

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫБОРКИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Д.Э. ВЫБОРНЫХ

В статье представлены результаты исследования, посвященного изучению распространенности психических расстройств и расстройств личности в условиях гематологического стационара. В выборку исследования включались все больные, находившиеся в стационаре на момент исследования в период с 1 мая 2006 г. по 31 августа 2008 г. (274 чел.). В работе исследовался ряд эпидемиологических показателей больных: социально-демографические данные, распространенность психических расстройств у изученных пациентов, прием психотропных препаратов в анамнезе, комплаенс по отношению к терапии заболевания системы крови. Установлено, что общая распространенность психических расстройств среди изученных нами больных составляет 71,3 %. Среди отдельных нозологий и психопатологических синдромов, выявленных у изученных больных, преобладают нозогенные реакции (54,7 %), хроническое расстройство сна (6,6 %) и соматогенные психозы (3,3 %). Установлено, что подавляющее большинство больных соблюдают предписанный врачами режим, вовремя обращаются за медицинской помощью, и только среди лиц с психическими заболеваниями и выраженными личностными расстройствами выявляются нарушения терапевтического сотрудничества, что в крайних случаях может приводить к несвоевременной диагностике и неадекватному лечению заболевания системы крови.

Ключевые слова: распространенность, заболевания системы крови, психические нарушения, соматопсихические акцентуации, комплаенс.

Исследование распространенности психических и личностных расстройств среди пациентов с заболеваниями системы крови¹ представляет собой самостоятельную проблему, важную как с фундаментальной, так и с прикладной точек зрения, поскольку способствует накоплению, систематизации и анализу сведений об изучаемой патологии и факторах, которые влияют на ее возникновение и течение.

¹ Согласно МКБ-10, такие заболевания включают, в основном, «Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей» (С81-С96), т. е. лейкозы, лимфомы, лимфосаркомы, а также неонкологическую патологию кроветворной системы (анемии, нарушения свертываемости крови и пр. (D50-D53, D55-D59, D60-D64, D65-D69, D70-D77)).

Цель, материалы и методы исследования

Целью настоящего исследования является оценка распространенности психических расстройств и расстройств личности в условиях гематологического стационара. В ходе работы была сформирована выборка из пациентов, обследованных в клинических отделениях ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России. Особенностями данного учреждения является, в частности, то, что в нем проходят лечение наиболее тяжелые больные с самыми разнообразными, в том числе злокачественными заболеваниями системы крови, часто резистентные к предшествующей терапии, неоднократно проходившие лечение в других профильных медучреждениях страны.

В выборку исследования включались все больные, находившиеся в стационаре на момент исследования в период с 1 мая 2006 г. по 31 августа 2008 г. (всего 274 чел.)². Исследование каждого пациента осуществлялось врачом-экспертом (психиатром) в один визит, единообразно для всех участников и независимо от сроков их нахождения в стационаре. В рамках обследования пациентов проводилась полная клиническая диагностика, включая использование психометрических методов, а также анализ медицинской документации и совместная консультативная работа с врачом-интернистом в целях верификации особенностей соматического состояния. По результатам клинической диагностики экспертами устанавливалось наличие или отсутствие психических расстройств, а также уточнялся их характер (учитывались особенности психосоматических соотношений, корреляции с личностными расстройствами и соматопсихической акцентуацией), проводилась комплексная экспертная оценка эффективности проводимой психотропной терапии и фиксировалась рекомендуемая схема лечения психических расстройств с учетом особенностей соматического состояния и используемых комбинаций соматотропных препаратов. Из исследования исключались пациенты с терминальными состояниями при заболеваниях системы крови.

Результаты и их обсуждение

В пределах доступных источников литературы были обнаружены сведения о распространенности психических расстройств у лиц, страдающих заболеваниями системы крови (табл. 1). Следует указать на ограниченность количества исследований по данной проблеме, большинство из которых выполнено на малых и/или гетерогенных относительно параметров гематологической патологии выборках пациентов, а также с применением различных диагностических критериев и методов психиатрической оценки.

² Исследование проводилось в рамках клинико-эпидемиологической программы «Синтез» (исследование распространенности и структуры психических расстройств в общей медицине, проводимое в те же сроки с участием сотрудников ФГБУ НЦПЗ РАМН).

Таблица 1
 Распространенность психических расстройств у больных с заболеваниями системы крови

Авторы	Год	Число больных с заболеваниями системы крови	Распространенность психических расстройств, %	Страна	Гематологическая характеристика выборки	Методы психопатологического исследования
Lloyd G.G. с соавт.	1984	40	Общая распространенность психических расстройств — 37,5	Великобритания	Больные с лимфомами	Клиническое исследование
dos Santos M.J. с соавт.	1991	Нет сведений	Общая распространенность психических расстройств — 32; Распространенность при присоединении депрессии и/или тревога) — 30; Психоорганический синдром — 2	Португалия	Госпитализированные больные с заболеваниями системы крови	Применение полуструктурированного интервью
Hurtado F. с соавт.	1993	22	Общая распространенность психических расстройств — 77	Испания	Больные с лейкозами	Психопатологическая оценка в течение последних 12 месяцев
Nosaka T. с соавт.	1994	31	Общая распространенность психических расстройств — 29; Большая депрессия я — 6,5; Распространенность при присоединении депрессивных расстройств — 9,7;	Япония	Больные с заболеваниями системы крови	Структурированное психиатрическое интервью и применение психометрических методик

Sasaki T. с соавт.	2000	39	тревожные расстройства — 6,5; тревожно-депрессивное расстройство — 6,5; Общая распространенность психических расстройств — 41; Расстройства приспособления (тревога и/или депрессия) — 23,1; Аффективные расстройства — 7,7; Деперсонализационные расстройства — 5,1; Кратковременное психическое расстройство — 2,6; Делирий — 2,6	Япония	Больные с лейко-трансплантационного мозга	Клиническое исследование + Профиль расстройств настроения (POMS)
Stark D. с соавт.	2002	83 (общее число пациентов — 178)	Тревожные расстройства — 48 (в расчете на 178 пациентов)	Великобритания	Больные с заболеваниями системы крови, почечно-клеточной кардиальной и меланомой	Исследовалась распространенность тревожных расстройств, выполнялись электронные опросники в отношении психопатологических симптомов, качества жизни и социальной поддержки
Prieto J.M. с соавт.	2002	220	Общая распространенность психических рас-	Испания	Больные с заболеваниями системы	Клиническое исследование

