольности.

Исследовались ЭГ1 и ЭГ2 в дебюте заболевания в количестве 184 человек (по 92 респондента), через три месяца — 176 человек по 88 (95,6 %) и через шесть месяцев — по 70 (76,1 %). Количество человек в общей выборке снижалось в связи с летальностью части больных в группе ЭГ1. Сравнение проводилось с КГ в количестве 90 человек.

На первом этапе исследовали данные средних показателей психического, соматического здоровья и копинг-поведения ЭГ2 путем деления их на вышеперечисленные подгруппы: в дебюте, через три и шесть месяцев. Применялись психодиагностические методики. Для подтверждения достоверности исследования использовалась КГ.

На втором этапе проводился корреляционный анализ взаимосвязей массива данных ЭГ1 и ЭГ2, включающих в себя психовегетативные, поведенческие, клинические, социальные данные, показатели КЖ с психологическим компонентом здоровья (ПКЗ) ЭГ2 в разные периоды заболевания: в дебюте, через три и шесть месяцев. Изучались нарушения ПЗ ЭГ2 с учетом пола на разных этапах протекания заболевания у ЭГ1. Проведены исследование и анализ предикторов клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ2 в разные периоды болезни, предикторов показателей «Общая динамика» (ДР) и «Динамика 3–6 месяцев» (ДР-3-6), ПЗ ЭГ2 в шестимесячном временном интервале течения заболевания.

Материалы и методы

Выборка состояла из 184 человек — ЭГ1 с диагнозом ОНЛЛ и ЭГ2, как по горизонтальной, так и по вертикальной первой линии родства, мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст ЭГ1 составил $43,09 \pm 14,79$ лет (медиана (Me) — 44 и межквартильный размах [24; 19]), из них 43,5 % женщин ($n=40$) и 56,5 % мужчин ($n=52$); средний возраст ЭГ2 — $44,97 \pm 13,69$ лет (Me — 46) — $n=59$ и $n=33$ соответственно. Из 92 человек ЭГ2 21 являлся пенсионерами, 71 — работниками различных сфер деятельности. Все имели образование (38 человек — высшее и 54 — среднее специальное образование). Аналогичная ситуация прослеживалась и с ЭГ1. 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 ЭГ2 состоял в законном браке 71 человек, из них 62 % женщин ($n=44$) и 38 % мужчин ($n=27$). Выборка ЭГ1 выглядела следующим образом: $n=22$ (40 %) и $n=33$ (60 %) соответственно.

В КГ были включены респонденты в количестве 90 человек, из них 39 (43,3 %) мужчин и 51 (56,7 %) женщина соответствовали критериям ЭГ2.

По данным анамнеза, в группе наблюдения количество исследуемых ЭГ2 в дебюте, имеющих хронический гастрит, было 37 % ($n=34$), ЭГ1 — 39,1 % ($n=36$). Гипертоническая болезнь (ГБ) наблюдалась в 25 % и 29,3 % случаев ($n=23$ и $n=27$ соответственно). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — $n=5$ и $n=8$ (5,4 % и 8,7 %). КГ представлена единичными случаями соматической патологии.

Проявление основного заболевания оценивалось степенью тяжести ЭГ1 по шкале ECOG, определением индекса Карновского (ИК). В дебюте тяжесть состояния у обследованных лиц ЭГ1 соответствовала ECOG-2 у 62 % ($n=57$) и ECOG-1 у 32,6 % ($n=30$). Остальные — 5 человек — имели 3-ю степень тяжести.

За время исследования количество людей в рассматриваемой выборке прогрессивно снижалось по причине летальности ЭГ1 от основного заболевания. В трехмесячный временной отрезок в исследовании приняли участие ЭГ1 и ЭГ2 в количестве по 88 человек; из них ЭГ2 женщины — 59 (67 %) и мужчины — 29 (33 %); ЭГ1 женщины — 37 (42 %) и мужчины — 51 (58 %). К концу шестимесячного периода среди ЭГ2 женщин наблюдалось $n=46$ (64 %) и мужчин $n=24$ (35 %); среди ЭГ1 женщин и мужчин — $n=33$ (47 %); $n=37$ (52 %) соответственно. С каждой стороны на этом этапе участвовало по 70 человек.

