Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2025, т. 125, №9, с. 71–78
https://doi.org/10.17116/jnevro202512509171

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2025, vol. 125, no. 9, pp. 71–78
https://doi.org/10.17116/jnevro202512509171

Истерические расстройства у больных заболеваниями системы крови

© Д.Э. ВЫБОРНЫХ[1], В.В. ЗАХАРОВ[2], Э.Г. ГЕМДЖЯН[1], Л.В. ЕСИНА[1, 2], Т.В. ГАПОНОВА[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучение клинических особенностей истерических расстройств у пациентов с заболеваниями системы крови.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование пациентов с подтвержденными заболеваниями системы крови с психопатологическими расстройствами истерического круга. Из 373 пациентов, осмотренных за время исследования по поводу психических расстройств, было выделено 108 пациентов, соответствующих критериям настоящего исследования. В работе использовался клинико-психопатологический метод с применением Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE).

Результаты. У изученных пациентов были выявлены следующие психопатологические расстройства: депрессивный эпизод — 29,6% (*n*=32), соматоформные расстройства — 19,5% (*n*=21), диссоциативные (конверсионные) расстройства — 7,4% (*n*=8), ночные кошмары — 6,5% (*n*=7), другие уточненные тревожные расстройства — 33,3% (*n*=36). Среди особенностей манифестации рассматриваемых психопатологических расстройств — редуцированность клинических проявлений, а также выраженный астенический фон, на котором манифестируют истерические расстройства, что обусловлено тяжелым соматическим состоянием и побочными действиями химиотерапевтических препаратов.

Заключение. Психопатологические расстройства истерического круга, манифестирующие у больных заболеваниями системы крови, являются одной из причин нарушения протокола лечения таких больных. Для купирования рассматриваемых непсихотических расстройств применяются психофармпрепараты в минимальной эффективной дозе, при необходимости дозы повышаются до адекватных психопатологическому расстройству. В ряде случаев психофармакотерапия дополняется психотерапевтическим воздействием.

Ключевые слова: *истерические расстройства, тревожные расстройства, депрессивный эпизод, соматоформные расстройства, ночные кошмары, диссоциативные расстройства, заболевания системы крови.*

Информация об авторах:
Выборных Д.Э. — https://orcid.org/0000-0001-7506-4947
Захаров В.В. — https://orcid.org/0000-0002-8447-3264
Гемджян Э.Г. — https://orcid.org/0000-0002-8357-977X
Есина Л.В. — https://orcid.org/0000-0001-7253-5694
Гапонова Т.В. — https://orcid.org/0000-0002-9684-5045
Автор, ответственный за переписку: Выборных Д.Э. — e-mail: dvyb@yandex.ru

Как цитировать:
Выборных Д.Э., Захаров В.В., Гемджян Э.Г., Есина Л.В., Гапонова Т.В. Истерические расстройства у больных заболеваниями системы крови. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(9):71–78. https://doi.org/10.17116/jnevro202512509171

Hysterical disorders in patients with hematological diseases

© D.E. VYBORNYKH[1], V.V. ZAKHAROV[2], E.G. GEMDZHIAN[1], L.V. ESINA[1, 2], T.V. GAPONOVA[1]

[1]National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russia;
[2]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Objective. To study clinical features of hysterical disorders in patients with hematological diseases.

Material and methods. A prospective study of patients with confirmed hematological diseases and psychopathological hysterical disorders. Of the 373 patients examined during the study for psychiatric disorders, 108 patients who met the criteria of the present study were identified. The study employed a clinical and psychopathological method with the Mini-Mental State Examination (MMSE).

Results. The following psychopathological disorders were identified in the studied patients: depressive episode in 29.6% (*n*=32), somatoform disorders in 19.5% (*n*=21), dissociative [conversion] disorders in 7.4% (*n*=8), nightmares in 6.5% (*n*=7), and other specified anxiety disorders in 33.3% (*n*=36). Among the features of the psychopathological disorders under consideration are the reduction of clinical manifestations and a pronounced asthenic background with associated hysterical disorders due to a severe somatic condition and side effects of chemotherapeutic drugs.

Conclusion. Psychopathological hysterical disorders, manifesting in patients with hematological diseases, are one of the reasons for the deviation from the treatment protocols for such patients. Psychopharmaceuticals are used in the minimum effective dose for the treatment of the non-psychotic disorders under consideration; if necessary, the doses are increased to an appropriate level for the psychopathological disorder. In some cases, psychopharmacotherapy is combined with psychotherapy interventions.

Keywords: *hysterical disorders, anxiety disorders, depressive episode, somatoform disorders, nightmares, dissociative disorders, hematological diseases.*

Information about the authors:
Vybornykh D.E. — https://orcid.org/0000-0001-7506-4947
Zakharov V.V. — https://orcid.org/0000-0001-9532-7150
Gemdzhian E.G. — https://orcid.org/0000-0002-8357-977X
Esina L.V. — https://orcid.org/0000-0002-4827-8947
Gaponova T.V. — https://orcid.org/0000-0002-9684-5045
Corresponding author: Vybornykh D.E. — e-mail: dvyb@yandex.ru

To cite this article:
Vybornykh DE, Zakharov VV, Gemdzhian EG, Esina LV, Gaponova TV. Hysterical disorders in patients with hematological diseases. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2025;125(9):71–78. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202512509171

Истерические расстройства (ИР) нередко возникают в условиях соматической клиники. При этом больные обращаются с жалобами на боли в разных частях тела, нарушение дыхания, повышение температуры тела, тошноту, рвоту, ощущение кома в горле, двигательные расстройства, судороги, нарушения чувствительности, которые относятся к истерической симптоматике [1, 2].

