

 **Фундаментальная
психология – практике**

**Н. В. Тарабрина, О. А. Ворона,
М. С. Курчакова, М. А. Падун, Н. Е. Шаталова**

ОНКОПСИХОЛОГИЯ

Российская академия наук
Институт психологии

*Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова,
М.А. Падуи, Н.Е. Шаталова*

ОНКОПСИХОЛОГИЯ

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Издательство
«Институт психологии РАН»
Москва – 2010

УДК 159.9
ББК 88
Т 19

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор *Е.А. Сергиенко*,
Доктор психологических наук, профессор *А.Б. Холмогорова*

Общая редакция

Доктор психологических наук, профессор *Н.В. Тарабрина*

**Т 19 Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шата-
лова Н.Е.** Онкопсихология: посттравматический стресс у больных
раком молочной железы. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН»,
2010. — 175 с. (Фундаментальная психология — практике)

ISBN 978-5-9270-0184-2

УДК 159.9
ББК 88

В коллективной монографии представлены результаты психологического и психофизиологического изучения посттравматического стресса, вызванного угрожающим жизни онкологическим заболеванием — раком молочной железы (РМЖ). Работа является частью шестилетнего комплексного междисциплинарного проекта, направленного на решение фундаментальных проблем психологии и медицины: изучение влияния соматических расстройств на психику человека (соматогений) и воздействия психологических факторов на возникновение соматических и психических заболеваний (психогений). Работа выполнялась на базе и в сотрудничестве с кафедрой онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета. Исследование проведено в рамках новой фундаментальной отрасли науки — онкопсихологии.

В книге представлены результаты теоретико-эмпирического исследования психологических последствий воздействия стрессоров высокой интенсивности, т.е. психотравматизации у больных РМЖ. Определены признаки посттравматического стресса и симптомы посттравматического стрессового расстройства у больных РМЖ, связи социально-демографического, психологического и психофизиологического статуса этого контингента больных, изучены их роли в этиопатогенезе РМЖ.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 09-06-00164а) и гранта по программе Президиума РАН «Фундаментальные науки — медицине», 2009 г.

© Учреждение Российской академии наук Институт психологии РАН, 2010

ISBN 978-5-9270-0184-2

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	5
Введение.....	6

Часть I

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ (ОНКОЛОГИЧЕСКИХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Глава 1	
Исследования психологических последствий стресса у онкологических больных.....	11
Глава 2	
Стресс, посттравматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство у онкологических больных	16
Глава 3	
Посттравматический стресс у больных раком молочной железы	29
Глава 4	
Исследования предикторов посттравматического стресса у онкологических больных.....	32
Глава 5	
Когнитивно-личностные аспекты психотравматизации у больных РМЖ.....	45
Глава 6	
Психофизиологические корреляты посттравматического стресса у онкологических больных	54

Часть II

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Глава 7	
Методы исследования.....	67
Глава 8	
Эмпирическое исследование посттравматического стресса у больных раком молочной железы.....	75

Глава 9	
Особенности восприятия жизненной перспективы больными РМЖ	85
Глава 10	
Исследование психопатологической симптоматики у больных РМЖ	91
Глава 11	
Взаимосвязь характеристик посттравматического состояния с клиническими и социально-демографическими переменными.....	98
Глава 12	
Эмпирическое исследование предшествующих травм у больных РМЖ	111
Глава 13	
Эмпирическое исследование базисных убеждений у больных РМЖ	125
Глава 14	
Результаты психофизиологического исследования эмоционального реагирования у больных РМЖ	135
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	154
ЛИТЕРАТУРА	159

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая коллективная монография — результат шестилетнего комплексного междисциплинарного исследования, инициаторами которого были двое замечательных и, к сожалению, уже ушедших из жизни выдающихся ученых: академик РАН Г.М. Бонгард-Левина и член-корреспондент РАН директор Института психологии РАН А.В. Брушлинский. Именно благодаря их инициативе и постоянной поддержке под моим руководством был создан проект, целью которого стало комплексное клинико-психологическое, психофизиологическое и психоиммунологическое исследование посттравматического стресса (ПТС), вызванного угрожающим жизни заболеванием — раком молочной железы (РМЖ).

Исследование проводилось группой сотрудников лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН: к.п.н. М.А. Падун и Н.Е. Шаталовой, аспирантами О.А. Ворона и М.С. Курчаковой, защитившими кандидатские диссертации в рамках тематики этого проекта, — все они являются соавторами данной коллективной монографии. Отдельные результаты исследования ранее опубликованы в разных периодических изданиях, а также неоднократно были представлены на Международных онкологических и отечественных конференциях. Данная работа посвящена анализу и обобщению результатов клинико-психологического и психофизиологического уровней изучения ПТС у больных РМЖ; иммунологическое исследование в настоящую работу не вошло (основные его результаты опубликованы в журнале «Социальная и клиническая психиатрия», № 4, 2008 г.).

Проект выполнялся на базе кафедры онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета (рук. профессор Л.З. Вельшер). Мы выражаем глубокую признательность сотрудникам кафедры к.м.н. Г.П. Генс и к.м.н. Л.И. Коробковой за участие в выполнении этого проекта.

Монография подготовлена коллективом авторов: к.п.н. О.А. Ворона — главы 4, 8, 9, 10, 11; к.п.н. М.С. Курчаковой — главы 6, 14; к.п.н. М.А. Падун — главы 5, 13; д.п.н. Н.В. Тарабриной — введение и заключение; Н.В. Тарабриной и О.А. Ворона — главы 1, 2, 3; Н.В. Тарабриной, О.В. Ворона, М.С. Курчаковой, М.А. Падун — глава 7; Н.Е. Шаталовой — глава 12.

Н.В. Тарабрина

ВВЕДЕНИЕ

Рост числа онкозаболеваний, который наблюдается в последние десятилетия, относит проблемы их всестороннего исследования к категории остроактуальных и общественно значимых. По последним опубликованным сведениям Международного агентства по изучению рака (МАИР), в 2000 г. в мире количество вновь заболевших раком оценивалось более чем в 10 млн. человек, тогда как в 1990 г. аналогичная оценка немногим превышала 8 млн. В то же время продолжительность жизни онкологических больных значительно увеличивается, показатели пятилетней выживаемости возрастают для многих видов онкологических заболеваний — в частности, для рака молочной железы они превышают 80% (Напалков, 2004). В связи с этим вопросы адаптации к заболеванию, проблемы качества жизни бывших онкологических больных становятся сегодня все более актуальными.

Направленное изучение психосоциальных аспектов онкологии началось в 1980-х годах, хотя известно, что и ранее клиницисты уделяли много внимания социальным, психиатрическим и психологическим проблемам своих онкологических пациентов. Накопление знаний по этим проблемам привело к возникновению новой отрасли науки — психоонкологии, объединившей такие дисциплины, как психология, социология, онкология и психиатрия (Psycho-oncology, 1998). В 1984 г. было основано Международное психоонкологическое общество, объединившее небольшие группы врачей и исследователей, изучающих психологические, социальные и поведенческие аспекты лечения рака. В течение последних 20 лет были созданы валидные инструменты для изучения самоотчетов пациентов и разработаны стандарты и руководства для психосоциальных работников, модифицированные таким образом, чтобы соответствовать возможностям исследователей в слаборазвитых странах.

В настоящее время выделены основные *психосоциальные* аспекты изучения проблематики онкологического заболевания: изменение образа жизни и поведения с целью уменьшения риска заболевания; психологические факторы, препятствующие участию в раннем обнаружении и скрининге; контроль физических и психологических симптомов во время лечения (побочные эффекты лечения, боль, тре-

вога, депрессия, бред, навязчивые мысли, ложные умозаключения, астенические состояния, усталость); психосоциальные проблемы лиц, перенесших заболевание, выживших; значимость психологической поддержки неизлечимых больных.

Психоонкология сегодня имеет широкую исследовательскую базу, которая поддерживается специалистами — представителями различных дисциплин из разных стран. В рамках психоонкологии изучаются психосоциальные реакции больных, членов их семей и лечащих врачей на различных стадиях онкологических заболеваний, определяется вклад психологических, поведенческих и психобиологических факторов в процесс адаптации пациентов к их тяжелому состоянию (Moos, Tsu, 1977; Holland, 1989, 1998; Davidson et al., 1991; и др.).

В настоящее время можно утверждать, что добавление психоонкологии к перечню онкологических специализаций углубило понимание переживаний человека, связанных с онкологическим заболеванием, и привело к созданию руководств по индивидуально-ориентированной помощи больным.

Число исследований в области психоонкологии за последние годы значительно увеличилось. Анализ 116 работ по психоонкологии, выполненный Т. Левиным и Д. Киссеным на основе информации, содержащейся в различных компьютеризированных базах данных, показывает, что у половины онкологических пациентов заболевание сопровождается переживанием значительного психологического дистресса (Levin, Kissen, 2006).

Регулярно стали проводиться международные психоонкологические конгрессы, а на онкологических съездах — отдельные секции по психоонкологии.

В последние десятилетия наблюдается рост числа отечественных психоонкологических исследований, выполненных как психиатрами, так и психологами (Семке и др. 2008; Архипова, Кокорина, 2009; Великолуг, Овчарова, 1997; Касимова, Илюхина, 2007; Куприянова и др. 2009; Непомнящая, 1998; Русина, 2002; и др.)¹.

По оценкам эпидемиологов, первое место по распространенности среди других злокачественных новообразований занимает рак молочной железы (РМЖ). Даже в ряду других онкологических заболеваний этот диагноз отличается по интенсивности своего психотравмирующего воздействия. Психологические проблемы, возникающие у паци-

¹ Необходимо обратить внимание читателей настоящей работы на ее название — «Онкопсихология...», что соответствует принятым в психологической науке традициям обозначения отдельных ее отраслей в соответствии с предметом и объектом научных исследований.

енток с таким диагнозом, привлекают внимание исследователей всего мира, поскольку специфика постановки такого диагноза и лечения включает не только непосредственную угрозу жизни, но и исключительно «женский» характер заболевания и уродующие внешний вид последствия.

В области психологических исследований больных с РМЖ существует множество гипотез о том, что жизненные стрессы или определенные личностные особенности относятся к числу предикторов заболевания, а также могут способствовать рецидиву болезни. Предполагается также, что стресс, вызванный заболеванием, может стать фактором риска прогрессирования болезни. Идея относительно роли стрессов в развитии рака стала настолько популярной, что многие женщины сами приписывают некоторым событиям роль триггеров в развитии их заболевания.

Поэтому исследования влияния стресса, вызванного самим заболеванием, а также стресса, пережитого на протяжении жизни, на психологическое состояние больных чрезвычайно актуальны, поскольку они могут способствовать решению проблемы психосоматической природы рака и внести существенный вклад в понимание психологических последствий воздействия стрессоров высокой интенсивности на психику человека.

Часть I

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ
УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ (ОНКОЛОГИЧЕСКИХ)
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВА 1

ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕССА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль. Летальность заболевания, необходимость хирургической операции, длительного и токсичного лечения, последующая инвалидизация — все эти факторы относят онкологическую патологию к разряду объективно тяжелых, как с медицинской, так и с психологической точки зрения.

Онкологический процесс оказывает влияние на психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор. С одной стороны, диагностирование заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, угрожающих жизни, превращает сам этот факт в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. Большое количество исследований демонстрирует распространенность серьезных психических нарушений и психиатрических проблем у онкологических больных, и это подтверждает, что далеко не все больные успешно преодолевают переживаемый стресс.

С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства, особенно если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах (Бройтигам, Кристиан, 1999; Менделевич, 2005). Отмечено, что для практики восстановительного лечения наибольшее значение имеют преимущественно психогенно обусловленные формы нервно-психических расстройств, так как они часто являются главным дезадаптирующим фактором у пациентов онкологической клиники (Бажин, Гнездилов, 2002).

Изучению психологических реакций и психических нарушений, возникающих в результате диагностирования и лечения онкологи-

ческих заболеваний, посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований (Гнездилов, 1995; Проблемы медицинской психологии..., 1998; Ивашкина, 1998; Brandberg et al., 1992; Psycho-oncology, 1998; Morris et al., 1977; и др.). Показано, что в ответ на стрессовое воздействие угрозы онкологического диагноза могут развиваться различные психогенные расстройства, чаще всего по астено-тревожно-депрессивному типу, центральное место в которых занимает реактивная, ситуационно обусловленная депрессия (Молодецких и др., 1981; Тхостов, 1980, 1990).

По данным Е.Ф. Бажина и А.В. Гнездилова (1983), частота возникновения у онкологических больных тревожно-депрессивного синдрома составляет 56%. Выявлены изменения в эмоциональной, мотивационно-потребностной, ценностно-смысловой сферах (Бажин, Гнездилов, 1978, 1980, 1983, 2002; Зубарев, Квасенко, 1983; Марилова, 1984; Молодецких и др., 1981; Тхостов, 1980, 1984, 1987; Реабилитация онкологических больных, 1988).

Описаны основные типы психопатологического реагирования на постановку онкологического диагноза: тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, обсессивно-фобический, апатический, дисфорический, деперсонализационно-дереализационный, параноидный и эйфорический (Бажин, Гнездилов, 1980). Эти реакции могут различаться по степени их выраженности — от легкой, когда реакция несколько превышает по своей интенсивности адекватную психологическую реакцию на психотравмирующий фактор, до тяжелой — приближающейся по своей глубине к психотическому уровню или достигающей его.

Исследователи разделяют период острых реакций на стресс, клиническая картина которых сходна у большинства больных (независимо от личностных особенностей и объективной тяжести заболевания), и период отсроченных последствий, когда уже после окончания лечения у части пациентов возможно возникновение серьезных психологических проблем. Дж. Холланд (Holland, 1989) отмечает, что острые реакции на стресс, вызванный диагностикой рака, — тревога, раздражительность, печаль, трудности концентрации внимания, потеря аппетита и сна — являются обычными и длятся не более 2-х недель. В целом считается, что у большинства больных психологический дистресс наиболее сильно проявляется во время установления диагноза и его уровень снижается по мере прохождения лечения (Manuel et al., 1987; Burgess et al., 1988).

В ряде работ описаны основные клинико-психологические и психопатологические особенности онкологических больных в зависимости от этапа основного заболевания (Ромасенко, Скворцов, 1961;

Бажин, Гнездилов, 1983; Чулкова, 1999). Выделяют, как правило, следующие этапы: поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический. Для каждого этапа характерно возникновение различных психологических изменений и психопатологических реакций у онкологических больных.

Для поликлинического (диагностического) этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической службой, а часто с направления пациента врачами к онкологам для осмотра и решения вопроса о необходимости госпитализации и оперативного лечения, характерным считается тревожно-депрессивный синдром. При этом типичными являются общее беспокойство, выраженная тревога, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами стеничности и активности, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. Второе место по частоте возникновения на «диагностическом» этапе принадлежит психогении, выражающейся в развитии дисфорического синдрома, проявляющегося в тоскливо-злобном настроении. Однако зачастую за таким фасадом злобы и агрессии скрываются тревога и страх. Дисфорические расстройства обычно развиваются у лиц, преморбид которых характеризовался чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике.

Среди этих реакций наиболее характерно тревожное напряжение с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадёжная запоздалость диагностики и т.п.

На следующем этапе — «поступления в клинику» — происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: «Я болен, возможно, у меня даже рак, но теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь». На этом этапе преобладающей является тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая симптоматика.

Резкий рост интенсивности психогенных переживаний отмечается на следующем этапе — предоперационном (предлечебном). В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции.

На четвертом этапе — «послеоперационном» — резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астеноипохондрический. Усиление дистресса может наблюдаться на этапе перед выпиской (боязнь рецидива заболевания в отсутствие контроля врачей), а также перед повторными обследованиями (Psycho-oncology, 1998).

На этапе выписки из стационара специфических психопатологических феноменов не наблюдается, а на катамнестическом этапе около двух третей пациентов имеют особые нарушения психического состояния. Внешне они проявляются как стремление к самоизоляции. Отношение к привычным и любимым прежде развлечениям становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и с его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т.п. Особенно болезненны переживания, относящиеся к интимной сфере (Бажин, Гнездилов, 1983).

Анализ 50 исследований распространенности депрессии среди онкологических больных, опубликованных с 1967 по 1993 г. (17 из них было проведено на женщинах с раком молочной железы), показал, что симптомы депрессии наблюдались у 1,5–50 % пациентов (Rowland, Massie, 1998).

В исследовании, проведенном Л. Дерогатисом с коллегами (Derogatis et al., 1983), описывается распространенность психиатрических нарушений среди случайно отобранных пациентов онкологических центров США. Было обнаружено, что у 47% онкологических больных обнаруживаются психопатологические симптомы и расстройства (в отличие от 12–13% в общей популяции).

Исследования людей, выживших от рака, показали наличие симптомов психологической дезадаптации (см., напр.: Cassieith et al., 1985), повышенный психологический дистресс, а также субсиндромальные симптомы тревожности и депрессии, связанные со страхом повторения заболевания и угрозой жизни (Passik, Grummon, 1998; Мищук, Ширяев, 2004).

Э. Бреслау с соавт. (Breslau et al., 2001) обследовали группу из 266 женщин, прооперированных по поводу диагноза «рак молоч-

ной железы» и обнаружили, что более чем четверть (27%) опрошенных переживали состояние дистресса; 23% продемонстрировали обсессивно-компульсивные симптомы, 19% — повышенную тревожность, 12% — депрессивную симптоматику. Молодые женщины (до 50 лет) в большей степени проявляют обсессивно-компульсивную и депрессивную симптоматику. Дж. Забора с соавт. (Zabora et al., 2001) показали, что среди пациентов с различными типами рака (n=9000, 14 диагнозов) распространенность психологического дистресса очень высока: в целом по выборке дистресс отмечался у 35,1% обследованных — от 43,4% у пациентов с раком легких до 29,6% у пациентов с гинекологическими типами рака.

В ряде исследований показано, что психологические и социальные нарушения могут сохраняться в течение многих лет после проведенного лечения (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Derogatis et al., 1983; Green et al., 1997; Cohen et al., 1982), а эмоциональные и когнитивные последствия онкозаболеваний могут оказывать негативное воздействие как на медицинские показатели, так и на психосоциальную адаптацию пациентов. А.Б. Корнблитом (Kornblith, 1990) в исследовании особенностей психологического состояния больных лимфогранулематозом, находящихся в длительной ремиссии, было установлено, что 31% испытуемых не удовлетворены своей жизнью, 47% больных дезадаптированы и не могут вернуться к привычной для себя «здоровой» жизни после окончания лечения.

ГЛАВА 2

СТРЕСС, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Круг проблем, возникающих при взаимодействии медицинских и психологических наук, имеет тенденцию к расширению и изменению, что обусловлено как научными достижениями, так и запросами со стороны общества. Одной из «новых» (драматические последствия влияния катастрофических ситуаций на психику человека известны с древних времен) проблем в отечественной клинической психологии последних десятилетий стала необходимость включения в свое предметное поле исследований психологических последствий воздействия на человека стрессоров высокой интенсивности.

Вероятность оказаться в травматической ситуации (военные и насильственные действия, антропогенные и техногенные катастрофы, угрожающие жизни болезни, террористические акты и т.п.) для любого человека в современном мире непрерывно возрастает. Это ставит перед специалистами разного профиля множество задач: комплексного медико-психологического изучения последствий таких ситуаций, разработки адекватных методов диагностики и лечения возникающих патологических проявлений. Количество исследований, посвященных изучению психологических последствий пребывания человека в травматической ситуации, за последние десятилетия стремительно возрастает (Бехтерев, 1915; Ганнушкин, 1927; Александровский с соавт., 1991; Анцыферова, 1994; Моляко, 1992; Идрисов, Краснов, 2004; Абабков, Перре, 2004; Бодров, 2006; Смирнов, 1999; Тарабрина, Лазебная, 1992; Практикум по психологии посттравматического стресса 2001; Тарабрина, 2004, 2009; Krystal, 1968, 1978; Pitman, Orr, 1987; Van der Kolk et al., 1996; Keane, 1988). Однако многие теоретико-методологические аспекты этой проблемы остаются либо нерешенными, либо дискуссионными.

Традиционно эти проблемы, в основном, изучались специалистами в области психологического стресса, которые включали в перечень

стрессоров критические жизненные ситуации. Большинство современных авторов склонны рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром. Такое определение психологического стресса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые относятся, прежде всего, к необходимости установления дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по своей интенсивности, так и по феноменологии.

Главным импульсом к систематическому изучению последствий воздействия стрессоров высокой интенсивности послужили многочисленные наблюдения и клинико-психологические исследования психических отклонений у ветеранов боевых действий, что в итоге привело к выделению в Американском психиатрическом классификаторе психических расстройств DSM-III в 1980 г. отдельной нозологической единицы: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Это, в свою очередь, стимулировало клиницистов и психологов к разработке клинических и психологических методов диагностики ПТСР, а также к поиску эффективных методов его лечения. Возникла новая междисциплинарная научная область — исследования травматического стресса или, как считают некоторые специалисты, психотравматология.

Введение ПТСР в классификаторы (DSM, а позднее и МКБ) неоднозначно оценивалось различными клиницистами в разных странах; наряду с заметным прогрессом исследований в этой области повышается дискуссионность проблем, с ними связанных. Особенно это касается семантического поля травматического стресса, проблем модели зависимости уровня реакции от интенсивности стрессора (*dose-response model*), внесения чувства вины в регистр посттравматических симптомов, возможного влияния мозговых нарушений, эффекта стресс-гормонов, искажений памяти при диагностировании ПТСР, возникшего в результате сексуального насилия в раннем детстве, влияния социально-политической обстановки в обществе на постановку диагноза ПТСР и т.п. (Krystal, 1978; Pitman, Orr, 1993; Breslau, Davis, 1991; McFarlain, 1988; Everly, Horowitz, 1989). Количество стран, применяющих в клинической практике диагноз ПТСР, к 2002 г. достигло 39 (Figueira et al., 2007). Выявленная тенденция увеличения числа исследований в области ПТСР связана, прежде всего, с ростом международной террористической активности.

Большая часть работ по ПТСР посвящена эпидемиологии, этиологии, динамике, диагностике и терапии ПТСР. Исследования проводятся на самых разных контингентах испытуемых: участниках боевых действий, жертвах насилия и пыток, антропогенных и техногенных

катастроф, больных с угрожающими жизни заболеваниями, беженцах, пожарных, спасателях и т.д.

Основные понятия, которые используют исследователи, работающие в этой области,— это «травма», «травматический стресс», «посттравматический стресс», «травматические стрессоры», «травматические ситуации» и «посттравматическое стрессовое расстройство».

Однако, как указывают многие исследователи, последствия пребывания человека в травматических ситуациях не ограничиваются развитием острого стрессового расстройства (ОСР) или ПТСР (которому, как правило, коморбидны депрессия, паническое расстройство и зависимость от психоактивных веществ); диапазон клинических проявлений последствий сверхэкстремального воздействия на психику человека, безусловно, шире и требует дальнейших комплексных и междисциплинарных исследований.

Посттравматический стресс, характеристики которого соответствуют клинической картине ПТСР, возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Интенсивность стрессогенного воздействия в этих случаях бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию или отражаться в клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Лица, страдающие ПТСР, могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его психологические проявления, как правило, сопровождаются психосоматическими нарушениями.

Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Имеет значение лишь то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за рамки обычных человеческих переживаний и вызвали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Как показано в исследованиях различных контингентов травмированных людей, наличие ПТСР приводит к ухудшению социального функционирования человека и различным формам психической дезадаптации. Специфика посттравматического стрессового расстройства состоит в том, что если для нормальной реакции на стресс характерно угасание первоначально сильных негативных эмоций со временем, то при ПТСР этого не происходит. Эмоциональные проявления не исчезают со временем, а, наоборот, могут становиться все более интенсивными. При этом первичное проявление симптоматики ПТСР

может носить отсроченный характер. В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: F 62.0), что значительно осложняет адаптацию пациента и оказание ему медицинской и психолого-психиатрической помощи (Вид, Попов, 2000).

Непрерывный рост количества научно-практических исследований особенностей травматических и посттравматических состояний привел к выделению области изучения травматического стресса и его последствий для человека в самостоятельную междисциплинарную область науки. В нашей стране, несмотря на высокую актуальность этой проблемы, ее разработка находится на начальной стадии, хотя имеются отдельные научные коллективы психологов и психиатров, которые занимаются изучением посттравматических состояний у людей, подвергшихся различным видам психической травматизации.

Таким образом, актуальность изучения посттравматического стресса очевидна: она обусловлена, во-первых, высокой социально-экономической значимостью проблемы в современном обществе; во-вторых, потребностью в целостном теоретико-методологическом анализе и интеграции различных направлений в области изучения психологических последствий пребывания человека в травматических ситуациях и дифференцированном подходе к пониманию этого феномена; в-третьих, необходимостью разработки научно обоснованной классификации посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменений в психике человека, что особенно важно при выборе мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы (Тарабрина, 2009).

Изучение воздействия психологических факторов на возникновение соматических и психических заболеваний (психогений) и влияния соматических расстройств на психику человека (соматогений) относится к числу важнейших проблем клинической психологии (Поляков, 1996).

Одним из основных достижений отечественной клинической психологии является, на наш взгляд, конструирование психологической картины отдельного психического расстройства, основанное на теоретико-эмпирическом изучении его клинических проявлений.

В отечественной психологии разработан синдромально-психологический подход (на материале локальной патологии мозга), который успешно доказал свою эффективность как в теоретических, так и в практических работах (Выготский, 1982; Лурия, 1978). Обсуждая проблемы клинической психологии, В.Ф. Поляков в качестве одной из основных ее задач видит распространение этого подхода в область клинико-психологических исследований психических расстройств,

предлагая рассматривать психологический синдром как «новообразование», влияющее на жизнедеятельность человека и затрудняющее его социально-психологическую адаптацию (Поляков, 1996).

Одной из основных задач в клинко-психологических исследованиях является определение психологической специфики отдельных заболеваний, поэтому представляется перспективным и правомерным рассмотрение совокупности эмпирически выделенных и взаимосвязанных характеристик, отражающих последствия воздействия на человека стрессоров высокой интенсивности (травматических) как «психологического синдрома».

В данной работе предпринята попытка применить этот подход к анализу эмпирических исследований посттравматического стресса у больных РМЖ.

Диагностирование рака и связанные с этим переживания вызывают сильнейший психологический дистресс у каждого человека, который может послужить причиной последующей дезадаптации больных. В исследованиях онкологических больных фиксируется широкий спектр психологических реакций и психических нарушений, возникающих в результате переживаемой угрозы жизни и под влиянием всех психотравмирующих ассоциаций, с которыми в сознании человека связан диагноз «рак». Дж. Холланд и Дж. Роуланд отмечают, что относительно общие, «нормальные» эмоциональные реакции при постановке онкологического диагноза — шок, оцепенение, отрицание, отчаяние и беспомощность (Holland, Rowland, 1989). В дальнейшем переживание угрозы жизни, страх перед болезнью, крушение жизненных планов становятся источником психологического дистресса, способного привести к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или его симптомов.

Сообщения об исследованиях посттравматических реакций, вторичных по отношению к медицинским заболеваниям, представляющим потенциальную угрозу для жизни, появились сравнительно недавно. В DSM-III ПТСР характеризовалось как тревожное расстройство, которое развивается в ответ на серьезную психическую травму, выходящую за пределы обычного человеческого опыта, когда индивид был свидетелем чьей-либо смерти, или его собственная жизнь находилась под угрозой. Такая формулировка ведущего критерия (А) для ПТСР в DSM-III не позволяла включить онкологический диагноз в перечень травматических стрессоров, поскольку определение ПТСР подразумевало наличие внешнего травмирующего события, угрожающего жизни человека. В случае онкологического диагноза психотравмирующая ситуация характеризуется тем, что угроза жизни имеет пролонгированный, не событийный характер, она не связана с непосредственным,

«видимым» восприятием опасности и характеризуется несколько меньшей интенсивностью прямого воздействия на психику.

В 1992 г. были опубликованы данные исследования Р. Роса, Р. Спенса и А. Манистера (Roca, Spense, Munister, 1992), установивших диагноз ПТСР у 7% госпитализированных пациентов с ожоговыми повреждениями; по прошествии 4 месяцев их количество увеличилось до 22%. Подобным же образом Перри с соавт. и др. (Perry, Difede, Musngi, 1992) обнаружили увеличение количества ожоговых пациентов с посттравматической симптоматикой — от 35% через 2 месяца после события до 45% через 12 месяцев. Р. Эпштейн (Epstein, 1993) в исследовании уцелевших после серьезных повреждений в результате несчастных случаев обнаружил, что у 40% пациентов симптомы соответствуют критериям для постановки диагноза ПТСР в течение 9 месяцев после события и что у трети пациентов с ПТСР симптоматика появляется отсроченно, через 2–3 месяца после события. Эти исследования показали, что ПТСР может возникать как последствие физических повреждений в результате несчастных случаев, однако подобные стрессоры традиционно признавались как способные повлечь за собой развитие ПТСР, поскольку в этих ситуациях человек подвергался воздействию внешнего события в прошлом, даже если последствия этого воздействия отсрочены во времени. Такой тип событий более схож с боевым опытом и переживанием катастроф, нежели с медицинскими заболеваниями, угрожающими жизни.

Первые исследования угрожающих жизни болезней как потенциальных стрессоров, способных вызвать развитие ПТСР, проводились в контексте последствий инфаркта миокарда и онкологических заболеваний, причем причиной травмы и ПТСР первоначально рассматривались медицинские процедуры (операция, интенсивное и токсичное лечение и пр.) (Grassi, Epstein, et al., 1993; Green et al., 1998).

Одной из причин повышенного интереса к психологическим последствиям воздействия онкологического диагноза явился рост числа онкобольных (на тот момент из 8 млн онкобольных в США 5 млн человек были диагностированы за последние 5 лет, а прогресс в лечении онкозаболеваний привел к тому, что увеличилось количество выживших пациентов, для которых рак стал хронической болезнью). При этом клиницистами отмечалось, что процесс установления диагноза, лечения и последующей адаптации у части пациентов сопровождался значительными проблемами в психологическом самочувствии. Возникающие при этом симптомы были сходны с симптомами, наблюдаемыми у индивидов, переживших воздействие экстерналичных стрессоров — боевых действий, несчастных случаев, природных катастроф и других травматических событий. В ряде

публикаций у онкологических пациентов фиксировалось наличие дистресса, а также отмечались основные симптомы, обусловленные стрессом или травмой и характеризующие ПТСР: навязчивые переживания по поводу болезни, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о заболевании, повышенная физиологическая реактивность организма и эмоциональная возбудимость в ответ на стимулы, ассоциирующиеся с ним (Kornblith, Anderson, Cella et al., 1990; O'Leary, 1990; Chen et al., 1995).