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

Для определения психологического статуса ЭГ1-, ЭГ2- и КГ-групп использовались стандартизованные тестовые методики: определение копинг-поведения в стрессовых ситуациях CISS (адапт. Крюковой Т. А. [12]), тест субъективной оценки астении MFI-20 [8], тест для оценки эмоционального и психовегетативного напряжения, скрытой тревоги и депрессии 4DSQ [22]; оценка качества жизни оценивалась по опроснику SF-36 [10].

Дополнительным объективным компонентом, формирующим клинико-психологическую структуру исследуемых респондентов, являлась оценка вегетативного индекса Кердо [1].

Полученные результаты подвергались компьютерной обработке методами математической статистики (SPSS 22). 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 ($m \pm$), медианы (Me), асимметрии, эксцесса, межквартильного размаха [29]. Применялись критерий t-Стьюдента (для анализа различий средних значений), количественный метод, включающий в себя описательную статистику, множественное сравнение групп — критерий Фишера, коэффициент корреляции Пирсона, коэффициент сопряженности Пирсона, регрессионный анализ. Уровень достоверности соответствовал $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Динамика изменений клинически значимых показателей ПЗ у ЭГ2 рассматривалась в рамках шкалы «ПКЗ» анкеты SF-36 (табл. 1).

Таблица 1

Множественное сравнение групп показателей «ПКЗ» ЭГ2 в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания

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

* — отмечены показатели ЭГ2 статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания (критерий Фишера, $p < 0,01$).

Выявлен статистически значимый рост адаптационных возможностей ЭГ2 по показателям «Психологический компонент здоровья», «Ролевое функционирование» и «Психическое здоровье» в течение первых шести месяцев заболевания с достоверностью $F = 5,89$, $F = 4,72$, $F = 5,49$ ($p < 0,01$) соответственно. Достоверности различий между КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания обнаружено не было.

Полученные результаты в структуре комплексной оценки КЖ ЭГ2 в течение первых шести месяцев заболевания ОНЛЛ ($p < 0,01$) позволяют говорить о повышении

интенсивности адаптационных возможностей ПЗ. Причем более интенсивное восстановление этих возможностей происходит в первые три месяца, что свидетельствует о достаточных психологических защитах личности, компенсаторных антистрессовых механизмах высшей нервной деятельности в среднесрочной перспективе и о необходимости тактики раннего вмешательства.

На очередном этапе выделена **динамика изменений клинически значимых показателей соматического здоровья ЭГ2**. Данные сравнительной характеристики средних показателей соматического здоровья ЭГ2 в разные периоды течения болезни и достоверность различий КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2

Множественное сравнение групп средних показателей соматического здоровья ЭГ2 в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания

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

* — отмечены показатели ЭГ2 статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания (критерий Фишера, $p < 0,01$);

** — отмечены показатели КГ и ЭГ2 дебюта заболевания, статистически значимо различающиеся между собой, (t-коэффициент Стьюдента; достоверность $p < 0,05$).

Достоверно выявлено ухудшение показателя «Физический компонент здоровья», $F = 3,73$, $p < 0,05$ и достоверное улучшение переменных «Дистресс», «Тревога», «Депрессия», «Астения» $F = 5,301$, $p < 0,01$; $F = 4,613$, $p < 0,05$; $F = 2,27$, $p < 0,05$ и $F = 10,57$, $p < 0,001$ — соответственно. КЖ по вышеперечисленным факторам у респондентов КГ значимо, достоверно и закономерно выше, чем у ЭГ2 в дебюте заболевания. Аналогичная ситуация прослеживается и с показателем астении при $p < 0,001$.