			стройств — 44, 1; Расстройства припосо- бления — 22, 7; Аффективные расстрой- ства — 14, 1; Тревожные расстройства — 8, 2; Делирий — 7, 3			крови, перенес- шие трансплан- тацию костного мозга	
Malyszczak K. с соавт.	2005	45	Депрессивные расст- ройства — 29, Генерализованное тревож- ное расстройство — 11	Польша		Сравнительное ис- следование боль- ных с заболева- ниями системы крови, другими соматическими заболеваниями и здоровых испы- туемых	Клиническое ис- следование с ис- пользованием психометрических шкал
Beglinger L.J. с соавт.	2006	30	Делирий — 43	США		Больные с заболе- ваниями системы крови, перенес- шие пересадку стволовых клеток крови	Клинико-психо- метрическое исследование
Fadul N.A., с соавт.	2008	125	Делирий — 41	США		Сравнительное ис- следование боль- ных с заболева- ниями системы крови и солидными опухольями	Исследование материалов клинических консультаций

Как можно видеть из данных табл. 1, общая распространенность психических расстройств по цитированным источникам составляет 29—77 %, а средние цифры распространенности (44,1 %) совпадают с результатами исследования J.M. Prieto с соавт. (2002), описавших наиболее крупную выборку онкогематологических больных с психическими расстройствами, что может хотя бы косвенно свидетельствовать о репрезентативности группы больных в этих исследованиях как по нозологическому составу, так и по совокупности психотравмирующих факторов.

Анализируя распространенность отдельных психических расстройств по данным различных авторов, следует отметить, что частота (%) расстройств приспособления оценивается в интервале 22,7—30, при этом выделяются следующие клинические подтипы (%): преимущественно тревожные (6,5), преимущественно депрессивные (9,7) и смешанные тревожно-депрессивные (6,5). Расстройств приспособления с иной психопатологической структурой упомянутые авторы не выделяют.

Распространенность других психических расстройств составила (%): психоорганический синдром 2, большая депрессия 6,5, аффективные расстройства 7,7—29, деперсонализационные расстройства 5,1, кратковременное психотическое расстройство 2,6, делирий 7,3—43.

Социально-демографические данные

Фактически были обследованы 274 пациента (149 женщин, 125 мужчин). При сравнении с подобным эпидемиологическим исследованием, проведенным в 1999 г. на материале крупной городской многопрофильной больницы [3], где для адекватной оценки распространенности психических расстройств у госпитализированных больных (примерно 38 000 чел. за год) требовалось обследовать 1633 пациента (4,3 % годового количества)³, доля объема выборки пациентов ФГБУ ГНЦ Минздра-

³ В выборку исследования, проведенного под руководством М.Ю. Дробижеева, фактически вошли 1718 человек, из которых у 1284 пациентов (74,7 %) обнаружены следующие психические расстройства (%): соматоформные (включая органические неврозы) (3,0), тревожно-фобические (2,9), истерические (диссоциативные и конверсионные) (8,4), органические (23,9), алкогольные (включая металкольные психозы) (12,3), шизофрения (3,7), аффективные (исключая нозогенные) (20,3). Кроме того, у 487 пациентов (28,2 %) были выявлены нозогенные реакции (%): тревожно-фобические (9,8), соматизированные (2,7), синдром «прекрасного равнодушия» (1,7), синдром ипохондрической депрессии (8,7), синдром «эйфорической псевдодеменции» (0,4), синдром «ипохондрии здоровья» (1,1), с явлениями ригидной ипохондрии (0,9), сутяжные, с рентными установками (1), сенситивные (0,2), с идеями «рационализации», реформирования терапии (0,7), синдром патологического отрицания болезни (0,5), с бредом реформирования терапии (0,2), с бредом «приписывания болезни» (0,3).

ва России (11,4 % среднего годового количества больных, равного 2408 чел/год) оказалась репрезентативной для целей настоящего исследования.

Возраст пациентов составил от 18 до 74 лет, медиана возраста равна 39 лет. На рисунке 1 отображены семейное положение, образование и трудовой статус изученных больных.



Рис. 1. Семейное положение, образование и трудовой статус пациентов, участвовавших в исследовании

На представленных диаграммах видно, что на момент исследования значительная часть пациентов состояли в браке, имели высшее, неполное высшее или среднее специальное образование, занимались умственным трудом. Значительная часть являлись инвалидами по соматическому заболеванию, что подтверждает тяжелый, инвалидизирующий характер болезней системы крови.

Добавим, что 170 (62,0 %) пациентов имеют детей, причем у 127 (46,4 %) пациентов — 2 и более ребенка. На момент обследования 35 (23,5 %) обследованных женщин находились в периоде менопаузы.

В таблице 2 указаны данные о социальной адаптации и возможной реабилитации изученных больных. Можно видеть, что наиболее крупные группы больных — это пациенты, способные к профессиональному росту, работающие или учащиеся в обычных условиях с полной нагрузкой (98 чел., 35,8 %), и пациенты, у которых полностью отсутствует трудовая либо учебная деятельность (94 набл., 34,3 %), что может отражать особенность данного стационара, где проходят лечение как «первичные пациенты», то есть пациенты с малым стажем заболевания, так и пациенты с многолетним, порой резистентным течением заболевания системы крови.

Таблица 2

**Показатели социальной адаптации и возможной реабилитации
у изученных пациентов (n = 274)**

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Уровень социально-профессиональной адаптации		
Пациент способен к профессиональному росту, работает или учится в обычных условиях с полной нагрузкой	98	35,8
Работа/учеба в обычных условиях, с транзиторными снижениями трудоспособности, с временным ограничением активности	57	20,8
Смена профессиональной деятельности (работы/учебы) с понижением уровня функционирования	16	5,8
Работа по индивидуальному графику, надомная работа, в условиях ЛТМ, артелях инвалидов и т. п.	9	3,3
Отсутствие трудовой/учебной деятельности	94	34,3
Всего	274	100,0
Вероятность социальной реабилитации при работе со снижением или при полном отсутствии трудовой деятельности (экспертная оценка)		
Отсутствие проблем с социальной адаптацией	69	25,2
Высокая вероятность полной социальной реабилитации	63	23,0
Возможность частичной социальной реабилитации	95	34,7
Выраженные затруднения социальной реабилитации	47	17,1
Всего	274	100,0

Инвалидность по соматическому заболеванию		
1-я группа	28	10,2
2-я группа	79	28,8
3-я группа	7	2,6
Всего	114	41,6

В таблице 3 представлена отягощенность анамнеза обследованных больных наследственными онкологическими заболеваниями и вредными привычками, что косвенным образом подтверждает валидность среза контингента обследуемых больных, поскольку в целом отражает таковые показатели в популяции [4].