В некоторых исследованиях онкологических больных авторы выделяли группу пациентов, страдающих ПТСР, несмотря на тот факт, что онкологический диагноз еще не был признан как стрессор, соответствующий критерию А для диагностики ПТСР (Davidson, 1991). Например, Р. Шварц с коллегами (Schwartz et al. 1989) установили, что более чем у половины выборки женщин с историей рака молочной железы отмечались навязчивые мысли и нарушения сна, которые они связывали с лечением рака; у 15% этих женщин, по мнению исследователей, симптомы соответствовали критериям для установления диагноза ПТСР. У пациентов с гинекологическими типами рака у 62% отмечены симптомы вторжения, и более трети из этих женщин демонстрировали симптомы достаточно высокой интенсивности и тяжести для постановки им диагноза ПТСР.

При последнем пересмотре критериев DSM-IV для ПТСР, опубликованных в 1994 г., была изменена формулировка ведущего критерия (А), направленного на выявление травматического события в жизни обследуемого человека: индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта: 1) индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной); 2) реакция индивида включает интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности.

Сформулированный таким образом ведущий критерий в диагностическом руководстве стал применим к психологическим последствиям более широкого регистра травматических стрессоров. В результате, в 1994 г. болезни, угрожающие жизни, в том числе и онкологические заболевания, были внесены в перечень травматических стрессоров, способных вызывать развитие ПТСР.

В 1999 г. был опубликован обзор М. Смита с соавт., посвященный анализу исследований ПТСР при заболевании раком. В нем рассматривались эмпирические основания для включения рака в перечень травматических стрессоров. Им было обнаружено всего девять опубликованных исследований ПТСР при раковых заболеваниях.

Исследования проводились преимущественно на малых ($n < 100$) выборках. Это были дети и взрослые, больные раком, а также родители больных раком детей. Анализировались различия в типах и стадиях рака, а также в формах лечения. Анализ показал, что, несмотря на то, что всего лишь в трех исследованиях использовались валидизированные методики диагностики ПТСР, основания для постановки диагноза ПТСР были обнаружены во всех работах, кроме одного исследования детей, больных раком (Smith et al., 1999).

Первые исследования ПТСР у онкобольных фокусировались на оценке распространенности этого расстройства у больных различными видами рака. Посттравматические симптомы фиксировались у пациентов, страдающих раком молочной железы (Amir et al., 1997; Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998; и др.), болезнью Ходжкина (Kornblith et al., 1990), пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга (Jacobsen et al., 1998), и др. (Alter et al., 1996). Кроме того, исследователями было зафиксировано, что симптомы психической травмы могут развиваться как непосредственно у пациентов, проходящих лечение, так и у членов их семей (Stuber et al., 1994).

В целом результаты исследований распространенности ПТСР среди онкологических больных сопоставимы с данными, получаемыми при обследовании жертв других травматических событий. В крупнейшем эпидемиологическом исследовании ПТСР — Общенациональном исследовании проблем реадaptации вьетнамских ветеранов (NVVRS) — было выявлено, что 15,2% ветеранов страдают ПТСР (Kulka et al., 1990). Исследования гражданского населения (см., напр.: Breslau et al., 1991), пережившего различного рода травмирующие события (такие как несчастные случаи, физическое насилие или повреждения, известие о серьезной травме, неожиданной смерти близкого человека и т.д.), показывают, что ПТСР развивается приблизительно у 25–30% травмированных людей.

В отечественном исследовании выраженности посттравматических стрессовых состояний на момент обследования (2002 г.) ПТСР был диагностирован у 19,7% ликвидаторов аварии на ЧАЭС и у 17,2% ветеранов войны в Афганистане (Тарабрина и др., 2004, 2009).

Таким образом, результаты эпидемиологических исследований показывают, что приблизительно у 15–35% индивидуумов, переживших воздействие травматических событий, включая онкологические заболевания, развиваются симптомы ПТСР. Однако психологическое сопровождение и помощь онкобольным, несомненно, имеет свою специфику, поскольку механизмы стрессового воздействия онкологической патологии и ее последствия значительно отличаются от воздействия событийных стрессоров.

Исследователями было отмечено, что «угроза», связанная с раком, первоначально воспринимается как информация о том, что существует болезнь, которая может угрожать жизни. Т.е. стрессором является понимание того, что болезнь может угрожать жизни. Такое воздействие опосредовано процессом когнитивной переработки информации, и в этом смысле диагноз «рак» сходен с радиационной или токсической угрозой; его воздействие определяется рациональным знанием человека об опасности для жизни. Такие стрессоры относят к так называемым «невидимым» стрессорам. Механизм развития ПТСР при действии «невидимого» стрессора отличается от аналогичного механизма в случае явно воспринимаемых, событийных стрессоров, и основное различие лежит в плоскости уровней восприятия и интериоризации травматического переживания. Исследований, посвященных изучению проблем, с которыми сталкиваются люди, пережившие воздействие «невидимых» стрессоров, проводилось очень немного (Моляко, 1992; Тарабрина и др., 1994; Tarabrina et al., 1997).

Специфика угрожающих жизни болезней состоит также и в том, что угроза исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма — ее нельзя «отделить» от индивида, ее нельзя увидеть, а на начальных этапах заболевания и ощутить. И, в отличие от событийных видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее (хотя реальная угроза жизни уже миновала), опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека. Поэтому злокачественные новообразования представляют для пациентов не только угрозу жизни, но и пролонгированную угрозу качеству жизни, поскольку для многих заболевание становится хроническим (Gossarth-Maticek et al., 1997). Соответственно, специфические симптомы ПТСР — навязчивые мысли о травматическом событии — могут не быть воспроизведением актуальных событий, таких как диагностирование рака или воздействие токсичного лечения, но быть более ориентированными в будущее (Green et al., 1997).

Эти факты, по мнению исследователей, качественно отличают переживания человека, у которого диагностировали онкологическое заболевание, от чувств людей, перенесших событийный стресс, и обуславливают специфичность механизмов развития посттравматических состояний. Исследователями отмечается, что и клинико-психологическая картина посттравматического стресса у людей с заболеваниями, угрожающими жизни, отличается от людей, подвергшихся воздействию событийных травматических стрессоров.

Р. Брайант и А. Харвеем при качественном сравнении посттравматического состояния у онкобольных и людей, подвергшихся воз-

действию других видов стрессоров, было показано, что у пациентов с раком молочной железы симптомы избегания отмечались практически в два раза чаще по сравнению с жертвами автомобильных аварий в течение 2 недель после установления диагноза/аварии (27% и 18% соответственно). Напротив, симптомы вторжения у жертв несчастных случаев наблюдались в два раза чаще (25% против 12%) по сравнению с пациентами с раком молочной железы (Bryant, Harvey, 1996).

В то же время следует отметить, что некоторые аспекты онкологических заболеваний и процесса их медицинского лечения — операция, прохождение постоперационной терапии — также могут выступать в качестве событийных стрессов и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия (Green et al., 1997). Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одними из основных этапов терапии, вследствие этого они выступают дополнительным фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование. В комплексе оперативного вмешательства существенную роль для психики могут играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта (Менделевич, 2005). В настоящее время перед исследователями стоит задача выявления вклада различных методов лечения в переживаемый дистресс.

Изучению психологических последствий хирургической операции и постоперационного лечения на физическое, эмоциональное самочувствие и социальную жизнедеятельность больных посвящено много исследований. Особенно активно изучается воздействие хирургического вмешательства при раке молочной железы, поскольку операция при этом диагнозе отражается как на внешнем виде женщины, так и на различных аспектах ее жизнедеятельности (психологическом, сексуальном, социальном и др.) (Amir et al., 1997; Cordova et al., 1995; Cohen et al., 1992). Исследования показывают, что от 10% до 56% больных через 1–2 года после операции испытывают некоторое ухудшение в самочувствии и/или социальной жизнедеятельности. Однако у больных, которые были хорошо адаптированы прежде, до операции, через год качество жизни возвращается к прежним показателям. Большинство пациентов сообщает об улучшении эмоционального и физического самочувствия через какое-то время, но для 20–25% проблемы могут сохраняться в течение двух лет после лечения (Rowland, Massie, 1998).

Исследуется также влияние типа и количества постоперационного лечения (лучевой, гормональной и химиотерапии) на психологические

последствия заболевания (Alter et al., 1996; Shapiro et al., 1997; и др.). В исследовании Ч. Купмана и др. (Koorman et al., 2002), например, наблюдалась обратная пропорциональная зависимость интенсивности симптомов вторжения от количества полученного постхирургического лечения. Представляют интерес результаты одного небольшого исследования, в рамках которого было показано, что у женщин, прооперированных по поводу рака молочной железы и принимающих тамоксифен в качестве гормональной терапии, риск развития ПТСР ниже, вероятно, благодаря ощущению защиты и контроля над рецидивом заболевания (Passik, Grummon, 1998). В то же время в литературе, как правило, отмечаются негативные психологические последствия послеоперационного лечения, каждый из этапов которого рассматривается как дополнительный стресс для больного.

Таким образом, один из аспектов специфичности механизмов стрессового воздействия онкологического заболевания состоит в том, что этот диагноз включает множество травмирующих моментов, и в этом случае намного труднее идентифицировать дискретный стрессор, чем при других травмах — природных бедствиях, катастрофах или насилии. Как показывают исследования людей, переживших другие виды травматических событий, состояние острого стресса продолжается в течение некоторого времени (до 3-х месяцев) по окончании воздействия стресс-факторов, после чего большая часть людей приходит в обычное для них состояние, и только у некоторой части развиваются признаки посттравматического стресса. И если пациенту не предоставляется социальная и психологическая помощь, а также соответствующее время, чтобы пройти через нормальный процесс адаптации, процент пациентов с установленным диагнозом будет завышен и диагноз будет иметь меньшую ценность (Cooper et al., 1989; Passik, Grummon, 1998). Но диагностика ПТСР при онкопатологии осложняется тем фактом, что рак — заболевание, которое сопровождается повторными травмами и имеет неопределенную протяженность, представляя собой не событие, а скорее переживание. В качестве стрессоров здесь могут выступать установление диагноза, знание о том, что болезнь может быть смертельной, хирургическая операция, подозрение, что признаки болезни повторяются, тяжелые и токсичные лечебные процедуры (химиотерапия, лучевая терапия) или самые разные непредсказуемые ситуации (например, случаи, когда умирает сосед по палате в больнице) (Любан-Плоцца и др., 1996; Gossarth-Maticcek et al., 1997).

Таким образом, вопрос об адекватном времени диагностики ПТСР у онкобольных до сих пор остается нерешенным. В исследованиях ПТСР у онкобольных решение часто принимается исследователями в соответствии с целями проекта, но всегда отдельно оговаривается

при описании результатов. Исследователями подчеркивается необходимость повторной оценки уровня симптомов посттравматического стресса, поскольку они могут проявляться и усиливаться как во время постановки диагноза и лечения, так и после его завершения и, возможно, при рецидиве заболевания.

Анализ результатов исследований, посвященных изучению динамики симптомов посттравматического стресса у онкобольных, позволяет сделать различные выводы. Полагают, что чем меньше времени прошло после установления диагноза (и, соответственно, чем ближе первоначальное переживание угрозы диагноза и лечения), тем более выраженными будут симптомы травмы. Подобные результаты были получены М. Кордова с коллегами (Cordova et al., 1995), обнаружившими, что более интенсивные симптомы травматического стресса были связаны с недавним окончанием лечения рака. Впоследствии интенсивность симптомов снижалась. А. Винокур с соавт. (Vinokur et al., 1990) также обнаружили существенное снижение оценок дистресса, вызванного заболеванием раком молочной железы, в период от 4 до 9,5 месяцев после установления диагноза.

Напротив, в исследовании Ч. Купмана с соавт. показатели симптомов ПТСР через 6 месяцев увеличивались. При первом обследовании у 12% пациенток наблюдался клинически значимый уровень симптоматики вторжения, у 26,5% — симптомов избегания и у 5,1% — высокий уровень симптомов вторжения и избегания вместе. Через 6 месяцев у 15,4 % был обнаружен высокий уровень симптомов вторжения, у 22,2% — избегания, и у 8,5% — обоих симптомов (Koorman et al., 2002).

М. Андриковским с соавт. показано, что у 13% пациентов наблюдается достаточно сильное увеличение симптомов ПТСР спустя 12 месяцев (Andrykowski et al., 1998).

Другие результаты были получены Г. Мануэлем с соавт. при катанестическом исследовании пациентов с раком головы и шеи, в котором было показано, что связанные с ПТСР симптомы могут проявляться в разное время. При этом было подтверждено наличие симптомов вторжения и избегания вскоре после установления диагноза, во время лечения и после его завершения (Manuel et al., 1987). В некоторых исследованиях (Alter et al., 1996) не удается обнаружить связи между симптомами ПТСР и временем установления диагноза или завершения лечения.

Таким образом, проблема посттравматических стрессовых состояний у онкологических больных начала исследоваться сравнительно недавно, в связи с включением заболеваний, угрожающих жизни, в перечень травматических стрессоров (DSM-IV, 1994 г.). Именно в исследованиях этого направления рассматриваются специфические

симптомы, возникающие в результате воздействия травматических стрессовых событий: навязчивые переживания по поводу травматического события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о травмирующем событии, повышенная физиологическая реактивность организма и эмоциональная возбудимость в ответ на стимулы, символизирующие травму.

Анализ литературы показывает, что эти реакции можно рассматривать в качестве основных характеристик психологических последствий перенесенного стресса — онкологического заболевания. Как показано в исследованиях различных контингентов травмированных людей, наличие ПТСР приводит к ухудшению социального функционирования человека и различным формам психической дезадаптации.

Что касается онкологических заболеваний, то к настоящему времени многие вопросы относительно природы и факторов риска развития ПТСР при раке остаются неизученными, однако отмечается перспективность развития этого направления, поскольку подтверждаются связи между показателями иммунитета у больных и развитием онкологической патологии, с одной стороны, и показателями иммунитета и интенсивности переживаемого стресса, с другой (Тарабрина, Генс и др., 2008; Srhussler, Schubert, 2001).

ГЛАВА 3

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Среди опухолей всех прочих локализаций у женщин рак молочной железы встречается в наибольшем количестве случаев. По оценкам МАИР (Международного агентства по исследованию рака), из числа всех лиц обоего пола, заболевших злокачественными новообразованиями в 2000 г., рак молочной железы возник у 10,4% больных (1050 тыс. человек) — что ставит его на второе место после рака легких по числу заболевших. По распространенности в мире рак молочной железы сегодня занимает первое место: из общего количества людей, у которых за 5 лет (1996–2000 гг.) возникли злокачественные новообразования, 17,2% составляли лица, которым был поставлен диагноз рака молочной железы (3860 тыс. человек). Большая распространенность рака молочной железы частично объясняется и высокими показателями пятилетней выживаемости заболевших после установления диагноза. Так, по сведениям, которые приводит МАИР, в ряде стран сообщается, что величина этого показателя может превышать 80% (Напалков, 2004).

Рак молочной железы представляет для исследователей особый интерес, поскольку это заболевание, занимая первое место по распространенности среди других злокачественных новообразований, отличается по интенсивности психотравмирующего воздействия: специфика постановки такого диагноза и лечения включает не только непосредственную угрозу жизни, но и исключительно «женский» характер заболевания и уродующие внешний вид последствия, т.е. лечение затрагивает медицинские, психологические, сексуальные и социальные аспекты жизни больной. По данным Т.Ю. Мариловой (1984), к факторам психической травматизации при этом диагнозе добавляется чувство утраты женственности и боязнь распада семьи. У больных РМЖ на первый план выступают психогенно обусловленные тревожно-депрессивные расстройства, сопряженные с предстоящей или перенесенной резекцией молочной железы (Касимова, Илюхина, 2007). У молодых женщин доминирует страх потери детородной функ-

ции, возникает чувство потери женственности и, как следствие, — неполноценности и ущербности. Больная ощущает угрозу для жизни, страх перед возможной социальной изоляцией и распадом семьи. Перед каждой такой больной встает задача приспособления к новой жизненной ситуации и формирования адекватного отношения к собственной личности и своему здоровью (Досталова, 1994; Гоулер, 1997).

И.В. Архипова и Н.П. Кокорина (2009) в своем исследовании отмечают, что диагноз РМЖ становится для заболевшей женщины «глубинной психогенией», так как его семантика вызывает в ряде случаев навязчивые тревожно-депрессивные ожидания и представления о мучительной боли, неизбежности смерти, косметического дефекта, инвалидизации. У большинства больных РМЖ снижаются психоадаптивные ресурсы, изменяется жизненный стереотип и развиваются психические расстройства, которые негативно отражаются на соматическом состоянии женщин не только в период лечения и после его завершения, но и когда их относят к категории «бывших онкологических больных».

Н. Тарриер с соавт. установили, что переживания, связанные с обнаружением и хирургическим лечением рака молочной железы, в 20–40% приводят к депрессии, потере самоконтроля и другим формам психической дезадаптации (Tarrrier et al., 1983). У пациенток может происходить смещение акцентов жизненных ценностей: боязнь утраты женственности и изменений в отношениях с другими людьми приобретает для больных первостепенное значение, вплоть до отказа от лечения. Возникает своеобразный парадокс: с одной стороны, огромные усилия онкологов направлены на излечение больной, а с другой — недооценка роли переживаний пациентки в процессе лечения приводит к тому, что стресс, вызванный таким заболеванием, становится непреодолимым и может стать фактором риска прогрессирования болезни (Чулкова, 1999).

Анализ исследований показывает, что симптомы посттравматического стресса часто фиксируются у женщин с таким диагнозом. Результаты первых исследований ПТСР при раке молочной железы показали, что развитие полного синдрома ПТСР происходит у 3–10% больных. Однако субсиндромальные, даже клинически значимые посттравматические симптомы, такие как вторжение и избегание, являются относительно общими для всех больных. В исследовании Дж. Хантера с коллегами (Hunter et al., 1996) было показано, что больше 20% пациенток с первично диагностированным раком молочной железы демонстрировали высокие уровни симптомов вторжения и избегания.

В исследовании Б. Грин с коллегами (Green et al., 1998) изучалось наличие симптомов ПТСР у женщин, больных РМЖ на ранних (I и II)

стадиях. Было показано, что развитие полного синдрома ПТСР наблюдалось у 3–5% пациенток. Однако следует отметить, что у 62% женщин в исследовании Б. Грин лечение не включало калечащей операции — состояло в лампэктомии и лучевой или химиотерапии (т.е. большая часть женщин получила лечение, сохраняющее грудь). Возможно, этим объясняется сравнительно небольшой процент таких женщин, испытывающих посттравматические стрессовые реакции и трудности в адаптации к заболеванию.

Психофизиологическое исследование Р. Питмэна и др. (Pitman et al., 2001), проведенное на выборке больных РМЖ I–III стадии приблизительно через два года после постановки диагноза, подтвердило предположение, что опасное для жизни заболевание может повлечь развитие ПТСР: из 37 испытуемых, принявших участие в исследовании, 5 пациенток (13,5%) страдали от ПТСР на момент обследования, а еще 8 пациенток (21,6%) имели ПТСР в прошлом (после постановки диагноза РМЖ).

Двадцатилетнее проспективное исследование выживших после РМЖ показало, что большинство из них имело удовлетворительный уровень адаптации: 5% сообщали о достоверном дистрессе, 15% — о двух или более симптомах посттравматических стрессовых расстройств, 1–6% испытывали рвотные позывы при любых упоминаниях о проведенном лечении, 29% жаловались на сексуальные проблемы, 39% — на лимфедему и 33% — на потерю чувствительности. Сексуальные нарушения сохранялись на протяжении многих лет (Kornblith, Herndon, Weiss et al., 2004).

В одном из последних опубликованных исследований (Shelby, Golden-Kreutz, Andersen, 2008) анализируется выраженность признаков ПТСР, связанных с онкологическим заболеванием. Из 74 пациенток с диагнозом РМЖ, в возрастном диапазоне от 31 до 84 лет, наличие ПТСР показали 12 человек — 16,2%, наличие отдельных признаков, субсиндромов ПТСР продемонстрировали 15 человек — 20,3%, симптомы ПТСР отсутствовали у 47 человек — 63,5%.

Приведенные результаты исследований подтверждают сложность и множественность стрессовых воздействий, переживаемых человеком с диагнозом «рак молочной железы», и позволяют говорить о том, что большое количество переменных вносит свой вклад в психологическое самочувствие больных. В настоящее время особое внимание исследователей направлено на изучение факторов, повышающих риск возникновения посттравматической симптоматики (предикторов), и факторов, ухудшающих процесс адаптации больных.

ГЛАВА 4

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Первые исследования ПТСР у ветеранов Вьетнамской войны основывались на предположении, что в катастрофических обстоятельствах ПТСР может развиться практически у каждого человека (Практикум по психологии посттравматического стресса, 2001; Rundell et al., 1989). Последующие исследования не подтвердили это утверждение. Выявлено, что ПТСР возникает приблизительно у 1/5 части лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физических травм, повреждений). Следовательно, более сильное воздействие травмирующие события оказывают на определенную часть людей, у которых присутствуют факторы риска, делающие их особенно уязвимыми для развития признаков посттравматического стресса. Именно эти факторы — предикторы ПТСР — и являются предметом особого внимания специалистов в области травматического стресса.

Исследования по определению факторов риска возникновения ПТСР у онкологических больных весьма немногочисленны и проводились на небольших выборках (Eysenck, 1994 и др.). Можно предположить, что у онкологических больных факторы риска развития ПТСР могут совпадать с таковыми у жертв других видов травм. К числу основных предикторов развития ПТСР среди жертв различных травматических событий, в том числе и онкологических заболеваний, и факторов, ухудшающих процесс адаптации, относят непосредственно характеристики психотравмирующего события, генетические и биологические факторы риска, а также социально-демографические, социально-психологические, индивидуально-психологические и биографические характеристики (или характеристики жизненного пути личности). Рассмотрим их подробнее.

Характеристики психотравмирующего события. К ним относят интенсивность психической травмы, ее неожиданность и неконтролируемость; наличие физических повреждений. Эти характеристики называют первичными детерминантами реакций на травмирующие

события. В случае онкологического заболевания эти факторы могут включать сам факт заболевания (осознание угрозы жизни), его неожиданность (Shapiro et al., 1997), локализацию, стадию и характер болезненного процесса, наличие метастаз, длительные тяжелые лечебные процедуры, наличие осложнений после лечения, рецидив заболевания, переживание боли и других физических симптомов и пр. Считается, что эти факторы могут значительно ухудшать процесс адаптации у части онкологических больных (Гнездилов, 1983; Тхостов, 2002; Psycho-oncology, 1998 и др).

Однако не только характер и объективная тяжесть онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Отечественными учеными замечено, что проявления психологических сдвигов и выраженность психических нарушений не всегда коррелируют с тяжестью заболевания. При этом заметной становится роль субъективно-психологических факторов, т.е. специфика отношения личности к событию (Бажин, Гнездилов, 1983).

В исследовании Ч. Купмана с соавт. (Koorman et al., 2002) было показано, что у пациентов, завершивших лечение по поводу первичного рака молочной железы, наблюдается более низкий уровень симптомов «вторжения» (навязчивых мыслей о болезни) по сравнению с больными метастатическим раком. Уровень же выраженности другого симптома ПТСР — «избегания» — был примерно одинаков как у больных первичным раком молочной железы, так и у пациенток с генерализованной его формой. Исследователи пришли к выводу, что при диагнозе первичного рака молочной железы по сравнению с диагнозом метастатического рака менее вероятно возникновение симптомов вторжения, что может быть обусловлено лучшим прогнозом, но оба они ведут к примерно равным уровням выраженности избегания.

В другом исследовании Дж. Ворден (Worden, 1989) высказал предположение о том, что при рецидиве рака возрастает вероятность появления стрессовых симптомов и эмоциональных нарушений. Им была проведена оценка психоэмоционального статуса у 102 больных с рецидивом рака различных локализаций (молочная железа, толстая кишка, легкие, лимфогрануломатоз, гинекологические опухоли и др.). Сравнивались больные с рецидивом рака и больные с первичной опухолью. Гипотеза не подтвердилась: для 30% больных диагноз рецидива оказался менее травматичным, чем диагностирование первичной опухоли. Аналогичные результаты были получены Д. Селла с коллегами (Cella et al., 1990).

Результаты работ в этой области достаточно противоречивы — исследователи обнаруживают факты, как подтверждающие определенные гипотезы, так и опровергающие их. Так, в некоторых исследовани-

ях получены данные о том, что наличие боли и других соматических проявлений заболевания сопряжено с интенсивностью симптоматики вторжения и навязчивых мыслей о заболевании. Психиатрические осложнения, наиболее часто отмечаемые у раковых пациентов, включая депрессию и тревожность, чаще всего фиксируются у тех, кто испытывает боль (Rowland, Massie, 1998). В исследовании же Ч. Купмана и др. (Koortman et al., 2002) не было обнаружено связей между частотой переживания боли и наличием психопатологических или посттравматических симптомов.

Некоторые исследования показали, что стадия рака молочной железы существенно влияет на выраженность симптомов посттравматического стресса и даже позволяет предсказать их (у пациентов с более сложными стадиями (III-IV) отмечалось более интенсивное ПТСР) (Amir et al., 1997; Jacobsen et al., 1998). В то же время существуют исследования, в которых таких связей обнаружено не было (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995). Таким образом, связи характеристик заболевания и интенсивности посттравматических стрессовых реакций нелинейны, и этот вопрос нуждается в дополнительных исследованиях и учете других переменных (Тарабрина, 2009; Temoshok, 1987).

Генетические и биологические факторы риска. Биологические конституциональные факторы риска развития ПТСР включают в себя семейную историю психических расстройств, способность к саморегуляции или факторы эндокринной уязвимости (такие как слабая реакция кортизола на стресс). Некоторыми авторами установлены такие генетические факторы, предрасполагающие к развитию ПТСР, как чрезмерно реактивная гормональная система и уменьшенный объем гиппокампа (Halligan, Yehuda, 2002).

Труе с соавт. (True et al., 1993) показали, что генетические факторы объясняют от 13% до 30 % вариаций вероятности возникновения симптомов в кластере вторжения травматического материала, 30–34% симптомов в кластере избегания и 28–32% симптомов из кластера физиологического возбуждения в ответ на стимулы, символизирующие травматическое событие. Подобных исследований на выборках онкобольных не проводилось в силу сложностей организации такого рода работ, однако вклад этих факторов подтвержден на выборках людей, переживших другие виды психических травм.

Социально-демографические характеристики. Считается, что преодоление психотравмирующих событий труднее дается молодым и пожилым людям (Пушкарев, Доморацкий, Гордеева, 2000); среди онкологических пациентов возраст считается одним из наиболее важных факторов, способных продуцировать стрессовые расстройства. Так, с одной стороны, диагностирование рака молочной железы считает-

ся большей травмой для молодой женщины, чья привлекательность и способность иметь детей особенно значимы. Кроме того, ограничения, накладываемые онкологическим заболеванием, могут повлиять и на социальные отношения, возможность реализации жизненных, карьерных планов. В некоторых исследованиях удалось обнаружить, что пациентки молодого возраста демонстрируют более сильные симптомы травмы (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Green et al., 1997; Koorman et al., 2002). С другой стороны, существуют исследования, сообщающие о высоком уровне дистресса у женщин старшего возраста (старше 65 лет), который объясняется меньшими возможностями для получения социальной поддержки, более ограниченными возможностями получения необходимого лечения и пр. (Rowland, Massie, 1998).

В одном из исследований сравнивалось отношение к онкологическому заболеванию больных разного возраста. Было показано, что больные старшей возрастной группы чаще, чем молодые, предпочитали знать правду о своем заболевании, его прогнозе и перспективах лечения. Также они были более пессимистичны в отношении эффективности лечения и возможности возвращения к нормальной, привычной жизни (Sabol, Novosel, Tiska-Rudman, 1988). В целом анализ исследований позволяет заключить, что нельзя исключать из групп риска больных всего возрастного континуума.

Другими социально-демографическими характеристиками, которые могут играть роль предикторов ПТСР, считаются половые различия (у женщин при переживании травматических событий ПТСР развивается чаще); социальное положение и нестабильное финансовое положение (низкий уровень доходов), этнокультуральные особенности и некоторые другие. В ряде исследований показано, что нестабильное финансовое положение может быть связано с более плохой адаптацией к заболеванию и интенсивностью испытываемых посттравматических стрессовых реакций.

Женщины с невысоким уровнем семейного дохода при обнаружении рака молочной железы, а тем более при получении инвалидности и выходе на пенсию в связи с заболеванием, могут испытывать более сильный травматический стресс: в их случае диагноз рака может повлиять на привычный уклад жизни и значительно подорвать финансовое положение.

Так, М. Кордова с соавт. (Cordova et al., 1995) обнаружили, что уровень дохода отрицательно связан с интенсивностью проявления симптомов посттравматического стресса у женщин, болеющих раком молочной железы; одно из последних лонгитюдных исследований Р.А. Шелби, Д.М. Голден-Крейц, В.Л. Андерсена (Shelby, Golden-Kreutz, Andersen, 2008) показало, что ПТСР сильнее выражено у людей с более

низким уровнем и качеством жизни, более низким статусом, а отдельные признаки ПТСР связаны с низкой занятостью и потребностью в психологической помощи.

Однако в других исследованиях (Koorman et al., 2002) наличия связей интенсивности симптомов ПТСР с уровнем доходов обнаружено не было, так же как не было обнаружено связей симптомов травматического стресса с возрастом и уровнем образования. Они заключили, что социально-демографические характеристики, такие как возраст, образование, уровень доходов, не являются достаточно надежными предикторами посттравматических стрессовых реакций.

Социально-психологические характеристики. Из социально-психологических факторов, влияющих на выраженность психических переживаний и патогенез психических нарушений при онкологической патологии, важным является «синдром изоляции». Считается, что наличие поддержки со стороны общества и особенно близких людей влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени (Практикум по психологии посттравматического стресса, 2001; Тарабрина, 2009). Дж. М. Готчер (Gotcher, 1992) было зафиксировано, что успешность адаптации онкологических больных в первую очередь зависит от реакции значимых людей — прежде всего от супруга или партнера, а также семьи и друзей (Holmes, 1987). Социальным факторам (развод, смерть родственников, неадекватная социальная поддержка, одиночество, плохие отношения с супругами, неожиданное разрушение значимых отношений, отсутствие близости с родителями) приписывается значимое влияние как в этиологии онкологических заболеваний, так и в период реабилитации (Колосов, Шиповников, 1994). Д. Шпигель (Spiegel, 1992) получил эмпирические подтверждения того, что психосоциальная поддержка не только способствует более успешной адаптации больных, но и помогает продлить их жизнь.