На фоне снижения почти на 50 % тревоги и депрессии ($p < 0,05$) за шесть месяцев течения заболевания, уровень измеренного дистресса ($p < 0,01$) и физического функционирования ЭГ2 остается фактически без изменений. При этом наблюдается рост алгического компонента и ухудшение физического самочувствия ($p < 0,05$). Вышеперечисленное свидетельствует о психосоматическом и соматоформном типах реагирования на стресс и расстройствах адаптации, и необходимости разработки индивидуализированных катарсических и телесно-ориентированных методов психотерапии и психокоррекции. Уровень общей, психической и физической астении в динамике представлен в виде стойкого психопатологического снижения ($p < 0,001$) нервно-психического тонуса и вигилитета.

Очередными показателями хода наших рассуждений явились **данные сравнительной характеристики средних показателей копинг-поведения ЭГ2** в разные периоды течения болезни и достоверность различий КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания (табл. 3).

Таблица 3

Множественное сравнение групп средних показателей копинг-стратегий ЭГ2 в разные периоды течения заболевания и достоверность различий КГ и ЭГ2 в дебюте заболевания

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

* — отмечены показатели ЭГ2 статистически значимо различающиеся между периодами течения заболевания (критерий Фишера, $p < 0,01$);

** — отмечены показатели КГ и ЭГ2 дебюта заболевания, статистически значимо различающиеся между собой, (t-коэффициент Стьюдента; достоверность $p < 0,05$).

Показатель «Концентрация на отвлечение» усиливается с течением времени с достоверностью $F = 7,712$ ($p < 0,001$). КГ представлена значимыми показателями ($p < 0,001$) копингов «Концентрация на избегание» и «Концентрация на отвлечение». Нельзя исключить определенное влияние на полученный результат факта профессиональной принадлежности участников КГ. Преобладание удельного веса копинг-стратегии в индивидуальном отвлечении ($p < 0,001$) 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 ЭГ2 в первые шесть месяцев дебюта заболевания.

Далее нами изучались нарушения ПЗ ЭГ2 с учетом пола в дебюте, через 3 и 6 месяцев течения болезни.

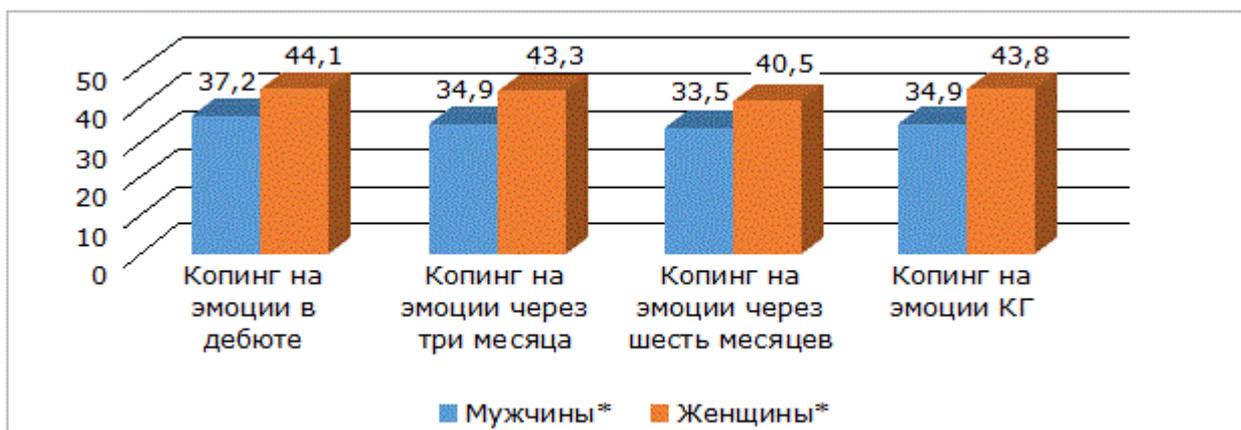


Рисунок 1. Сравнительная характеристика средних значимых показателей по фактору «Эмоции» ЭГ2 и КГ в гендерном аспекте.