Таблица 3

Наследственная отягощенность по онкологическим заболеваниям и вредные привычки у изученных пациентов (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Наследственная отягощенность по онкологическим заболеваниям		
Да	82	29,9
Нет	192	70,1
Всего	274	100,0
Курение		
никогда не курили	126	46,0
бросили менее 2 лет назад	60	21,9
бросили более 2 лет назад	57	20,7
курят	31	11,4
Всего	274	100,0
Прием спиртных напитков		
употребляют	195	71,3
не употребляют	79	28,8
Всего	274	100,0

В таблице 4 представлены данные о потребности изученных пациентов в амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также об их временной нетрудоспособности.

Таблица 4

Потребность изученных пациентов в амбулаторной и стационарной медицинской помощи и их временная нетрудоспособность в течение последнего года (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Присутствуют ли посещения поликлиники в течение последнего года		

да*	192	70,1
нет	82	29,9
Всего	274	100,0
Сколько всего дней в году больной провел на больничном листе		
0	63	23,0
1—49	15	5,5
50—99	21	7,6
100—149	6	2,2
150—199	12	4,4
200—249	5	1,8
250—299	7	2,6
300—349	0	0
350—365	2	0,7
Всего	131	47,8
Присутствуют ли госпитализации в соматические стационары в течение последнего года		
да	202	73,7
нет	72	26,3
Всего	274	100,0
Сколько всего дней в году больной провел в стационаре		
0	60	21,9
1—49	44	16,1
50—99	57	20,8
100—149	25	9,1
150—199	47	17,2
200—249	22	8,0
250—299	16	5,8
300—349	0	0
350—365	3	1,1
Всего	274	100,0

*Из них 32 пациента (11,7 %) — более 10 раз.

Распространенность психических расстройств у изученных пациентов

У трети обследованных больных (85 набл., 31,0 %) в прошлом выявлялись⁴ психические расстройства в ситуации соматического заболевания. Среди таких расстройств — депрессивные состояния, в том числе тревожная депрессия (18 набл., 6,6 %), соматогенная депрессия (4 набл., 1,5 %), истеродепрессия (11 набл., 4,0 %) и дисфорическая депрессия (3 набл., 1,1 %), тревожно-фобические расстройства (9 набл., 3,3 %),

⁴ Со слов больных или их родственников, либо из данных медицинской документации.

психозы, в том числе шизоаффективный психоз (1 набл., 0,4 %) и соматогенный психоз (15 набл., 5,5 %), истероэксплозивные реакции (3 набл., 1,1 %) и нарушения сна (21 набл., 7,7 %). Подавляющее большинство этих больных (82 набл., 29,9 %) за последние 10 лет наблюдались у психиатра амбулаторно либо в условиях общесоматического стационара (в различных медучреждениях, том числе частным образом)⁵. Таким образом, психические расстройства у части изученных в данном исследовании больных отражают реактивную лабильность (в части нозогений) и «изменение почвы» (в части соматогенных психозов), выявляющиеся у пациентов с заболеваниями системы крови.

У 57 пациентов (20,8 %) выявлена отягощенность семейного анамнеза по психическому заболеванию. Среди последних — психические расстройства позднего возраста, в том числе старческая деменция (10 набл., 3,6 %) и старческий параноид (4 набл., 1,5 %), шизофрения (12 набл., 4,4 %), умственная отсталость (1 набл., 0,4 %), алкоголизм (15 набл., 5,5 %), аффективные расстройства (8 набл., 2,9 %), эпилептиформное помрачение сознания (2 набл., 0,7 %), неквалифицированное психическое расстройство⁶ (5 набл., 1,8 %).

При описании психопатологии, выявленной у пациентов на момент исследования, необходимо отметить, что у 192 (70,1 %) пациентов развитию психических расстройств предшествовали психотравмирующие воздействия, как связанные с актуальным гематологическим заболеванием, так и не связанные с последним. Большинство пациентов (111 набл., 57,8 %) расценивали в качестве основного психотравмирующего фактора само наличие актуального заболевания системы крови и, таким образом, более-менее адекватно оценивали семантический смысл заболевания и его возможные последствия. При этом 81 пациент (42,2 %) в качестве актуальных психотравмирующих ситуаций называл иные события: смерть или тяжелая болезнь близкого родственника, неприятности на работе или в семье, финансовые проблемы⁷. Большинство (105 набл., 54,7 %) психотравмирующих событий носило пролонгированный, более 1 месяца, характер.

У 114 (41,6 %) изученных больных в анамнезе до манифестации заболевания системы крови выявлялась иная соматическая патология.

⁵ Госпитализовавшихся в психиатрические стационары не было.

⁶ При этом опрошиваемые говорили о «каком-то» психическом расстройстве у родственников либо их госпитализациях в психиатрические больницы.

⁷ Среди этой группы пациентов с гипонозогнозическими состояниями выявлялись как пациенты с относительно нетяжелыми формами заболеваний, так и лица с характерологическими чертами, для которых свойственна недооценка тяжести соматического состояния, либо игнорирование наиболее опасных аспектов болезни (см. далее по тексту).

У 42 больных (15,3 %) отмечались коморбидные соматическому заболеванию психические расстройства. Среди последних — тревожно-фобическая нозогения (15 набл., 5,5 %), тревожно-депрессивная нозогения (13 набл., 4,7 %), реакция с выявлением «реформирования» терапии (3 набл., 1,1 %), самоотенный психоз, в том числе делириозное помрачение сознания (6 набл., 2,2 %), галлюцинаторно-параноидный синдром (3 набл., 1,1 %), депрессивно-бредовое состояние (2 набл., 0,7 %).

У 195 из 274 пациентов (71,3 %) выявлялись актуальные психопатологические синдромы. При этом у 150 человек (54,8 %) эти психопатологические синдромы расценивались в качестве нозогенной реакции. Наибольшей распространенностью отличались тревожно-фобические (35 набл., 12,8 %), тревожно-депрессивные (14 набл., 5,1 %) и диссоциативные (72 набл., 26,3 %) нозогении. Среди не нозогенных психических расстройств преобладало хроническое расстройство сна (18 набл., 6,6 %).