Семейная поддержка является важнейшим и принципиальнейшим фактором в приспособлении больных с онкологической патологией (Stolbach, Brandt, 1988; Muslin et al., 1966). Роль семейных взаимоотношений возрастает в случае появления у онкологических больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация людей к новому для них статусу онкологического больного эффективнее проходит в семьях, строящихся по принципу сплоченности. Причем лица, получающие химиотерапию, нуждаются в более теплом отношении в семьях по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии у женщин существенна роль психологической помощи со стороны мужа. Отмечена

значимость сексуально-эстетического фактора, способного вызывать неадекватные мужские реакции и спровоцировать появление психогенных психических нарушений. Однако такие реакции существенны лишь тогда, когда они подтверждают негативные экспектации больных, основанные на рефлексивном стиле мышления, присущем онкологическим пациентам, который основывается на изменениях самооценки в связи с заболеванием (Менделевич, 2005).

К числу значимых факторов, влияющих на психологические последствия онкологического заболевания, относят установки клиницистов на обсуждение диагноза и методов лечения с пациентом, участие пациента в процессе принятия решения о методах лечения и отношение к больному со стороны общества. Так, было показано, что мастэктомия становится намного менее травмирующей для женщины, если они могут совместно с хирургом выбрать тип хирургического лечения и способы лечения в целом (Koopman et al., 2002; Amir et al., 1997; Cordova et al., 1995; Keller, 1998; Rowland, Massie, 1998). Полагают, что значение имеет и то, в какой форме проблемы онкологических заболеваний обсуждаются в средствах массовой информации, поскольку это влияет на формирование установок больных к собственному заболеванию. Так, вопрос о потенциальной роли стресса в возникновении рака молочной железы и его прогрессировании активно обсуждается в СМИ, что, в свою очередь, способствует формированию убеждения о том, что больные могут быть ответственны за свою собственную болезнь и ее последствия. В результате это может стать дополнительным психологическим бременем для многих женщин, у которых диагностируют это заболевание.

В целом, вопрос об изменении установок в обществе по отношению к раку и о том, как это может отражаться на психологическом состоянии больных и влиять на их соматический статус, заслуживает дальнейшего изучения.

Индивидуально-психологические характеристики. Немаловажную роль в адаптации к онкологическому заболеванию играет характер человека (наличие в преморбиде акцентуированных черт характера), его когнитивно-эмоциональные характеристики, тип и интенсивность защитных механизмов личности, используемые стратегии совладания (Бажин, Гнездилов, 1983). Такие личностные черты, как нейротизм и интроверсия, также повышают риск дезадаптации и развития ПТСР (Cooper, 1993; Traumatic stress..., 1996).

Уместно вспомнить, что еще римский врач Гален заметил тот факт, что «жизнерадостные женщины реже заболевают раком, чем женщины, часто находящиеся в подавленном состоянии» (цит. по: Саймонтон, 2001, с. 61). Впоследствии это наблюдение подтвердил Г. Сноу, впервые

исследовавший связь эмоционального стресса и рака с применением статистики. Результаты своего исследования он описал в книге «Рак и процесс его развития» (1893).

А.В. Гнездиловым (1983) исследовались связи между психологическими особенностями, присущими человеку в преморбиде, и психоэмоциональным статусом в процессе заболевания. Было выделено 5 типов больных, соответствующих типам акцентуации характера (циклоидный, истероидный, эпилептоидный, шизоидный, психастеничный). Во время заболевания эти особенности проявляются по-новому, некоторые из них обостряются. Наиболее часто встречаемыми типами в преморбиде онкологических больных являются лабильный и истероидный — именно эти типы отличаются эмоциональной неустойчивостью, а для истероидного типа характерны черты эмоционально-психологической незрелости.

По мнению Е.Ф. Бажина и А.В. Гнездилова, среди онкологических больных могут быть выделены несколько основных групп по психологическим параметрам. Группа синтонных лиц отличается в преморбиде такими чертами, как сердечность, общительность, с преобладанием в преморбиде эмоциональных черт. Для них при заболевании раком характерны относительно адекватные формы психогений — астено-депрессивные и астено-ипохондрические реакции, которые, как правило, не достигают значительной степени выраженности и относительно нестойки. Эти больные весьма чувствительны к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно легко адаптируются. У тех пациентов, у которых в преморбиде отмечаются циклоидные черты, психогенные реакции сходны с реакциями синтонных лиц, отличаясь лишь глубиной и стойкостью. Группа шизоидных больных характеризуется чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности, преобладанием интеллектуализированных интересов. При развитии у них психогенных реакций отмечается склонность к образованию сверхценных и бредаподобных идей, аутизации, самоизоляции, суицидальных тенденций.

Группе возбудимых людей в преморбиде присущи вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность, торпидность, вязкость, мелочность и педантичность. В условиях хронической болезни такие пациенты могут демонстрировать реакции в виде раздражительности, озлобленности, вплоть до агрессии. Больные с преморбидными истероидными чертами, как правило, реагируют на болезнь деперсонализационно-дереализационными симптомами, а тревожно-мнительные больные — обсессивно-фобическими.

Е.Ф. Бажин и А.В. Гнездилов (2002) отмечают, что острейшая, подчас невыносимая психотравмирующая ситуация, в которую попадает

онкологической больно́й, ведет к развитию так называемой психологической защиты — комплексу различных доводов, убеждений, мнений и иных соображений, которые в той или иной степени способны поддерживать относительную психическую стабильность психической сферы больных. В этой связи К.О. Елл с соавт. (Ell et al., 1989) установили, что тяжесть заболевания в момент установления диагноза не является самым важным фактором для психологического и функционального состояния больного. Объективные данные о распространенности опухоли имели меньшее значение по сравнению с субъективными реакциями на заболевание. При проведении первичного лечения у больных чаще возникают психологические проблемы, связанные с ошибочным представлением о лечении, страх перед осложнениями, интенсивное «ощущение болезни».

Полагают также, что некоторые когнитивно-личностные особенности или иррациональные когнитивные убеждения личности также могут являться предикторами ПТСР. В отношении онкологических пациентов многими исследователями отмечается значимость именно когнитивных переменных в восприятии и совладании с последствиями заболевания. Специфика заболеваний, угрожающих жизни, заключается в том, что они воздействуют на психику как «невидимый», информационный стрессор, отражающий угрозу для жизни в эмоционально-когнитивных структурах, содержащих информацию о болезни. Поэтому восприятие заболевания и совладание с его последствиями и ощущением угрозы жизни в большей степени осуществляется посредством когнитивной переработки. Продуктивность применения когнитивной парадигмы в клиническо-психологических исследованиях отмечается многими авторами.

В отечественной клинической психологии А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гараянн показано, что в многофакторной модели психических расстройств дисфункциональные убеждения и установки личности относятся к числу детерминант развития заболеваний наряду с макросоциальным, семейным, микросоциальным и другими факторами (Гараянн, Холмогорова, Юдеева, 2003; Холмогорова, 2003).

В исследовании Ч. Купмана и др. (Koortman et al., 2002) было показано, что интенсивность симптомов посттравматического стресса обратно пропорциональна уверенности женщин в своих силах, в своей способности справляться с тяжелыми ситуациями. А. О'Лири (O'Leary, 1990) показано, что уверенность человека в своей способности справляться с трудными ситуациями позволяет предсказать его дальнейшую адаптацию к заболеванию и реакции на психотерапию. П. Нортхаус и Л. Нортхаус (Northhouse, Northhouse, 1987) отмечают, что, согласно их наблюдениям, потеря чувства контроля является

самой важной психологической проблемой онкологических больных и связана с последующей психологической адаптацией.

Большинство исследований, направленных на изучение взаимосвязи между темпом роста опухоли и отношением больного к заболеванию, свидетельствуют о том, что и адаптация больных после перенесенной болезни лучше, и продолжительность жизни больных больше, если они настроены на борьбу с заболеванием и свободно выражают свои эмоции. В тех случаях, когда больной апатичен, подавлен, беспомощен, а ситуацию считает безнадежной, срок его жизни сокращается (Schmale et al., 1983). Ватсоном с коллегами (Watson et al., 1988, 1991) при исследовании женщин с раком молочной железы было показано, что ощущение несчастья, фатализм и беспокойство за свою судьбу тесно связаны с возникновением тревожных и депрессивных расстройств. Эти данные были подтверждены Л. Грасси с коллегами (Grassi et al., 1993) в исследовании больных различными видами рака.

Стратегии поведения, используемые больными в ситуации болезни, также отражаются на их последующей адаптации.

Р. Ройяк-Шалер (Royak-Schaler, 1991) установил, что наилучшим образом адаптируются больные, верящие в свою способность влиять на процесс развития заболевания посредством оздоровления образа жизни. Показано также, что избегающий стиль поведения менее адаптивен для преодоления тяжелых переживаний, связанных с заболеванием, чем активный стиль поведения. Результаты проспективного исследования женщин, больных ранними стадиями рака молочной железы, проведенного К.В. Петтингэйл с соавт. (Pettingale et al., 1984), показали, что психологическая реакция на диагноз рака, оцениваемая через 3 месяца после операции, влияет на состояние больного и через 5 лет. Выживание без рецидива наблюдалось чаще среди больных, реакцией которых было отрицание или «дух противоборства», чем среди больных, реагировавших стоическим принятием, беспомощностью или безнадежностью. Через 10 лет психологическая реакция на заболевание являлась наиболее значимой из 8 прогностических факторов для прогноза времени смерти по любой причине, времени смерти от рака молочной железы и времени первого рецидива. Значимых корреляций с другими прогностическими факторами (возраст, тип операции, размер опухоли и др.) не было установлено.

Исследования подтверждают, что лучше адаптируются пациенты, способные находить и использовать доступные социальные ресурсы и поддержку. Напротив, пассивная, беспомощная, безнадежная или пессимистическая позиция перед лицом болезни, ригидность стратегий совладания помещает таких пациентов в группу риска; такие больные также имеют тенденцию быть социально изолированными

или отклонять помощь, когда она предлагается. Паттерны активности, борьбы по отношению к своей болезни, взаимосвязаны не только с лучшим качеством жизни, но и с большей ее продолжительностью (Psycho-oncology, 1998). Однако отмечается, что поиск информации и навыки решения проблем могут иметь бесспорное значение во время планирования лечения, но стратегии отрицания и избегания во время химио- или лучевой терапии могут быть более эффективными для сокращения побочных эффектов лечения. Таким образом, эффективность каждого стиля совладания может быть ситуационно-специфичной.

В ряде исследований показано, что низкий уровень интеллектуального развития может быть предиктором признаков ПТСР, что может быть связано с процессами совладания, копинг-стратегиями, реализуемыми человеком для совладания с травмой (Практикум по психологии посттравматического стресса, 2001; Алиев, Джафаров, 2001; Van der Kolk, 1987; Farber, 1988).

Возможно, более высокий уровень интеллекта определяет выбор наиболее эффективных стратегий совладания, реализуемых человеком для преодоления травматических событий (к таким процессам может относиться, например, направленность на рациональный анализ проблемы, связанный с выполнением плана разрешения трудной ситуации, что проявляется в таких формах поведения, как рациональный анализ случившегося, обращение за помощью, поиск дополнительной информации). Кроме того, отмечено, что успешное совладание с опасной болезнью может быть связано с характеристиками смысловых образований личности: чем богаче, сформированнее и стабильнее смысловые образования, тем быстрее происходит осмысление человеком своего положения и включение травматического события в дальнейшую жизнь, его принятие и переработка травматического опыта (Тхостов, 2002).

Биографические характеристики. К предикторам ПТСР после переживания психотравмирующих событий относят некоторые особенности жизненного пути личности, в частности переживание травматических событий в анамнезе, состояние хронического стресса и неадекватное преодоление предшествующих стрессовых ситуаций. Роль предшествующих жизненных стрессов или психических травм в возникновении ПТСР при онкологических заболеваниях является предметом особого внимания, поскольку вызывает множество дискуссий и в связи с проблемой возникновения и прогрессирования рака. Предполагается, что у пациентов с историей прошлых травматизаций и уже имеющимися признаками ПТСР эти симптомы могут активизироваться как непосредственно в связи с самим заболеванием, так и под воздействием различных стимулов во время лечения, и поэтому таким

пациентам может потребоваться дополнительная помощь и поддержка (Psycho-oncology, 1998; McKenn, et. al., 1999).

Гипотезы о предшествующих жизненных стрессах как предикторах ПТСР основываются на различных теоретических представлениях о механизмах и сущности травмы, включая представление о кумулятивном стрессе (Khan, 1974), концепцию базисных убеждений Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1995, 1997, 1998) и психобиологические модели, которые предполагают потенциальное «разжигание», актуализацию последствий непереработанных прежних стрессов (Van der Kolk, 1987; McConnell, 2002). Предшествующие стрессы могут влиять на приспособление к текущим стрессорам посредством воздействия на первичные и вторичные оценки стрессора (Lazarus et al., 1957, 1966, 1984). Первичные оценки являются оценкой того, что поставлено на карту: является ли событие угрозой, поражением или вызовом? Вторичные оценки включают в себя суждения о том, что можно сделать, чтобы справиться с этим событием, включая ощущение контроля над ним. Исследования связи между первичными и вторичными оценками заболевания и последующей адаптацией к нему показали, что более негативные оценки связаны с плохой адаптацией (Stanton, Snider, 1993). На связь между развитием онкологического заболевания и переживанием утраты (родного человека, значимых межличностных отношений, привычной социальной роли), сопровождающимся состоянием отчаяния и безнадежности, писали многие ученые (Саймонтон, Саймонтон, 2001; LeShan, 1977). Более того, по наблюдениям ученых, эти критические стрессовые события обычно происходят в период от полугода до полутора лет, предшествующий обнаружению онкологического заболевания.

Проводились исследования, направленные на выявление роли предшествующих жизненных стрессов на адаптацию к заболеванию. В исследовании М. Сильвер-Эйлайан и Л. Кохен (Silver-Aylaiian, Cohen, 2001) показано, что предшествующие стрессы (такие как насилие, смерть ребенка) и разрешение этих ситуаций, успешность совладания с ними сопряжены с реакциями пациентов на заболевание. Большое количество жизненных стрессов и дисфункциональное совладание с ними были связаны с более интенсивным дистрессом, более негативным восприятием больными своего диагноза и худшим приспособлением к заболеванию.

Б. Грин с коллегами (Green et al., 2000) при исследовании больных раком молочной железы через несколько месяцев после завершения лечения было обнаружено, что пережитые ситуации сексуального, физического насилия, других заболеваний, угрожающих жизни, являлись значимыми предикторами депрессии, дистресса и симптомов

ПТСР у пациентов. Показано также (Andrykowski, Cordova, 1998), что количество прежних травм является значимым предиктором симптомов ПТСР через несколько лет после окончания лечения. Клинические наблюдения и ряд исследований подтверждают, что количество жизненных стрессов, перенесенных перед травмой, положительно коррелируют с остротой аффективных реакций на актуальную травму, а опыт успешного совладания с прошлыми стрессорами может играть роль «прививки» для реакций на текущий стресс (Khan, 1974).

Однако собранные эмпирические данные, отражающие влияние психологических факторов на вероятность возникновения онкологического заболевания, до настоящего времени остаются неоднозначными. Несмотря на то, что многими исследователями признан тот факт, что онкологическому заболеванию предшествует психотравмирующая ситуация, нельзя отрицать и то, что почти у каждого человека в жизни случались подобные ситуации, но при этом далеко не у всех возникает столь тяжелое заболевание. Также не определена роль предшествующих травматических событий в развитии посттравматического стресса, возникающего при диагностировании опасного для жизни заболевания.

Предшествующие личностные ассоциации, связанные с заболеванием раком, также могут влиять на психологическое воздействие диагноза. Так, показано, что память о смерти матери, сестры или бабушки от рака молочной железы или близкого человека от рака делает диагноз гораздо более зловещим и может приводить к более интенсивному психологическому дистрессу во время и после лечения (Rowland, Massie, 1998; Petticrew, 1999). Можно предположить и обратную тенденцию.

В целом можно заключить, что проблема предикторов ПТСР является многогранной и недостаточно изученной. Существующие на сегодняшний день исследования, посвященные данной проблематике, немногочисленны, многие из них подвергаются методологической критике, и поэтому не дают возможности всестороннего анализа проблемы. Однако, несмотря на то, что крайне сложно проконтролировать в исследовании воздействие всех факторов, влияющих на психологическое самочувствие пациентов, потребность в таких работах существует, поскольку они могут способствовать выявлению психологических механизмов совладания с болезнью и определить психологические ресурсы человека, необходимые для борьбы с заболеванием. При этом некоторые из предикторов возникновения посттравматических стрессовых реакций совпадают с обсуждаемыми в литературе факторами, способными выступать в качестве этиологических причин развития злокачественных новообразований. Это делает область исследования

предикторов ПТСР при онкологической патологии остроактуальной и значимой как в теоретическом, так и в практическом аспекте: выявление факторов, связанных с негативными психологическими последствиями перенесенного заболевания (одним из крайних проявлений которых является развитие посттравматических стрессовых реакций и ПТСР), может не только помочь определить адекватные психотерапевтические стратегии для редукции симптомов ПТСР и улучшения качества жизни больных, но и, возможно, способствовать предотвращению рецидивов заболевания.

ГЛАВА 5

КОГНИТИВНО-ЛИЧНОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ РМЖ

Восприятие онкологического заболевания как угрозы для жизни, как серьезного психосоциального травмирующего фактора, связанного с возможностью нарушения сексуальных, семейных и социальных отношений, может быть различным в зависимости от личностных характеристик пациентов, их жизненных установок и ценностей, возраста и семейного статуса. Реакция пациента является интегративным ответом на когнитивную оценку и эмоциональную значимость того или иного аспекта психотравмирующей ситуации заболевания.

Особый интерес с точки зрения понимания механизмов воздействия онкологического заболевания на личность пациента представляет изучение базисных убеждений больных РМЖ. Изменяются ли у онкологических больных базисные когнитивные убеждения, содержащие глубинные представления индивида о собственном Я и окружающем мире?

Понятие базисных убеждений. Понятие «базисные убеждения» (или «базисные схемы») возникло и развивается на пересечении когнитивной (Bruner, 1960), социальной (Fiske, Taylor, 1994), а также клинической психологии и психотерапии (Бек и др., 2003), которые (каждая со своих позиций) пытаются ответить на вопрос о том, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном Я. В целом, базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека. В когнитивной психотерапии понятия «убеждения», «схемы», «правила», «когнитивные паттерны», «когниции» в целом являются взаимозаменяемыми (Когнитивная психотерапия расстройств личности, 2002). Говоря о соотношении понятий когнитивной схемы и убеждения (по А. Беку), можно утверждать, что если схемы представляют собой когнитивную структуру, форму организации переживаемого опыта и механизм концептуализации

ситуаций, то убеждения являются содержанием схем, в обобщенной и имплицитной форме отражающими содержание эмоций, мышления и поведения. При этом теоретики когнитивной психотерапии часто употребляют понятия «убеждения» и «схемы» в одном значении.

Концепт схемы возник в психологии в связи с проблемой изучения репрезентации образа окружающего мира в структуре индивидуального сознания. Однако задолго до появления когнитивной психологии понятие схемы как структуры, одновременно предвосхищающей восприятие мира и изменяющейся под его воздействием, было введено И. Кантом, который сделал попытку преодолеть разрыв между эмпиризмом и рационализмом в гносеологии. Как известно, сторонники эмпиризма утверждали, что знание есть копия окружающего нас мира, в то время как рационалисты полагали, что знание есть исключительно продукт ума. И. Кант ввел категории априорного (предшествующего опыту) и апостериорного (чисто сенсорного) знания, через которые и определялся концепт схемы. Схемой понятия И. Кант называл обобщенный способ воображения доставлять понятию его образ (Кант, 1994). Таким образом, априорная функция схем состоит в предвосхищении интерпретации индивидом образов и событий, а апостериорная — в изменении самих схем в соответствии с воспринимаемым.

В когнитивную психологию понятие схемы было введено Ф. Барлеттом. В процессе анализа экспериментов, суть которых заключалась в том, что различные испытуемые должны были пересказать одну и ту же историю, Ф. Барлетт обнаружил, что в процессе пересказа наблюдаются устойчивые паттерны ошибок. Для объяснения этого явления Ф. Барлетт и предложил концепт схемы как компонента памяти, который формируется на основе взаимодействия с внешней средой и одновременно организует поступающую информацию определенным образом (Bartlett, 1932).

В отечественной психологии убеждения рассматриваются как «представления, знания, идеи, ставшие мотивами поведения человека и определяющие его отношение к деятельности» (Психологический словарь, 2001). Понятие схемы следует отличать от понятия установки. Д. Узнадзе (1961) понимал под установкой готовность субъекта к совершению определенного действия или к реагированию в определенном направлении. Так же как схема, установка возникает при столкновении потребности субъекта и объективной ситуации ее удовлетворения. Безусловно, понятие установки является более узким, чем понятие схемы. Д. Узнадзе рассматривает установку исключительно в рамках какой-либо деятельности, как правило, в искусственно созданных условиях, в то время как схема является частью перцептивного цикла в целом и затрагивает все познавательные процессы и эмоциональную

сферу. При этом в процессах формирования установок (по Узнадзе), схем и убеждений, безусловно, прослеживаются четкие аналогии: в экспериментах Д. Узнадзе было показано, что установка фиксируется в процессе многократного повторения опытов. Аналогичным образом формируются схемы и убеждения на протяжении личной истории индивида: многократное повторение однотипных ситуаций формирует то или иное убеждение. Например, при наличии постоянной поддержки со стороны близких в повторяющихся ситуациях фрустрации каких-либо потребностей у индивида формируется базисное убеждение о том, что окружающим людям можно доверять и они в любое время готовы прийти на помощь.

Схемы формируются в процессе развития личности. Наиболее полная концепция генетического развития когнитивных схем была создана Ж. Пиаже (Пиаже, 1969). Указывая на ведущую роль схем в когнитивном развитии индивида, Ж. Пиаже писал: «Никакое поведение, даже если оно является новым для данного индивида, не может рассматриваться как абсолютное начало. Оно всегда привязано к предшествующим схемам, будучи, таким образом, равносильным ассимиляции новых элементов ранее сконструированными структурами» (Piaget, 1976, p. 17). Следовательно, любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы.

Наиболее близким по значению к понятию схемы является понятие личностного конструкта в теории Г. Келли (по: Франселла, Баннистер, 1987). Личностный конструкт определяется Г. Келли как идея или мысль, которую человек использует, чтобы интерпретировать, объяснить или предсказать свой опыт. Люди, по Г. Келли, действуют как ученые-исследователи: они постоянно выдвигают рабочие гипотезы о реальности, что позволяет им так или иначе прогнозировать, контролировать и понимать происходящее (по: Хьелл, Зиглер, 1997).

Конструкт когнитивной схемы как структуры, предвосхищающей восприятие окружающего мира и изменяющейся под его воздействием, обладает эвристической ценностью не только для когнитивной, но и для клинической психологии. При этом для клинической психологии чрезвычайно важно понимание схемы не как исключительно когнитивной структуры, а как когнитивно-аффективного комплекса, формирующегося в опыте взаимодействия индивида с окружающим миром и опосредующего восприятие происходящих событий.

Согласно А. Беку, обработка информации основана на базисных убеждениях, лежащих в основе схем. Нарушения нормального функционирования индивида связаны, по Беку, с «когнитивной уязвимостью». Каждый человек характеризуется уникальной уязвимостью и чувствительностью в соответствии с имеющимися у него убежде-

ниями. Любое расстройство личности связано с определенным базисным убеждением. Например, когнитивной основой расстройства избегания является базисное убеждение: «Мне могут причинить боль», параноидного расстройства: «Люди — потенциальные противники», нарциссического расстройства: «Я особенный», истерического: «Мне нужно производить впечатление» и т.д. Таким образом, с помощью схем можно выстроить когнитивный профиль каждого расстройства.

Наибольшее количество исследований дисфункциональных схем и убеждений при психопатологии посвящено репрезентациям образа Я и окружающего мира при депрессиях (Beck, 1967, 1976; Segal, 1988). А. Бек полагает, что в основе депрессии лежит когнитивная триада: негативные базисные убеждения относительно собственного Я, окружающего мира и негативный взгляд на будущее.

Важной характеристикой убеждений является их иерархичность. Когнитивные психотерапевты отмечают, что убеждения индивида образуют множество слоев (МакМаллин, 2001). Существуют поверхностные убеждения, более глубокие убеждения и центральные (базисные) убеждения. Поверхностные убеждения — это те мысли, которые индивиды легко осознают и открывают другим. Базисные (центральные) убеждения индивид не может обнаружить сам без специальных усилий. Это не означает, однако, что они в принципе не осознаются. По мнению теоретиков когнитивной психотерапии, при помощи терапевтической работы или специальных расспросов базисные убеждения можно вскрыть.

Основоположник рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис помещает убеждения в центр своей известной триады ABC: А (Activating events) — события, происходящие в жизни человека; В (Beliefs) — система убеждений, касающихся этих событий; С (Consequences) — последствия этих событий, которые могут привести к эмоциональным и поведенческим нарушениям.

Система убеждений, по Эллису, представляет собой нечто вроде базовой философии человека, она может содержать как вполне разумные, рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные убеждения, которые, как правило, являются реакциями на неблагоприятные события, повторяющиеся неоднократно как в детском, так и в более позднем возрасте (по: Соколова, 2002).

Концепт схемы используется также в работах психоаналитически ориентированных ученых. Современные психоаналитические течения все больше отходят от традиционной «энергетической» модели психики, описанной З. Фрейдом, перенося акцент с определяющей роли влечений на роль отношений в психическом функционировании индивида и используя понятие схем (Eagle, 1986; Slap and Saykin, 1983;

Wachtel, 1982). М. Горовитц (Horrowitz, 1991) строит свою теорию на том, что индивид имеет множество схем, касающихся образа Я и окружающих людей. Схемы, касающиеся образа собственного Я, включают в себя способы, с помощью которых индивид достигает удовольствия и избегает разочарований (мотивационные схемы), позиционирует себя в отношениях с миром (ролевые схемы), решает проблему выбора (ценностные схемы). Согласно М. Горовитцу, психологический стресс вызывается рассогласованием между существующей ситуацией и личными схемами.

Безусловно, А. Бек и М. Горовитц, будучи приверженцами различных теорий личности, трактуют понятие «схема» совершенно по-разному. Бек, как сторонник когнитивных теорий, рассматривает схемы как структуры, превосходящие когнитивно-аффективные процессы и поведение и, одновременно, структурирующие поступающую информацию. В свою очередь, М. Горовитц, классифицируя схемы на мотивационные, ролевые и ценностные, исходит из фрейдовской структуры личности, включающей подструктуры Ид, Эго и Суперэго.

Базисные убеждения и психическая травматизация. Когнитивные концепции психической травмы восходят к теории стресса Р. Лазаруса и работам А. Бека. В так называемой «оценочной» теории стресса (Lazarus, 1966) большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. Процесс оценивания включает первичное (оценку стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценку индивидом собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией) (Lazarus, Folkman, 1984). В зависимости от этого формируется тип копинг-стратегии: проблемно-фокусированный копинг (действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и эмоционально-фокусированный копинг (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

Другой аспект понимания психической травматизации в когнитивной трактовке, ярко выраженный в концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1998), в большей степени имеет отношение к личности пережившего травму человека. В интерпретации Р. Янофф-Бульман, психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности о доброжелательности — враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного Я.

Отнесение того или иного убеждения к разряду базисных обусловлено несколькими критериями. *Первым* критерием является то, что истоки базисных убеждений лежат в раннем детстве. Вводя данный критерий, мы опираемся на теории объектных отношений, теорию когнитивной психотерапии А. Бека и теорию психической травмы

Р. Янофф-Булман. Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка на довербальном уровне (в возрасте примерно 7 месяцев) на основе взаимодействия со значимыми взрослыми. Безусловно, довербальные представления ребенка не являются еще убеждениями, но, тем не менее, они ложатся в основу будущих убеждений об окружающем мире и собственном Я взрослого человека.

Вторым критерием отнесения убеждений к категории базисных является их относительная стабильность на протяжении жизненного пути личности. Если более поверхностные убеждения (например, убеждение «Я хороший специалист») постоянно подвергаются эмпирической проверке и корректируются в зависимости от полученного опыта, то базисные убеждения остаются относительно неизменными на протяжении жизни. Однако существуют особые жизненные ситуации (травматический опыт), которые могут изменить базисные убеждения.

Третьим критерием отнесения убеждения к разряду базисных может служить высокий уровень обобщенности и глобальности: такие убеждения отражают представления индивида о собственном Я и окружающем мире в целом.

Базисные убеждения обеспечивают ребенка чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем — ощущением собственной неуязвимости и стабильности. Имплицитная концепция окружающего мира и собственного Я у большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми, кто делает что-то не так. Я хороший человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Речь идет о так называемых позитивных иллюзиях, выявленных в исследованиях С. Тейлора (Taylor, 1983), который показал, что хорошо адаптированным людям свойственно переоценивать вероятность возникновения положительных ситуаций в жизни и недооценивать вероятность отрицательных. Данное утверждение легко подтверждается тем, что часто из уст лиц, перенесших тяжелую психотравмирующую ситуацию, можно услышать признание: «Я никогда не допускал мысли, что это может случиться со мной».

Согласно Р. Янофф-Булман, базисные убеждения о доброжелательности, справедливости окружающего мира и значимости собственного Я подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым внешним миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью. Привычные комфортные убеждения рушатся, повергая человека в состояние дезинтеграции. Процесс совладания с травмой состоит в восстановлении базисных убеждений и проходит в несколько этапов.

На первом этапе, названном Р. Янофф-Бульман этапом «автоматических процессов», актуализируется деятельность защитных механизмов (отрицание, эмоциональная онемелость), позволяющих индивиду психически выжить под натиском травмы. Эмоциональная онемелость и отрицание защищают личность от сильного возбуждения, вызываемого вторжением травматического опыта. Оба процесса (вторжение и избегание) действуют в согласии между собой: как только навязчивые переживания в связи с травмой становятся невыносимыми, начинают действовать защитные механизмы, направленные на избегание стимулов, напоминающих травму.