В литературе описаны тревожно-диссоциативные реакции у пациентов с различной соматической патологией, которые демонстративно и пренебрежительно относятся к лечению своего заболевания, воспринимая его как нечто преходящее, утверждают, что хорошо переносят болезнь и готовы принять любой исход заболевания. Они сознательно игнорируют врачебные рекомендации и лечебный режим, подвергают себя избыточным физическим нагрузкам. Вместе с тем эта демонстрация неуязвимости своего организма соседствует с тревожными опасениями за состояние своего здоровья, нарушениями сна, высоким интересом к любым сведениям о своем заболевании, штудированием специальной литературы и поисками эффективного лечения, что указывает на непоследовательность их поведенческих и аффективных интенций [3].

ИР у онкологических больных могут представлять собой форму посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), проявляющегося в форме перитравматической диссоциации и отрицания диагноза. ПТСР у пациентов с онкопатологией диагностируется при наличии навязчивых воспоминаний, повышенной возбудимости и избегания триггеров тревоги, вызывающих повторные переживания симптомов болезни [4].

В онкологии такие механизмы защиты, как отрицание, играют двойственную роль. С одной стороны, они могут способствовать снижению дистресса и помочь пациенту справляться с болезнью, с другой — приводить к отказу от лечения и ухудшению прогноза. Варианты отрицания включают неприятие диагноза, недооценку воздействия болезни и связанных с болезнью эмоций. Пациенты, у которых формируется реакция отрицания болезни, поздно обращаются за медицинской помощью, что негативно влияет на эффективность лечения [5]. Отрицание онкологического заболевания является характерной чертой диссоциативных нозогенных реакций, проявляющихся в форме отчуждения болезни. Это может выражаться в непринятии диагноза, психологическом вытеснении онкопатологии за пределы личностной идентичности («болезнь принадлежит кому-то другому»), ощущении нереальности происходящего (дистанцированность от событий, связанных с заболеванием), а также в формировании патологических фантазий, сопровождающихся убежденностью в ошибочности поставленного диагноза [6].

Среди психопатологических расстройств, формирующихся у пациентов с заболеваниями системы крови (ЗСК), расстройства истерического круга занимают значительное место (23% от всех непсихотических и личностных расстройств) [7]. Такие состояния в целом сохраняют структуру клинической картины, характерной для ИР, формирующихся у лиц без соматической отягощенности (конверсионные, диссоциативные расстройства и пр.), но могут иметь и свои особенности в зависимости от влияния коморбидной соматической (гематологической, неврологической и пр.) патологии.

В своих исследованиях авторы приводят два наблюдения, касающихся развития диссоциативных (конверсионных) расстройств у пациенток с онкогематологическими заболеваниями. Среди таких психопатологических расстройств — наблюдение, в котором состояние пациентки расценивалось в рамках диссоциативной нозогенной реакции с синдромом множественной личности [8, 9]. У больной, страдающей острым миелолейкозом, перенесшей клиническую смерть на фоне сепсиса, в течение трех суток периодически возникали яркие сенсорные переживания, образные видения. Такие явления сочетались с развернутыми аффективными и когнитивными расстройствами: рыданиями, отдельными нелепыми возгласами и выраженными мнестическими нарушениями. Больная забывала о недавнем рождении у нее ребенка, ближайших событиях, не могла прочесть текст. Психопатологическое состояние характеризовалось двойственным восприятием собственного «Я» — она осознавала свой диагноз, но при этом ощущала отчужденность болезни, воспринимая ее как относящуюся к другому человеку. Отмечались элементы дереализации, сочетающиеся с несоответствующим тяжести ситуации повышенным настроением. Преморбидные личностные черты больной трактовались как истерические (гистрионные [10]). В данном случае формирование ремиссии лейкоза благоприятствовало снижению тревоги, но в то же время амплифицировало диссоциативные нарушения, формируя стойкое патологическое убеждение в полном выздоровлении [11].

В другом наблюдении [12] выявлялась психогенная депрессия у пациентки, страдающей острым лимфобластным лейкозом, с истерошизоидными чертами личности, сочетающаяся с апатией и значительной истерической симптоматикой — «отрешенностью», судорожными подергиваниями в руках по типу «рук акушера», обмороками, а также не реализованной попыткой суицида. Такие явления сменились кататоническими симптомами, сохранявшимися более суток. Развитие описанных расстройств сочеталось с приемом преднизолона, что не исключает вероятное влияние глюкокортикостероидов на манифестацию симптомов кататонии [13].

Одним из важных этапов медицинской помощи пациентам с ИР (включая тех, кто проходит лечение в условиях гематологического стационара) являются психосоциальные мероприятия. Снижению тяжести и частоты приступов соматических нарушений у пациентов с истерическими чертами в сочетании со стандартной медикаментозной психофармакологической терапией способствуют: использование поведенческой терапии, мотивационного интервьюирования и психотерапии, основанной на осознанности (*англ.:* mindfulness), в то время как методы психообразования оказываются малоэффективными [14].