* — мужчины и женщины ЭГ2 статистически значимо различаются на каждом из этапов исследования, включая КГ, (t-критерий Стьюдента, $p < 0,05$).

Женщины среди ЭГ2 в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ЭГ2 ($p=0,005$). Эмоциональная лабильность женщин ЭГ2, прослеживаемая в течение первых шести месяцев заболевания (рис. 1), позволяет им поддерживать свой психоэмоциональный потенциал на уровне, комфортном для «выживания» в трудной жизненной ситуации, что не противоречит литературным данным [19]. К шестому месяцу дебюта заболевания выраженность признаков по показателям «Дистресс» ($p=0,032$) и «Психическая астения» ($p=0,028$) также выше у женщин ЭГ2. К этому периоду прослеживается стратегия «На отвлечение», и мужчины ЭГ2 здесь в менее активном выражении ($p=0,001$).

На очередном этапе нами проведен анализ предикторов клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ2 в разные периоды течения болезни. С помощью регрессионного анализа исследовано влияние массива биопсихосоциальных показателей ЭГ1 и ЭГ2 на ПКЗ последних.

1. В дебюте заболевания выявлено, что в модели переменная «Дистресс» вносит наибольший вклад в прогноз зависимой переменной «ПКЗ» ($\beta = -0,433$, $p=0,001$). Предикторы (рис. 2) характеризует состояние ПЗ ЭГ2, ухудшение которого связано с нарастанием уровня дистресса ($p=0,001$) и сопутствующей астенизацией ($p=0,001$). Определены копинг-механизмы, нацеленные на отвлечение ($p=0,003$) и эмоции ($p=0,038$) ЭГ1, для снижения эмоционального напряжения ЭГ2. Результаты исследования подтверждают психоэмоциональное взаимодействие между больным и родственником, приводящее к близкому характеру восприятия событий ($p=0,001$) [18; 21]. Выявлено, что именно дистресс является интегральной характеристикой ($p=0,001$), определяющей состояние адаптации ЭГ2 (латентной переменной, медиатором действия других факторов), посредством которой другие показатели влияют на ПЗ ЭГ2. Выяснено, что состояние ЭГ2 в дебюте заболевания, в основном, зависит от их собственных резервов ($p=0,001$) и от степени тяжести патологического процесса ЭГ1 ($p=0,001$ и $p=0,003$). В этот период наблюдается феноменология дезадаптации ЭГ2, что отражено в литературных источниках [20; 24; 26; 27].

2. В периоде трех месяцев (рис. 2) выявлено, что показатель «Общее здоровье» ЭГ1 обладает предикторными свойствами ($\beta = 0,259$, $p < 0,05$) в отношении показателя «ПКЗ» ЭГ2, что указывает на феномен идентификации — восприятия проблемы заболевания близкого человека как своей собственной и прохождение тех же стадий психологического дистресса, что и у самого больного. Установлено, что влияние дистресса ($p=0,001$) и астении ($p=0,007$) на состояние ПЗ ЭГ2 усиливается ($p=0,001$) после трехмесячного периода течения болезни «Значимого родственника». В

расстройстве адаптации ЭГ2 собственное стрессовое состояние сопровождается упадком физических сил в возможности оказания помощи больному члену семьи. Доказано, что на этом этапе динамики психического состояния ЭГ2, происходит латентная психическая истощаемость ЭГ2 ($p = 0,001$).

3. В шестимесячный период (рис. 2) ведущими детерминантами нарушений ПЗ и протрагированных расстройств адаптации ЭГ2 являлись выраженность астенизации ЭГ1 ($p = 0,001$), ее ролевое функционирование ($p = 0,01$) и собственное, диссоциированное дистрессом эмоциональное состояние ($p = 0,001$).

Далее нами были изучены **предикторы динамики ПЗ ЭГ2** в разные периоды течения болезни (70 человек).