Выявленные психопатологические симптомы в подавляющем большинстве случаев не влияли ни на течение соматического заболевания, ни на ход диагностического процесса. Лишь в единичных случаях, например, органический галлюциноз (влияние на ЦНС при лимфосаркоме головного мозга), соматическое заболевание повлияло на его возникновение за счет патогенетических механизмов.

Нам не удалось выявить статистически достоверных различий ни по одному параметру между пациентами, у которых сформировались нозогенные реакции и без них.

При сопоставлении распространенности психических расстройств у изученных больных с данными других эпидемиологических исследований пациентов с заболеваниями системы крови можно видеть, что такая распространенность соответствует данным других авторов, тем не менее, приближаясь в верхнему полюсу частоты встречаемости. В то же время распространенность нозогений заметно превышает опубликованные данные. Результаты можно объяснить более дифференцированным подходом к диагностике таких расстройств по сравнению с другими авторами, которые выделяют, в основном, тревожные, депрессивные и смешанные расстройства приспособления, эквивалентные понятию нозогений в отечественной литературе. Используемая в данной работе систематика нозогенных реакций, разработанная в трудах А.Б. Смулевича с соавт., позволила наиболее полно выявить особенности этой патологии у больных с заболеваниями системы крови.

Изучалась личностная структура обследованных больных. У 25 % пациентов были выявлены личностные расстройства, среди которых преобладали личностная патология шизоидного круга, истерическое и аффективное личностное расстройство. То же соотношение сохранялось и

в структуре личности пациентов, не достигавшей уровня личностных расстройств (табл. 5).

Таблица 5
Структура личности изученных больных ($n = 274$)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Расстройство личности		
шизотипическое	3	1,1
шизоидного круга		
шизоидное	7	2,6
истерошизоидное	4	1,5
фершробены	3	1,1
гипертимные шизоиды	2	0,7
паранойальное	4	1,5
истерическое	12	4,4
аффективное	12	4,4
избегающее	3	1,1
зависимое	4	1,5
нарциссическое	2	0,7
пограничное	7	2,6
диссоциальное	2	0,7
ананкастическое	5	1,8
Всего	70	25,7
Структура личности (акцентуация) шизоидного круга		
шизоидная	15	5,5
истерошизоидная	10	3,6
экспансивные шизоиды	7	2,6
аффективная	45	16,4
гипертимная	13	4,7
ананкастическая	29	10,6
истерическая	51	18,6
зависимая	19	6,9
избегающая	15	5,5
Всего	204	74,4

В ходе эпидемиологического обследования помимо личностных расстройств регистрировались типы развития личности и выносилось заключение об имеющейся соматопсихической акцентуации.

Выделялись следующие типы соматопсихической акцентуации.

Невропатическая конституция [25, 31] ($n = 19$) — явления гиперсенестезии в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомиг-

рени), сочетающиеся с врожденной неполноценностью вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.) и гипостенией (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно спровоцированные астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

Соматотония [29] ($n = 66$) — гипертрофированное сознание телесно Я с гедонистическим ощущением повышенного телесного тонуса, потребностью в физической активности (занятия спортом), толерантностью к высоким нагрузкам (экстремальные условия труда, хорошая переносимость экологически неблагоприятных факторов); «культ тела» со стремлением к поддержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, заимствованный из популярных стереотипов).

Акцентуация по типу проприоцептивного диатеза [27] ($n = 8$) — парадоксальность телесной перцепции — подверженность к выявлению альтернирующих полисистемных соматизированных (психопатологически незавершенная органоневротическая симптоматика, субсиндромальные панические атаки, идиопатические алгии) и вегетативных расстройств, а также феноменов, гетерономных нормальной перцепции (телесные фантазии, сенестезии, сенестоалгии) в сочетании с гипестезией общего чувства тела (эгодистонное отношение к телесным ощущениям в отсутствие астено-невротических [5] и ипохондрических расстройств [2; 9]).

Акцентуация по типу сегментарной деперсонализации [21]⁸ ($n = 23$) — аберрация свойств личности в сфере телесного самосознания с персистирующей на протяжении жизни нивелировкой проблем физического здоровья (убежденность в способности собственными силами преодолеть телесный недуг). Рациональное, лишённое эмоций отношение к манифестации соматической катастрофы (экстренная госпитализация, пребывание в реанимационном блоке) и возможности неблагоприятного исхода заболевания (неспособность тревожиться перед предстоящей операцией на открытом сердце, испытывать страх смерти от инфаркта, инсульта, злокачественного новообразования).

Кроме того, были выявлены следующие типы ипохондрических раз витий.

По типу обоснованной, или «вторичной» [19] ипохондрии ($n = 13$), которая формируется на фоне имеющегося тяжелого соматического заболевания и отличается чрезмерным, всепоглощающим вниманием к болезненным проявлениям и педантичным следованием указаниям врача.

⁸ Чаще всего эта акцентуация носит латентный характер и выявляется в условиях соматического заболевания.

Паранойяльный тип [1] ($n = 3$) формируется у больных с личностными расстройствами паранойяльного круга и с акцентуацией по типу сегментарной деперсонализации. Клиническая картина определяется разработкой собственных методов лечения, что сопровождается порой аутодеструктивными действиями либо эквитными установками: выявление ущерба, причинённого действиями медицинского персонала; обвинение сотрудников медицинских учреждений в ошибочной диагностике или неправильном лечении.

Маскированная ипохондрия [21] ($n = 8$) формируется у лиц с акцентуацией по типу проприоцептивного диатеза в условиях относительно благоприятного развития соматического заболевания. Пациенты устанавливают «партнерские» отношения с болезнью и живут по принципу «двойной бухгалтерии»: с одной стороны, следуют врачебным рекомендациям с регулярным проведением необходимых лечебных и профилактических мероприятий, с другой, демонстрируют преодолевающий стиль поведения — активный, без «скидок» на состояние здоровья, не отличающийся по нагрузкам от доблезненного образа жизни (продолжают работать, сохраняют в большинстве случаев физическую активность). В качестве жизненного кредо выдвигается идея достижения, вопреки болезни, высокого уровня социального функционирования.