К ведению пациентов с ИР необходимо применять дифференцированный подход: при относительно легком течении ИР может быть достаточным применение психодинамического подхода, выявление неадаптивных моделей поведения и переход к адаптивным моделям совладания с принятием пациентом своих чувств, мыслей и страхов; напротив, при острой травматизации, частой диссоциации и тяжелой тревожно-депрессивной симптоматике требуется вмешательство, направленное на укрепление и поддержание устойчивости адаптивных способов совладания [15].

Исследования, посвященные формированию ИР у больных ЗСК в литературе либо отсутствуют, либо имеются в форме единичных клинических наблюдений [11, 12, 16, 17]. Настоящее исследование посвящено изучению клинических особенностей ИР у пациентов ЗСК.

Материал и методы

Было проведено одноцентровое проспективное когортное исследование на базе клинических отделений ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России с 30.05.2022 по 31.01.2024. В работе использовался клинико-психопатологический метод с применением Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). Психопатологическую оценку состояния всех пациентов, включенных в данное исследование, проводил квалифицированный врач-психиатр, первый автор данной статьи.

Критерии включения: подтвержденное онкогематологическое заболевание (острый лейкоз, лимфома, идиопатическая апластическая анемия, миелопролиферативные неоплазии); возраст больных — не младше 18 лет; наличие расстройств истерического круга (конверсионные и диссоциативные расстройства по МКБ-10, конверсионные/диссоциативные симптомы, «истерическая окраска» симптомов за счет истерических личностных черт в рамках иных синдромов/расстройств (депрессий, тревожных, соматоформных расстройств); письменное информированное согласие.

Критерии невключения: тяжелое соматическое состояние больного, не позволяющее проводить обследование, манифестная шизофрения (F20.xxx), умственная отсталость (F70—F79), наркомании и алкоголизм (F10—F19), недостаточное владение русским языком; отсутствие добровольного информированного согласия больного на обследование.

Из 373 госпитализированных пациентов, соответствующих критериям включения и исключения, были отобраны 108 человек (88% женщины, возраст — медиана 37 лет, IQR 30—45). Расчет требуемого объема выполнялся по формуле для оценки доли (α=0,05, ожидаемая распространенность истерических расстройств 0,23, точность ±8%), что дало минимальное число 105 наблюдений; фактическая выборка перекрыла расчетный порог.

В **таблице** представлены исходные характеристики пациентов.

Преобладание острых лейкозов и лимфом среди гематологических диагнозов пациентов объясняется тем, что такие больные вообще преобладают среди пациентов ФГБУ «НМИЦ гематологии». Отметим, что высокая частота встречаемости психических расстройств среди больных лимфопролиферативными заболеваниями согласуется с данными литературы об ассоциации таких онкогематологических заболеваний с манифестацией психических расстройств [18, 19]. Преобладание больных женского пола в исследованной нами выборке соответствует литературным данным, посвященным описаниям психопатологических

Исходные характеристики пациентов, *n*=108
Baseline patient characteristics, *n*=108

Показатель	Выборка, *n* (%)
Пол:	
мужской	13 (12,0)
женский	95 (88,0)
Возраст, медиана (25%, 75%), лет	37 (30; 45)
Стаж гематологического заболевания, медиана (25%, 75%), мес.	3 (0; 12)
Образование:	
начальное	2 (1,9)
среднее	18 (16,7)
среднее специальное	30 (27,8)
высшее неоконченное	8 (7,4)
высшее	50 (46,3)
Семейное положение:	
в браке	76 (70,4)
не в браке	32 (29,6)
Трудовой статус:	
работает	59 (54,6)
учится	5 (4,6)
не работает (без инвалидности)	22 (20,4)
инвалид по соматическому заболеванию	21 (19,4)
пенсионер по возрасту	1 (0,9)
Заболевания системы крови:	
острые лейкозы	50 (46,3)
лимфомы	45 (41,7)
идиопатическая апластическая анемия	9 (8,3)
миелопролиферативные новообразования	4 (3,7)

расстройств истерического круга [16]. Большинство исследованных пациентов состояли в браке, около половины пациентов работали.

Личностные расстройства (диагностированные в соответствии с МКБ-10) изученных пациентов представлены следующим образом: истерические (от акцентуации характера до расстройства личности) — 96,3% (n=104); расстройство типа зависимой личности — 1,9% (n=2); шизотипическое расстройство личности — 0,9% (n=1); эмоционально неустойчивое расстройство личности — 0,9% (n=1).

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкским соглашением Всемирной медицинской ассоциации 1964 г., было согласовано с Локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

Статистический анализ включал методы описательной статистики. Непрерывные переменные представлены медианой и межквартильным интервалом (25%; 75%), категориальные — абсолютным числом и долей (в%).

Результаты

Среди обследованных пациентов преобладающее большинство демонстрировали истерические черты личности, варьирующие от акцентуации характера до выраженного расстройства личности. Акцентуации характера могли оставаться латентными, пока под воздействием специфических эмоционально значимых факторов не проявлялись в явной форме. ИР личности представляло собой серьезное нарушение характерологических и поведенческих черт, затрагивающих несколько сфер личности и сопровождающихся личностной и социальной дезинтеграцией. Для этих пациентов были характерны признаки (различной степени выраженности), соответствующие диагностическим критериям ИР личности, представленным в Международной классификации болезней (МКБ-10) [20]. В анамнезе у таких пациентов нередко выявлялись те или иные конверсионные расстройства, формирующиеся в условиях психотравматических событий.