Второй этап характеризуется попытками человека, пережившего травму, осознать случившееся и обнаружить в бессмысленном хаосе травматического опыта какой-либо смысл. В норме на этом этапе индивид старается позитивно переинтерпретировать случившееся. При этом мотивация к позитивной интерпретации травматического опыта не является осознанной. Индивид, переживший травму, не говорит себе: «Мне нужно восстановить разрушенную картину мира, поэтому нужно переинтерпретировать мой опыт». Согласно Р. Янофф-Бульман, тенденция к позитивной интерпретации тяжелого опыта является неотъемлемым свойством здоровой личности, пытающейся вновь обрести равновесие (Janoff-Bulman, 1997).

По прошествии определенного времени после травматического события попытки индивида вернуться к старым, обеспечивающим психологический комфорт базисным убеждениям принимают форму реинтерпретации травматического опыта. Конфронтация с травмой перестает быть столь разрушительной и начинает включать поиск позитивных изменений, имеющих место после травмы. В частности, наши клинические наблюдения показали, что многие пациентки, прооперированные по поводу РМЖ, отмечали, что после пережитого стресса они многое переоценили в своей жизни, научились радоваться небольшим радостям, почувствовали себя более сильными и способными к борьбе с жизненными затруднениями.

В лонгитюдном исследовании больных раком крови И. Карбун с соавт. (Carboon et al., 2005) было показано, что базисные убеждения о справедливости мира и собственной безопасности на момент диагностирования заболевания являются предикторами посттравматического личностного роста через 6 месяцев.

Р. Янофф-Бульман считает, что в случае успешного совладания с травмой базисные убеждения качественно отличаются от «дотравматических». Их восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, на котором человек свободен от иллюзии неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую

травму и успешно совладавшего с ней, примерно такова: «Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает не всегда».

Таким образом, на наш взгляд, концепция Р. Янофф-Бульман раскрывает когнитивно-личностные механизмы психической травматизации.

Дж. Скидмор и Е. Флетчер (Skidmore, Fletcher, 1997) исследовали базисные убеждения у студентов колледжа и молодых пациентов с диагнозом ПТСР с помощью опросника «Исследование взглядов на мир» («World View Survey»). Анализ различий в убеждениях в двух группах показал, что пациенты с ПТСР имеют более негативные убеждения по всем субшкалам опросника («Тревожащая неопределенность», «Неадекватность происходящего», «Враждебный мир», «Отсутствие контроля» и др.) за исключением убеждения о силе собственного Я.

К. Венингер и А. Елерс (Weninger, Elhers, 1998) изучали убеждения у взрослых испытуемых, переживших в детстве сексуальное насилие, по немецкой версии «Шкалы личных убеждений и реакций» (Personal Beliefs and Reactions Scale – PBRS) (Resick et al., 1991). Шкала включает следующие субшкалы: «Безопасность», «Доверие», «Сила», «Уважение», «Интимность», «Собственное “Я”», «Другие», «Самообвинение», «Насилие». Анализ взаимосвязей показал, что все негативные убеждения, кроме самообвинения и убеждений о сексуальном насилии, имеют высокие корреляции с выраженностью посттравматических симптомов.

Е. Миккельсен и С. Айнерсен (Mikkelsen, Einarsen, 2002) изучали различия в характеристиках когнитивной картины мира у 118 добровольцев, подвергшихся издевательствам на службе, и контрольной группы нетравмированных индивидов. Значимые различия получены по всем трем основным категориям базисных убеждений (самоценность, доброжелательность и справедливость окружающего мира): у испытуемых, продемонстрировавших признаки посттравматического стресса, они более негативны. Кроме того, часть обследованных, чьи базисные убеждения носят позитивный характер, в личной беседе говорят об ощущении себя более сильными, зрелыми, терпимыми, сопереживающими после всего того, что с ними случилось, – т.е. общаются о феномене посттравматического личностного роста.

К. Рини с соавт. (Rini et al., 2004) в лонгитюдном исследовании с помощью опросника Р. Янофф-Бульман изучали изменения в базисных убеждениях матерей, чьи дети перенесли операцию по пересадке костного мозга в связи с опасными для жизни заболеваниями. Респондентки были обследованы дважды с интервалом в один год. Хотя интуитивно кажется очевидным, что успех пересадки и серьез-

ность побочных эффектов должны были бы стать основным фактором, влияющим на посттравматическую адаптацию матерей, исследование показало, что главной ресурсной характеристикой в этом случае являются позитивные самопредставления индивидов: матери с более положительными представлениями о собственном Я продемонстрировали лучшее интеллектуальное функционирование как во время пересадки, так и через год после нее. Отмечено, что физическое благополучие в острый период эффективнее удавалось поддерживать тем женщинам, чьи убеждения о себе самой и о доброжелательности окружающего мира носили позитивный характер.

Любопытные данные были получены К. Рини при анализе группы убеждений о возможности контролировать происходящие события: выявлена адаптивная функция убежденности в возможности контроля в острой фазе травмы, в период госпитализации с целью трансплантации костного мозга, когда интенсивные чувства страха, ужаса, беспокойства за здоровье ребенка, переживаемые матерями, повергают их в состояние бессилия. Таким образом, авторы показали нелинейность влияния травмы на базисные убеждения: допущения о контролируемости и закономерности событий продемонстрировали относительную стойкость к воздействию травмы.

По мнению М.А. Падун, существует реципрокное взаимодействие (Падун, 2003) системы базисных убеждений индивида и травматического стрессора: чем более негативной выглядит когнитивная картина мира до экстремального воздействия, тем хуже она будет и после, усугубляя, в свою очередь, посттравматическую симптоматику.

При анализе взаимосвязей симптомов психологического дистресса с базисными убеждениями личности (Падун, Загряжская, 2006) было показано, что индивиды, имеющие негативные представления о собственном Я, а также убежденные во враждебности внешнего мира, значительно сильнее страдают от симптомов дистресса, чем те, чья картина мира и собственного Я более позитивна. Убеждения же о справедливости, контролируемости окружающего мира и закономерности происходящих в нем событий не связаны с симптомами дистресса.

Одно из направлений комплексного психотерапевтического воздействия на больных РМЖ должно включать в себя диагностику базисных убеждений и работу с ними с целью укрепления позитивного самоотношения пациента и способности опираться на поддержку окружающих.

ГЛАВА 6

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Исследования по изучению психологических особенностей последствий психической травмы у больных РМЖ проводятся, в основном, с помощью клинико-психологических методов; к их основным недостаткам относят субъективность оценки психологических параметров как со стороны экспериментатора, так и пациента. Одним из способов достижения большей объективности при диагностике является применение психофизиологического подхода, который можно отнести к перспективным и объективным методам.

Особый интерес представляет использование психофизиологического подхода в рамках парадигмы нейропсихологии. Нейропсихология эмоций основана на особом подходе к их изучению, а именно на анализе мозговой организации эмоциональных явлений, их мозговых механизмов (Хомская, Батова, 1998). В русле основных методологических принципов нейропсихологии — сопоставления системного строения психических процессов и явлений с системными характеристиками организации деятельности мозга — актуален анализ различных аспектов эмоционального реагирования при психической травме, в том числе и регуляторных механизмов, в контексте изучения паттернов организации мозговых структур.

Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о связи локальной активности мозговых структур с различными аспектами эмоционального реагирования, при этом особая роль принадлежит правой теменно-височной области, связанной с эмоциональной активацией (Heller, 1990; Heller et al., 1997; Nitschke et al., 1999). При изучении ПТСР подчеркивается важность теоретического и экспериментального выделения различных компонентов эмоционального статуса и их сопоставления с показателями локальной активации (Metzger et al., 2004).

Изучение психофизиологических основ эмоций тесно связано с анализом мозговой организации эмоциональных явлений, их мозговых механизмов. В современной психофизиологии деятельность

мозга, лежащая в основе психических процессов, рассматривается как результат динамического системного взаимодействия высокоспециализированных структур мозга (Безруких, Фарбер, 2006).

В этой связи актуальным является анализ соотношений, паттернов показателей, характеризующих участие различных мозговых структур, их организацию при эмоциональном реагировании. В частности, имеются данные (Heller, 1990), свидетельствующие о том, что депрессия и различные виды тревоги связаны со специфическими паттернами локальной активации мозговых структур.

Согласно нейрофизиологической модели, предложенной В. Геллер (Heller, 1990), таким характеристикам эмоций, как валентность (знак эмоции) и активация, соответствуют две различные нейрофизиологические системы, при этом особая роль принадлежит правой теменно-височной области, связанной с эмоциональной активацией. В рамках этой модели предполагается (Heller et al., 1997) существование двух типов тревоги, связанных с различными паттернами мозговой активности. Так, тревога-возбуждение (например, под воздействием стрессовой ситуации) связана с увеличением правополушарной активности, особенно в задних отделах. В то же время тревожные опасения (личностная тревожность, генерализованные тревожные состояния) связаны с активацией передних отделов левого полушария (Heller et al., 1997; Nitschke et al., 1999).

В работе Л. Metzger с соавт. изучались соотношения между тревожной и депрессивной симптоматикой у пациентов с ПТСР и асимметрией альфа-ритма спонтанной ЭЭГ в лобных, височных и теменных областях левого и правого полушарий мозга. В этой работе показано, что симптоматика ПТСР, связанная с возбуждением (arousal), коррелирует с увеличением активности теменной области правого полушария. Авторы подчеркивают важность теоретического и экспериментального выделения различных компонентов эмоционального статуса при ПТСР и их сопоставления с показателями локальной активности мозговых структур (Metzger et al., 2004).

В работе Г.С. Блэкхарта и Дж. П. Клайн (Blackhart, Kline, 2005) исследовались испытуемые, различающиеся по степени выраженности защитного типа поведения. Показано, что у испытуемых с высоким уровнем психологической защиты наблюдается более высокая активность ЭЭГ в левой лобной области, причем у мужчин эта связь выражена сильнее, чем у женщин.

Х. Беглейтер с соавторами (Begleiter et al., 1969, 1979) в серии исследований изучали корковые вызванные потенциалы на эмоциональные зрительные стимулы. В качестве эмоциональных стимулов служили отдельные слова: «приятные» (красивый, выигрыш, на-

града, сладкий, честный, богатый, друг и т.д.), которые должны были вызвать положительную эмоцию, и «неприятные» (вор, уродливый, печальный, бесполезный, жестокий, отталкивающий, грязный и т.д.). Применялись также «нейтральные» слова (карандаш, слово, стол, линия, поезд, веревка, песок и т.д.). Регистрировались или усредненные вызванные потенциалы непосредственно на эти словесные раздражители, или же предварительно вырабатывалась условная связь между изображением стрелки в определенном положении либо геометрической фигуры с той или иной серией слов. По физическим характеристикам стимулы, на которые регистрировались вызванные потенциалы, в каждом исследовании были равны. При сопоставлении вызванных потенциалов затылочной области на неприятные и нейтральные слова оказалось, что в ответ на эмоциональные стимулы амплитуда поздних компонентов ВП достоверно больше. То же самое наблюдалось и в случае эмоциональной реакции на зрительный условный стимул, когда связь между условным раздражителем и эмоцией осознавалась исследуемым.

М. Юнгофером (Jungöfer et al., 2001) использовался новый метод изучения эмоций — быстрое последовательное зрительное предъявление (RSVP, см.: Potter, 1999) — в эксперименте, направленном на оценку ранней аффективной дискриминации в зрительных областях мозга. Согласно этой парадигме, испытуемому предъявляется непрерывный поток зрительных стимулов со скоростью, превышающей средний период фиксации глаз. Основываясь на результатах когнитивных исследований с использованием техники быстрого предъявления, М.С. Поттер (Potter, 1999) предположил наличие первичной коротколатентной системы памяти, в которой быстро оценивается значимость стимулов, однако не происходит их консолидации.

Таким образом, когда предъявляется быстрый поток стимулов, испытуемые могут определить конкретное содержание, но запоминание отдельных стимулов лишь немногим лучше случайного. Это исследование подчеркивает, что мотивационная/эмоциональная значимость является первичной детерминантой избирательного внимания: соматические, вегетативные и кортикальные события, связанные с его направленностью, автоматически активируются эмоционально окрашенной стимуляцией (Lang et al., 1997).

Исследования по картированию показывают, что это биологическое избирательное внимание, определяемое эмоциональным содержанием изображений, сопровождается активацией зрительной коры, что позволяет предположить наличие особой настройки зрительной системы на обнаружение и обработку мотивационно значимых стимулов (Lang et al., 1998). Картирование с помощью PET и fMRI зависит,

однако, от медленных изменений в кровотоке, и нечувствительно к ранним стадиям перцептивных процессов. В работе М. Юнгофера (Jungöfer et al., 2001) рассматривались вызванные потенциалы головного мозга, возникающие при предъявлении эмоциогенных изображений. Изображения предъявлялись в быстром темпе — 3 и 5 в секунду.

Анализ вызванных потенциалов показал, что восприятие изображений с насыщенным эмоциональным содержанием отличается от нейтральных. При восприятии изображений с насыщенным эмоциональным содержанием первоначально активация наблюдается в затылочных областях, затем она распространяется на правую теменную область. Эмоциональная дискриминация не зависит от формальных (физических) свойств изображений (цвета, яркости, пространственной частоты и сложности).

В работе Л. Кэррит с соавт. (Carretie et al., 2003) изучалось ослабление внимания в результате привыкания в ответах на эмоциогенные стимулы как аспект взаимодействия когнитивных и эмоциональных процессов. Вызванные потенциалы записывались у 25 человек, которым предъявлялись по 120 изображений, разбитых на 3 группы: эмоционально-негативные (S-), позитивные (S+) и нейтральные (S0). Эмоциональное содержание изображений оценивалось с помощью опросников самими испытуемыми. Величина компонента N1 изменялась при привыкании в зависимости от стимуляции: показатели группы S- оказались более устойчивыми к привыканию, чем в других группах.

Этот результат, отражающий большую способность S- привлекать и удерживать внимание испытуемых, интерпретируется как проявление «негативного предпочтения», что отражает эволюционное значение механизмов, увеличивающих скорость и интенсивность ответов на аверсивные события.

В работе В. Суракка с соавт. (Surakka et al., 1998) исследовалась негативность рассогласования (mismatch negativity, MMN), отражающая изменения в потоке слуховых стимулов. MMN изучалась также при разглядывании негативных, позитивных или нейтральных изображений. Обнаружено, что MMN значительно увеличивалась при предъявлении положительных изображений. Авторы объясняют этот результат тем, что положительная информация является сигналом отсутствия угрозы в окружении, в силу чего уменьшается необходимость в детекции изменений в слуховой стимуляции.

А.И. Тиффани с соавт. (Tiffany et al., 1998) анализировали вызванные потенциалы при категоризации отрицательных, положительных и нейтральных изображений. Обнаружено увеличение амплитуды поздних компонентов ВП, во-первых, во время оценки позитивных

и негативных стимулов по сравнению с нейтральными и, во-вторых, негативных стимулов по сравнению с позитивными. По мнению авторов, результаты свидетельствуют в пользу гипотезы о негативном уклоне при обработке эмоциональной информации, который имеет место на столь ранних этапах, как первичная категоризация по эмоциональному знаку.

Большой интерес представляют исследования вызванных потенциалов, возникающих в ходе деятельности, имеющей различную мотивацию. В работе Ю.И. Александрова (Alexandrov et al., 2007) показана роль ранних компонентов слухового вызванного потенциала, возникающего при деятельности с положительной и отрицательной мотивацией. Показано, что компонент N100 слухового вызванного потенциала больше в случае негативной мотивации, нежели позитивной.

В работе В.А. Ключарева с соавт. (2000) анализировались вызванные потенциалы, возникающие при положительном или отрицательном подкреплении, оценивающем успешность деятельности испытуемых. С помощью факторного анализа было выделено семь факторов, описывающих компонентную структуру ВП. Анализ показал влияние эмоционального знака стимулов на факторы P100, P140, N160, P220 и P340. Амплитуды факторов P100 и P340 максимально различались на предъявление положительных и отрицательных оценок в левом полушарии, в то время как факторы N160 и P220 максимально различались в правом полушарии.

Авторы не анализируют роль полушарий в эмоциональной переработке стимулов, они обращают внимание на то, что для разных компонентов ВП обнаруживаются противоположные варианты асимметричного распределения. Это может говорить о различной полушарной организации процессов переработки эмоциональной информации, отражающихся в отдельных компонентах ВП.

В последние 10 лет методология ВП все шире применяется для изучения ПТСР. В исследованиях, проводимых по данному направлению, получены результаты, касающиеся расстройств способности фильтрации не относящейся к делу или избыточной информации, «предсознательной» чувствительности к изменению стимула, увеличения коркового ответа на увеличивающуюся стимуляцию, ориентировочных ответов и процессов внимания, вовлеченных в оценку нейтральной и связанной с травмой информацией.

Предсознательная фильтрация избыточной информации. Способность отфильтровывать не имеющую отношения к делу информацию, или сенсорная фильтрация избыточной информации, необходима для взаимодействия с каждодневным окружением. Данные трех из четырех ВП исследований, проведенных с использованием

процедуры «P50 при двойном щелчке», показывают нарушение сенсорной фильтрации у индивидуумов с ПТСР.

Об отсутствии уменьшения ответа P50 сообщалось в отношении таких расстройств, как шизофрения, острое биполярное и депрессивное расстройство, злоупотребление кокаином и травма головного мозга. Причиной этого могла быть частичная дисфункция гиппокампа (Freedman et al., 1996, Leonard et al., 1996), а также временное увеличение норадренергической активности (Waldo et al., 1992) или стресс (White, Yee, 1997).

Клинические проявления ослабления сенсорной фильтрации могут включать сверхбдительность и нарушения внимания (Arciniegas et al., 2000). Специфично то, что субъекты могут иметь сложности с выборочным отслеживанием определенного стимула из-за невозможности отфильтровать не имеющую отношения к делу окружающую информацию.

Предсознательная чувствительность к изменению стимула. Имеются данные, свидетельствующие о том, что ПТСР связано с усиленной предсознательной чувствительностью к изменениям информации об окружающей обстановке. С.А. Морган и С. Гриллон (Morgan, Grillon, 1999) исследовали негативность рассогласования (mismatch negativity – MMN): центрально-лобный негативный компонент встречается в ответ на изменение стимула в интервале между 100 и 250 мсек (Näätänen, 1990) у женщин с ПТСР, развившимся в результате сексуального нападения. Считается, что MMN отражает работу предсознательной сенсорной памяти, которая определяет «рассогласованность» между входящим стимулом и содержанием сенсорной памяти. Также предполагается, что MMN является психофизиологическим коррелятом пассивного внимания (т.е. «ориентировки») к новому событию (Johnson, Adler, 1993).

С.А. Морган и С. Гриллон измеряли ВП на неповторяющийся, маловероятный, т.е. «девиантный» звуковой стимул, случайным образом смешанный с повторяющимся высоковероятным звуковым стимулом, и обнаружили, что у женщин с ПТСР наблюдались значительно большие значения MMN в ответ на низковероятные стимулы относительно высоковероятных стимулов, по сравнению с контрольной группой нетравмированных женщин. Предсознательное повышение чувствительности к изменению стимула, так же как и нарушения сенсорной фильтрации, могут лежать в основе симптомов сверхбдительности при ПТСР.

Процессы коркового торможения. Рассмотренные выше исследования ВП свидетельствуют о том, что индивидуумы с ПТСР не могут нормально реагировать в условиях избыточной стимуляции и уси-

ленно реагируют в условиях изменения стимула. Эти исследования подтверждают положение, что ПТСР характеризуется повышенной чувствительностью нервной системы. В работе по изучению ПТСР при помощи ВП С.Р. Пэйдж с соавт. (Paige et al., 1990) проверяли непосредственно это положение, исследуя, показывают ли субъекты с ПТСР усиление процессов коркового торможения в ответ на увеличение интенсивности стимула. Они исследовали изменения в амплитуде ВП компонента P2 в ответ на увеличение уровней интенсивности звука. В соответствии с предварительными предположениями они обнаружили, что мужчины — ветераны Вьетнамской войны с ПТСР имели значительно сниженную крутизну P2, т.е. амплитуда P2 уменьшалась при более высоких уровнях интенсивности тона.

Внимание при обработке аффективно нейтральной информации. Наиболее широко изученный компонент ВП как в норме, так и при клинических проявлениях — теменной компонент P300, или P3в. Обычно P3в измеряется с использованием процедуры звуковых непарных тонов (АОВ), при которой тоны двух или трех различных высот повторно предъявляются в псевдослучайном порядке. Часто предъявляемые (т.е. «общие») тоны имеют высокую вероятность появления, «целевые» и «отвлекающие» (если таковые использовались) тоны имеют малую вероятность появления. Испытуемых просят идентифицировать целевой тон нажатием на кнопку и игнорировать все другие. У здоровых индивидуумов амплитуда P3в ответа на целевые тоны существенно больше, чем на отвлекающие или общие тоны.

Это различие предположительно отражает увеличенную нейронную активность, связанную с напряженным вниманием, направленным на обработку целевой информации (Polich, 1991). Для множества клинических расстройств (например, алкоголизм, депрессия, болезнь Альцгеймера, обсессивно-компульсивные расстройства и нарушения внимания, чтения) показана связь с уменьшенной амплитудой P3в. Это уменьшение обычно интерпретируется как характерное для общего когнитивного дефицита, связанного с вниманием (уменьшенной доступностью ресурсов внимания или невозможность их эффективно распределять).

Ориентировочная реакция на незнакомые звуковые стимулы. М. Кимбл с соавт. (Kimble et al., 2000) сравнивали амплитуды лобных P3 (P3а) ответов на повторно предъявляемые отвлекающие тоны (дистракторы) в традиционной АОВ процедуре с P3а ответом на уникальный или «новые» отвлекающие звуки (т.е. жужжание, щелчки, сверление) в процедуре АОВ на «новизну». P3а компонент предположительно отражает аспекты произвольного переключения внимания или «ориентировочный ответ», он обычно становится меньше в ответ

на повторное предъявление дистрактора. Это противоположно не реагирующему на привыкание РЗв компоненту, который, как считается, показывает способность удерживать внимание на целевом стимуле (Naatanen, 1990).

Данные были интерпретированы как соответствующие предположению о том, что ПТСР характеризуется повышенным ориентировочным ответом и, так же как подавление Р50 и данные ММN, свидетельствуют, что это отклонение ВП может быть связано с состоянием сверхбдительности и даже с трудностями концентрации.

Внимание при обработке информации, связанной с травмой. Модели обработки информации при ПТСР постулируют, что индивидуумы с этим расстройством обнаруживают направленность внимания в сторону связанной с травмой информации в своем обычном окружении (Chemtob et al., 1988; Litz, Keane, 1989). Используя вариант процедуры АОВ, Дж. Аттас и А. Блейх с коллегами в трех независимых исследованиях измеряли амплитуду РЗ в ответ на низковероятные целевые изображения домашних животных, высоковероятные (т.е. общие) изображения мебели и цветов и низковероятные дистракторы, составленные из изображений, связанных с боевыми действиями, у израильских мужчин-ветеранов (Attias, Bleich, et al., 1996; Attias, Bleich, Gilat, 1996; Bleich, Attias, Furman, 1996). Данные этих исследований подтверждают точку зрения о том, что индивидуумы с ПТСР больше внимания уделяют информации, связанной с травмой.

Системный подход в психофизиологии предполагает анализ эмоциональных явлений с точки зрения многоуровневой иерархической организации поведения (Alexandrov, 2005); при этом отмечается, что эмоциональная оценка информации осуществляется на разных уровнях нервной системы, а различным аспектам эмоциональной значимости стимулов соответствуют отдельные иерархически организованные системы оценивания (Smith et al., 2003).

В работе Ю.И. Александрова и М. Самса (Alexandrov, Sams, 2005) развивается представление о различных по уровню дифференцированности и структурированности субъективного опыта системных механизмах поведения, при этом низкий уровень дифференцированности соответствует эмоциям.

Поскольку структура и содержание субъективного опыта весьма индивидуальны, то особую актуальность для исследования механизмов эмоционального реагирования приобретает изучение ситуаций, в которых люди испытывают в определенной степени сходные эмоциональные переживания. К таковым относятся экстремальные ситуации, вызывающие интенсивные эмоциональные переживания, в ряде случаев ведущие к возникновению психической травмы.

Стрессором могут являться экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным действием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких, нарушающие чувство безопасности индивида, вызывающие переживание травматического стресса.

С одной стороны, последствия переживания экстремальной ситуации можно рассматривать как модель, в которой в наиболее яркой форме проявляются все аспекты эмоционального реагирования. С другой стороны, относительное сходство эмоциогенных ситуаций позволяет использовать статистические методы при анализе контингентов испытуемых, переживших однотипные экстремальные воздействия, изучая как общие, так и индивидуальные особенности эмоционального реагирования.

При рассмотрении психопатологических изменений, связанных с психической травмой, возникающей у части испытуемых при экстремальных воздействиях, мы опираемся на положение, развиваемое рядом авторов (Александров, 2005; Давыдовский, 1969; McEachern, Shaw, 1996; и др.), что процессы, называемые патологическими, являются не дезорганизующими или хаотическими, а представляют собой выработанный в ходе эволюции механизм приспособления к условиям существования.

Адаптационные изменения, возникающие при психической травме, могут быть, как и в случае нормального эмоционального реагирования, рассмотрены как системный процесс, направленный на достижение положительных результатов и включающий перестройки, имеющие место при формировании эмоциональной реакции в норме.

Особое значение имеет выбор показателей, характеризующих участие определенных структур мозга в процессах эмоционального реагирования. Существуют многочисленные данные (Heller, 1997; Davidson, 1993; и др.), свидетельствующие о связи локальной активности мозговых структур, оцениваемой по фоновым характеристикам электроэнцефалограммы, с различными аспектами эмоционального реагирования, при этом важная роль принадлежит лобным отделам мозга. Кроме того, отмечается роль правой теменно-височной области, связанной с эмоциональной активацией (Heller, 1990; Heller et al., 1997; Nitschke et al., 1999). При изучении последствий переживания психической травмы подчеркивается важность теоретического и экспериментального выделения различных компонентов эмоционального статуса и их сопоставления с показателями локальной активации (Metzger et al., 2004).

В работах Г.С. Блэкхарта и Дж.П. Клайна (Blackhart, Kline, 2005; Kline et al., 2002; и др.) исследовались испытуемые, различающиеся по степени выраженности защитного типа поведения. Показано, что

у испытуемых с высоким уровнем психологической защиты наблюдается более высокая активность ЭЭГ в левой лобной области, причем у мужчин эта связь выражена сильнее, чем у женщин. Учитывая эти данные, можно думать, что описанная в ряде исследований (Heller, 1993; Davidson, 1993; и др.) связь между активацией левой лобной области и положительным эмоциональным состоянием обусловлена характером взаимодействия систем оценки эмоциональной информации.

Использование метода ВП в исследованиях процессов восприятия эмоциогенных стимулов в основном сконцентрировано на изучении роли компонента РЗ и межполушарной асимметрии. В целом представленные в литературе данные свидетельствуют о том, что эмоциогенная значимость стимулов отражается в показателях ВП, регистрируемых с латентным периодом более 200 мс, в большинстве случаев имеющих максимум в правом полушарии (Johnston et al., 1986; Kayser et al., 1997; Ключарев и др., 2000).

В отличие от показателей, основанных на анализе фоновой электроэнцефалограммы, исследование вызванных потенциалов мозга (ВП) позволяет анализировать быстрые механизмы эмоциональной оценки, проявляющиеся в показателях ВП с малой латентностью и обеспечивающие предварительную «настройку» эмоционального реагирования. В ряде работ подчеркивается, что мотивационная или эмоциональная значимость является первичной детерминантой избирательного внимания: соматические, вегетативные и кортикальные события, связанные с направленностью внимания, автоматически активируются эмоционально окрашенной стимуляцией (Lang et al., 1997; Jungöfer et al., 2001).

Применение метода вызванных потенциалов при исследовании психофизиологических механизмов эмоционального реагирования предполагает анализ этого показателя с нескольких позиций.

Во-первых, вызванные потенциалы (их определенные характеристики) связаны с различными аспектами эмоционального реагирования — интенсивностью и знаком эмоции, пространственной, топографической организацией нейрофизиологических механизмов эмоционального реагирования (в частности, с функциональной специализацией и взаимодействием полушарий мозга).

Во-вторых, вызванные потенциалы, в определенной степени отражая процессы переработки эмоциогенной информации, связаны с различными механизмами оценки этой информации, а также с механизмами психологической защиты, играющими большую роль при действии психотравмирующих факторов.

В-третьих, различные методические парадигмы регистрации и анализа вызванной активности при эмоциогенной стимуляции

соответствуют разным аспектам взаимодействия эмоций с другими психическими процессами — кратковременной памятью, вниманием и т.д. Отдельного рассмотрения заслуживают эмпирические данные, полученные при исследовании вызванных потенциалов мозга у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством.

Многочисленные данные, представленные в литературе, свидетельствуют о том, что вызванные потенциалы головного мозга могут служить достаточно адекватным показателем при исследовании реакций, возникающих в условиях эмоциогенной стимуляции. В характеристиках вызванных потенциалов отражаются как интенсивность эмоционального реагирования, так и валентность (знак) эмоции. Кроме того, современные исследования указывают на то, что имеет место достаточно раннее опознание значимости стимулов (особенно негативных), которое определяет дальнейшее протекание процессов переработки эмоциогенной информации.

В этой связи появляется возможность исследования механизмов психологической защиты. Исследования вызванных потенциалов у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством показывают, что нарушения на этих этапах являются характерными для неблагоприятного протекания процессов адаптации при психической травме.

Таким образом, метод вызванных потенциалов дает возможность оценивать эмоциогенную стимульную информацию как с точки зрения значимости, ее связи с психотравмирующими факторами, так и с точки зрения связанных с ней защитных механизмов, от которых во многом зависит вероятность развития дезадаптации и посттравматических расстройств.

Часть II

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ РАКОМ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГЛАВА 7

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках теоретико-методологического анализа в работе применялись номотетический и идеографический методы исследования, системный, субъектно-деятельностный и биопсихосоциальный подходы. Поскольку в отечественной психологии отсутствует адекватный психологический инструментарий, пригодный для измерения параметров посттравматического стресса, часть настоящей работы состояла в переводе и адаптации уже имеющихся и хорошо зарекомендовавших себя зарубежных методов, а также в разработке оригинальных методов. Методический комплекс, использованный в данной работе (опубликован в методическом руководстве «Психология посттравматического стресса» в 2-х ч., 2007), включает следующие блоки.

МЕТОДИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИЗМЕРЕНИЯ ПРИЗНАКОВ И УРОВНЯ ПТС

1. ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР (CLINICAL-ADMINISTERED ПТСР SCALE — CAPS-DX). Методика направлена на определение уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления (Weathers, Blake et al., 1994). Она разработана в дополнение к структурированному клиническому диагностическому интервью (СКИД) (*SCID — Structured Clinical Interview for DSM*), которое является основным клинико-психологическим инструментом диагностики ПТСР.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-4 (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки

окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования. Русскоязычный вариант СКИДа, разработанный в рамках российско-американского проекта коллективом авторов (Н.Б. Ласко, Н.В. Тарабрина и др.), был официально одобрен Американской психиатрической ассоциацией.

Русская версия CAPS по критериям DSM-III-R в переводе сотрудников лаборатории психологии посттравматического стресса ИПРАН использовалась в комплексном исследовании ПТСР на разных контингентах испытуемых (Тарабрина и др., 1995, 1996). Полученные данные были опубликованы в Практикуме по психологии посттравматического стресса (Практикум..., 2001). Шкала клинической диагностики CAPS-DX, использованная в настоящей работе, является модификацией шкалы CAPS по критериям DSM-III-R (Weathers et al., 1992; Weathers, 1994; Blake et al., 1995).

CAPS-DX — это структурированное клиническое интервью, разработанное по критериям DSM-IV. С его помощью оценивается симптоматика ПТСР, длительность расстройства и степень нарушения социального функционирования. CAPS-DX позволяет определять наличие симптомов ПТСР (по критериям DSM-IV) как в данный момент, так и в течение периода жизни после травматического события. Подходящим временем для диагностики является или месяц, предшествующий интервью (текущее ПТСР), или месяц после пережитой психотравмы (ПТСР после травмы в прошлом).

Шкала предназначена для использования специалистами в области психического здоровья, с базовым образованием в области психопатологии, знакомыми с DSM-IV и имеющими опыт проведения диагностических интервью. Необходимым условием использования CAPS-DX является тщательная подготовка специалиста.

Несмотря на то, что оценка симптомов в CAPS-DX основана на субъективном отчете пациента, итоговая оценка выставляется с учетом особенностей поведения пациента в ходе интервью, а также степени уверенности интервьюера в его искренности.

CAPS-DX позволяет оценить:

- каждый симптом по частоте и интенсивности проявления;
- различия по длительности протекания расстройства (острое, хроническое, отсроченное);
- влияние симптомов на профессиональную и социальную деятельность пациентов;
- уровень общей тяжести (выраженности) симптомокомплекса;

- степень ухудшения состояния пациента по сравнению с состоянием до травмы;
- валидность полученных оценок.

Шкала CAPS-DX содержит следующие компоненты диагностики ПТСР по DSM-IV:

Критерий А — наличие травматического события в жизни пациента;

Симптомы ПТСР:

- критерий В — №№ вопросов: 1–5
- критерий С — №№ вопросов: 6–12
- критерий D — №№ вопросов: 13–17
- критерий E — №№ вопросов: 18–19
- критерий F — №№ вопросов: 20–22
- Общие оценки по шкале CAPS-DX — №№ 23–25.

2. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of event scale — revised, IOES-R) широко применяется в исследованиях посттравматических стрессовых состояний и направлена на измерение трех основных сфер реагирования на травматический стресс: феномена навязчивых переживаний психотравмирующей ситуации (вторжение), феномена избегания любых напоминаний о травме и феномена физиологической возбудимости, который не наблюдался до психотравмирующего события. Первый вариант ШОВТС был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавт. (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Первоначальной областью измерений ШОВТС были реакции, которые входят в две наиболее общепринятые категории переживаний, возникающих в ответ на травматическое событие — вторжение и избегание. Шкала получила широкое распространение, и в многочисленных работах было продемонстрировано достоинство этого инструмента. Были получены убедительные выводы о пригодности методики для определения реакции на травмирующие жизненные события, для частичного предсказания того, кто будет переживать дистресс через определенное время, и определения динамики реакций на травматические события по прошествии времени. Впоследствии оригинальная шкала была пересмотрена Д. Вейсом с соавт. (Weiss et al., 1995) с целью ее дополнения — добавления субшкалы, измеряющей симптомы гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий DSM-IV и являются составной частью психологической реакции на травматические события. В нашей стране ШОВТС получила распространение в начале 1990-х годов в ряде исследований, посвященных изучению психологических последствий аварии на ЧАЭС, а также проведенных на контингенте ветеранов войны в Афганистане. Было показано, что русскоязычная

версия ШОВТС обладает достаточно хорошими психометрическими показателями (Тарабрина и др., 2001).

ШОВТС позволяет выяснить степень проявления симптомов в течение последних 7 дней. Каждое из 22 утверждений оценивается по 4-балльной шкале. Ответы ранжируются по степени от «никогда» до «часто». Можно говорить о высокой степени проявления симптомов при суммарном балле, равном 30–35.

3. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций. Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane et al., 1987, 1988). В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для оценки выраженности признаков ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по 5-балльной шкале Ликкерта. Оценка результатов производится путем суммирования баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соотносятся с критериями DSM: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 — избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальных тенденций. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ, который состоял из 39 вопросов. В 1995 г. были опубликованы (Vreven et al., 1995) психометрические данные, полученные на 668 гражданских лицах, где было показано, что разработанная гражданская форма МШ обладает высокой внутренней согласованностью (0,86), хотя и несколько более низкой, чем военный вариант (0,94). Гражданский вариант МШ использовался при исследовании психиатрических пациентов, в котором было показана чувствительность (87%) и специфичность (63%) при диагностировании травмированных субъектов (Hovens, Van der Ploeg, 1993).

МЕТОДИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

1. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Симптом Чек-лист-90-REVISED, SCL-90-R). Шкала SCL содержит 90 пунктов и ее назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психопатологи-

ческих признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Первоначальная версия шкалы, предложенная Л. Дерогатисом и его коллегами (Derogatis, Lipman, Covi, 1973) на основании клинической практики и психометрического анализа, затем была модифицирована и валидизирована (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). Каждый из 90 вопросов шкалы оценивается по 5-балльной системе (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (somatization — SOM), обсессивности-компульсивности (obsessive-compulsive — O-C), межличностной сензитивности (interpersonal sensitivity — INT), депрессии (depression — DEP), тревожности (anxiety — ANX), враждебности (hostility — HOS), фобической тревожности (phobic anxiety — PHOB), паранойяльных тенденций (paranoid ideation — PAR), психотизма — (psychoticism — PSY) и по трем обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента.

2. Опросник депрессивности Бека (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI) предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов и позволяет измерить их уровень у обследуемого на текущий период. Эта методика показала свою диагностическую значимость при работе с лицами, принимавшими участие в боевых действиях и пережившими травматический стресс. Опросник был основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от недепрессивных. Опросник состоит из 21 пункта, каждый из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики: 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение невезучести; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11) раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфофобия; 15) трудности в работе; 16) бессонница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря в весе; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения. Первые 13 пунктов опросника составляют когнитивно-аффективную шкалу, которая предназначена для оценки выраженности депрессии у тех пациентов, вегетативные и соматические симптомы которых могут послужить причиной для завышенной оценки депрессии. Последние 8 пунктов составляют субшкалу, служащую для оценки соматических проявлений депрессии.

МЕТОДИКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ

1. Опросник ТРАВМАТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ (LIFE EXPERIENCE QUESTIONNAIRE — LEQ) предназначен для оценки влияния психических травм, предшествующих актуальной травме, в нашем случае — постановке диагноза «рак молочной железы». Опросник основан на самоотчете и состоит из 38 пунктов, в которых перечислены различные потенциально психотравмирующие ситуации. Разделы опросника описывают:

- криминальные события;
- природные катастрофы и общие травмы (аварии, несчастные случаи и т.д.);
- ситуации физического и сексуального насилия;
- другие события.

Испытуемому предлагается вспомнить, происходили ли с ним перечисленные ситуации, и если да, то припомнить возраст и дату, когда то или иное событие/ситуация имели место и обозначить, пользуясь 5-балльной шкалой Ликерта, в какой степени это событие или ситуация оказало влияние на жизнь испытуемого за последний год. Также предлагается отметить характер взаимоотношений с людьми, участвовавшими в этих ситуациях, и специфический характер событий.

Были выделены следующие показатели для анализа:

- общее количество пережитых травматических событий;
- суммарный показатель влияния пережитых на протяжении жизни травматических событий;
- «индекс травматичности» — усредненный показатель влияния на индивида психической травмы (определяется делением суммарного показателя влияния травматических событий на количество пережитых травм). Этот показатель рассматривается как определенный индекс травмогенности, отражающий уязвимость человека к стрессогенному воздействию травмирующих жизненных событий, интенсивность переживания происшедших травматических событий.

Анализ проводился также и по каждому пункту опросника, отражающему наличие в жизненной истории испытуемых определенных травматических событий, для определения преобладающих событий по группе в целом.

2. Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина — личностные опросники, измеряющие уровень актуальной и личностной

тревожности. Согласно концепции Ч. Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности, т.е. временные, преходящие особенности и относительно постоянную предрасположенность. Шкалы состоят из двух частей, по 20 заданий в каждой. Каждое высказывание, включенное в опросник, оценивается респондентами по 4-балльной шкале. Опросники широко распространены в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики, в том числе в исследованиях ПТСР, и высоко оцениваются за компактность и достоверные диагностические данные. Русскоязычный вариант шкал, адаптированный, модифицированный и стандартизированный Ю.Л. Ханиным, также получил широкое распространение.

3. ШКАЛА БАЗОВЫХ УБЕЖДЕНИЙ (WORLD ASSUMPTION SCALE — WAS) предназначена для оценки базовых установок личности, касающихся образа Я и окружающего мира, которые в первую очередь подвергаются воздействию психической травмы. Нами использовался апробированный М.А. Падун (2003) вариант методики, который содержит следующие субшкалы:

- 1) Доброжелательность окружающего мира — убеждение личности в том, что мир в целом — хорошее место для жизни.
- 2) Справедливость — убеждение индивида в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый человек получает то, что заслуживает.
- 3) Контролируемость — убеждение в том, что люди так или иначе могут контролировать происходящие с ними события.
- 4) Закономерность — убеждение личности о минимальной роли случая в жизни человека.
- 5) Самоценность — убеждение индивида в том, что он хороший и достойный человек.
- 6) Способность контролировать ситуацию — убеждение индивида в том, что он может контролировать происходящие с ним события.
- 7) Удача — убеждение человека в том, что в целом он везучий человек.

В дополнение к данным методикам была разработана *индивидуальная карта больного РМЖ*, в которую вносились социально-демографические характеристики больного, данные анамнеза и основные показатели из истории болезни, отражающие динамику заболевания.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА

Методика анализа вызванных потенциалов при предъявлении эмоционально значимых изображений разработана совместно с Лабораторией психофизиологических исследований ГНУ ГНТЦ «Наука» Министерства образования РФ (Квасовец, Иванов, Курчакова, 2007). Методика и процедура психофизиологического исследования изложены в главе 14.

Исследование проходило в несколько этапов. Пациентам, соответствующим выбранным критериям и поступившим в стационар для прохождения повторного планового обследования, предлагалось побеседовать с психологом и принять участие в психологическом исследовании. Пациентам предоставлялась информация об исследовании и заключалось так называемое «информированное согласие» для подтверждения согласия на участие в исследовании. После этого заполнялась *индивидуальная карта больного РМЖ*.

Непосредственно клиничко-психологическое обследование состояло из двух процедур, каждая из которых продолжалась около полутора часов: клиническое интервью, направленное на диагностику симптомов посттравматического стрессового расстройства, и заполнение психометрических опросников. По необходимости проводилась углубленная беседа по результатам заполнения Опросника травматических ситуаций (LEQ) для уточнения деталей и особенностей травматических событий, пережитых пациентом в течение жизни.

Данные заносились в СУБД Access, а затем импортировались в программный пакет STATISTIKA. Также в работе применялся *метод анализа случаев*.

ГЛАВА 8

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Настоящая глава посвящена результатам исследования, направленного на изучение психологических последствий стресса, перенесенного в связи с диагностированием онкологического заболевания, и определению факторов, связанных с развитием постстрессовых состояний у больных. В качестве основных характеристик психологических последствий перенесенного стресса — онкологического заболевания — мы рассматривали развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или его симптомов (навязчивые переживания по поводу травматического события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о травмирующем событии, повышенная физиологическая реактивность организма и эмоциональная возбудимость в ответ на стимулы, символизирующие событие).

Одним из основных и в то же время недостаточно изученных вопросов, возникающих при исследованиях ПТСР, является проблема его предикторов, т.е. факторов, предрасполагающих к его развитию у части лиц, перенесших воздействие психотравмирующей ситуации. Предполагается, что к ним относится широкий ряд характеристик, начиная с генетических, биологических факторов, некоторых социально-демографических характеристик (возраст к моменту травматизации, социальное положение и материальные ресурсы, наличие социальной поддержки) и непосредственных характеристик травмирующего события (его неожиданность, физические последствия). Считается также, что имеют значение факторы, связанные с жизненным путем человека (травматические события в анамнезе и неудачное совладание с ними, хронический стресс) и некоторые личностные характеристики, особенно когнитивно-личностные.

Эти переменные способны выступать в качестве факторов, усугубляющих психологическое состояние пациентов в период адаптации к заболеванию и совладания с этой травмой, а также вести к хронификации негативного состояния больного. Существующие на сегодняш-

ний день исследования, посвященные данной проблематике, немногочисленны, многие из них подвергаются методологической критике и поэтому не могут служить для всестороннего анализа проблемы. Однако, несмотря на то, что крайне сложно проконтролировать в исследовании воздействие всех факторов, влияющих на психологическое самочувствие пациентов, потребность в таких работах существует, поскольку они могут способствовать выявлению психологических механизмов совладания с болезнью и определить психологические ресурсы человека для борьбы с ней.

Теоретико-методологической основой исследования послужили биопсихосоциальный подход к психической патологии (М. Перье, А.Б. Холмогорова); разработки отечественных ученых, касающиеся внутренней картины болезни и влияния тяжелых соматических заболеваний на психику человека (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Е.Т. Соколова и др.); концепция стресса (Г. Селье, Р.С. Лазарус), а также принципы и подходы к разработке проблем посттравматического стресса (R. Pitman, B. Van der Kolk, L. Derogatis и др.).

При анализе и обобщении результатов исследования использовались теоретические идеи и практические достижения психоонкологического направления, а также представления о многофакторной детерминации этиологии и течения онкологических заболеваний (S. Greer, D. Cella, J. Holland и др.).

Исследование выполнялось с помощью комплекса психометрических методик:

1. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS).
2. Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of event scale, revised – IOES-R).
3. Миссисипская шкала – гражданский вариант (Mississippi Scale – MS).
4. Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R).
5. Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина.
6. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory, BDI).
7. Индивидуальная карта больного РМЖ.

Исследование проводилось на базе кафедры онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета. В исследовании приняли участие 75 женщин, прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной

железы» I–III стадий, без отдаленных метастаз. Возраст испытуемых — от 38 до 72 лет ($M=51,4$; $SD=7,2$).

В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса, а не острых стрессовых реакций, связанных с наиболее травмирующими моментами — постановкой диагноза и операцией, была установлена временная граница — не менее трех месяцев после окончания лечения. Выборку составили женщины, для которых период после установления диагноза составлял от 4 до 140 месяцев ($M=20,4$; $SD=19,4$); после операции — от 3 до 139 месяцев ($M=19$; $SD=19,2$).

На период обследования все больные находились в состоянии ремиссии.

Исследование проводилось в несколько этапов. Пациентам, поступившим в стационар для прохождения повторного планового обследования и соответствующим вышеназванным критериям, предлагалось принять участие в психологическом исследовании. Обследование проводилось на условиях информированного согласия, индивидуально. По материалам истории болезни и в процессе беседы с пациентом заполнялась *индивидуальная карта больного РМЖ*. После этого проводилось непосредственно клинико-психологическое обследование, которое состояло из двух частей: клинического интервью, направленного на диагностику симптомов посттравматического стрессового расстройства, и заполнения психометрических опросников. Данные заносились в СУБД Access, а затем импортировались в программный пакет STATISTIKA. Статистическая обработка данных включала корреляционный анализ, анализ значимости различий и др.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одним из наиболее важных аспектов настоящей работы являлось выявление признаков посттравматического стресса у больных РМЖ. С этой целью проводилось клиническое интервью на основе «Шкалы для клинической диагностики ПТСР» (CAPS) и использовались данные, полученные с помощью «Шкалы оценки влияния травматического события» (ШОВТС) и «Миссисипской шкалы (гражданский вариант)» (MS). Эти данные обеспечивали информацию о наличии и интенсивности выраженности признаков посттравматического стресса и об их влиянии на различные аспекты жизни больной.

Одним из основных этапов процесса диагностики ПТСР с помощью клинического интервью является установление соответствия пе-

реживаний пациента в процессе травматического события критерию А: Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта: 1. Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной); 2. Реакция индивида включает интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности. Пациентов просили описать свои чувства и реакции в ответ на установление онкологического диагноза и указать, что во всем процессе диагностики и лечения было и является для них наиболее травматичным.

В ответ на эти вопросы многие больные отмечали, что наиболее тяжелым и травмирующим являлся для них сам факт установления диагноза. Всеми пациентками в качестве первых реакций на диагноз назывались шок, состояние оглушенности, «окаменелость» (ступор), ощущение беспомощности и интенсивный страх, связанный с осознанием угрозы жизни и «серьезности» заболевания, совершенно неожиданно обрушившегося на них. Бессонница, вызванная навязчивыми переживаниями, слезы, обида на судьбу, жалость к себе и другие подобные состояния часто назывались в качестве основных характеристик того периода.

В двух случаях женщины сообщили, что не воспринимают свой диагноз как опасный для жизни. Одна из них — медицинский работник (А.В.Н., 50 л., диагноз $T_2N_2M_0$) — заявила о своей уверенности в прогнозе при данной форме заболевания. Другая женщина сказала, что знала о наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям в ее семье и всегда думала, что «пусть лучше рак будет в таком месте, которое можно удалить». Она восприняла диагноз и операцию не как угрозу, а, наоборот, как способ снятия своего страха, что когда-нибудь опухоль возникнет и у нее.

Однако в последующей беседе выяснилось, что всю жизнь эта женщина чувствовала угрозу онкозаболевания. Вытеснение угрозы жизни, ее рационализация, отрицание серьезности заболевания, уверенность в том, что «у меня все не так серьезно, как у других» (другой вариант: «У меня не все так серьезно, и операция, возможно, была больше профилактикой, перестраховкой, чем болезнью») — все эти и другие феномены защиты также часто отмечались в процессе беседы с пациентками.

Практически от всех опрошенных женщин на этом этапе исследования было получено подтверждение того, что установление онкологического диагноза являлось для них психотравмирующим событием: диагноз «рак молочной железы» они воспринимали как

угрозу собственной жизни, и реакция на диагноз включала интенсивный страх, ужас и ощущение беспомощности. Отмечалось, что наиболее острые стрессовые реакции они испытывали непосредственно после установления диагноза, затем их интенсивность несколько снижалась. Наиболее сложным периодом назывался первый год после установления диагноза. Рядом больных в качестве отдельных стрессоров назывались химиотерапия и облучение: большинством больных комплексное постоперационное лечение переносилось очень тяжело. Однако интенсивность переживаемого стресса при этом оценивалась как невысокая.

В числе факторов, смягчающих переживание постоперационной терапии, больные называли наличие установок на завершение лечения и выполнение всех необходимых мер для предотвращения рецидивов болезни. После завершения лечения отмечалось постепенное улучшение и физического, и психологического самочувствия (в большей или меньшей степени).

Как показывают результаты интервью большинства обследуемых, беспокойство и тревога возрастают перед повторными плановыми обследованиями, а у некоторых достигают уровня дистресса перед посещениями больницы и при ожидании результатов. С получением нормальных результатов беспокойство снижается, возвращается к обычному уровню. Такое усиление эмоциональных переживаний, связанное с повторным поступлением в клинику, отмечают многие исследователи и клиницисты (см., напр.: Тхостов, 1984; Rowland, Massie, 1998).

Это свидетельствует о том, что страх повторения болезни остается актуально высоким для многих женщин. В этом проявляется специфическая характеристика онкологического диагноза как травматического стрессора — хронический характер заболевания: несмотря на время, прошедшее после завершения лечения, переживание больными ощущения хронической угрозы собственной жизни сохраняется.

В процессе клинической беседы также отчетливо прослеживались отмечаемые в литературе особенности угрожающего жизни заболевания как специфического травматического стрессора: его «невидимость», направленность угрозы в будущее, а не прошлое:

«Это и воспоминаниями не назовешь, это все — внутри тебя. Очень страшно. Чаще думаю не о том, что было, а о том, что может быть... Но стараюсь не думать об этом...» (Х.М.В., 47 л.)

Одним из предполагаемых факторов, способных усугублять психологический дистресс в исследуемой группе больных, являлся калечащий характер операции — мастэктомии, которой подверглись

практически все женщины в нашей выборке (за исключением одной). Известно, что наличие физических повреждений является фактором, усугубляющим последствия травмы. Однако было обнаружено, что часть больных не называла этот фактор в качестве травмирующего, поскольку ощущение угрозы жизни у них превалировало над последствиями калечащей операции (особенно среди женщин более старшего возраста и женщин, имеющих несовершеннолетних детей). Тем не менее, даже при рациональном отрицании психотравмирующего воздействия мастэктомии во время интервью, очень часто отмечалось, что в последующее время, даже спустя продолжительный период после завершения лечения, именно этот факт *ежедневно* не дает забыть о заболевании.

«До сих пор не могу раздеваться, в зеркало на себя смотреть, тяжело проходить мимо отделов женского белья... Мыться не люблю, потому что надо раздеваться. Очень грустно становится, руки опускаются...» (Х.М.В., 47 л., завершила лечение 2 г. назад).

Таким образом, в обследованной группе женщин были выявлены основные этиологические факторы, способные привести к развитию признаков посттравматического стресса — это ощущение угрозы жизни, хронический характер заболевания и калечащий характер операции. Причем можно отметить, что действие этих факторов осуществлялось не одномоментно, как при воздействии событийных стрессоров, а пролонгированно, т.е. эти стрессоры продолжали свое воздействие на человека все время после установления диагноза — в ходе проведения операции, лечения и повторных плановых обследований.

Следующим этапом исследования было **выявление и оценка выраженности признаков посттравматического стресса**: симптомов вторжения, избегания и физиологической возбудимости по критериям CAPS. Результаты клинического интервью показали, что в исследуемой выборке у большей части пациентов присутствуют специфические признаки посттравматического стрессового расстройства: навязчивые переживания по поводу заболевания; стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о болезни; повышенная физиологическая реактивность в ответ на стимулы, ассоциирующиеся с болезнью.

На основании результатов интервью была выделена группа женщин, показатели которых соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства ($N = 18$), и группа женщин ($N = 31$), у которых наблюдались отдельные признаки посттравматического стресса (выполняется хотя бы один из критериев расстройства по DSM-IV, помимо критерия А — факта наличия травматического события).

Таким образом, в целом у 65,3% больных РМЖ отмечается посттравматический стресс различной степени выраженности. При этом у 24% больных количество признаков посттравматического стресса, уровень психологического дистресса и его влияние на эффективность в социальной, профессиональной сферах, а также других важных областях жизнедеятельности, соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства. У 41,3% испытуемых отмечались отдельные посттравматические стрессовые реакции, соответствующие одному или более критериям диагностирования ПТСР. Симптомы ПТСР отсутствовали у 26 человек (34,7%). Распределение больных по группам представлено на рисунке 1.

Результаты обследования больных с помощью психометрических методик, Миссисипской шкалы (гражданский вариант) и Шкалы оценки влияния травматического события (ШОВТС) позволили подтвердить наличие посттравматической симптоматики у больных. Описательная статистика полученных результатов представлена в таблице 1.

Анализ значимости различий между выделенными группами «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по показателям посттравматического стресса, измеряемым с помощью психометрических опросников, показал, что при сравнении групп наблюдаются значимые различия практически по всем показателям.

Описательная статистика по шкалам выраженности признаков посттравматического стресса у выделенных групп, т.е. «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР», а также значимость различий между этими группами приведены в таблицах 2, 3 и 4.

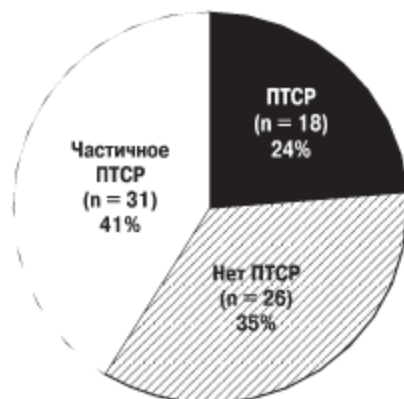


Рис. 1. Распределение больных по группам «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР»

Таблица 1

ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА ПРИЗНАКОВ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА
В ЦЕЛОМ ПО ГРУППЕ

Показатели	M	Min	Max	SD
Шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS)				
CAPS (общий балл)	24,56	0,00	129,00	25,82
Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС)				
IN – «Вторжение»	11,79	0,00	35,00	7,75
AV – «Избегание»	15,51	0,00	38,00	9,72
AR – «Физиологическое возбуждение»	8,87	0,00	35,00	7,66
ЮЕС – Общий балл ШОВТС	36,16	0,00	102,00	22,95
Миссисипская шкала (MS)	77,27	48,00	140,00	14,39

Таблица 2

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий
показателей посттравматических стрессовых реакций для групп «ПТСР»
и «Нет ПТСР» по U- критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18)		Группа «Нет ПТСР» (N=26)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
CAPS (общий балл)	58,11	25,24	2,35	3,97	0,00*	0,000
Миссисипская шкала	88,33	16,06	69,92	12,76	69,00*	0,000
ШОВТС – «Вторжение»	18,33	8,73	8,31	6,42	86,00*	0,000
ШОВТС – «Избегание»	23,56	8,79	10,92	9,11	78,50*	0,000
ШОВТС – «Физиологическое возбуждение»	15,72	9,16	5,54	5,35	74,00*	0,000
ШОВТС – Общий балл	57,61	24,26	24,77	18,78	68,50*	0,000

* $p < 0,001$.

Таблица 3

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей посттравматических стрессовых реакций для групп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» по U-критерию Манна-Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18)		Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Значимость различий	
	М	SD	М	SD	U	p
CAPS (общий балл)	58,11	25,24	23,71	12,88	41,00**	0,000
Миссисипская шкала	88,33	16,06	77,00	10,43	130,00*	0,002
ШОВТС – «Вторжение»	18,33	8,73	10,90	5,80	142,50*	0,005
ШОВТС – «Избегание»	23,56	8,79	14,68	7,88	130,00*	0,002
ШОВТС – Физиологическое возбуждение»	15,72	9,16	7,68	5,82	136,50*	0,003
ШОВТС – Общий балл	57,61	24,26	33,26	16,58	118,00**	0,001

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

Таблица 4

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей посттравматических стрессовых реакций для групп «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по U-критерию Манна-Уитни

Показатели	Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Группа «Нет ПТСР» (N=26)		Значимость различий	
	М	SD	М	SD	U	p
CAPS (общий балл)	23,71	12,88	2,35	3,97	23,00**	0,000
Миссисипская шкала	77,00	10,43	69,92	12,77	233,00*	0,006
ШОВТС – «Вторжение»	10,90	5,80	8,31	6,42	301,50	0,104
ШОВТС – «Избегание»	14,68	7,88	10,92	9,11	311,00	0,140
ШОВТС – «Физиологическое возбуждение»	7,68	5,82	5,54	5,35	321,50	0,192
ШОВТС – Общий балл	33,26	16,58	24,77	18,78	296,00	0,086

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

Таким образом, в исследуемой выборке были выделены три группы испытуемых: «ПТСР», «Нет ПТСР» и «Частичное ПТСР», значительно различающихся по основным показателям уровня выраженности признаков посттравматического стресса, возникшего в связи с заболеванием раком молочной железы. Тот факт, что это последствия стресса, вызванного болезнью, а не другие особенности, возможно имевшие место в преморбиде, подтверждаются тем, что используемые в данной работе методы диагностики признаков посттравматического стресса направлены на изучение психологических феноменов, возникших после травмы и в ее результате.

Признаки вторжения, избегания и физиологического возбуждения непосредственно связаны с травматическим материалом. Поэтому есть основания говорить о наблюдаемых признаках посттравматического стресса как характеристиках психологических последствий онкологического заболевания. Процент женщин в нашем исследовании, у которых отмечаются признаки посттравматического стресса, коррелирующие с ПТСР, значительно не различается с данными, полученными в других исследованиях онкологических больных, а также в исследованиях распространенности ПТСР среди жертв других травматических событий.

ГЛАВА 9

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЖИЗНЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ БОЛЬНЫМИ РМЖ

Особый интерес для понимания специфики воздействия онкологического диагноза как хронического травматического стрессора представляет анализ одного из показателей травматизации больных РМЖ — «Особенности жизненной перспективы», который определялся в ходе интервью по Шкале для клинической диагностики ПТСР (CAPS). Данные об изменении осознания собственной жизненной перспективы в результате травматизации — ощущение укороченной жизненной перспективы — были получены в исследованиях людей, переживших военный стресс или угрозу радиационной опасности (Tarabrina et al., 1996, 1997).

При рассмотрении жизненной перспективы выделяют два основных аспекта: эмоциональный и когнитивный. Эмоциональный компонент — это образ будущего и чувства, связанные с ним, а когнитивный компонент — способность индивида проявлять активность по отношению к жизни, строить планы и их реализовывать. Под воздействием травматической ситуации нарушается процесс восприятия непрерывности жизни, разрушаются индивидуальные объяснительные схемы, человек не может предвосхищать будущее и строить планы, выступать как активный творец своей будущей жизни посредством осознания собственной жизненной перспективы и работы с ней (Брушлинский, 2002).