По типу невротической ипохондрии [15] ($n = 12$) — выявляется у лиц с невропатической конституцией. В клинической картине доминируют проявления соматизированной тревоги и коэнестезиопатии: нарушение чувственного осознания соматического «Я», включающего расстройства общего чувства тела (протопатические, висцеральные, гаптические, термические, кинестетические, витальные ощущения), а также восприятие физиологических и патологических процессов, в нём происходящих. При этом отмечается амплификация проявлений гематологической патологии за счет указанных соматоформных расстройств. У больных обнаруживается отчетливая тенденция к созданию для себя щадящего образа жизни (охранительного режима со значительным ограничением нагрузок как бытовых, так и служебных), а любые попытки медицинского персонала и родственников активизировать больного встречают обвинения в бесчувственности, недостаточном понимании тяжести и опасности заболевания.

Сверхценная ипохондрия [18] ($n = 7$) наблюдается у лиц с соматотической акцентуацией и реализуется в пределах психопатологических симптомокомплексов по типу ригидной ипохондрии и рационализации терапии. В случаях ригидной ипохондрии [6] больной устанавливает жесткий регламент всех сторон повседневной деятельности с неукоснительным соблюдением всех медицинских назначений и рекомендаций. Характерна ипохондрическая «фиксация» на медикаментозных назначениях (всякие попытки заменить лекарственное средство встречают

протест со стороны больного) и/или повышенная мнительность в отношении клинических эффектов соматотропных препаратов. При синдроме рационализации терапии пациент становится приверженцем нетрадиционных методов борьбы с болезнью.

Аберрантная ипохондрия [12] ($n = 6$) — формируется у лиц с акцентуацией по типу сегментарной деперсонализации, характеризуется недооценкой тяжести состояния (отсутствие эмоциональной реакции на угрожающий смысл диагноза) со стремлением к минимизации представлений о возможной соматической катастрофе. Больные исключают возможность летального исхода (пациент знает, что при его болезни возможна смерть, но убежден, что благодаря «волшебному» исцелению его это не коснется), демонстрируют безразличие к угрожающим аспектам заболевания системы крови. Проявления патологии внутренних органов интерпретируются как лишь незначительные отклонения от нормы. Вне сферы внимания оказываются наиболее тяжелые нарушения деятельности внутренних органов, осложнения основного заболевания (жизнеопасные аритмии, агранулоцитоз и т. п.), охотно эксплуатируется тема здоровья («полет в здоровье» по A. Bessier, 1979) [11]. Больные на поздних стадиях гематоонкологического процесса утверждают, что легко восстановят прежний уровень физической активности, в ближайшее время встанут на ноги. В половине наблюдаемых случаев (3 из 6, 50 %) рассматриваемый тип ипохондрического развития сопровождается дезадаптивным поведением [32], нередко препятствующим неотложной медицинской помощи, а также проведению лечебных процедур и реабилитационных мероприятий. Вопреки реальной опасности для жизни больной с помощью нарастающих нагрузок пытается восстановить привычную, как правило, высокую физическую и психическую активность.

В случаях развития по типу «новой жизни»⁹ [23] ($n = 2$) наблюдается патологический ипохондрический отказ от прежних форм активности [7]. Пациенты вопреки ожиданиям (учитывая прежнюю структуру личности, реализовавшуюся принятием роли незаменимого, преуспевающего специалиста и стремлением к карьерному росту) отказываются от возобновления профессиональной деятельности и прежней активности, меняют место жительства (переезд на дачу, в сельскую местность) с целью продления жизни в условиях пошатнувшегося здоровья.

В нашем исследовании наблюдалось преобладание соматотонии и невротической и обоснованной ипохондрии. При этом из 9 лиц с сег-

⁹ Этот термин заимствован из исследований W. Majer-Groß (1920) и сопоставим с определением «вторая жизнь» J. Vie (1939) [33]. Этот термин определяет коренной сдвиг жизненного уклада при поздних ремиссиях бредовой шизофрении. В наших наблюдениях речь также идёт о сдвиге самосознания (отчуждение сознания Я), но соматогенно спровоцированном.

ментарной деперсонализацией в 3 наблюдениях отмечалось формирование паранойяльного ипохондрического развития, а в 6 случаях — аберрантной ипохондрии; у 8 больных с проприоцептивным диатезом наблюдалось развитие маскированной ипохондрии; у 12 больных с невротической конституцией отмечалось формирование невротической ипохондрии; у 7 больных с соматотонией сформировалась сверхценная ипохондрия, а у 2 больных с шизотипическим расстройством наблюдалось формирование развития личности по типу «новой жизни».

Прием психотропных препаратов в анамнезе

В ходе исследования изучалась частота применения психотропных препаратов у обследованных больных с заболеваниями системы крови, потребность в психофармакотерапии и распространенность побочных эффектов психотропных препаратов в изученной популяции. Было выявлено, что к моменту проведения обследования больше половины больных (139 набл., 50,7 %) принимали психотропные препараты, большинство из которых — в течение последнего года (табл. 6).

Таблица 6

Прием психотропных препаратов в анамнезе (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Получал ли ранее ПФТ		
да	139*	50,7
нет	135	49,3
Всего	274	100,0
Если «да», то		
психотропная терапия в течение последнего года	84	30,7
психотропная терапия в течение жизни	55	20,0
Всего	139	50,7
Периодичность терапии		
единственный эпизод более 1 месяца	35	12,8
поддерживающая периодическая, превентивная	16	5,8
лечебная периодическая	38	13,9
единственный эпизод менее 1 месяца	47	17,1
поддерживающая регулярная	3	1,1
Всего	139	50,7

* У ряда больных прием психотропных препаратов не был связан с развитием психического расстройства. Так, больные принимали такие препараты в связи с разовыми нарушениями сна, предоперационной премедикацией, в соответствии со схемами лечения некоторых соматических заболеваний, например, артериальной гипертензии.

При этом препараты относились практически ко всем классам психотропных средств, за исключением психостимуляторов и ноотропов (транквилизаторы, антидепрессанты, антипсихотики, нормотимики и снотворные) (табл. 7).