У 22 (19%) больных были выявлены легкие нарушения когнитивных функций (по краткой шкале оценки психического статуса, MMSE). Нарушение когнитивных функций у больных ЗСК могут приводить к усилению выраженности тревоги и депрессии [21], а также способны облегчать манифестацию ИР [22].

Психические расстройства, манифестировавшие у исследованных пациентов, представлены следующим образом: другие уточненные тревожные расстройства (F41.8) — 33,3% (n=36); депрессивный эпизод (F32) — 29,6% (n=32); соматоформные расстройства (F45) — 19,4% (n=21); диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) — 7,4% (n=8); ночные кошмары (F51.5) — 6,5% (n=7).

Тревожные расстройства

В структуру тревожной истерии (Другие уточненные тревожные расстройства, по МКБ-10), формирующейся у больных с заболеваниями системы крови и отличающейся реактивным (нозогенным) характером, входили тревога, ажитация, плаксивость, психогенная тошнота (и даже рвота). Характерны нестабильное настроение, раздражительность, демонстративное поведение. Примерно у половины больных (19 наблюдений), у которых сформировалось рассматриваемое состояние, отмечалась массивная конверсионная симптоматика, которая в ряде случаев копировала либо перенесенное самим пациентом значимое нарушение (например, полинейропатию нижних конечностей с развитием болевого синдрома и нарушением опорной функции), либо подобное нарушение, отмеченное пациентом у другого больного.

Кроме того, у пациентов наблюдалась выраженная потребность в постоянном внимании со стороны медицинского персонала и близких, что проявлялось в жалобах на усиливающиеся симптомы при снижении интереса к их состоянию. Эмоциональные реакции носили гипертрофированный характер, сопровождаясь резкими сменами настроения — от глубокой апатии до бурных аффективных всплесков. В ряде случаев отмечались вычурные речевые обороты, пафосность высказываний, чрезмерная жестикуляция, а также провокационное поведение, направленное на привлечение внимания.

Больные демонстрировали высокую внушаемость, легко поддаваясь как тревожным ожиданиям, так и позитивным установкам со стороны окружающих. Их восприятие социальных взаимодействий было искажено: наблюдалась неадекватная оценка межличностных отношений, склонность к преувеличению своей значимости и ожидание особого отношения к себе. На фоне нарастающего истощения психических ресурсов у части пациентов происходила утрата прежних интересов и снижение ответственности за свое поведение, что дополняло клиническую картину тревожной истерии в условиях тяжелого соматического заболевания.

Аффективные расстройства

Депрессивные эпизоды (легкие и средней тяжести) у исследованных больных были представлены аффективными расстройствами в рамках истерической депрессии. Основные симптомы такого состояния включали чувство подавленности, беспокойства и безысходности, сопровождающееся приступами плача, раздражительностью, суицидальным шантажом, различными телесными сенсациями (например, ощущением головной боли в виде клубка ниток под костями черепа). Свойственный нозогенным депрессиям содержательный комплекс охватывал в том числе печальные размышления о ближайших и отдаленных перспективах своего гематологического заболевания.

Однако эмоциональное состояние пациентов с ЗСК не отличалось выраженной драматичностью и театральностью проявлений. В отличие от истерических депрессий у соматически нескомпрометированных лиц наблюдались стертые проявления эмоциональных переживаний, без театральных «заламываний» рук, обмороков. В ряде случаев пациенты описывали ощущение «теплого шара» в животе, «гвоздя» в сердце или «стягивания» внутренних органов, что отражало характерную для истерической депрессии соматизацию аффекта.

Отдельные диссоциативные проявления включали ощущение внутренней отстраненности, восприятие своего состояния как чуждого, а также эпизоды «общения» с умершими родственниками или представление их физического присутствия. Воспоминания о перенесенных стрессовых событиях заболевания носили навязчивый характер и часто сопровождались яркими психосенсорными образами,

повторяющимся мысленным воспроизведением психотравмирующих сцен, сопряженных с критическими моментами пребыванием в стационаре (нахождение в ОРИТ и пр.), болезненно насыщенных эмоциональным переживанием.

Характерной особенностью депрессивного состояния была его нестабильность: в рамках одного дня настроение пациентов могло варьироваться от глубокой подавленности до аффективных всплесков с демонстративной экспрессией эмоций. Отмечалась высокая степень внушаемости, усиливающееся влияние внешних обстоятельств на самочувствие больных, а также склонность к усилению симптомов при обсуждении их состояния с медицинским персоналом.

Соматоформные расстройства

Соматоформные и ипохондрические расстройства были представлены психогенной тошнотой и рвотой, икотой, ощущениями онемения на коже, охваченностью ипохондрическими переживаниями. Кроме того наблюдались поражения конечностей с «хромотой», которая проходила без лечения по прошествии нескольких месяцев. В некоторых случаях такие явления сопровождались односторонними судорожными проявлениями — «рука акушера», «нога балерины».

Тревожно-ипохондрические реакции у пациентов сопровождались выраженной тревожной симптоматикой, которая отличалась высокой степенью драматичности психогенного комплекса. Последний включал в себя изменчивые, яркие и образные представления, отражающие субъективно значимые события онкогематологического заболевания, а также выраженные соматовегетативные и конверсионные проявления, сопоставимые с телесными фантазиями [23]. Телесные сенсации у таких пациентов характеризовались образностью, интенсивностью и лабильностью и зависели как от эмоционального состояния пациента, так и от внешних факторов.