Достоверность различий средних показателей I (оставались в пределах средних значений или увеличивались) и II (отрицательные, отсутствие положительной динамики) групп ЭГ2 представлены в таблице 4.

Таблица 4

Характеристика показателей I и II групп

Показатели ЭГ ₂	I группа положительная динамика (n = 51)	II группа группа риска (n = 19)
Соматизация *	6,53 ± 0,79	11,05 ± 1,57
Дистресс *	8,39 ± 0,75	13,36 ± 1,8
Тревога *	2,58 ± 0,43	5,05 ± 0,096
Психическая астения *	9,18 ± 0,38	11,26 ± 0,79
Общее здоровье **	64,8 ± 2,54	53,94 ± 4,37

* — значения II группы ЭГ2 значимо превалируют над I группой ЭГ2 (t-критерий Стьюдента; $p < 0,05$);

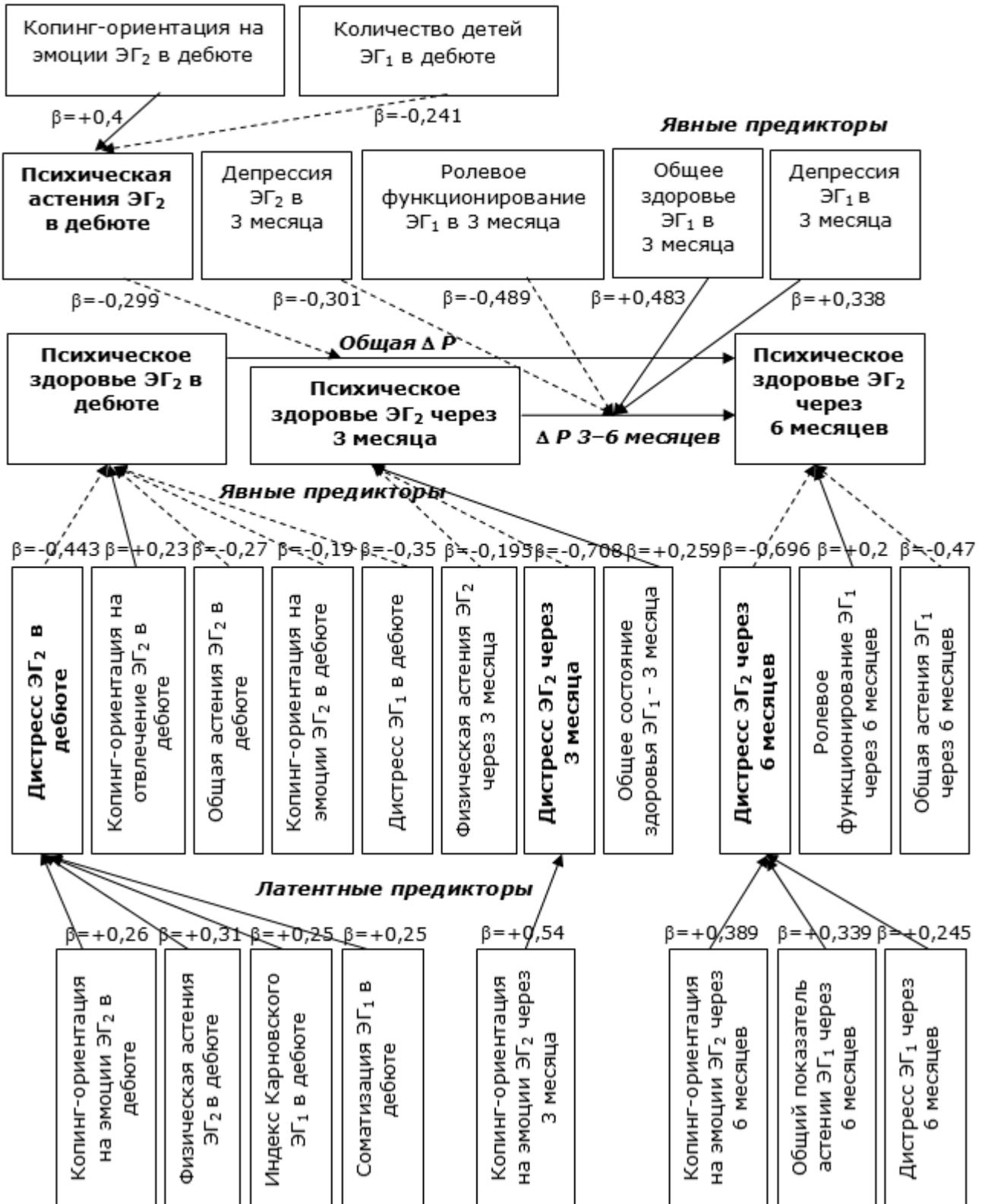
** — значения I группы ЭГ2 значимо превалируют над II группой ЭГ2 (t-критерий Стьюдента; $p < 0,05$).