Таблица 7
Группы психотропных препаратов, принимаемых ранее изученными больными ($n = 274$)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Принимавшиеся препараты относились к группе анксиолитиков		
феназепам	47	17,2
алпразолам	38	13,9
диазепам	16	5,8
Всего	101	36,9
Принимавшиеся препараты относились к группе антидепрессантов		
пароксетин	3	1,1
сертралин	16	5,8
эсциталопрам	7	2,6
тианептин	3	1,1
амитриптилин	6	2,2
Всего	35	12,8
Принимавшиеся препараты относились к группе антипсихотиков		
рисперидон	5	5,7
галоперидол	3	3,5
хлорпротиксен	4	5,0
Всего	12	13,8
Принимавшиеся препараты относились к группе нормотимиков		
карбамазепин	1	1,1
Принимавшиеся препараты относились к группе снотворных		
зопиклон	28	10,2
реладорм	10	3,7
Всего	38	13,9

Эффективность принимаемой ранее терапии как по оценке эксперта, так и по оценке пациентов, была в большинстве случаев высокой. Это же утверждение распространялось и на переносимость такой терапии (табл. 8).

На момент проведения исследования психофармакотерапия проводилась у 38 больных (13,9 %) (табл. 9).

В целом отношение пациентов к приему психотропных препаратов, принимаемых как в период до проведения исследования (139 пациен-

Таблица 8

Эффективность и переносимость предписанной ранее психофармакотерапии (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Эффективность предписанной ранее ПФТ (экспертная оценка)		
хорошая, значительная	81	29,6
умеренная	42	15,3
минимальная без смены терапии	9	3,3
отсутствие или ухудшение без смены терапии	7	2,5
Всего	139	50,7
Эффективность предписанной ранее ПФТ по мнению пациента		
хорошая, значительная	75	27,4
умеренная	45	16,3
минимальная	9	3,3
отсутствие или ухудшение без смены терапии	10	3,7
Всего	139	50,7
Переносимость терапии		
хорошая	110	40,1
удовлетворительная	9	3,3
плохая	16	5,8
очень плохая или отказ от лечения	4	1,5
Всего	139	50,7

Таблица 9

Проведение психофармакотерапии на момент обследования (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Проводится ли ПФТ в настоящее время		
да	38	13,9
нет, по причине		
нет показаний	79	28,8
не распознано существующее психическое расстройство	116	42,3
психическое расстройство распознано, но не лечится, так как врач не назначил ПФТ	35	12,8
психическое расстройство распознано, но не лечится, по причине отказа больного	6	2,2
Всего	274	100

тов), так и в момент исследования (38 пациентов), характеризовалось высокой или хорошей комплаентностью (107 набл., 39,1 %), хотя ряд больных проявляли избирательность в приеме препаратов (32 набл., 28,8 %), у 22 пациентов (26,3 %) наблюдалась низкая комплаентность, а

16 человек (5,8 %) проявляли некомплаентность к приему психотропных препаратов. Наиболее выраженной была потребность в приеме анксиолитиков.

Побочные действия принимаемых психотропных препаратов были зафиксированы у 5 пациентов (1,8 %). При этом такие побочные действия в 4 случаях выражались в дискомфортной и продолжительной сонливости после приема психотропных, а в одном случае (при приеме пароксетина) у больного наблюдалась выраженная тошнота, заставившая произвести смену препарата.

Комплаенс по отношению к терапии заболевания системы крови

В таблице 10 представлены данные о соблюдении пациентами охранительного режима и периодичности обращения пациентов за медицинской помощью.

Таблица 10

Комплаенс у изученных пациентов (n = 274)

Показатели	Число пациентов	
	чел.	%
Хроническое несоблюдение ограничений, охранительного режима	0	0
Периодическое нарушение охранительного режима, ограничений, нарушение охранительного режима, ограничений	17	6,2
Избирательность соблюдения ограничений в соответствии с личными предпочтениями или симпатией к врачам	42	15,3
Соблюдение лечебно-охранительного режима, ограничений в соответствии с течением болезни	207	75,5
Педантичное соблюдение охранительного режима	8	2,9
Повышенное следование ограничительному режиму, «самоощажение»	122	44,5
Первичное текущее обращение за медицинской помощью, отсутствие врачебных назначений	0	0
Отсутствие или однократное обращение за медицинской помощью с переходом к нетрадиционным методам лечения	0	0
Хроническое несоблюдение врачебных назначений	0	0
Ремитирующий прием терапии, т. е. периодическое несоблюдение врачебных назначений	4	1,5
Избирательность обращений за медицинской помощью и выполнения назначений и (частая смена медицинского учреждения или лечащих врачей, избирательное доверие к медицинским работникам)	46	16,8

Регулярные обращения за медицинской помощью в соответствии с течением болезни	207	75,5
Педантичное выполнение всех терапевтических назначений	13	4,7
Повышенное потребление медицинских ресурсов: повышенная обращаемость, запрос на постоянный медицинский контроль, самовольное повышение терапевтических доз препаратов	4	1,5

Как видно из данных табл. 10, большинство пациентов (207 набл., 75,5 %) соблюдали предписанный лечебно-охранительный режим, а также придерживались ограничений в соответствии с течением болезни. То же число пациентов регулярно обращались за медицинской помощью. При сопоставлении данных по комплайенсу с психопатологическими характеристиками выборки клинико-эпидемиологического исследования было выявлено, что среди оставшихся 67 пациентов (24,5 %) с разной степенью нарушений терапевтических отношений врача и пациента (нонкомплаенс) статистически значимо ($p = 0,05$) преобладали лица с психическими заболеваниями и расстройствами личности кластера А.

Заключение

Таким образом, на базе стационара ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России было проведено крупное эпидемиологическое исследование, в котором была сделана попытка ответить на такие клинические вопросы, как распространенность психических расстройств в популяции больных с заболеваниями системы крови, социально-демографическая характеристика изучаемой популяции, потребность в психофармакотерапии и комплайентность пациентов. Ниже приводятся основные выводы, сделанные по результатам исследования.

Выводы

1. Установлено, что общая распространенность психических расстройств среди изученных нами больных составляет 71,3 %, что соответствует данным других авторов (29-77 %) [8; 10; 14; 16; 17; 20; 22; 24; 26; 28; 30], но, тем не менее, существенно превышает среднюю распространенность таких расстройств, по данным литературы равную 44,1 % [26].

2. Среди отдельных нозологий и психопатологических синдромов, выявленных у изученных больных ($n = 274$), преобладают нозогенные реакции (54,7 %), хроническое расстройство сна (6,6 %) и соматогенные психозы (3,3 %). Как уже указывалось, распространенность нозогений заметно превышает показатели, представленные в литературе, что мож-

но объяснить разницей в диагностическом подходе, используемом в данной работе и в работах иных авторов. В то же время распространенность соматогенных психозов соответствует средним цифрам, отраженным в литературных источниках [3]. Данных о распространенности хронического расстройства сна в доступной литературе не найдено.