Соматоформные расстройства в некоторых случаях сочетались со сниженной приверженностью лечению, что значительно затрудняло терапию основного заболевания. В числе подобных нарушений — эпизоды психогенной тошноты и рвоты, которые вызывались обстановкой медицинского учреждения, куда относились запахи лекарств, шум работы медицинских приборов и т.д. Некомплаентность больных при этом была вызвана тревожным избеганием, заключающимся в отказе от проведения химиотерапии или прекращении уже начатого введения цитостатических препаратов. Это избегающее поведение не только препятствовало выполнению терапевтических мероприятий, но и создавало дополнительные трудности для эффективного лечения и в ряде случаев даже способствовало прогрессированию патологического процесса [24, 25].

Диссоциативные/конверсионные расстройства

Среди наблюдений с диссоциативными расстройствами отмечались состояния со странным или эксцентричным поведением, мимоговорением, тревогой, эмоционально мотивированной некритичностью, дезориентировкой, потерей кожной чувствительности на отлогих частях тела, двигательным возбуждением, шаткостью походки, астеническими расстройствами.

Кроме того, у некоторых пациентов развивалась аутопсихическая дезориентация, истинные зрительные галлюцинации, истерический «комок», «каска неврастеника», ощущения лопанья «пузырьков» в различных областях тела, растягивания, скручивания внутренних органов, усталость и слабость, жалобы на разлитые «покалывающие» болезненные ощущения по всему телу, затруднение дыхания.

Клинические проявления диссоциативных расстройств у онкогематологических больных отличались стертостью, неяркостью симптоматики и значительным преобладанием астенического компонента. В большинстве случаев наблюдались псевдосенсорные симптомы, включавшие ощущение «разрыва» в груди, «жжения» в животе или «онемения» конечностей, что позволяло дифференцировать эти состояния от соматических проявлений заболевания.

При этом пациенты воспринимали соматические симптомы онкогематологического заболевания как временные, объясняли их «простудой», «воспалением», а порой и частично отрицали как сам факт заболевания, так и связанную с ним витальную угрозу. Это проявлялось в формировании диссоциативных амнестических феноменов, выражающихся в утрате воспоминаний о медицинских диагнозах, терапевтических мероприятиях и даже пережитых операциях.

В ряде случаев отмечались диссоциативные конвульсии, внешне напоминавшие эпилептические припадки, но не сопровождавшиеся утратой сознания или неконтролируемыми физиологическими реакциями. Диссоциативные расстройства движений проявлялись внезапными слабостями в конечностях, «непослушностью» рук, эпизодами «замирания» в неестественных позах.

Эмоциональная сфера пациентов характеризовалась эпизодами деперсонализационно-дереализационных переживаний: ощущением нереальности происходящего, восприятием себя как постороннего наблюдателя за событиями собственной жизни, чувством отстраненности и эмоциональной холодности. Такие состояния носили пароксизмальный характер, их продолжительность варьировалась от нескольких минут до нескольких часов, а выраженность зависела от уровня общей астении и интенсивности стрессового фактора.

Отмечалась высокая внушаемость и зависимость эмоционального состояния от внешних обстоятельств. Так, во время разговоров с медицинским персоналом пациенты демонстрировали подчеркнутую тревожность, жаловались на резкое ухудшение самочувствия, однако вне лечебных учреждений могли вести себя относительно спокойно.

Таким образом, диссоциативные расстройства у онкогематологических больных развивались на фоне значительного астенического истощения, характеризовались стертостью клинических проявлений и сочетанием диссоциативных, конверсионных и аффективных симптомов, что затрудняло их диагностику и требовало дифференциации с неврологическими и соматическими заболеваниями.

Ночные кошмары

При возникновении ночных кошмаров во время сна изученные онкогематологические пациенты с ИР испытывали глубокое чувство страха или беспокойства. Эти сновидения запоминались до мельчайших подробностей. Образы в этих снах обычно были ярки и связывались с опасностью для жизни, личной безопасности, самоуважения.

Кроме того, тематика кошмаров отражала потерю внимания значимых для пациента людей, покинутость, одиночество, потерю красоты и привлекательности. Часто такие кошмары имели повторный характер, вызывая одни и те же либо схожие беспокоящие образы. Отмечались выраженные вегетативные реакции — учащенное сердцебиение, потливость. Пробуждение обычно происходило в момент максимальной эмоциональной интенсивности, когда чувство страха достигало своего пика. Часто пациенты отмечали после пробуждения временное усиление астенических расстройств.

Одной из возможных причин описанных нарушений может быть применение определенных медикаментов, применяемых при лечении основного заболевания, его осложнений и сопутствующей патологии. Манифестация ночных кошмаров в случае медикаментозной терапии ассоциирована с влиянием лекарственных препаратов на определенные нейромедиаторные системы: адренергическую, холинергическую, дофаминергическую. Такими препаратами являются противопаркинсонические средства, анальгетики, в том числе наркотические, глюкокортикостероиды. Кроме того, формирование ночных кошмаров может обусловливать прием антидепрессантов из группы трициклических (ТЦА), ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также снотворных [26]. Ночные кошмары могут быть также связаны с повышением температуры тела, возникающим на фоне изменений мозговой активности при лихорадочных состояниях, обусловленных вирусными инфекциями или воспалительными процессами. В фазе быстрого сна наблюдается ухудшение терморегуляции, что приводит к увеличению температуры тела. Этот физиологический дисбаланс может способствовать формированию пугающих сюжетов в содержании сновидений.