В ряде исследований показано, что травма (как в случае событийного, так и в случае «невидимого» стрессора — это показано в исследовании ликвидаторов аварии на ЧАЭС) приводит к изменениям представлений на уровне эмоциональной и когнитивной составляющих жизненной перспективы (Миско, Тарабрина, 2004). Нами этот показатель рассматривался как значимый когнитивно-личностный фактор, демонстрирующий изменения когнитивных схем человека и возможные нарушения субъективного переживания целостности и непрерывности собственной жизни вследствие стрессового воздействия онкологического заболевания. Анализировались особенности

жизненной перспективы у больных РМЖ с признаками посттравматического стресса и без них. Задаваемый пациентам вопрос звучал следующим образом: «Случалось ли Вам чувствовать, что Вам нет необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у Вас “нет завтрашнего дня”? Как часто это случалось в течение последнего месяца? Когда это началось?»

Следует отметить, что в вопросе, касающемся восприятия жизненной перспективы, в Шкале для клинической диагностики ПТСР (CAPS) имеется оговорка, что для адекватного исследования симптома необходимо исключить наличие реального риска, например опасных для жизни медицинских диагнозов. В нашей выборке, как уже отмечалось, реальной угрозы жизни на момент исследования заболевание пациентам не представляло, о чем им неоднократно говорилось лечащими врачами. Оценки угрозы жизни больными значительно различались между собой — от интенсивных переживаний опасности болезни до вполне индифферентного к ней отношения.

Для проверки предположения о различиях в осознании жизненной перспективы у лиц с высоким и низким уровнями выраженности признаков посттравматического стресса нами был проведен анализ значимости различий между группами «ПТСР», «Нет ПТСР» и «Частичное ПТСР» по этому показателю. Результаты представлены в таблицах 5, 6, 7.

Анализ полученных данных показал, что группа «ПТСР» значительно отличается от групп «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по частоте и интенсивности симптома «укороченной жизненной перспективы». В группе ПТСР эта характеристика выражена сильнее и интенсивнее. В процессе интервью они часто отмечали, что живут короткой, ближней перспективой, стараясь не планировать будущее. Т.е. стресс, переживаемый этими пациентами, носит пролонгированный характер, со временем угроза жизни не исчезает, как при воздействии других видов стрессоров, и не теряет своей актуальности.

Эти результаты сопоставимы с данными, полученными при исследовании ликвидаторов аварии на ЧАЭС. При этом особенно заметно сходство в травматическом воздействии «невидимого» стрессора (Миско, 2004). Пациентами с признаками ПТСР будущее оценивается как «безнадежное», утрачивается ощущение контроля, т.е. жизненная перспектива оценивается как «не зависящая от меня», обследуемые высказывают обеспокоенность своим будущим, которая тем выше, чем выше показатели травматизации. Для них жизнь раскалывается на две части: «до» и «после» заболевания.

Следует еще раз подчеркнуть, что на момент обследования у всех больных заболевание находилось в состоянии ремиссии, т.е. актуальная

Таблица 5

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей для групп «ПТСР» и «Нет ПТСР» по частоте и интенсивности симптома «укороченной жизненной перспективы» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18)		Группа «Нет ПТСР» (N=26)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Частота	1,83	1,82	0,15	0,78	115,0*	0,000
Интенсивность	1,44	1,58	0,08	0,39	111,5*	0,000

* $p < 0,001$.

Таблица 6

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей для групп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» по частоте и интенсивности симптома «укороченной жизненной перспективы» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18)		Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Частота	1,83	1,82	0,45	1,09	165,00*	0,004
Интенсивность	1,44	1,58	0,35	0,88	166,50*	0,005

* $p < 0,01$.

Таблица 7

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей для групп «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по частоте и интенсивности симптома «укороченной жизненной перспективы» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Группа «Нет ПТСР» (N=26)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Частота	0,45	1,09	0,15	0,78	342,50	0,089
Интенсивность	0,35	0,88	0,08	0,39	341,50	0,084

угроза жизни отсутствовала, однако реальное ощущение укороченной жизненной перспективы присутствовало только в группе больных с ПТСР. В других группах пациенты отмечали пролонгированный характер угрозы жизни от заболевания, однако, как правило, продолжали: «Все равно планирую, не могу иначе. Само собой получается, по привычке...»

Таким образом, можно заключить, что переживание психической травмы тесно связано с искажением восприятия жизненной перспективы, разрушением привычных схем, которые до травматического события делали мир и собственное будущее понятными и предсказуемыми. Это тесно связано с результатами исследования базисных убеждений больных РМЖ: при высоком и низком уровнях выраженности признаков посттравматического стресса наблюдаются значимые различия в глубинных представлениях человека о себе и мире (Падун, 2003; Ворона, 2005).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ РМЖ И ИХ СВЯЗИ С ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Для оценки эмоционально-личностных особенностей использовались шкалы *ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI)*. Шкалы широко используются во всех отечественных и зарубежных исследованиях ПТСР. Мы предположили, что эти характеристики могут быть связаны с особенностями совладания с психотравмирующим событием.

Описательная статистика представлена в таблице 8.

Оценки шкал ситуативной и личностной тревожности в целом по выборке при сопоставлении их с ориентировочными нормативами поуровневой выраженности Ю.Л. Ханина, относятся к среднему и высокому уровням личностной и ситуативной тревожности, т.е.

Таблица 8

Описательная статистика по Шкалам ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина в целом по группе

Показатели	M	Min	Max	SD
Личностная тревожность	47,07	25,00	71,00	8,96
Ситуативная тревожность	44,99	23,00	67,00	8,77

в исследуемой выборке в целом наблюдаются повышенные уровни тревожности.

Для проверки предположения о том, что больные с разной степенью выраженности признаков посттравматического стресса различаются по уровню тревожности, был проведен анализ значимости различий характеристик ситуативной и личностной тревожности между группами испытуемых — «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР». Описательная статистика указанных показателей по группам, а также значимость различий между группами представлена в таблицах 9, 10 и 11.

Анализ значимости различий по шкалам ситуативной и личностной тревожности у групп «ПТСР», «Нет ПТСР» и «Частичное ПТСР» продемонстрировал, что группа «ПТСР» достоверно отличается по уровню выраженности этих показателей. В группе «ПТСР» показатели

ТАБЛИЦА 9

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей ситуативной и личностной тревожности для групп «ПТСР» и «Нет ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18).		Группа «Нет ПТСР» (N=26).		Значимость различий	
	М	SD	М	SD	U	р
Личностная тревожность	55,56	7,62	42,65	7,51	53,00*	0,000
Ситуативная тревожность	51,39	7,45	40,54	7,88	66,50*	0,000

* $p < 0,001$.

ТАБЛИЦА 10

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей тревожности для групп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18).		Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Значимость различий	
	М	SD	М	SD	U	р
Личностная тревожность	55,56	7,62	45,84	7,51	105,00**	0,000
Ситуативная тревожность	51,39	7,45	45,00	8,06	159,50*	0,013

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Таблица 11

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей травматизации для групп «Частичное ПТСР» — «Нет ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «Частичное ПТСР» (N=31)		Группа «Нет ПТСР» (N=26)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Личностная тревожность	45,84	7,51	42,65	7,51	297,50	0,090
Ситуативная тревожность	45,00	8,06	40,54	7,88	273,00*	0,037

* $p < 0,05$.

актуальной и личностной тревожности значительно выше. Следует отметить, что показатели тревоги и тревожности в группе «Нет ПТСР» находятся практически в пределах «средней» выраженности по нормативам Ю.Л. Ханина (Бурлачук, Морозов, 1999), в то время как в группе «ПТСР» эти показатели имеют высокий уровень. В клинической беседе это проявлялось в постоянном эмоциональном напряжении, отмечаемом пациентами с признаками ПТСР, опасениях, страхах, уровень которых не изменялся даже при получении положительных результатов обследования.

Группы «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» различаются только по уровню актуальной тревожности. Показатели личностной тревожности у них различаются незначительно. Следовательно, результаты исследования показали, что ситуативная тревожность повышается по мере роста показателей травматизации, а значимо более высокий уровень личностной тревожности характеризует именно пациентов с высоким уровнем интенсивности посттравматического стрессового состояния.

ГЛАВА 10

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ РМЖ

ПТСР часто сопровождается коморбидной психопатологией и психосоматическими нарушениями (Kongo, 2002; Passik, Grummon, 1998). Кроме того, даже нормальные реакции на диагноз и лечение угрожающей жизни болезни могут включать различные психопатологические симптомы и реакции. (Бажин, Гнездилов, 1980, 1983; Проблемы медицинской психологии..., 1998; Brandberg et al., 1992; Psycho-oncology, 1998; Morris et al., 1977; Derogatis et al., 1983; Rowland, Massie, 1998; и др.). Так, Дж. Бекман с соавт. (Beckman et al., 1983) рассматривали депрессию у женщин с РМЖ как нормальную реакцию на удаление молочной железы, сопровождающуюся тревогой, раздражительностью и враждебностью.

Эта реакция связана как со страхом онкологического заболевания, так и с обезображиванием собственного тела. Они считают, что отсутствие депрессии после удаления молочной железы, скорее, говорит не о психической «нормальности», а о наличии более серьезных адаптивных нарушений у пациентки.

В исследованиях жертв различных травматических событий показано, что коморбидность при ПТСР является, скорее, правилом, чем исключением. Однако существенным ограничением этих исследований является то, что в них нельзя установить, присутствовали ли эти расстройства до возникновения ПТСР или они существовали у человека до момента травматизации.

Вопрос коморбидной психопатологии актуален еще и по той причине, что наличие этих расстройств может способствовать возникновению ПТСР. Но даже если коморбидные расстройства возникли после травматического события, то они своим возникновением усиливают вероятность развития ПТСР (Тарабрина, 2000).

Для оценки психопатологической симптоматики использовались Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и Опросник депрессивности Бека (BDI), позволяющие выявить наличие определенных соматических и психологических про-

блем у обследуемых. Известно, что выделяемые с помощью SCL-90-R симптомопрофили имеют высокую коррелятивную взаимосвязь с психиатрическими диагнозами, поэтому авторы методики обозначили ее показатели как психопатологическую симптоматику. Методика широко используется в клинико-психологических исследованиях, однако необходимо подчеркнуть, что в настоящей работе словосочетанием «психопатологические симптомы» обозначаются не клинически определяемые симптомы, а показатели, полученные с помощью SCL-90-R.

Описательная статистика по результатам методик, направленных на выявление психопатологической симптоматики, представлена в таблице 12.

Таблица 12

Описательная статистика показателей выраженности психопатологической симптоматики в целом по группе

Показатели	M	Min	Max	SD
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)				
SOM – «Соматизация»	0,95	0,00	2,92	0,61
O-C – «Обсессивность–компульсивность»	0,73	0,00	2,90	0,56
INT – «Межличностная сензитивность»	0,75	0,00	2,67	0,61
DEP – «Депрессия»	0,65	0,00	2,69	0,54
ANX – «Тревожность»	0,64	0,00	3,50	0,63
HOS – «Враждебность»	0,51	0,00	2,17	0,50
PHOB – «Фобическая тревожность»	0,39	0,00	3,86	0,56
PAR – «Паранойяльные симптомы»	0,54	0,00	3,00	0,60
PSY – «Психотизм»	0,42	0,00	3,10	0,53
ADD – дополнительная шкала	0,68	0,00	2,86	0,59
GSI – индекс тяжести симптомов	0,65	0,02	2,92	0,50
PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса	1,36	1,00	3,42	0,39
PST – общее число утвердительных ответов	38,75	2,00	88,00	21,90
Опросник депрессивности Бека (BDI)				
CA – когнитивно-аффективная шкала	5,01	0,00	22,00	4,29
SP – шкала соматизации	4,48	0,00	14,00	3,19
BDI – общий балл	9,49	0,00	36,00	6,81

Анализ значимости различий между подгруппами «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» показал, что группы «ПТСР» и «Нет ПТСР» значимо различаются по всем показателям выраженности психопатологических симптомов, измеряемых по методике SCL-90-R и уровню депрессивности. Однако при сопоставлении групп «ПТСР» – «Частичное ПТСР» и «Частичное ПТСР» – «Нет ПТСР» были выявлены некоторые группы симптомов, которые могут свидетельствовать о специфичности коморбидной симптоматики при разной интенсивности посттравматического стресса.

Описательная статистика по подгруппам, а также значимость различий по U-критерию Манна–Уитни между подгруппами по уровню выраженности психопатологических симптомов, определяемых по методикам SCL-90-R и Опроснику депрессивности Бека (BDI), приведены в таблицах 13, 14 и 15.

Получено, что группы «ПТСР» и «Частичное ПТСР» значимо различаются по уровню выраженности значительного числа показателей психопатологической симптоматики, кроме симптомов враждебности, фобической тревожности и паранойяльных симптомов. Следовательно, пациентов с признаками посттравматического стресса характеризует своеобразная триада характеристик: у них наблюдаются более высокие уровни враждебности, фобической тревожности и паранойяльных симптомов и по этим показателям они достоверно отличаются от группы «Нет ПТСР».

Действительно, пациенты с посттравматической симптоматикой (причем не только онкобольные, но и жертвы других видов травматических событий) часто характеризуются как более агрессивные, подозрительные, имеющие иррациональные страхи. Содержание этой симптоматики у больных часто связано со спецификой заболевания: калечащей операцией, страхом рецидивов заболевания, боязнью оценки окружающих. В этой связке посттравматической и психопатологической симптоматики действительно сложно понять, что первично, а что вторично – ПТСР или описываемые симптомы, поскольку своим наличием они взаимообуславливают друг друга.

Сравнение групп «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по уровню выраженности психопатологической симптоматики (данные приведены в таблице 15) показало, что эти группы не различаются по показателям соматизации, обсессивности–компульсивности, депрессии и психотизма. Значимые различия были получены по шкалам межличностной сензитивности, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльным симптомам и общему индексу тяжести психопатологической симптоматики.

ТАБЛИЦА 13

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей выраженности психопатологической симптоматики для групп «ПТСР» и «Нет ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18).		Группа «Нет ПТСР» (N=26).		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)						
SOM – «Соматизация»	1,32	0,67	0,74	0,49	117,50**	0,01
O-C – «Обсессивность–компульсивность»	1,18	0,64	0,49	0,47	76,50***	0,00
INT – «Межличностная сензитивность»	1,22	0,69	0,45	0,43	81,50***	0,00
DEP – «Депрессия»	1,18	0,67	0,40	0,35	66,00***	0,00
ANX – «Тревожность»	1,22	0,85	0,33	0,32	61,50***	0,000
HOS – «Враждебность»	0,80	0,64	0,26	0,25	98,50**	0,001
PHOB – «Фобическая тревожность»	0,74	0,93	0,17	0,31	99,50**	0,001
PAR – «Паранойяльные симптомы»	0,88	0,90	0,31	0,38	134,50*	0,018
PSY – «Психотизм»	0,81	0,78	0,24	0,35	85,50***	0,000
ADD – дополнительная шкала	1,15	0,68	0,46	0,46	84,00***	0,000
GSI – индекс тяжести симптомов	1,08	0,65	0,40	0,32	58,00***	0,000
PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса	1,69	0,57	1,21	0,25	84,50***	0,000
PST – общее число утвердительных ответов	55,67	20,68	27,96	18,18	76,00***	0,000
Опросник депрессивности Бека (BDI)						
CA – когнитивно-аффективная шкала	8,89	4,89	3,12	2,36	56,00***	0,000
SP – шкала соматизации	6,78	3,74	3,46	2,75	110,00**	0,003
BDI – общий балл по опроснику	15,67	7,77	6,58	4,41	62,00***	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

ТАБЛИЦА 14

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей выраженности психопатологической симптоматики для групп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «ПТСР» (N=18).		Группа «Частичное ПТСР» (N=31).		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R						
SOM – «Соматизация»	1,32	0,67	0,91	0,58	180,00*	0,040
O-C – «Обсессивность–компульсивность»	1,18	0,64	0,68	0,42	142,00**	0,004
INT – «Межличностная сензитивность»	1,22	0,69	0,72	0,53	148,00**	0,007
DEP – «Депрессия»	1,18	0,67	0,55	0,36	117,50***	0,001
ANX – «Тревожность»	1,22	0,85	0,56	0,44	136,00**	0,003
HOS – «Враждебность»	0,80	0,64	0,55	0,47	210,50	0,155
PHOB – «Фобическая тревожность»	0,74	0,93	0,37	0,29	210,50	0,155
PAR – «Паранойяльные симптомы»	0,88	0,90	0,53	0,43	239,00	0,407
PSY – «Психотизм»	0,81	0,78	0,36	0,34	158,00*	0,012
ADD – дополнительная шкала	1,15	0,68	0,60	0,50	143,00**	0,005
GSI – индекс тяжести симптомов	1,08	0,65	0,60	0,35	140,00**	0,004
PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса	1,69	0,57	1,31	0,25	148,50**	0,007
PST – общее число утвердительных ответов	55,67	20,68	37,97	19,81	149,50**	0,007
Опросник депрессивности Бека (BDI)						
CA – когнитивно-аффективная шкала	8,89	4,89	4,36	3,82	122,00**	0,001
SP – шкала соматизации	6,78	3,74	4,00	2,56	145,50**	0,006
BDI – общий балл по опроснику	15,67	7,77	8,36	5,70	116,00***	0,001

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

ТАБЛИЦА 15

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей выраженности психопатологической симптоматики для групп «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	Группа «Частичное ПТСР» (N=31).		Группа «Нет ПТСР» (N=26).		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
Опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R						
SOM – «Соматизация»	0,91	0,58	0,74	0,49	338,50	0,301
O-C – «Обсессивность-компульсивность»	0,68	0,42	0,49	0,47	288,00	0,065
INT – «Межличностная сензитивность»	0,72	0,53	0,45	0,43	274,50*	0,040
DEP – «Депрессия»	0,55	0,36	0,40	0,35	296,50	0,088
ANX – «Тревожность»	0,56	0,44	0,33	0,32	265,00*	0,027
HOS – «Враждебность»	0,55	0,47	0,26	0,25	226,00**	0,005
PHOB – «Фобическая тревожность»	0,37	0,29	0,17	0,31	198,00***	0,001
PAR – «Паранойяльные симптомы»	0,53	0,43	0,31	0,38	268,00*	0,031
PSY – «Психотизм»	0,36	0,34	0,24	0,35	295,00	0,084
ADD – дополнительная шкала	0,60	0,50	0,46	0,46	333,00	0,262
GSI – индекс тяжести симптомов	0,60	0,35	0,40	0,32	252,00*	0,016
PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса	1,31	0,25	1,21	0,25	298,00	0,093
PST – общее число утверд. ответов	37,97	19,81	27,96	18,18	275,50*	0,041
Опросник депрессивности Бека (BDI)						
CA – когнитивно-аффективная шкала	4,36	3,82	3,12	2,36	349,00	0,387
SP – шкала соматизации	4,00	2,56	3,46	2,75	355,00	0,442
BDI – общий балл по опроснику	8,36	5,70	6,58	4,41	338,00	0,298

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таким образом, у испытуемых групп «Нет ПТСР» и «Частичное ПТСР» наблюдаются примерно одинаковые, значимо более низкие по сравнению с группой «ПТСР» уровни симптомов соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики, депрессии и психотизма. Можно заметить, что более низкий уровень выраженности этих симптомов косвенно свидетельствует о более успешной внутренней переработке опыта, связанного с болезнью.

Тот факт, что в группе ПТСР значения этих психопатологических симптомов значимо выше, может отражать неудачу во взаимодействии — с собой, своим внутренним миром, что обуславливает появления данного комплекса симптомов. Возможно, что совокупность этих симптомов при ПТСР свидетельствует о неэффективном совладании с последствиями онкологического заболевания, неэффективной переработке травматического материала.

Значительное повышение уровня выраженности определенных психопатологических характеристик, выявленных с помощью SCL-90-R и взаимосвязанных с интенсивностью посттравматических стрессовых реакций, может рассматриваться как результат психической травматизации (поскольку различия по уровню выраженности этих симптомов у групп «Нет ПТСР» и «Нет ПТСР» статистически значимы), но, может быть, они присутствовали преморбидно.

Однако в исследовании распространенности психиатрических нарушений у онкологических больных Л. Дерогатиса (Derogatis et al., 1993) показано, что из 47% больных, у которых были диагностированы различные психопатологические симптомы или расстройства, только у 11% эти симптомы присутствовали до заболевания, у всех остальных они проявились только в связи с болезнью. Эти данные могут являться косвенным свидетельством того, что и в нашей выборке большинство выявленных симптомов возникли в результате перенесенного стресса.

ГЛАВА 11

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПЕРЕМЕННЫМИ

Одну из основных гипотез исследования составляло предположение о том, что характеристики посттравматического состояния у больных РМЖ могут варьироваться в зависимости от некоторых социально-демографических и клинических характеристик (таких как стадия заболевания, специфика постоперационного лечения, наличие осложнений после лечения и сопутствующих заболеваний).

Выявление социально-демографических характеристик, связанных с параметрами посттравматического состояния, позволило бы уже на начальном этапе заболевания определять группу риска среди онкологических больных. Существующие на сегодняшний день исследования в этой области дают противоречивые результаты.

Мы предположили, что к группе риска развития посттравматического стресса могут относиться более молодые (или пожилые) женщины; женщины, имеющие детей (страх за их будущее) либо одинокие и вообще не имеющие семьи (в связи с недостаточной социальной поддержкой, а также возникающими сложностями с созданием новой семьи из-за заболевания); а также женщины, чье социальное положение значительно изменилось в связи с заболеванием (выход на пенсию, ухудшение материального положения). Также в качестве одной из социально-демографических характеристик был рассмотрен уровень образования женщин, поскольку в некоторых исследованиях его, наряду с уровнем интеллектуального развития, относят к предикторам посттравматического стресса.

Клинические характеристики, или особенности заболевания и полученного лечения, а также возникновение сопутствующих заболеваний, осложнений в процессе лечения относят к непосредственным характеристикам травматического стрессора при онкологической патологии. Все эти факторы могут воздействовать на больных и в качестве самостоятельных стрессоров, соответственно усугубляя

негативные психологические последствия заболевания. Мы попытались проанализировать вклад этих переменных в психологическое состояние больных после завершения лечения.

Еще одной задачей, поставленной в исследовании, было проследить динамику посттравматических симптомов у больных с течением времени. Однако, поскольку дизайн исследования не предполагал повторных обследований, мы проанализировали зависимость интенсивности посттравматических симптомов от времени, прошедшего после операции и лечения у исследуемых больных. Предполагалось несколько возможных вариантов взаимосвязей:

1. Уровень выраженности признаков посттравматического стресса мог снижаться со временем (что могло бы свидетельствовать об угасании первоначальных острых стрессовых реакций, связанных с наиболее травмирующими моментами — диагностированием онкозаболевания, операцией и послеоперационным лечением). Подобные результаты были получены в ряде исследований (Vinokur et al., 1990; Cordova et al., 1995).
2. Уровень выраженности признаков посттравматического стресса может усиливаться (что могло бы свидетельствовать о тенденции посттравматической симптоматики к разворачиванию в полный синдром ПТСР из отдельных стрессовых симптомов, наблюдавшихся в первое время после травматизации). О подобной динамике свидетельствуют исследования Ч. Купмана с соавт. (Koortman et al., 2002) и М. Андриковски с соавт. (Andrykowski et al., 1998).
3. Выраженность признаков посттравматического стресса не зависит от времени, прошедшего после установления диагноза и операции. Такой вариант мог бы служить показателем того, что время, прошедшее после травматизации, не оказывает значимого воздействия на интенсивность выраженности признаков посттравматического стресса, т.е. наличие, уровень и динамика признаков ПТСР обусловлены другими факторами. Подобные результаты были получены Г. Мануэлем с соавт. (Manuel et al., 1987) и Альтером с соавт. (Alter et al., 1996): показано, что связанные с ПТСР симптомы могут проявляться в разное время.

Социально-демографические и клинические характеристики, данные анамнеза и основные показатели из истории болезни, отражающие динамику заболевания, фиксировались в «Карте онкологического больного», и в дальнейшем были подвергнуты математической обработке с использованием корреляционного анализа и анализа значимости различий.

Демографические характеристики испытуемых приведены в таблице 16.

В таблице 17 представлены клинические и социально-демографические характеристики испытуемых, а также число и процент больных от общей выборки, которые соответствуют указанному критерию.

Для выявления взаимосвязей параметров посттравматического стресса и социально-демографических и клинических переменных был проведен корреляционный анализ (результаты представлены в таблице 18).

Связи параметров посттравматического стресса и других переменных, таких как специфика послеоперационного лечения, объективные и субъективные осложнения от лечения, наличие сопутствующих заболеваний, социальное и семейное положение, наличие детей, анализировались путем разбиения выборки на подгруппы по данному показателю и анализа различий по U-критерию Манна–Уитни между подгруппами по уровню выраженности признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики.

Корреляционный анализ значимых взаимосвязей между возрастом и показателями травматизации у больных не выявил. Для проверки гипотезы о возможно более выраженном дистрессе у молодых и/или пожилых пациенток мы разбили испытуемых на 3 подгруппы по показателю возраста (крайние подгруппы выделялись методом $M \pm \frac{1}{2} \sigma$) и сравнили характеристики посттравматического состояния у полученных подгрупп. Результаты анализа показали, что значимых различий в уровне выраженности признаков посттравматического стресса между различными возрастными группами нет.

Также не было обнаружено значимых связей между уровнем выраженности признаков посттравматического стресса и уровнем дохода на одного члена семьи, семейным положением и наличием детей, стадией заболевания, спецификой послеоперационного лечения, наличием осложнений от лечения.

Таблица 16

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ

Показатели	M	Min	Max	SD
Возраст (лет)	51,4	38	72	7,2
Образование (лет)	13,5	7	15	1,7

ТАБЛИЦА 17

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИСПЫТУЕМЫХ

	Показатели		Число больных	% от всей выборки
1	Стадия заболевания	I	8	10,8
		II	43	58,1
		III	23	31,1
2	Химиотерапевтическое лечение		57	77
3	Лучевая терапия		57	77
4	Не получали послеоперационного лечения		3	4
5	Субъективные осложнения от лечения		50	67,5
6	Объективные осложнения (по эпискрипам)		17	23,8
7	Сопутствующие заболевания		49	67,1
8	Социальное положение	Пенсионер по старости	13	17,3
		Инвалид	14	18,7
		Рабочая	11	14,7
		Служащая	37	49,3
9	Семейное положение	Никогда не была замужем	4	5,3
		Замужем первым браком	37	49,3
		Разведена	9	12
		Повторный брак	10	13,3
		Незарегистрированный брак	3	4
		Вдова	11	14,7
		Вдова, повторный брак	1	1,3
10	Наличие детей	Не имеют детей	9	12
		Один ребенок	33	44
		Двое детей	29	38,7
		Трое и более	4	5,3
11	Проживание	В семье	66	88
		Одна	9	12
12	Онкологические заболевания у родственников		46	61,3

Таблица 18

Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями выраженности параметров посттравматического стресса, социально-демографическими характеристиками и длительностью заболевания

	IN	AV	AR	IES	MS	CAPS	GSI	BDI
Возраст (лет)	-0,11	-0,13	0,00	-0,09	0,06	-0,20	0,01	0,13
Образование (лет)	-0,31**	-0,31**	-0,29*	-0,31**	-0,06	-0,17	-0,09	-0,15
Время постановки диагноза (мес.)	0,01	-0,06	0,08	0,01	0,30*	0,08	0,11	0,12
Время после операции (мес.)	-0,04	-0,11	0,01	-0,06	0,27*	0,07	0,10	0,04

Обозначения: IN – субшкала «Вторжение» ШОВТС; AV – субшкала «Избегание» ШОВТС; AR – субшкала «Физиологическое возбуждение» ШОВТС; IES – общий балл по ШОВТС; MS – Миссисипская шкала; CAPS – Шкала для клинической диагностики ПТСР; GSI – индекс тяжести симптомов (Опросник психологической симптоматики); BDI – общий балл по Опроснику депрессивности Бека.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Отдельному анализу был подвергнут показатель «Наличие онкологических заболеваний у родственников». Этот показатель мы рассматривали, основываясь на предположении о том, что знание о наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям может несколько смягчить, редуцировать переживаемый стресс — для женщин с отягощенной наследственностью заболевание могло быть менее неожиданным. Соответственно можно было предположить, что чувство беспомощности при попадании в ситуацию, в которой у большинства людей нет готовых форм поведения, у них также могло быть менее выраженным. Следовательно, возможно, сама травматическая ситуация — критерий А для ПТСР — в этом случае несколько меняется. Однако анализ полученных данных показал, что у женщин с отягощенной и не отягощенной наследственностью не наблюдается значимых различий по показателям выраженности признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. Рациональное знание о наследственной предрасположенности к заболеванию не связано с более низкими уровнями посттравматических стрессовых реакций, возникающих в результате диагностирования онкологического заболевания. Можно предположить, что угроза собственной жизни, осознаваемая в момент установления диагноза, страх, т.е. эмоциональный аспект переживания, преобладают в этот период, и интенсивность посттравматических стрессовых реакций не зависит от этого фактора. Напротив, воспоминания о смерти близких людей от рака нередко служили негативным примером и могли усугублять психологические последствия стресса и оказывать негативное влияние на последующую жизнь пациенток (даже при позитивных результатах лечения их заболевания).

Выраженность признаков посттравматического стресса, определяемая по методике ШОВТС, показала наличие значимой отрицательной корреляции с **уровнем образования** испытуемых (таблица 18). Для менее образованных испытуемых характерны более выраженные признаки посттравматического стресса. Возможно, более высокий уровень образования обуславливает выбор наиболее эффективных стратегий совладания. Качественный анализ результатов исследования показал, что женщины с более высоким уровнем образования использовали более активные стратегии для преодоления ситуации: поиск информации, касающейся заболевания; более глубокое и разностороннее осмысление происшедшего, внушение себе позитивного настроя, поиск позитивных примеров, занятий, благотворно влияющих на собственное психологическое состояние. Например:

«... чувствую противоборство, азарт жить: интерес к жизни в целом превышает интерес к собственной жизни...» (Ц.Р.И., 52 г., T₂N₁M₀, завершила лечение 0,5 г. назад, группа «Нет ПТСР»).

Другой пример — пациентка Т.Е.В., 45 л., T₂N₁M₀, завершила лечение 1 г. назад, группа «Нет ПТСР»:

«... Сразу поняла, что это серьезно. Все хотела знать. Считаю, что чем больше человек знает о ситуации, тем лучше. И сейчас прошу от врачей полной информации. При любом прогнозе я должна спланировать то время, которое у меня останется, должна некоторые вещи завершить, доделать. Видела людей, которые прожили 30 лет после такой операции (мать подруги); с другой стороны, два года назад знакомая перенесла такую операцию, и у нее были тяжелые психологические проблемы — вплоть до попытки суицида. Мне, конечно, тоже сложно было — из химии тяжело выходила, но очень хотела пройти ее всю, чтобы знать, что сделала все возможное... Все под богом ходим. Шансы есть у всех...»