3. Установлено, что подавляющее большинство больных соблюдают предписанный врачами режим, вовремя обращаются за медицинской помощью, и лишь у лиц с психическими заболеваниями и выраженными личностными расстройствами выявляются нарушения терапевтического сотрудничества, что в крайних случаях может приводить к несвоевременной диагностике и неадекватному лечению заболевания системы крови.

4. В результате исследования не подтвердились данные, что на формирование психических расстройств у больных с заболеваниями системы крови наряду с клиническими влияют демографические и социально-экономические факторы, хотя в отношении больных с иными соматическими нозологиями другие авторы такие закономерности отмечали [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Выборных Д.Э.* Паранойяльные нозогенные реакции у больных с соматическими заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988. Т. 98. Вып. 12. С. 18—21.
2. *Гиларовский В.А.* Психиатрия / М., 1954. 520 с.
3. *Дробизhev М.Ю.* Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 335 с.
4. Онкология. Национальное руководство. М., 2008. 1142 с.
5. *Серебрякова Е.В.* Небредовая ипохондрия (коэнестеziопатия) при шизотипическом расстройстве личности и шизофрении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
6. К проблеме нозогений / Смудевич А.Б. [и др.] // В кн.: Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992. С. 111—123.
7. Психокardiология / Смудевич А.Б. [и др.]. М., 2005. 778 с.
8. *Akaho R., Sakamaki H. et al.* Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia // Bone Marrow Transplant. 2000. Vol. 25. № 3. Pp. 315—318.
9. *Barsky A.J., Klerman G.L.* Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // Am. J. Psychiatry. 1983. Vol. 140. № 3. Pp. 273—283.
10. *Beglinger L.J., Duff K., Van Der Heiden S. et al.* Incidence of delirium and associated mortality in hematopoietic stem cell transplantation patients // Biol Blood Marrow Transplant. 2006. Vol. 12. № 9. Pp. 928—935.
11. *Beisser A.R.* Denial and affirmation in illness and health // Am. J. Psychiatry. 1979. Vol. 136. № 8. Pp. 1026—1030.
12. *Deny G., Camus P.* Sur une forme d'hypocondrie aberrante due a la perte de la conscience du corps // Revue neurologique. 1905. № 9. P. 461—467.

13. *Dos Santos M.J., Pimentel P., Monteiro J.M. et al.* Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasms // *Acta Med. Port.* 1991. Vol. 4. № 1. Pp. 5—8.
14. *Fadul N.A., El Osta B., Dalal S. et al.* Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors // *J. Palliat. Med.* 2008. Vol. 11. № 3. Pp. 422—447.
15. *Glatzel J.* Leibgefuhlstörungen bei endogenen Psychosen // *Schizophrenie und Zyklothymie.* Stuttgart, 1969. Pp. 163—176.
16. *Hosaka T., Aoki T., Ichikawa Y.* Emotional states of patients with hematological malignancies: preliminary study // *Jpn. J. Clin. Oncol.* 1994. Vol. 24. № 4. Pp. 186—190.
17. *Hurtado F., Martin G., Sanz M.A.* Leukemia and mental health: psychological disturbances, predisposing actors, precipitating conditions and psychotherapeutic approach // *Sangr. Barc.* 1993. Vol. 38. Pp. 429—434.
18. *Jahrreis W.* Das hypochondrische Denken // *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 1930. Bd. 92. Pp. 686—823.
19. *Kenyon F.E.* Hypochondriasis: a clinical study // *Br. J. Psychiatry.* 1964. Vol. 110. Pp. 478—488.
20. *Kiely M., Smith A. et al.* Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life // *J. Clin. Oncol.* 2002. Vol. 20. Pp. 3137—3148.
21. *Ladee G.* Hypochondrical syndromes. Amsterdam. 1966. 434 p.
22. *Lloyd G.G., Parker A.C., Ludlam C.A. et al.* Emotional impact of diagnosis and early treatment of lymphomas // *J. Psychosom. Res.* 1984. Vol. 28. Pp. 157—162.
23. *Majer-Groß W.* Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* 1920. Bd. 60. Pp. 160—213.
24. *Malyszczak K., Tomasz W., Mazur G. et al.* Anxiety and depressive symptoms in patients treated due to haematologic malignancies // *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39. № 1. Pp. 33—40.
25. *Morel B.D.* Traite des maladies mentales. Livre IV. Pathologie speciale et therapu-tique generale. Paris, 1860. Pp. 668—772.
26. *Prieto J.M., Blanch J., Atala J. et al.* Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematological cancer patients receiving stem-cell transplantation // *J. Clin. Oncol.* 2002. № 20. Pp. 1907—1917.
27. *Rado S.* Dynamics and classification of disturbances of behavior // *Am. J. Psychiatry.* 1953. Vol. 110. № 6. Pp. 406—416.
28. *Sasaki T., Akaho R., Sakamaki H. et al.* Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia // *Bone Marrow Transplant.* 2000. Vol. 25. № 3. Pp. 315—318.
29. *Sheldon W.H.* The varieties of human physique. An introduction to constitutional psychology. N.Y., 1940. 598 p.
30. *Stark D., Kiely M., Smith A. et al.* Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life // *J. Clin. Oncol.* 2002. Vol. 20. Pp. 3137—3148.

31. *Staudenmayer H., Binkley K.E., Leznoff A.* Idiopathic environmental intolerance // *Toxicol. Rev.* 2003. Vol. 22. № 4. Pp. 247—261.
32. *Strauss D.S., Spitzer R.L., Muskin P.R.* Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV // *Am. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 147. № 9. Pp. 1168—1172.
33. *Vie J.* Quelques terminaisons des delires chroniques. // *Ann. Med. Psychol.* 1939. Vol. 2. Pp. 97—103.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PATIENTS WITH THE BLOOD SYSTEM DISEASES SAMPLE

D.E. VYBORNYKH

The article presents the results of a study on the prevalence of mental disorders and personality disorders in the in-patient hematological clinic. We investigated a number of epidemiological parameters of the patients: socio-demographic data, the prevalence of mental disorders at the studied patients, receiving psychotropic drugs in the past, compliance in relation to the treatment of the blood system diseases and so on. It was found, that the overall prevalence of mental disorders among the examined patients corresponds to 71.3 %. Among the certain nosologies and psychopathological syndromes, disclosed in the studied patients, nozogenic reactions (54.7%), chronic sleep disorder (6.6 %) and somatogenic psychoses (3.3 %) were dominated. It was established that the vast majority of patients adhere to regimen prescribed by physicians, seeking medical help in time, and only among persons with mental illness and severe personality disorders disclosed violations of the therapeutic cooperation, which in extreme cases can lead to delays in diagnosis and inappropriate treatment of the blood system diseases.