Обсуждение

Проведенное исследование показало, что ИР у больных ЗСК в целом сопоставимы с расстройствами истерического круга, формирующимися без участия соматической патологии. Однако в ряде случаев такие нарушения обладают отличительными особенностями, обусловленные их манифестацией на фоне тяжелых жизнеугрожающих онкогематологических заболеваний.

Характерными особенностями личности исследованных нами пациентов с описанными психопатологическими расстройствами было наличие у них истерических черт, которые в ряде случаев не замечались у них даже близкими людьми. Другие же, в том числе те больные, у которых в гематологическом стационаре развились диссоциативные расстройства, характеризовались родственниками как себялюбивые, манипулятивные, фиксированные на собственной персоне личности. Следующей особенностью клинических проявлений ИР у изученных больных ЗСК является редуцированность и даже в ряде случаев атипичность, а также выраженный астенический фон, на котором развертывались события ИР, что обусловлено тяжелым соматическим состоянием и побочными действиями химиотерапевтических препаратов.

В наших наблюдениях нозогенные истерические (тревожные, тревожно-депрессивные, диссоциативные) реакции занимают существенное место (85 пациентов, 75,9%). В формировании таких состояний и их клиническом оформлении значимое участие принимают личностные особенности, относимые к истерическим чертам.

При тревожных истерических нозогенных реакциях, например, у пациентов, у которых развивается болевой синдром как побочное действие химиотерапевтических препаратов, отличается нестандартным клиническим описанием и выраженностью, а также имеющийся в некоторых случаях болевой синдром имеет более выраженную положительную динамику при включении в схему лечения анксиолитиков.

Теми же особенностями отличаются и тревожно-депрессивные истерические нозогении. При добавлении в схему лечения, помимо соматотропных, психотропных препаратов (анксиолитики, антидепрессанты) расстройство демонстрирует более выраженную положительную динамику.

Соматоформные и ипохондрические расстройства во многом отражают опыт переживаемых пациентом ощущений, испытываемых в течение заболевания и его лечения. Так, ощущение холодных, мерзнущих рук и ног, бледность кожи и слизистых при анемии, сопровождающей онкогематологические заболевания, дополняются неприятными ощущениями «холодной, скользкой слизи».

Диссоциативные нозогении, носящие характер как сепарирующей (детачмент) диссоциации, так и компартмент-диссоциации [16], отражают как особенности личности переживающего эти феномены, так и повышенный психологический и соматический стресс, которому подвергаются пациенты с ЗСК.

Использование в терапии заболеваний системы крови таких препаратов, как противопаркинсонические средства, препаратов, применяющихся для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, анальгетиков, в том числе наркотических, и особенно глюкокортикостероидов обусловливает манифестацию ночных кошмаров у пациентов с ИР, которые бывают особенно мучительными на фоне бессонницы и соматогенной астении.

Дополнительной проблемой в сопровождении онкогематологических пациентов с ИР является снижение приверженности лечению. Известно, что в целом демонстративным личностям сложно осуществлять поведение, требующее четкого соблюдения регламента и правил, что вполне может отражаться на следовании таких пациентов медицинским рекомендациям. Недооценка опасности жизнеугрожающего заболевания, каковым являются ЗСК, преуменьшение тяжести состояния обусловливают формирование низкой приверженности лечению [27].

Купирование истерических, соматоформных и диссоциативных нарушений у больных с ЗСК требует мультидисциплинарного подхода, учитывающего онкогематологический статус и лекарственные взаимодействия. При этом применяются все классы психотропных препаратов, желательно в минимальной эффективной дозе [28], с последующим титрованием до уровня, адекватного психопатологической картине и переносимости.

Антидепрессанты. Сертралин и эсциталопрам являются препаратами первой линии ввиду низкого потенциала лекарственных взаимодействий с алкилирующими агентами и ингибиторами тирозинкиназ; амитриптилин — резерв при выраженных соматоформных, в частности, болевых расстройствах, но под контролем ЭКГ (интервал QTc) и уровня тромбоцитов. Дулоксетин обладает дополнительной эффективностью при индуцированной химиотерапией нейропатии и астении.

Анксиолитики. Короткодействующие бензодиазепины (лоразепам 0,25—1 мг/сут) показаны при острых конверсионных приступах, но требуют мониторинга дыхательной функции у пациентов с массивной анемией или опиоидной седацией.

Антипсихотики. Атипичные препараты с низкой миелотоксичностью (кветиапин до 150 мг/сут, оланзапин 2,5—5 мг/сут) эффективны при диссоциативных проявлениях и дополнительно уменьшают тошноту на фоне высокоэметогенной химиотерапии. При резистентной истероформной симптоматике возможен краткий курс низких доз галоперидола (0,5—1 мг/сут); данные проспективных исследований подтверждают эффективность препарата при выраженной конверсионной симптоматике [29].