Отмечено, что успешное совладание с опасной болезнью может быть связано с характеристиками смысловых образований личности: чем богаче, сформированнее и стабильнее смысловые образования, тем быстрее происходит осмысление человеком своего положения и включение в дальнейшую жизнь (Тхостов, 2002). Исследования жертв других видов травматических событий (например, ветеранов Вьетнама — см. Van der Kolk, 1987) в качестве предиктора ПТСР называют низкий интеллектуальный уровень развития человека. В нашем исследовании не применялось специальных методов, направленных на изучение уровня интеллектуального развития больных, однако, возможно, уровень образования служит косвенным свидетельством уровня интеллекта, широты интересов, кругозора, возможностей и видения перспектив, выходов из сложных ситуаций. Мы не можем с достаточной степенью уверенности этого утверждать, но качественный анализ результатов исследования подтверждает полученные данные.

Исследование динамики признаков посттравматического стресса (зависимости выраженности посттравматических симптомов от времени, прошедшего после постановки диагноза и проведения операции) показало, что имеется положительная связь выраженности посттравматической симптоматики по Миссисипской шкале и срока, прошедшего после постановки диагноза и операции (таблица 18). Установленная связь может предполагать несколько вариантов интерпретации:

1) Признаки посттравматического стресса возникают не сразу, а значительно позднее, что зафиксировано в опубликованных работах и клинической практике: после прохождения первичного лечения

больные, как правило, успокаиваются, чувствуют себя вылеченными, но по мере прохождения повторных обследований их уверенность значительно снижается, возникает страх рецидивов, значительно более серьезные опасения за свою жизнь (Тхостов, 1980; Чулкова, 1999). Поэтому, исходя из данных об этой зависимости, допустимо предположить, что группу «Нет ПТСР» можно называть «здоровой» лишь условно. Хотя возможно, что более успешное совладание пациентов с этой травмой обусловлено применением более эффективных копинг-стратегий и социальной поддержкой.

2) Можно предположить, что у части больных РМЖ угасания первоначальных острых стрессовых реакций со временем не происходит, как это характерно при нормальных реакциях на стресс, и эти реакции трансформируются впоследствии в картину ПТСР. Данные клинического интервью подтверждают, что для части пациенток, демонстрирующих симптомы посттравматического стресса, переживания, связанные с заболеванием, не исчезают со временем, а, наоборот, становятся все более интенсивными. Возможно, это связано с хроническим характером онкологического заболевания: страх рецидивов болезни прослеживается у всех испытуемых, особенно при приближении времени планового обследования и неожиданных телесных, физических ощущениях (любое болевое ощущение, особенно в области верхней части тела, способно вызвать страх, мысли о метастазах).

Анализ интервью подтвердил, что, несмотря на время, прошедшее после завершения лечения, пациенты с признаками ПТСР отмечали наличие чувства страха, тревоги, боязни болей, отсутствие удовлетворения от любой деятельности, они часто указывали на проблемы со сном и тревожные сновидения, постоянные переживания:

«Я еще не адаптировалась к ситуации, еще не готова к этому» (больная В.Н.А., 47 л., $T_2N_1M_0$, завершила лечение 1,5 г. назад, группа «ПТСР»).

Следует отметить, что этот феномен проявился при объективном отсутствии различий между группами «ПТСР» и «Нет ПТСР» по тяжести заболевания, наличию осложнений после лечения и сопутствующих заболеваний.

Пациентка Т.Р.М., 46 л., диагноз $T_2N_1M_0$, завершила лечение 2 г. назад, группа «ПТСР»:

«Когда обнаружила опухоль, шок был ужасный. Можно сказать, это было прощание с жизнью,— до сих пор чувствую угрозу жизни. Химиотерапия снилась, операция. Когда остаюсь одна, бывает очень тоскливо... Сейчас просто постоянная тяжесть на

душе. Общаюсь с малым кругом людей, стараюсь избегать тех, кто может напомнить о заболевании, вызвать неприятные эмоции. Два года прошло, но мне очень тяжело. Опустошенность в душе, не хочется ни с кем общаться. Внутри все еще переживаю, в зависимости от ситуации бывают срывы. Не люблю разговоров, пересудов об операции...»

Эта особенность и отличает группу «ПТСР» от двух других групп — несмотря на закономерное возрастание тревоги перед каждым обследованием, пациенты из других групп после обследования успокаиваются:

«Да, я боялась. Каждое обследование — стресс: не дай бог... Но я взяла и заставила себя прийти сюда, чтобы не думать об этом. Хотя очень неприятно и очень не хотелось: все воспоминания повторяются... Ты хочешь забыть обо всем, а посещение врачей ведет к тому, что опять приходится думать об этом. Самое лучшее — знаю, что выйду отсюда, и буду считать себя здоровым человеком» (П.О.В., 51 г., T₂N₀M₀, завершила лечение 1 г. назад; группа «Частичное ПТСР»).

Полученные данные могут иметь важное значение для клинической практики: известно, что тенденция к усилению признаков посттравматического стресса может значительно осложнять оказание медицинской и психолого-психиатрической помощи (Пушкарев и др., 2000; Тарабрина, 2000, 2008; Passik, Grummon, 1998). Вероятно, у тех пациентов, которым не удается интегрировать травматический опыт и переработать негативные убеждения, сформировавшиеся в результате воздействия стресса, происходит хронификация состояния и усугубление негативных последствий перенесенного стресса. Это свидетельствует о необходимости более внимательного отношения к пациентам, у которых возникают признаки посттравматического стресса, и своевременного психологического и психотерапевтического вмешательства.

Одной из гипотез исследования было предположение о том, что социальное положение женщины после перенесенного заболевания оказывает влияние на процесс последующей адаптации. Предполагалось, что работающие или служащие женщины будут испытывать меньший дистресс по сравнению с неработающими. Исследуемая выборка была разделена на две подгруппы — работающие (служащие) и неработающие женщины. Последнюю группу в основном составили женщины, которые вышли на пенсию (по возрасту или инвалидности в связи с РМЖ). Значимость различий по показателям методик, выявляющих параметры посттравматического состояния, между полученными подгруппами приведена в таблице 19.

Таблица 19

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий показателей выраженности признаков посттравматического стресса и психопатологических симптомов для групп «Работающие» и «Пенсионеры» по U-критерию Манна–Уитни

Показатели	«Работающие» (N=48)		«Неработающие» (N=27)		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p
ШОВТС – «Вторжение»	9,73	6,23	15,44	8,89	405,50**	0,007
ШОВТС – «Избегание»	14,31	9,22	17,63	10,38	537,00	0,221
ШОВТС – «Физиологическое возбуждение»	6,65	5,39	12,81	9,44	390,50**	0,004
ШОВТС – Общий балл	30,69	18,49	45,89	26,98	432,00*	0,017
CA – когнитивно-аффективная шкала BDI	4,63	3,27	5,70	5,68	637,00	0,903
SP – шкала соматизации BDI	3,73	2,45	5,81	3,89	443,00*	0,024
BDI – общий балл по опроснику	8,35	4,78	11,52	9,17	561,00	0,337

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Проведенный анализ показал, что занятость в профессиональной сфере сопряжена с более низкими уровнями выраженности признаков посттравматического стресса. Значимые различия наблюдаются по показателям признаков вторжения, физиологического возбуждения и общего уровня воздействия травматического события, измеряемых с помощью ШОВТС, а также по субшкале соматических проявлений депрессии опросника депрессивности Бека.

Эти результаты подтверждаются и данными клинического интервью. В процессе беседы многие женщины делали особый акцент на вопросе занятости, особенно профессиональной:

«Хочу вернуться на работу, в свой коллектив – без работы мне нечего делать. Последнее время чувствую, что стала раздражительной, даже на саму себя. Занимаюсь обычной домашней работой – удовлетворения нет...» (В.Г.Т., 45 л., Т₄ N₁ M₀, завершила лечение 2 г. назад, группа «ПТСР»).

«Больше всего расстраивало, что год не работала: возникает чувство, что ты уже все отжил... Нельзя сидеть дома и заикливаться

на этом. Когда ты постоянно находишься в гуще событий — среди коллег, среди детей — об этом не думаешь» (П.Т.Д., 47 л., Т₃№1М₀, завершила лечение 0,5 г. назад, группа «ПТСР»).

Такого рода доводы нередко приводились неработающими пациентками. Позиция работающих чаще выражалась приблизительно в следующем:

«Вышла на работу почти сразу... Это отвлекает и дисциплинирует в какой-то степени» (Г.Т.Д., 48 л., Т₃№1М₀, завершила лечение 2,5 г. назад, группа «Частичное ПТСР»).

Таким образом, работа и профессиональная занятость воспринимаются женщинами как наличие круга общения, социальная поддержка, возможность переключения от мыслей о заболевании и собственном самочувствии к выполнению значимой деятельности.

В то же время часть пациенток отмечали ухудшение своего физического состояния после перенесенной операции и лечения; они говорили о том, что выполнение прежнего объема работы им уже не под силу. Поэтому на основании полученных различий в уровне выраженности признаков посттравматического стресса у работающих и неработающих женщин очень сложно делать выводы. Полученные данные нельзя рассматривать однозначно, поскольку выход на пенсию (по возрасту, и тем более при получении инвалидности) неизбежно связан с ухудшением соматического состояния женщин. Возможно, полученные данные отражают картину худшего физического состояния неработающих женщин и связанную с этим картину их более негативного психологического самочувствия. Однако, как было получено в нашем исследовании и описано ранее, не было выявлено значимых различий или связей между посттравматическим статусом пациенток и возрастом, тяжестью заболевания, спецификой или наличием осложнений после лечения, а также сопутствующих заболеваний. Поэтому выявленные различия можно принимать во внимание, однако делать выводы на основании полученных данных следует очень осторожно, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента.

Возможно, речь идет о некоторой «востребованности», «вовлеченности в деятельность», которая позволила бы пациенткам избежать постоянных мыслей о заболевании. Для многих обследованных женщин такой деятельностью и является работа, профессиональная занятость, для некоторых — дети (либо внуки), работа на садовом участке (хотя не всем она доступна по медицинским показаниям). Особенно остро такой вопрос вставал у женщин, чьи дети уже взрослые, живут отдельно, а сами они живут одни либо в супружеском браке, и им сложно адаптироваться к своему неожиданно новому статусу, резко-

му изменению образа жизни. В этом контексте для больных особенно значимо наличие социальной поддержки — и этот неоспоримый факт отмечается всеми без исключения исследователями и клиницистами. Доброжелательное, поддерживающее отношение со стороны врачей, членов семьи (ближайшего окружения и особенно супругов), готовность идти на уступки со стороны руководства и коллег по работе (но без навязчивого любопытства и заострения внимания на заболевании), вовлеченность в посильную, интересную для человека деятельность — все это известные факторы, которые, тем не менее, не теряют своей значимости и актуальности для заболевших.

Таким образом, исследование показало, что у больных РМЖ интенсивность выраженности признаков посттравматического стресса связана с личностными особенностями (личностная тревожность); уровнем образования (низкий уровень образования связан с более выраженными признаками травматического стресса); временем, прошедшим после установления диагноза и проведения операции (наблюдалась тенденция к усилению выраженности признаков посттравматического стресса со временем); а также социальным положением женщины — показателем занятости в профессиональной сфере (работающие женщины имели более низкие уровни выраженности признаков посттравматического стресса).

Результаты проведенного исследования могут свидетельствовать и о том, что психологическое самочувствие больных раком молочной железы лишь в небольшой степени зависит от исхода лечения (все женщины в нашей выборке успешно завершили лечение). Наблюдается большая вариативность психологических последствий перенесенного заболевания, и процесс совладания с травмирующими аспектами заболевания связан со многими переменными. И только комплексный анализ индивидуально-личностных особенностей, жизненного пути каждой пациентки и ее внутренних ресурсов позволяет понять ее состояние и выбрать наиболее эффективные стратегии работы с ней.

Полученные в исследовании результаты имеют значение для разработки индивидуальных программ психологической реабилитации больных, своевременного выявления больных группы риска, у которых уровень выраженности признаков посттравматического стресса соответствует клинической картине ПТСР, и определения психотерапевтических стратегий при работе с ними. Значимость подобной психотерапевтической работы с пациентами, переживающими высокие уровни психологического дистресса, подтверждается и последними исследованиями психоиммунологического направления в психоонкологии и психосоматическими концепциями онкологиче-

ских заболеваний. С одной стороны, стресс и определенные личностные особенности могут способствовать возникновению заболевания, наряду с биологическими детерминантами. С другой стороны, стресс, возникающий в связи с заболеванием, и особенности совладания с ним влияют не только на качество дальнейшей жизни больных, но и могут определять дальнейшую динамику.

Дискуссии, возникающие по вопросу влияния стресса или других психосоциальных факторов на биологические аспекты возникновения и течения онкологических заболеваний, подтверждают, что исключительно сложно доказать влияние психологических переменных на развитие онкологических заболеваний, поскольку детерминирующие факторы могут действовать в течение многих лет до постановки диагноза и сложно проконтролировать все промежуточные переменные. Однако психоиммунологические исследования в последние годы подтверждают влияние стресса на супрессию иммунной системы, а снижение иммунитета имеет непосредственное отношение к развитию злокачественных клеток.

Возможно, дальнейшие исследования позволят пересмотреть роль стрессовых событий в этиологии и течении онкологических заболеваний. Точно так же возможно, что ослабление иммунитета в результате стрессового воздействия заболевания и неудачного совладания с этим стрессом может быть фактором риска прогрессирования болезни. В результате проблема исследования психологического состояния больных и определения факторов риска негативного преодоления последствий заболевания ставится особенно остро.

ГЛАВА 12

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ТРАВМ У БОЛЬНЫХ РМЖ

Поиск психологических предикторов в этиопатогенезе онкологических заболеваний относится к числу важных исследовательских задач; успешность их решения особенно важна для разработки индивидуализированных методов психолого-коррекционных мер при оказании помощи больным. Результаты исследования, изложенные в главе 8, убедительно показывают связь травматического стресса, пережитого в процессе установления диагноза РМЖ, с характеристиками посттравматического стресса; установлено, что у части больных РМЖ показатели посттравматического стресса достоверно коррелируют с клинической картиной посттравматического стрессового расстройства. Настоящая глава посвящена проверке гипотезы о наличии связи между пережитыми ранее психотравмирующими событиями и развитием посттравматического стресса у женщин с диагнозом «рак молочной железы».

Для исследования психологического статуса испытуемых использовались следующие методики:

- Опросник травматических ситуаций (LEQ);
- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант);
- Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС);
- Шкала психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Обследование испытуемых проводилось на условиях информированного согласия. В исследовании приняли участие 170 человек: женщины в возрасте от 34 до 72 лет, которые были разделены на две основные группы. Первая группа с условным названием «РМЖ» состояла из пациенток отделения химиотерапии и онкохирургии ЦКБ им. Н.А. Семашко (г. Москва) с диагнозом «рак молочной железы» (РМЖ) I–III стадий без отдаленных метастаз. Критериями отбора были: 1) подтвержденный диагноз РМЖ и операция по резекции (удалению) молочной железы не позднее чем за 3 месяца до обследования; 2) возраст

от 33 до 73 лет; 3) отсутствие последующих метастаз и выраженной психопатологии. Группа РМЖ состояла из 110 женщин ($N=110$) в возрасте от 34 до 72 лет ($M=51\pm 7,4$), перенесших либо радикальную мастэктомию, либо секторальную резекцию. Кроме оперативного вмешательства женщинам назначались и другие виды лечения: 106 пациенток прошли от 1 до 12 курсов химиотерапии, 108 пациенткам назначалась лучевая терапия, 106 пациенток прошли курсы гормонотерапии. Не менее чем за три месяца до психологического обследования лечение в клинике было полностью завершено. Все женщины, принявшие участие в исследовании, были госпитализированы в ЦКБ в плановом порядке для профилактического осмотра. Таким образом, на момент проведения обследования пациентки находились в состоянии ремиссии и их заболевание не представляло актуальной угрозы для жизни.

В контрольную группу (далее — «КГ») вошли здоровые женщины ($N=60$) в возрасте от 37 до 71 года ($M=52\pm 9,5$). Основным критерием отбора испытуемых для данной группы являлось отсутствие не только онкологического, но и каких-либо других тяжелых хронических и психических заболеваний, а также возраст не старше 73 лет.

Статистическая обработка данных, включающая корреляционный и сравнительный анализ, выполнялась с использованием программного пакета STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обработка данных, полученных при обследовании групп больных и здоровых испытуемых, проводилась в несколько этапов. На **первом этапе** группы сравнивались по общему количеству психотравмирующих событий, пережитых женщинами (таблица 20).

Как видно из таблицы, по абсолютному количеству травмирующих событий, а также по степени их влияния и травматичности группы различаются, однако эти различия не достигают достоверного уровня. Это говорит о том, что наличие психотравмирующих ситуаций в жизни современных женщин относится к числу облигатных факторов — все без исключения люди на протяжении жизни становятся свидетелями или участниками тех или иных психотравмирующих событий. Однако вопрос о том *как именно* пережитое связано с негативными психологическими последствиями, вызванными угрожающими жизни заболеванием, в данном случае с РМЖ, остается открытым.

Для ответа на этот вопрос была произведена более детальная обработка данных: сравнивалось количество пережитых психотравмирующих событий по отдельным блокам, выделенным в Опроснике

ТАБЛИЦА 20

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий по количеству психотравмирующих событий для групп «РМЖ» и «КГ» по критерию U Манна–Уитни

Параметры	Группа «РМЖ»		Группа «КГ»		Значимость различий	
	М	SD	М	SD	U	p
Общее количество психотравмирующих событий	9,15	4,55	8,41	5,90	2783,50	0,10
Показатель влияния событий	26,66	15,92	25,48	21,61	2646,00	0,16
Индекс травматичности	2,85	0,93	2,71	1,11	3039,00	0,96

LEQ. Целью такого сравнения было выявление тех типов событий, которые могут оказывать значимое влияние на развитие посттравматического стресса у женщин с онкологическим заболеванием (РМЖ). Опросник травматических ситуаций (LEQ), который применялся в настоящем исследовании, содержит описание 36 тяжелых жизненных ситуаций, разделенных на 4 блока (раздела): «Криминальные события»; «Природные катастрофы и общие травмы» (сюда же входит информация об онкологическом заболевании); «Ситуации физического и сексуального насилия»; «Другие события». Кроме того, в процессе обследования женщин с РМЖ стало очевидным, что для многих из них особенно травмирующими были ситуации, связанные с рождением и проблемами детей, поэтому был выделен блок вопросов, условно названный нами «Материнство». Сравнение данных групп РМЖ и КГ проводилось по всем указанным блокам вопросов. Результаты сравнения приведены в таблице 21.

Блок «Криминальные события». Здоровые женщины, в отличие от пациенток с РМЖ, отмечают большее количество случившихся с ними событий криминального характера. Среди них наиболее часто назывались: ограбление, кража из дома, проникновение воров в дом и значительно реже — групповое нападение. Как правило, испытуемые обеих групп считают, что в случившемся есть доля их собственной вины: возвращались домой слишком поздно, по неосвещенной улице, ушли из квартиры, оставив открытой форточку, и т.п.

В среднем на одну здоровую женщину приходится 1,18 событий подобного рода, а на больную РМЖ — 0,70. Индекс травматичности событий по результатам данного блока вопросов выше в контрольной

ТАБЛИЦА 21

Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий по разным типам психотравмирующих событий по U-критерию Манна–Уитни

Параметры	Группа РМЖ		Контрольная группа		Значимость различий	
	M	SD	M	SD	U	p-level
Кол-во событий из блока «Криминальные события»	0,70	1,04	1,18	1,35	2586,500*	0,024
Суммарный показатель влияния	1,43	2,68	3,01	3,94	2410,000*	0,011
Индекс травматичности	0,86	1,19	1,47	1,52	2434,500*	0,022
Кол-во событий из блока «Катастрофы и общие травмы»	4,11	2,10	2,96	2,13	2204,500***	0,000
Суммарный показатель влияния	12,99	7,52	9,54	8,80	2087,500***	0,000
Индекс травматичности	3,08	1,00	2,56	1,37	2241,500*	0,048
Кол-во событий из блока «Другие события»	3,62	2,59	3,06	2,83	2774,500	0,103
Суммарный показатель влияния	9,60	7,94	8,03	7,50	2725,000	0,194
Индекс травматичности	2,29	1,31	2,16	1,48	2677,500	0,708
Кол-во событий из блока «Физ. и сексуальное насилие»	0,75	1,08	1,20	1,61	2818,000	0,137
Суммарный показатель влияния	2,48	3,90	4,35	6,41	2773,500	0,141
Индекс травматичности	1,43	1,84	1,80	1,97	2814,000	0,243
Количество событий из сводного блока вопросов «Материнство»	2,18	1,74	1,36	1,75	2184,000***	0,000
Суммарный показатель влияния	5,56	5,37	3,15	4,91	2134,000***	0,000
Индекс травматичности	2,12	1,44	1,32	1,42	2025,500***	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

группе: 1,40 у здоровых и 0,86 у больных. Кроме того, женщины из контрольной группы склонны более высоко оценивать степень влияния случившихся с ними криминальных событий на свою жизнь, чем женщины с диагнозом РМЖ. Различия по указанным параметрам достоверны при $p < 0,05$.

Блок «Катастрофы и общие травмы». Онкологические больные по сравнению со здоровыми женщинами отметили большее количество травматических событий, связанных с несчастными случаями, природными и техногенными катастрофами и общими травмами (в среднем по 4,11 и 2,96 случая на одного человека соответственно). Женщины с диагнозом РМЖ в прошлом чаще, чем здоровые, подвергались опасности радиоактивного заражения, работали на вредном производстве. Они также значительно чаще переживали гибель близких людей, в том числе собственных детей и внуков (различия достоверны при $p < 0,000$). При этом по индексу травматичности группы почти не различаются (3,08 у РМЖ и 2,18 у здоровых).

Возникновение и развитие ситуаций, которые представлены в этом блоке опросника, практически не зависят от человека: опасность химического или радиоактивного заражения; природные либо связанные с действиями других людей катастрофы; тяжелые заболевания и смерть родных. При этом пострадавший (свидетель случившегося) вынужден принимать ситуацию такой, какая она есть, часто не имея возможности хоть как-то повлиять на ход развития событий. Возможно, что вынужденная пассивность в подобных ситуациях, зависимость индивида от них, порождающая ощущение безысходности, беспомощности, чувство страха, переживаемое в таких случаях, способствует развитию негативных состояний. Наличие в анамнезе подобных травм в итоге формирует у части женщин покорность судьбе, готовность принять любое событие, каким бы оно ни было, неуверенность в собственных силах и своей способности справляться с тяжелыми ситуациями.

Таким образом, можно отметить, что онкологические больные переживают большее количество подобных ситуаций, но при этом, по сравнению с женщинами из контрольной группы, они не склонны считать, что эти события оказывают существенное влияние на их жизнь. Иными словами, у здоровых женщин просматривается тенденция более высоко оценивать влияние психотравм данного рода, чем у женщин с онкологическим диагнозом.

Блок «Другие события». Не выявлено существенных различий в ответах женщин из групп РМЖ и КГ на вопросы, входящие в данный блок. Примерно одинаковое количество испытуемых воспитывались в неполных семьях, переживали развод с мужем. Многие женщины из обеих групп говорили о том, что они испытывали серьезную экономическую нужду, начиная с середины 1990-х годов. И это неудивительно, учитывая события, происходившие в те годы в нашей стране. Различия выявлены только в ответах на вопросы: «Был ли у вас выкидыш или аборт» и «Имел ли Ваш младенец или ребенок серьезные физические

или медицинские травмы (включая дефекты рождения)?». Об этом будет сказано ниже.

Блок «Физическое и сексуальное насилие». В группе здоровых женщин отмечается большее количество случаев физического и сексуального насилия и более высокая оценка их влияния на дальнейшую жизнь (в среднем 1,2 случая на одну женщину без хронических заболеваний и 0,75 — на больную РМЖ), но эти различия не являются достоверно значимыми ни по субъективной оценке, ни по значению индекса травматичности. Однако обращает на себя внимание тот факт, что случаи сексуального насилия отмечаются примерно с одинаковой частотой в обеих группах, однако физическому насилию женщины из контрольной группы подвергались чаще, чем женщины, впоследствии заболевшие РМЖ. Подавляющее большинство испытуемых вспоминают об избиении в детстве отцом (в качестве меры воспитательного воздействия), либо — уже в зрелом возрасте — мужем. Только одна из пациенток с РМЖ сообщила о побоях, причиненных матерью. Как правило, этот вид травмы сочетается со случаями алкоголизма в семье.

Блок «Материнство». Кроме описанных выше блоков опросника, из общего числа вопросов методики нами была выделена группа вопросов, связанных с проблемами материнства, «успешностью—неуспешностью» женщины как матери. Это вопросы, касающиеся таких стрессовых для каждой женщины событий, как аборт, тяжелые заболевания и травмы детей (в том числе родовые), смерть собственного ребенка. Согласно выдвинутой в ходе исследования гипотезе, ситуации подобного рода оказывают, как правило, сильное психотравмирующее влияние на женщин. Возможно, лишение груди как одного из символов материнства влечет за собой склонность женщины к негативной оценке себя как матери. Можно предположить, что убеждение «Я — хорошая мать», в результате серьезной болезни ребенка, а тем более, его смерти, подвергается сомнению. Адаптация после подобных травм нередко затруднена по причине того, что женщина начинает винить в произошедшем себя (по принципу: «С моим ребенком случилась беда, потому что я — плохая мать»).

Удаление груди как одного из символов материнства может означать самонаказание, связанное с оценкой себя как «плохой матери», либо наказание свыше, Божью кару. Об этом говорили некоторые пациентки («Мое заболевание началось после того, как с дочерью случилась беда. Я не могла ей помочь, потому что она жила в другом городе», «Видимо, мое заболевание — это как наказание мне за сына», «У меня несколько аборт было. Наверно, Бог меня так наказал за это»).

Установлено, что женщины в группе РМЖ значительно чаще делали аборт (11% онкобольных и всего 3,9% здоровых), им чаще при-

ходилось решать проблемы, связанные с детьми (3,5% онкобольных и 0,7% здоровых). Так, из группы РМЖ 43 пациентки (47,3%) сообщили о врожденной патологии, серьезных заболеваниях и различных травмах (в том числе полученных при рождении) у своих несовершеннолетних детей. В контрольной группе только у 9 женщин (5,4%) случались подобные переживания. Смерть своих взрослых детей (в ДТП, в результате тяжелого заболевания или несчастного случая и т.п.) также чаще переживали те женщины, у которых впоследствии был обнаружен рак молочной железы. В группе РМЖ таких женщин оказалось 16 человек (17,6%), а в контрольной группе — 4 человека (2,4%).

На следующем этапе анализа результатов в группе РМЖ проверялась связь между такими параметрами, как уровень посттравматического стресса и наличие в семье (родство I степени) онкологического диагноза (и, в частности, заболевания РМЖ). Предполагалось, что два указанных параметра вносят свой вклад в развитие посттравматического стресса при постановке онкологического диагноза. Однако ни в подгруппе женщин с высоким уровнем ПТС (N=18, у 7 из них были случаи онкологических заболеваний в семье), ни в подгруппе с низким уровнем ПТС (N=26, об онкологических заболеваниях в семье сообщили 13 человек) достоверной связи обнаружено не было.

В подгруппе со средним уровнем ПТС (N=31, у 9 женщин в семье были онкологические заболевания) выявлена прямая связь между высоким уровнем психотизма и фобических реакций и количеством онкологических заболеваний у родственников. Как правило, количество случаев заболеваний в семье варьировалось от 1 до 3. Учитывалась любая форма опухолевого заболевания. Наиболее частыми из них оказались рак желудка и рак легких. Все остальные формы встречались значительно реже.

Отдельно проводился анализ связей уровня ПТС и психометрических характеристик с параметром наличия заболевания у кого-либо из близких (матери, сестры) РМЖ. В подгруппах с высоким (из 18 женщин 2 сообщили о диагнозе РМЖ у родственников) и низким (у 7 из 26 женщин в семье были случаи заболевания РМЖ) уровнями ПТС значимых корреляций не выявлено.

В подгруппе со средним уровнем ПТС установлены отрицательные корреляции наличия РМЖ у близких родственников с общим баллом оценки травматического события (в данном случае — диагностики и лечения РМЖ), симптомами вторжения, избегания, физиологической возбудимости. В данной подгруппе о диагнозе РМЖ у близких родственников сообщили 3 из 31 пациенток.

Анализ полученных данных позволяет выделить два основных типа влияния предшествующего опыта взаимодействия больных РМЖ

с онкологически больными родственниками. Одни женщины из группы РМЖ, которым приходилось ранее ухаживать за тяжелобольным родственником и, тем более, пережить его смерть испытывают стойкую реакцию страха в отношении своего заболевания, стремление изолироваться от других людей. У них наблюдается усиление психопатологической симптоматики, особенно обостряется переживание страха как естественного спутника смертельно опасного заболевания. Возникает стремление избегать контактов с другими людьми, которое вызвано, скорее всего, нежеланием женщины выглядеть в глазах окружающих беспомощной, вызывать жалость или, напротив, стать объектом неприязненного отношения, быть отвергнутой.

У других заболевших женщин, имеющих близких родственников с РМЖ, реакция на постановку этого же диагноза и последующее лечение сглаживается, во многом благодаря информированности пациентки о симптомах и особенностях протекания данного заболевания. Зная о возможных вариантах развития болезни, пациентка более спокойно реагирует на назначенные лечащим врачом процедуры, на изменение своего физического облика в результате операции.

У таких пациенток не наблюдается ярко выраженных тенденций избегания любых напоминаний о заболевании либо, наоборот, чрезмерной фиксации мыслей на нем. Таким образом, такое психотравмирующее событие, как заболевание раком молочной железы у близкой родственницы (матери, сестры), в определенной степени может способствовать более успешной адаптации после постановки онкологического диагноза.

В то же время нельзя не отметить, что при наличии в семье онкологических заболеваний (в том числе РМЖ) пациентки испытывают меньший посттравматический стресс, в отличие от пациенток, у которых никто из близких родственников не страдал подобными заболеваниями. Женщинам, знающим о своей предрасположенности и готовым к возникновению и развитию опасного для жизни заболевания, легче адаптироваться к ситуации угрозы жизни и принять ее, чем пациенткам, для которых диагноз РМЖ оказался неожиданным. Эти данные подтверждают результаты других исследований, в которых неожиданность обозначена как одна из важных характеристик тяжелого психотравмирующего воздействия события.