Keywords: prevalence, blood system diseases, mental disorders, somatopsychic accentuations, compliance.

1. *Vybornykh D.E.* Paranoiial'nye nozogennye reaktcii u bol'nykh s somaticheskimi zabelevaniami. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova.* 1988. T. 98. Vyp. 12. Pp. 18—21.
2. *Giliarovskii V.A.* *Psikhiiatriia*, Moscow, 1954. 520 p.
3. *Drobizhev M.Iu.* *Nozogenii (psikhogennye reaktcii) pri somaticheskikh zabelevaniakh: Diss. ... d-ra med. nauk.* Moscow, 2000. 335 p.
4. *Onkologija.* *Natsional'noe rukovodstvo.* Moscow., 2008. 1142 Pp.
5. *Serebriakova E.V.* *Nebredovaia ipokhondriia (koenesteziopatii) pri shizotipicheskome rasstroistv lichnosti i shizofrenii: Avtoref. dis. ... kand. med. Nauk.* Moscow, 2007. 23 p.
6. *K probleme nozogenii / Smulevich A.B. [i dr.] // V kn.: Ipokhondriia i somatiformnye rasstroistva.* Moscow, 1992. Pp. 111—123.
7. *Psikhokardiologija / Smulevich A.B. [i dr.].* Moscow, 2005. 778 p.

8. *Akaho R., Sakamaki H. et al.* Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia // *Bone Marrow Transplant.* 2000. Vol. 25. № 3. Pp. 315—318.
9. *Barsky A.J., Klerman G.L.* Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // *Am. J. Psychiatry.* 1983. Vol. 140. № 3. Pp. 273—283.
10. *Beglinger L.J., Duff K., Van Der Heiden S. et al.* Incidence of delirium and associated mortality in hematopoietic stem cell transplantation patients // *Biol Blood Marrow Transplant.* 2006. Vol. 12. № 9. Pp. 928—935.
11. *Beisser A.R.* Denial and affirmation in illness and health // *Am. J. Psychiatry.* 1979. Vol. 136. № 8. Pp. 1026—1030.
12. *Deny G., Camus P.* Sur une forme d'hypocondrie aberrante due a la perte de la conscience du corps // *Revue neurologique.* 1905. № 9. P. 461—467.
13. *Dos Santos M.J., Pimentel P., Monteiro J.M. et al.* Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasms // *Acta Med. Port.* 1991. Vol. 4. № 1. Pp. 5—8.
14. *Fadul N.A., El Osta B., Dalal S. et al.* Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors // *J. Palliat. Med.* 2008. Vol. 11. № 3. Pp. 422—447.
15. *Glatzel J.* Leibgefühlsstörungen bei endogenen Psychosen // *Schizophrenie und Zyklothymie.* Stuttgart, 1969. Pp. 163—176.
16. *Hosaka T., Aoki T., Ichikawa Y.* Emotional states of patients with hematological malignancies: preliminary study // *Jpn. J. Clin. Oncol.* 1994. Vol. 24. № 4. Pp. 186—190.
17. *Hurtado F., Martin G., Sanz M.A.* Leukemia and mental health: psychological disturbances, predisposing actors, precipitating conditions and psychotherapeutic approach // *Sangr. Barc.* 1993. Vol. 38. Pp. 429—434.
18. *Jahrreis W.* Das hypocondrische Denken // *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 1930. Bd. 92. Pp. 686—823.
19. *Kenyon F.E.* Hypochondriasis: a clinical study // *Br. J. Psychiatry.* 1964. Vol. 110. Pp. 478—488.
20. *Kiely M., Smith A. et al.* Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life // *J. Clin. Oncol.* 2002. Vol. 20. Pp. 3137—3148.
21. *Ladee G.* Hypochondrial syndromes. Amsterdam. 1966. 434 p.
22. *Lloyd G.G., Parker A.C., Ludlam C.A. et al.* Emotional impact of diagnosis and early treatment of lymphomas // *J. Psychosom. Res.* 1984. Vol. 28. Pp. 157—162.
23. *Majer-Groß W.* Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* 1920. Bd. 60. Pp. 160—213.
24. *Malyszczak K., Tomasz W., Mazur G. et al.* Anxiety and depressive symptoms in patients treated due to haematologic malignancies // *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39. № 1. Pp. 33—40.
25. *Morel B.D.* Traite des maladies mentales. Livre IV. Pathologie speciale et therapeutique generale. Paris, 1860. Pp. 668—772.
26. *Prieto J.M., Blanch J., Atala J. et al.* Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematological cancer patients receiving stem-cell transplantation // *J. Clin. Oncol.* 2002. № 20. Pp. 1907—1917.

27. *Rado S.* Dynamics and classification of disturbances of behavior // *Am. J. Psychiatry.* 1953. Vol. 110. № 6. Pp. 406—416.
28. *Sasaki T., Akaho R., Sakamaki H. et al.* Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia // *Bone Marrow Transplant.* 2000. Vol. 25. № 3. Pp. 315—318.
29. *Sheldon W.H.* The varieties of human physique. An introduction to constitutional psychology. N.Y., 1940. 598 p.
30. *Stark D., Kiely M., Smith A. et al.* Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life // *J. Clin. Oncol.* 2002. Vol. 20. Pp. 3137—3148.
31. *Staudenmayer H., Binkley K.E., Leznoff A.* Idiopathic environmental intolerance // *Toxicol. Rev.* 2003. Vol. 22. № 4. Pp. 247—261.
32. *Strauss D.S., Spitzer R.L., Muskin P.R.* Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV // *Am. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 147. № 9. Pp. 1168—1172.
33. *Vie J.* Quelques terminaisons des delires chroniques. // *Ann. Med. Psychol.* 1939. Vol. 2. Pp. 97—103.