Показатели II группы родственников достоверно ($p < 0,01$) выше, чем у I группы ЭГ2. Возможно спрогнозировать, что родственники онкогематологических больных из группы риска в большей степени подвержены психоэмоциональной дезадаптации.

Использованы массивы данных в отношении показателя ДР, определенных как разница в показателях ПЗ в период с дебюта заболевания до шести месяцев течения болезни; ДР-3-6 разница в период с трех до шести месяцев течения болезни. В целях изучения предикторов ДР ПЗ ЭГ2 проведен регрессионный анализ. Влияние показателя ДР рассматривалось посредством выделения влияния латентных переменных на психическое здоровье родственников опосредованно, через показатель «Психическая астения» ЭГ2. В итоге стресс-совладающая копинг-стратегия поведения родных «Ориентация на эмоции» несет в себе деструктивную составляющую ($p < 0,001$). Подобным же образом были выявлены детерминанты ДР 3-6. Отмечено, что предикторов «Ролевое функционирование» и «Общее состояние здоровья», оценивающие качество жизни онкогематобольных, вносят наибольший вклад в прогноз зависимой переменной ($\beta = -0,489$ и $\beta = 0,483$ соответственно, $p = 0,001$). Выявлен разнонаправленный характер влияний показателя состояния депрессии больных ($p = 0,005$) и ЭГ2 ($p = 0,007$) на изменение психического здоровья родственников онкогематологических больных в период от трех до шести месяцев заболевания.

Таким образом, были выявлены механизмы психического функционирования родственников, которые оказывают влияние на формирование клинически значимых нарушений психического здоровья в условиях ситуации длительного стресса, что имеет дифференциальное значение в коррекционно-психотерапевтической практике (см. рисунок 2).

Латентные предикторы



Примечание: β — коэффициент, характеризующий долю влияния на зависимую переменную.

Рисунок 2. Структурно-динамическая модель клинически значимых нарушений ПЗ ЭГ₂ в разные периоды течения гемобластоза у ЭГ₁