Мониторинг и безопасность. Еженедельный контроль общего анализа крови, печеночных ферментов и ЭКГ обязателен, особенно в фазах аплазии костного мозга; коррекция дозы проводится при АЛТ/АСТ более 3 норм, QTc>470 мс или падении абсолютного числе нейтрофилов до уровня менее $1{,}0 \cdot 10^9$/л. Рекомендуется регистрация назначения всех психотропных препаратов в онко-фармакологическом консилиуме, поскольку их сочетание с ингибиторами CYP3A4 (вориконазол, позаконазол) и препаратами полихимиотерапии (винкристин, иринотекан) усиливают риск токсичности.

Психотерапевтические вмешательства. Дополнение терапевтической схемы когнитивно-поведенческой терапией, обучением копинг-стратегиям, техникой «переписывания сна» (при ночных кошмарах) и краткосрочной поддерживающей терапией повышает вероятность купирования истерической симптоматики на 20—30% в соответствии с метаанализами функциональных расстройств [30].

Таким образом, рациональное сочетание минимальнотоксичных психофармакологических средств с валидированными психотерапевтическими модулями позволяет эффективно купировать истерические проявления, снижая риск ятрогенно-усугубляемых осложнений и не прерывая основную гематологическую терапию.

Заключение

Как показало настоящее исследование, истерические расстройства выявляются почти у трети госпитализированных онкогематологических пациентов, причем доминируют женщины молодого и среднего возраста; наиболее частыми клиническими формами оказались тревожные состояния, депрессивные эпизоды с истерической симптоматикой, соматоформные расстройства, диссоциативные конверсионные проявления и, реже, ночные кошмары. Практически у всех обследованных зарегистрированы выраженные истерические черты личности, а тяжесть и вариативность симптоматики тесно коррелировали с течением основного онкогематологического заболевания и токсичностью терапии. Мультидисциплинарный подход, включающий принцип использования минимальных эффективных доз психофармакологических препаратов, а также регулярный лабораторный мониторинг позволил безопасно купировать психопатологическую симптоматику без прерывания цитостатического курса. Ранняя диагностика и комбинированная персонализированная коррекция истерических расстройств не только снижает психопатологическую нагрузку, но и опосредованно улучшает качество жизни и потенциальные онкогематологические исходы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Чутко Л.С., Петрова Н.Н. *Психосоматическая неврология. Руководство для врачей*. М., 2021:318.
Chutko LS, Petrova NN. *Psihosomaticheskaya nevrologiya. Rukovodstvo dlya vrachej*. Moscow, 2021:318. (In Russ.).
2. Менделевич В.Д. «Новая истерия»: диссоциативные расстройства в психоневрологической практике. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2024;4:35-38.
Mendelevich VD. "New hysteria": dissociative disorders in neuropsychiatric practice. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2024;4:35-38. (In Russ.).
3. Волель Б.А., Трошина Д.В., Грубова М.В. и др. Психические (личностные) расстройства у больных с фибрилляцией предсердий. *Психические расстройства в общей медицине*. 2016;(1-2):27-35.
Volel BA, Troshina DV, Grubova MV, et al. Mental (personality) disorders in patients with atrial fibrillation. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2016;(1-2):27-35. (In Russ.).
4. Kainth T, Gunturu S. Pseudologia Fantastica. 2024 Jul 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL):StatPearls Publishing; 2025 Jan.
5. Haddadi S, Dehghani M, D'Amato G. Editorial: Delay in cancer diagnosis and factors affecting outcomes. *Front Public Health*. 2024;(12)12:1442764. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1442764
6. Протько Н.Н., Корень Т.А., Горчакова А.Г. Психические расстройства у онкологических пациентов. *Евразийский онкологический журнал*. 2021;(3-4)9:267-282.
Protko NN, Koren TA, Gorchakova AG. Mental disorders in cancer patients. *Evrazijskij onkologicheskij zhurnal*. 2021;(3-4)9:267-282. (In Russ.). https://doi.org/10.34883/PI.2021.9.3.022
7. Выборных Д.Э. Клинико-эпидемиологическое исследование выборки пациентов с заболеваниями системы крови. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;1(80):64-89.
Vybornykh DE. Clinical and epidemiological study of a sample of patients with blood system diseases. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2014;1(80):64-89. (In Russ.).
8. Burdzik E, Burdzik M. Dissociative identity disorder as interdisciplinary problem. Part I — psychiatric and psychological aspects. *Psychiatr Pol*. 2023;57(1):147-162. https://doi.org/10.12740/PP/146969
9. Saxena M, Tote S, Sapkale B. Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder: Etiology, Diagnosis, and Management. Cureus. 2023;15(11):e49057. https://doi.org/10.7759/cureus.49057
10. Torrico TJ, French JH, Aslam SP, et al. Histrionic Personality Disorder. 2024 Jun 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
11. Выборных Д.Э. *Психогематология. М.: Практическая медицина*, 2014:236. ISBN 978-5-98811-297-6.
Vybornykh DE. *Psihogematologiya. M.: Prakticheskaya medicina*. 2014:236. ISBN 978-5-98811-297-6. (In Russ.).
12. Выборных Д.Э., Петинати Н.А. Истерокататония в структуре психогенных расстройств у пациентки с острым лимфобластным лейкозом. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011;(2):42-45.
Vybornykh DE, Petinati NA. Hysterocatatonia in the structure of psychogenic disorders in a patient with acute lymphoblastic leukemia. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* 2011;(2):42-45. (In Russ.).