Выводы

- 1.1. Результаты комплексной оценки КЖ ЭГ2 в течение первых шести месяцев заболевания ОНЛЛ у ЭГ1 позволяют говорить о повышении интенсивности адаптационных возможностей ПЗ ($p < 0,01$), причем более интенсивное восстановление этих возможностей происходит в первые три месяца.
- 1.2. На фоне снижения, почти на 50%, тревоги и депрессии ($p < 0,05$) за шесть месяцев течения заболевания уровень измеренного дистресса ($p < 0,01$) и физического функционирования ЭГ2 остается фактически без изменений. При этом наблюдается рост алгического компонента и ухудшение физического самочувствия ЭГ2 ($p < 0,05$).
- 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. Выявлено преобладание удельного веса копинг-стратегии в индивидуальном отвлечении ($p < 0,001$) и высоких значений концентрации на эмоциях и избегании ($41,6 \pm 11,3$ и $42,2 \pm 8,57$).
2. Женщины ЭГ2 на протяжении всего исследования в большей степени подвержены психоэмоциональным переживаниям, чем мужчины ЭГ2 ($p = 0,005$). К шестому месяцу это проявляется по показателям «Дистресс» ($p = 0,032$), «Психическая астения» ($p = 0,028$) и «На отвлечение» ($p = 0,001$).
3. На разных этапах явным предиктором нарушений ПЗ ЭГ2 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 ЭГ2 в основном зависит от их собственных резервов ($p < 0,05$) и от степени тяжести патологического процесса ЭГ1 ($p = 0,003$); к шестому месяцу — от психоэмоционального состояния ЭГ2 и ЭГ1 ($p < 0,05$).
4. Астенический фактор, обусловленный латентными переменными, влиял на показатель, характеризующий динамику нарушений ПЗ ЭГ2 в условиях длительного (шестимесячного) стресса ($p = 0,012$). На этапах в три и шесть месяцев наблюдается раскрытие их внутренних резервов. Помимо состояния ЭГ2 ($p = 0,007$), на динамику ПЗ последних влияние начинают оказывать и ЭГ1, т. к. состояние их здоровья улучшается ($p = 0,001$).
5. Выявлены предикторы психотерапевтических мишеней для разработки таргетных программ психокоррекции и психотерапии расстройств адаптации ЭГ2 и включения их в комплексную программу реабилитации.

Литература

1. Вагин Ю.Е., Деунежева С.М., Хлытина А.А. Вегетативный индекс Кердо: роль исходных параметров, области применения и ограничения // Физиология человека. – 2021. – Т. 47, № 1. – С. 31–42. doi: 10.31857/S0131164620060120
2. Выборных Д.Э. Депрессии у больных гемобластозами // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2004. – Т. 49, № 2. – С. 38–39.
3. Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови / под ред. А.Б. Смулевича // Психические нарушения в общей практике. – 2011. – № 3-4. – С. 4–10.
4. Гематология: национальное руководство / О.А. Рукавицын, Н.В. Архипова, Т.А. Агеева [и др.] / под ред. О.А. Рукавицына. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 784 с.

5. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – № 1. – С. 5–13.
6. Готовкина М.С. Организация паллиативной помощи сестер милосердия в России: социологический анализ: дис. ... канд. соц. наук. – Белгород, 2015. – 214 с.
7. Залевский Г.В. От «Демонической» до «Биопсихосоциальноэтической» модели психического расстройства // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 57–64.
8. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: Диагностические тесты. – МЕДпресс-информ, 2018. – 316 с.
9. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2019. – 250 с.
10. 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.
11. Кондратьев В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 65–73.
12. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптированный вариант Т.А. Крюковой) // Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Институт Психотерапии, 2002. – С. 442–444.
13. Костина Н.И., Кропачева О.С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. – С. 59–63.
14. Монасыпова Л.И. Психические расстройства у женщин с онкологической патологией репродуктивной системы: дис ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 149 с.
15. Новик А.А., Ионова Т.И., Калядина С.А. Частота встречаемости основных симптомов, их выраженность и влияние на качество жизни больных с распространенными формами рака и гемобластозами: предварительные результаты эпидемиологического исследования симптомов // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2006. – № 7-8. – С. 69–79.
16. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / А.М. Беляев и коллектив авторов / ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова [и др.]. – СПб.: Любавич, 2017. – 352 с.
17. Основные показатели по УР, РФ, годовые отчеты с 2013 по 2019 годы // Республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Информационно-аналитические материалы [Электронный ресурс]. – URL: http://rmiac.udmmed.ru/inform-analit_materialy/
18. Пузырева Л.А. Социально-психологические предпосылки созависимых отношений // Ярославский педагогический вестник. – 2012. – Т. 2, № 3. – С. 246–250.
19. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 82–118.
20. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни / пер. с англ. – СПб.: Питер, 1995. – 176 с.
21. Фромм Э. Искусство любить. Исследование природы любви / пер. с англ. Л.А. Чернышевой. – М.: Педагогика, 1990. – 159 с.
22. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня / А.Б. Смулевич, Н.Н. Яхно, В. Terluin [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 67–73.
23. Яровая Е.Г. К проблеме психосоциального сопровождения онкологических больных // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 178–196.

24. 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 [et al.] // Pattern Recognition and Image Analysis. – 2017. – Vol. 27, № 4. – P. 783–788. doi: 10.1134/S1054661817040204
25. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase / E.K. Grov, A.A. Dahl, T. Moum [et al.] // Annals of Oncology. 2005. – Vol. 16, № 7. – P. 1185–1191. doi: 10.1093/annonc/mdi210
26. Kornetov N., Prudnikova Y., Kornetov A. Prevalence of depression in old patients of social care in Siberia // European Psychiatry. – 2002. – Vol. 17, Suppl. 1. – P. 127.
27. Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: A preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan / M. Asai, N. Akizuki, T. Akechi // Palliative and Supportive Care. – 2010. – Vol. 8, № 3. – P. 291–296.
28. 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.] // The Korean Journal of Hematology. – 2012. – Vol. 47, № 1. – P. 28–38. doi: 10.5045/kjh.2012. 47.1.28
29. Wittenberg E., Saada A., Prosser L.A. How illness affects family members: a qualitative interview survey // The Patient. – 2013. – Vol. 6, № 4. – P. 257–268. doi: 10.1007/s40271-013-0030-3

Features of clinically significant mental health disorders in relatives of oncohematological patients

Miklin D.N.¹

E-mail: miklin.miklin@yandex.ru

Reverchuk I.V.²

E-mail: igor7272igor@gmail.com

¹ Izhevsk State Medical Academy

281 Kommunarov str., Izhevsk, 426034, Russia

Phone: +7 (3412) 52-62-01

² Immanuel Kant Baltic Federal University

14 Nevskogo str., Kaliningrad, 236016, Russia

Phone: +7 (4012) 59-55-95

Abstract. The aim of the study was to study the features of clinically significant mental health disorders in relatives of oncohematological patients. Material and methods. On the basis of the hematology department of the First Republican Clinical Hospital (Izhevsk), a longitudinal study of mental health disorders in relatives of cancer patients with a diagnosis of acute leukemia was conducted. The sample consisted of 274 subjects aged 18 to 65 years. The experimental groups were oncogenetically patients and their relatives with attachment points at the onset, 3 and 6 months (92 people at the beginning of the disease, 88 and 70 people on each side later). Used: clinical and psychological; test methods (SF-36, MFA-20, 4DSQ, coping behavior in stressful situations CISS); instrumental studies — (evaluation of the vegetative index of Kerdo); instrumental research — (evaluation of the vegetative index of Kerdo); mathematical and statistical. The results of the study. The interrelations and influence of oncogenatological patients and their relatives on the mental health disorders of the latter during the six months of hemoblastosis development were studied. Predictors of clinically significant mental health disorders of relatives of cancer patients at various stages of the course of acute leukemia disease have been identified. New data on the structure and dynamics of the influence of various factors on mental health disorders of relatives through latent variables have been obtained. The variants of maladaptation of relatives of oncogenatological patients during the first six months of the course of the disease are indicated. A comprehensive approach to the problem of providing

medical and psychological assistance is substantiated, including the state of mental health of relatives in relation to the psychoemotional status of cancer patients, which makes it possible to identify "therapeutic targets" and develop a program of psychocorrection and psychotherapy of adaptation disorders of relatives and include them in a comprehensive rehabilitation program. Conclusion. The mechanisms of functioning of relatives of oncogematological patients that influence their mental health are revealed, which has differential significance in correctional psychotherapeutic practice.

Key words: mental health, relatives of oncohematological patients; depression; distress; quality of life; adaptation disorders.

For citation

Miklin D.N., Reverchuk I.V. Features of clinically significant mental health disorders in relatives of oncohematological patients. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 4, p. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-8 [in Russian, abstract in English].