13. Kazi SE, Hoque S. Acute Psychosis Following Corticosteroid Administration. *Cureus*. 2021;13(9):e18093. https://doi.org/10.7759/cureus.18093
14. Ganslev CA, Storebø OJ, Callesen HE, et al. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;7(7):CD005331. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005331.pub3
15. Jintanachote V, Wongpakaran T, Wongpakaran N. Association between pathogenic beliefs and personality disorders. *Heliyon*. 2024;10(17):e37183. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e37183
16. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К. и др. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014;(3-4):4-14.
Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK, et al. Dissociative disorders in oncology: psychopathology and comorbidity with personality disorders. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2014;(3-4):4-14. (In Russ.).
17. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К. и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(12):12-22.
Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK, et al. Dissociative reactions in the trajectory of schizotypal personality disorder (on the model of nosogenies in cancer patients). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(12):12-22. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro201411412112-22
18. Greenberg DR, Khandwala YS, Lu Y, et al. Disease burden in offspring is associated with changing paternal demographics in the United States. *Andrology*. 2020;8(2):342-347. https://doi.org/10.1111/andr.12700
19. Augustin NB, Maroules M. Hyperleukocytosis during clozapine treatment: A rare presentation of B-cell Acute lymphoblastic leukemia. *Leuk Res Rep*. 2021;15(31):100253. https://doi.org/10.1016/j.lrr.2021.100253
20. Вайсман Д.Ш. *Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах*. Д.Ш.Вайсман. 2-е издание. М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации, 2022:514. ISBN 978-5-94116-068-6.
Weissman DS. *Rukovodstvo po ispol'zovaniyu Mezhdunarodnoj klassifikacii boleznej v praktike vracha: v 2-h tomah*. 2nd edition. Moscow: Central'nyj nauchno-issledovatel'skij institut organizacii i informatizacii, 2022:514. ISBN 978-5-94116-068-6. (In Russ.).
21. Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Хрущев С.О. и др. Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови на отдаленном этапе после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;(1):20-29.
Vybornykh DE, Fedorova SYu, Khrushchev SO, et al. Cognitive impairment in patients with hematological malignancies at a long-term period after the transplantation of allogeneic hematopoietic stem cells. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;(1):20-29. (In Russ.).
https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-20-29
22. Yalch MM, Mehta A, Watters KN, et al. Relative Effects of Sexual Assault and Temperament Traits on Cognitive Characteristics of Histrionic Personality Disorder. *Violence Vict*. 2023;38(2):203-212. https://doi.org/10.1891/VV-2021-0149
23. Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И. Психофармакотерапия и психотерапия патологических телесных сенсаций в челюстно-лицевой области. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2021;(23)3:48-55.
Fofanova YS, Medvedev VE, Frolova VI. Treatment of patients with pathological corporal sensations in the maxillofacial area. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. 2021;(23)3:48-55. (In Russ.).
24. Выборных Д.Э., Моисеева Т.Н., Габеева Н.В. и др. Нарушения терапевтического сотрудничества (non-compliance) у пациентов с лимфогранулематозом. *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;(1):32-34.
Vybornykh DE, Moiseeva TN, Gabeeva NV, et al. Non-compliance in patients with Hodgkin's lymphoma. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2009;(1):32-34. (In Russ.).
25. Выборных Д.Э., Моисеева Т.Н., Гемджян Э.Г. и др. Приверженность лечению пациентов с заболеваниями системы крови с тревожными и депрессивными расстройствами. *Терапевтический архив*. 2023;95(7):554-559.
Vybornykh DE, Moiseeva TN, Gemdzhian EG, et al. Adherence to treatment of hematological malignancies patients with anxiety and depression. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2023;95(7):554-559. (In Russ.).
https://doi.org/10.26442/00403660.2023.07.202291
26. Dumont S, Bloch V, Lillo-Lelouet A, et al. Parasomnias and sleep-related movement disorders induced by drugs in the adult population: a review about iatrogenic medication effects. *J Sleep Res*. 2024;(7):e14306. https://doi.org/10.1111/jsr.14306
27. Фомичева А.В., Андреев Д.А., Любавская А.А. и др. Клинико-психопатологические аспекты нозогенных реакций при хронической сердечной недостаточности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(9):86-94.
Fomicheva AV, Andreev DA, Lyubavskaya AA, et al. Clinico-psychopathologic aspects of nosogenic reactions in chronic heart failure. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(9):86-94. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202212209186
28. Выборных Д.Э., Иванов С.В., Гемджян Э.Г. и др. Терапия непсихотических психических расстройств у больных с заболеваниями системы крови. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(4):127-136.
Vybornykh DE, Ivanov SV, Gemdzhian EG, et al. Therapy of non-psychotic mental disorders in patients with diseases of the blood system. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(4):127-136. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro2024124041127
29. Jafari M, Biuki AA, Hajimaghsoudi M, et al. Intravenous Haloperidol versus Midazolam in Management of Conversion Disorder; a Randomized Clinical Trial. *Emerg (Tehran)*. 2018;6(1):e43. https://doi.org/10.22037/aaem.v6i1.86
30. Moro P, Lattanzi S, Beier CP, et al. Cognitive behavioral therapy in adults with functional seizures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Epilepsy Behav*. 2024;(159):109981. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.109981

Поступила 07.03.2025
Received 07.03.2025
Принята к печати 04.07.2025
Accepted 04.07.2025