Следующий этап обработки состоял в проверке предположения о том, что развитие посттравматического стресса связано не столько с общим количеством пережитых психотравм, сколько со спецификой психотравмирующих событий определенного вида. Для этого был проведен корреляционный анализ с помощью г-критерия

Спирмена. Результаты анализа показали наличие в группе РМЖ связи количества травм, суммарного показателя влияния и индекса травматичности с таким показателем, как степень выраженности посттравматических стрессовых реакций (по Миссисипской шкале). Можно выделить своеобразную «травматическую триаду», коррелирующую также почти со всеми шкалами опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), и шкалой влияний травматического события (ШОВТС). В нее вошли следующие показатели: 1) общее количество травматических событий, пережитых человеком; 2) количество ситуаций, связанных со смертью близких, природными и техногенными катастрофами и т.п. (блок «Природные катастрофы и общие травмы»); 3) количество ситуаций физического и сексуального насилия.

В контрольной группе с таким параметром, как степень выраженности посттравматических стрессовых реакций, не связано ни общее количество травм, ни количество травм, указанных отдельно в каждом из блоков вопросов. Однако существует положительная взаимосвязь между степенью выраженности посттравматических стрессовых реакций и тем, как женщины оценивают влияние травм на свою жизнь, а также индексом травматичности (в целом по опроснику и по каждому блоку опросника в отдельности).

Иными словами, степень выраженности посттравматических стрессовых реакций у здоровых женщин связана не с количеством травматических событий, пережитых ими на протяжении жизни, как мы видим это в группе РМЖ, а с субъективной оценкой этих событий, реакцией на них. Все данные представлены в таблице 22.

Следующим этапом анализа полученных данных было выявление *специфики связей уровней посттравматического стресса с изучаемыми показателями предшествующих жизненных событий*. С этой целью группа РМЖ была разделена на три подгруппы (таблица 23) в зависимости от степени тяжести посттравматического стресса (по результатам методики «Миссисипская шкала»). В подгруппу «РМЖ В» (высокая степень выраженности посттравматического стресса) вошли 29 женщин, в подгруппу «РМЖ Н» (низкая степень выраженности посттравматического стресса) — 14 женщин. Третья подгруппа («РМЖ С») объединила женщин (67 человек) со средней выраженностью признаков посттравматического стресса.

Статистический анализ данных показал, что внутри выборки РМЖ существуют различия между подгруппами «РМЖ В» и «РМЖ Н» по количеству пережитых ранее травматических событий. У женщин, переживших большее число подобных событий, отмечается более высокий уровень посттравматического стресса.

ТАБЛИЦА 22

Коэффициенты корреляции между степенью воздействия травматического опыта (по ШОВТС) и наличием травматических событий

	Степень воздействия травм. опыта	
	РМЖ	КГ
Общее кол-во травм	0,27**	0,23
Оценка влияния травм на жизнь за последний год	0,25**	0,48***
Общий индекс травматичности	0,09	0,60***
Количество событий в блоке «Криминальные события»	0,07	0,17
Оценка влияния криминальных событий	0,04	0,26*
Индекс травматичности криминальных событий	0,00	0,32**
Кол-во событий из блока «Природные катастрофы и общие травмы»	0,27**	0,09
Оценка влияния событий из блока «Природные катастрофы и общие травмы»	0,24**	0,35***
Индекс травматичности событий из блока «Природные катастрофы и общие травмы»	0,03	0,54***
Количество событий из блока «Другие события»	0,08	0,21
Оценка влияния событий из блока «Другие события»	0,14	0,42
Индекс травматичности других событий	0,16	0,44***
Кол-во событий из блока «Физическое и сексуальное насилие»	0,22*	0,23
Оценка влияния событий из блока «Физическое и сексуальное насилие»	0,21*	0,30*
Индекс травматичности событий из блока «Физическое и сексуальное насилие»	0,21*	0,28*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

В подгруппе с высокой степенью выраженности посттравматического стресса наличествуют корреляции между показателями методик ШОВТС и SCL-90-R с общим индексом травматичности, суммарным показателем влияния травматических событий, индексом травматичности и оценкой влияния травм в блоках «Катастрофы и общие травмы» и в блоке «Другие события». Т.е. если в целом по группе РМЖ на

ТАБЛИЦА 23

ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА ПО ВОЗРАСТУ, ОБРАЗОВАНИЮ И РЕЗУЛЬТАТАМ МИССИСИПСКОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ПОДГРУПП РМЖ В, РМЖ Н, РМЖ С

	N	M	Min	Max	SD
РМЖ В					
Возраст	29	51,7	34,0	72,0	9,09
Образование	29	12,7	7,1	15,00	2,08
MS	29	95,89	86,0	140,0	10,77
РМЖ Н					
Возраст	14	49,9	34,0	68,0	8,46
Образование	13	13,46	8,00	15,00	2,33
MS	14	72,28	46,0	140,0	23,27
РМЖ С					
Возраст	60	52,2	37,0	71,0	9,55
Образование	58	13,2	7,0	15,0	2,3
MS	60	79,48	43,0	121,0	17,09

развитие посттравматического стресса в наибольшей степени влияет на количество пережитых травм, то в подгруппе с высоким уровнем посттравматического стресса на первый план выходит такой показатель, как субъективная оценка влияния этих травматических событий.

В подгруппе РМЖ со средним уровнем развития посттравматического стресса события, связанные с насилием, оказались основным параметром, влияющим на выраженность ПТС и психопатологической симптоматики.

В подгруппе РМЖ с низким уровнем посттравматического стресса четкой закономерности связей предшествующих травматических событий и интенсивности признаков ПТС не прослеживается. Результаты отражены в таблице 24.

Тот факт, что в подгруппе РМЖ с низкими значениями посттравматического стресса отмечается больше соматических жалоб, чем в контрольной подгруппе, также с низкими значениями посттравматического стресса, а между подгруппами с высокими значениями

ТАБЛИЦА 24

Средние значения, стандартные отклонения и значимые различия показателей ПТС и психопатологической симптоматики между подгруппами РМЖ с высоким и низким уровнем посттравматического стресса

Параметры	M		SD		Значимость различий	
	РМЖ В	РМЖ Н	РМЖ В	РМЖ Н	U	p
ШОВТС						
«Вторжение»	20,13	7,54	8,55	5,18	32,5	0,000***
«Избегание»	21,27	11,00	9,38	8,71	67,5	0,005**
Физиологическая возбудимость	16,17	2,72	8,48	3,06	24,0	0,000***
ШОВТС – общий балл	57,58	21,27	23,47	15,9	30,5	0,000***
SCL-90-R						
Соматизация	1,48	0,46	0,50	0,33	10,0	0,000***
Обсессивно-компульсивное расстройство	1,30	0,46	0,50	0,29	20,5	0,000***
Межличностная сензитивность	1,18	0,30	0,63	0,20	25,5	0,000***
Депрессия	1,21	0,25	0,57	0,18	14,5	0,000***
Тревожность	1,26	0,20	0,69	0,23	16,0	0,000***
Враждебность	0,93	0,12	0,57	0,13	28,0	0,000***
Фобическая тревожность	0,71	0,14	0,78	0,20	56,5	0,001***
Паранойяльные симптомы	1,03	0,24	0,70	0,20	33,0	0,000***
Психотизм	0,89	0,14	0,66	0,15	27,5	0,000***
Дополнительные вопросы	1,33	0,25	0,56	0,23	15,0	0,000***
Общий индекс тяжести	1,16	0,27	0,49	0,13	10,0	0,000***
Индекс наличного симптоматического дистресса	1,73	1,15	0,42	0,15	15,0	0,000***
Общее количество симптомов	59,27	21,63	15,88	11,62	18,5	0,000***
LEQ						
Общее кол-во травм	10,52	6,90	4,14	4,88	71,0	0,04**
Суммарный показатель влияния	31,24	18,40	16,02	14,67	66,5	0,03**
Индекс травматичности	2,31	2,31	0,86	0,90	80,5	0,10

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

достоверных различий не имеется, можно объяснить следующим образом. У онкологических больных количество соматических жалоб в большей степени связано не с уровнем посттравматического стресса, а с самим заболеванием и последствиями проведенного ранее лечения. В частности, большое количество симптомов может быть связано с химиотерапевтическим лечением, а также с индивидуальной реакцией на прием лекарственных препаратов (головокружение, слабость и т.п.). Некоторые больные жаловались на появившиеся после терапии головные боли, боли в сердце. Поэтому показатели субшкалы «Соматизация» достаточно высоки как при низких, так и при высоких значениях уровня посттравматического стресса. У здоровых женщин рост числа предъявляемых жалоб происходит неравномерно. У части женщин, сравнительно легко переживающих стрессовые события, не возникает ярко выраженных соматических реакций в ответ на указанные события, и лишь у женщин с высоким уровнем стресса появляются соматические симптомы. В этом случае увеличивается количество жалоб на головные боли, усталость, боли в сердце и т.п. Это объясняет причину, по которой подгруппы из групп РМЖ и контрольной группы с низкими значениями уровня посттравматического стресса имеют различия по субшкале «Соматизация».

Таким образом, несмотря на то, что онкологические больные и здоровые женщины не имеют значимых различий по количеству психотравмирующих событий, субъективной оценке их влияния и индексу травматичности, результаты корреляционного анализа показывают наличие достоверных связей между уровнем воздействия травматического опыта и общим количеством психотравмирующих событий у больных РМЖ. Это говорит о том, что стресс, испытываемый при постановке онкологического диагноза, усиливается, накладываясь на предшествующий травматический опыт.

Можно заключить, что развитие посттравматического стресса у онкологических больных зависит не столько от большого количества посттравматических событий, сколько от реакции на эти события.

Сравнение подгрупп с высоким уровнем ПТС показало, что у здоровых женщин наблюдается значительно более низкий уровень психопатологической симптоматики, чем у больных. При этом интенсивность признаков посттравматического стресса и наличие психопатологической симптоматики у онкологических больных взаимосвязаны с показателями «травматической триады», в которую входят: 1) общее количество травматических событий, пережитых индивидом; 2) количество ситуаций, связанных со смертью близких, природные катастрофы и т.п. (блок «Природные катастрофы и общие травмы»); 3) количество ситуаций физического и сексуального насилия.

У здоровых женщин наличие в прошлом психотравматических событий не коррелирует с интенсивностью признаков посттравматического стресса.

Степень выраженности психопатологической симптоматики при одинаково высоком уровне развития посттравматического стресса значительно выше у женщин с диагнозом РМЖ по сравнению с контрольной группой, что может рассматриваться как следствие воздействия травматической ситуации, связанной с онкозаболеванием.

В целом женщины с диагнозом РМЖ чаще переживали такие травматические события, как природные катастрофы, смерть других людей и т.п. Проблемы, связанные с рождением и воспитанием детей также преобладают у женщин, которым был поставлен диагноз РМЖ.

Полученные данные еще раз подтвердили мнение зарубежных ученых о том, что некорректно считать предшествующие стрессовые переживания единственным механизмом запуска ракового заболевания. Однако можно утверждать, что психотравмирующие ситуации, пережитые женщинами нередко задолго до появления первых симптомов заболевания, оказывают непосредственное значимое влияние на развитие посттравматического стресса при постановке диагноза и последующем лечении.

ГЛАВА 13

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РМЖ

Особый исследовательский интерес при изучении базисных убеждений и их трансформации вследствие психической травматизации вообще и РМЖ в частности представляют три вопроса:

1. Действительно ли базисные убеждения личности об окружающем мире и собственном Я изменяются вследствие психической травматизации?
2. В чем специфика базисных убеждений при травме, связанной с онкологическим заболеванием?
3. Как соотносятся базисные убеждения с выраженностью признаков ПТСР?

К сожалению, невозможно выстроить схему исследования таким образом, чтобы обследовать испытуемых до и сразу после травмирующего события. По прошествии времени происходит процесс совладания с травмой и восстановление базисных убеждений. Более того, ряд исследований указывает на то, что некоторые убеждения при успешном совладании с травмой становятся более позитивными по сравнению с дотравматическими (Tedeschi, Colhoun, 1996). Особенно это касается убеждений в силе собственного Я и доброжелательности окружающего мира (в случае адекватной социальной поддержки). Таким образом, первый вопрос находится за рамками нашей работы.

Для ответа на два других вопроса была выдвинута следующая **гипотеза**: возникновение посттравматических стрессовых реакций и психопатологических симптомов сопровождается изменениями в структуре базисных убеждений личности. При этом посттравматические стрессовые реакции при различных по происхождению и характеру травматических стрессорах взаимосвязаны с различными базисными убеждениями. Таким образом, мы предполагаем, что у индивидов, успешно совладавших с травмой, базисные убеждения восстанавливаются и позволяют им успешно функционировать дальше. Для

тех индивидов, у кого развиваются посттравматические стрессовые реакции, характерны более негативные убеждения об окружающем мире и собственном Я, чем для индивидов, успешно совладавших с травмой. При этом данные закономерности проявляются по-разному при различных видах психических травм. Так, у больных раком молочной железы источник травматизации находится как бы «внутри» человека, поэтому, согласно нашей гипотезе, посттравматическая симптоматика будет связана у них с негативным убеждением о собственном Я. В случае травмы участия в боевых действиях источник травматизации исходит из внешнего мира: соответственно рост признаков ПТСР будет сопровождаться негативным отношением к миру, восприятием его как враждебного, недостойного доверия.

Испытуемые

В исследовании приняли участие пациенты онкологического отделения Федерального центра экспертизы труда и реабилитации инвалидов (г. Москва) (50 человек, женщины, средний возраст — 52,9), прооперированные по поводу диагноза «рак молочной железы» и госпитализированные в связи с осложнениями этого заболевания с диагнозом «лимфостаз», и военнослужащие, принимавшие участие в военных действиях в Чечне (г. Чита) (68 человек, мужчины, средний возраст — 28,5).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Предварительный анализ показал, что интенсивность посттравматических реакций, психопатологических симптомов, а также характеристики базисных убеждений, не различаются у военнослужащих в зависимости от тяжести боевого опыта, а у онкологических больных — в зависимости от степени тяжести послеоперационных осложнений и срока, прошедшего после операции.

Данные, полученные по субшкалам ШБУ по двум исследуемым группам, приведены в таблице 25.

Наша гипотеза состояла в том, что изменения в структуре базисных убеждений сопровождают развитие посттравматических стрессовых реакций. В связи с этим группы испытуемых были разделены по показателям Миссисипской шкалы на три подгруппы: с высокими, средними и низкими значениями интенсивности посттравматических реакций. На выборке онкологических больных были получены следующие интервалы по Миссисипской шкале:

ТАБЛИЦА 25

ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА ХАРАКТЕРИСТИК БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ПО СУБШКАЛАМ ШБУ У ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП

Субшкалы ШБУ	Онкологические больные (N=50)				Военнослужащие (N=68)			
	M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD
Доброжелательность окружающего мира	30,2	21	39	4,2	29,6	18	38	4,4
Справедливость	18,7	7	28	4,5	18,2	8	27	3,9
Контролируемость	12,0	5	18	3,0	12,6	4	18	2,4
Закономерность	15,9	10	23	3,4	15,1	6	21	3,
Самоценность	16,3	4	23	3,4	17,2	6	24	3,1
Способность контролировать ситуацию	15,8	4	23	3,2	16,4	5	24	3,0
Удача	13,6	7	23	3,7	14,3	5	21	3,3

- 1) от 54 до 68 (N=16);
- 2) от 69 до 80 (N=19);
- 3) от 81 до 103 (N=15).

На выборке военнослужащих были получены следующие интервалы по Миссисипской шкале:

- 1) от 41 до 59 (N=25);
- 2) от 60 до 76 (N=25);
- 3) от 77 до 117 (N=18).

Были получены различия в характеристиках базисных убеждений между двумя крайними подгруппами с высокой и низкой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций. Полученные данные показывают, что в подгруппах с высокими показателями по Миссисипской шкале значения отдельных характеристик базисных убеждений значимо ниже, чем в подгруппах с низкими показателями, т.е. индивидам с высоким уровнем выраженности посттравматической симптоматики свойственны более негативные убеждения (таблицы 26 и 27).

Полученные результаты были подтверждены корреляционным анализом. Коэффициенты корреляции Спирмена между выраженно-

Таблица 26

СРАВНЕНИЕ (КРИТЕРИЙ МАННА–УИТНИ) ПО ПОДГРУППАМ С ВЫСОКОЙ И НИЗКОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ГРУППА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)

Показатели	Низкий уровень по MS (N=16)		Высокий уровень по MS (N=15)		Значение критерия Манна–Уитни U
	M	SD	M	SD	
Доброжелательность окружающего мира	34,75	4,50	32,8	4,27	82,5
Справедливость	19,62	4,86	18,53	4,20	99
Контролируемость	12	2,39	11,46	3,56	108
Закономерность	11,87	3,26	11,13	3,31	107
Самоценность	17,06	4,04	15,6	2,29	67,5*
Способность контролировать ситуацию	16,75	2,56	14	3,02	58*
Удача	14,75	4,15	11,6	2,29	60,5*

* $p < 0,05$.

Таблица 27

СРАВНЕНИЕ (КРИТЕРИЙ МАННА–УИТНИ) ПО ПОДГРУППАМ С ВЫСОКОЙ И НИЗКОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ГРУППА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ)

Показатели	Низкий уровень по MS (N=25)		Высокий уровень по MS (N=18)		Значение критерия Манна–Уитни U
	M	SD	M	SD	
Доброжелательность окружающего мира	35,28	5,46	28,89	5,45	111,5**
Справедливость	17,48	3,83	18,11	3,26	203,5
Контролируемость	13,24	1,87	11,83	2,85	167
Закономерность	12,80	4,24	12,78	4,24	214,5
Самоценность	18,32	2,41	16,27	3,08	141*
Способность контролировать ситуацию	17,04	2,73	15,55	3,20	172,5
Удача	15,56	3,00	13,33	3,00	138*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

стью посттравматической симптоматики и характеристиками базисных убеждений приведены в таблице 28.

Однако результаты показывают, что различаются не все параметры базисных убеждений. Например, характеристики, относящиеся к базисному убеждению «Справедливость окружающего мира» (субшкалы «Справедливость», «Контролируемость», «Закономерность»), не различаются в зависимости от интенсивности симптомов ни в той, ни в другой группе испытуемых. Кроме того, изменения при различных видах стрессоров происходят по-разному: у участников военных действий значимые различия между подгруппами с различной интенсивностью посттравматических реакций были обнаружены по параметрам «Доброжелательность окружающего мира», «Самоценность» и «Удача», в то время как у онкологических больных — по показателям «Самоценность», «Удача» и «Способность контролировать ситуацию».

Однако возникает альтернативная гипотеза, что полученные различия в структуре базисных убеждений при различных видах травм могут быть связаны с различиями в демографических характеристиках исследуемых групп: ведь группу участников военных действий составляют относительно молодые мужчины, а группу онкологических

Таблица 28

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью посттравматических стрессовых реакций

Характеристики базисных убеждений	Миссисипская шкала (участники военных действий)		Миссисипская шкала (онкологические больные)	
	r	p	r	p
Доброжелательность окружающего мира	-0,437***	0,000	-0,235	0,099
Справедливость	0,032	0,790	-0,065	0,652
Контролируемость	-0,151	0,217	-0,005	0,967
Закономерность	0,052	0,670	-0,051	0,720
Самоценность	-0,336**	0,005	-0,315*	0,025
Способность контролировать ситуацию	-0,199	0,102	-0,334*	0,019
Удача	-0,327**	0,006	-0,350*	0,012

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

больных — женщины среднего и пожилого возраста. Для проверки этой гипотезы нами был проведен анализ значимости различий по характеристикам базисных убеждений на выборке служащих, которые участвовали в апробации методики. Значимых различий между полами по характеристикам базисных убеждений обнаружено не было. Кроме того, показатели базисных убеждений не имеют значимых корреляций с возрастом и образованием. Таким образом, альтернативная гипотеза отвергается.

Данные, полученные относительно взаимосвязей характеристик базисных убеждений и выраженности психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90-R (таблицы 29 и 30), также указывают на специфичность различных видов психической травматизации: у онкологических больных интенсивность психопатологических симптомов (субшкалы «Тревожность», «Враждебность», «Фобическая тревожность», «Соматизация», «Депрессивность») коррелирует только с представлениями о собственной удачливости, которые входят в убеждение о собственном Я, в то время как у военнослужащих тяжесть симптомов связана как с убеждениями о доброжелательности-враждебности окружающего мира (субшкалы «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Тревожность», «Враждебность», «Паранойяльность», «Фобическая тревожность», «Депрессивность»), так и с убеждениями о самооценности (субшкалы «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессивность») и удачливости (субшкалы «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Тревожность», «Враждебность», «Паранойяльность», «Фобическая тревожность», «Депрессивность», «Психотизм»).

Полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что существуют кардинальные различия между исследуемыми видами психических травм. По всей видимости, участие в военных действиях, сопровождающееся включенностью в ситуации насилия и агрессии со стороны окружающего мира, разрушает всю существующую концептуальную систему индивида: в случае неуспешного совладания с травмой мир становится враждебным, а собственное Я — неудачливым, не заслуживающим любви и уважения.

Ситуация в случае РМЖ по своим качественным характеристикам травматизации сходна в большей степени с так называемым «информационным» стрессором: травма направлена в будущее, травматичной является не сама ситуация, а информация о том, что может произойти (ухудшение состояния, смертельный исход). Так как источник травматизации находится как бы внутри индивида, убеждение об окружающем мире при развитии посттравматических реакций не страдает,

Таблица 29

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью психопатологических симптомов (по группе онкологических больных)

Характеристики базисных убеждений	Психопатологические симптомы												
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	PSDI	PST
Доброжелательность окружающего мира	-0,08	-0,06	-0,06	-0,13	-0,23	-0,22	0,06	-0,02	-0,01	-0,09	-0,09	0,09	-0,15
Справедливость	-0,27	0,03	-0,08	-0,15	-0,18	-0,13	-0,19	0,035	0,091	0,063	-0,10	-0,01	-0,01
Контролируемость	-0,21	-0,23	-0,17	-0,15	-0,12	-0,03	-0,15	0,098	-0,15	-0,045	-0,15	-0,10	-0,10
Закономерность	-0,09	-0,01	-0,15	-0,10	0,01	0,00	-0,06	-0,04	-0,09	0,16	-0,07	-0,15	-0,01
Самоценность	0,01	-0,22	-0,19	-0,07	-0,13	-0,08	-0,18	-0,07	-0,15	-0,08	-0,13	-0,09	-0,06
Способность контролировать ситуацию	-0,08	-0,26	-0,13	-0,18	-0,18	-0,25	-0,23	0,02	-0,14	-0,20	-0,18	-0,19	-0,17
Удача	-0,28*	-0,18	-0,27	-0,33*	-0,44**	-0,33*	-0,28*	-0,21	-0,20	-0,31*	-0,32*	-0,41**	-0,19

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Обозначения: SOM — соматизация; O-C — обсессивность-компульсивность; INT — межличностная сензитивность; DEP — депрессивность; ANX — тревожность; HOS — враждебность; PHOB — фобическая тревожность; PAR — паранойяльность; PSY — психотизм; ADD — дополнительная шкала; GSI — общий индекс тяжести дистресса; PSDI — индекс наличного симптоматического дистресса; PST — индекс общего числа утвердительных ответов.

Таблица 30

Коэффициенты корреляции Спирмена между характеристиками базисных убеждений и интенсивностью психопатологических симптомов (по группе участников военных действий)

Характеристики базисных убеждений	Психопатологические симптомы												
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	PSDI	PST
Доброжелательность окружающего мира	-0,08	-0,28*	-0,42***	-0,30*	-0,28*	-0,28*	-0,18	-0,34**	-0,23	-0,26*	-0,33**	-0,31**	-0,30*
Справедливость	0,33**	0,08	0,15	0,11	0,20	0,15	0,10	0,16	0,27*	0,11	0,19	0,08	0,17
Контролируемость	0,08	-0,16	-0,16	-0,12	-0,08	-0,11	-0,12	-0,05	0,06	-0,07	-0,09	-0,03	-0,07
Закономерность	-0,11	-0,07	-0,03	-0,03	-0,09	-0,10	-0,02	-0,12	-0,14	-0,15	-0,12	-0,12	-0,10
Самоценность	-0,10	-0,28*	-0,33***	-0,27*	-0,18	-0,23	-0,16	-0,23	-0,10	-0,13	-0,26*	-0,21	-0,25*
Способность контролировать ситуацию	0,04	-0,04	-0,11	-0,18	-0,01	-0,10	-0,06	0,05	-0,18	-0,02	-0,08	0,11	-0,13
Удача	-0,12	-0,25*	-0,24*	-0,32**	-0,08	-0,13	-0,19	-0,20	-0,25*	-0,23	-0,25*	-0,18	-0,24*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Обозначения: те же, что в табл. 29.

однако изменяются убеждения о собственном Я — оно представляется неспособным контролировать ситуацию, что зачастую приводит к ощущению себя «психологическим инвалидом» при объективно позитивной динамике заболевания. Вероятно также, что большую роль в разрушении убеждения о ценности и значимости собственного Я у больных раком молочной железы играет уродующий характер перенесенной операции.

Предложенная интерпретация полученных результатов, сделанная в рамках концепции Р. Янофф–Бульман, безусловно, не единственно возможная. К сожалению, невозможно проверить гипотезу о *влиянии* того или иного травмирующего события на структуру базисных убеждений индивида. В данном контексте можно говорить только о *взаимосвязи* изучаемых явлений. Нашему исходному утверждению о том, что травма разрушает убеждения индивида, в качестве альтернативы можно выдвинуть положение, что предшествующие травме схемы у разных индивидов различны. Следовательно, у лиц, имеющих изначально негативные убеждения о собственном Я и окружающем мире, ресурсы для совладания с травмой слишком малы, что является одной из причин развития ПТСР. У тех индивидов, которые могут опереться на собственные позитивные убеждения, процесс совладания проходит иначе: они умеют принимать поддержку окружающих людей, а собственное Я может восприниматься в отдельных случаях даже более сильным, чем до травмы. Безусловно, данная гипотеза имеет право на существование, однако она не умаляет роли базисных убеждений в развитии симптоматики ПТСР.

Таким образом, существуют различия в сопряженности базисных убеждений с посттравматическими симптомами при переживании различных видов психических травм. У индивидов, которые пережили травматические события, связанные с действием внешних факторов (участие в военных действиях), интенсивность посттравматических симптомов связана как с убеждением о враждебности окружающего мира, так и с негативным убеждением о собственном Я.

У лиц, перенесших онкологическое заболевание (травматическое воздействие исходит не из внешней среды, а как бы изнутри самого индивида), интенсивность посттравматических стрессовых реакций сопровождается изменением в негативную сторону только убеждения о ценности и значимости собственного Я. Убеждение о доброжелательности—враждебности окружающего мира у онкологических больных не сопряжено с выраженностью посттравматических стрессовых реакций.

Результаты исследования указывают на необходимость психотерапевтической работы с больными РМЖ с целью повышения их

самооценки и позитивного самоотношения, коррекции ошибок мышления в интерпретациях измененной схемы тела. Психотерапевтическая работа позволит пациенткам интегрировать травматические переживания в структуру базисных убеждений.

ГЛАВА 14

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РМЖ

Данная глава посвящена результатам изучения психофизиологических показателей эмоционального реагирования при предъявлении эмоциональных изображений, имеющих отношение к эмоционально значимым и психотравмирующим ситуациям.

Задачи исследования заключались в психофизиологическом анализе локальных, относящихся к определенным областям мозга, показателей вызванных потенциалов, возникающих при предъявлении эмоционально значимых изображений; изучении связи паттернов локальных показателей аффективности стимулов с механизмами психологической защиты; изучении связи локальных показателей аффективности стимулов с характеристиками эмоционального реагирования и выраженностью признаков посттравматического стресса у больных раком молочной железы.

Числовые значения, полученные при оцифровке вызванных потенциалов, преобразовывались в показатель, отражающий степень аффективности конкретного стимула, т.е. близость реакции к тем, что имеют место при предъявлении высоко- или низкоаффективных стимулов. Эти локальные показатели аффективности по каждому отведению использовались при проведении дальнейшего анализа.

Такой подход позволил, с одной стороны, исследовать специфику эмоционального реагирования в ответ на различную информацию, в том числе и относящуюся к психотравмирующей ситуации, с учетом индивидуального субъективного опыта, а с другой — проанализировать некоторые регуляторные механизмы, связанные с восприятием эмоционально значимой информации и возникновением посттравматического стресса.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА

Методика анализа вызванных потенциалов при предъявлении эмоционально значимых изображений разработана совместно с Лабораторией психофизиологических исследований ФГНУ ГНТЦ «Наука» Министерства образования и науки РФ (Квасовец, Иванов, Курчакова, 2007).

В качестве стимульного материала (фотографий) использовались изображения из набора IAPS — International Affective Picture Systems (CSEA-NIMH, 1999), сгруппированные таким образом, что фотографии каждой группы объединялись общей тематикой. Всего было сформировано 15 групп изображений, отражающих различные эмоциогенные ситуации, в каждую группу вошло около 10 фотографий:

1) лица людей с агрессивным выражением (Агресс); 2) сцены, связанные со смертью (Смерть); 3) эротические сцены (Эротика); 4) лица людей, выражающие горе (Горе); 5) фотографии детей, изуродованных болезнью (Дети); 6) фотографии техногенных катастроф (Катастр); 7) изображение денег (Деньги); 8) изображения ситуаций употребления наркотиков (Нарко); 9) изображения сцен насилия (Насилие); 10) изображения обнаженных женщин (Обнаж); 11) изображения сцен, вызывающих отвращение (Отвр); 12) лица людей с радостным выражением (Радость); 13) изображения кровавых сцен и частей тела (Кровь); 14) изображения угрожающих ситуаций (Угроза); 15) фотографии сцен, связанных с болевым воздействием, — уколы, стоматологические процедуры (Боль).

Была также создана дополнительная группа стимулов: для больных РМЖ — фотографии сцен медицинского обследования груди (Обслед). В качестве «нейтральных» использовались 10 групп стимулов, включающих фотографии пейзажей и предметов домашнего обихода, также взятых из набора IAPS.

Предъявление стимулов осуществлялось в двух различных режимах: в первом интервал следования изображений составлял в среднем 350 мсек (режим T1), во втором — 850 мсек (режим T2). Регистрация ЭЭГ осуществлялась монополярно в отведениях F3, F4, T3, T4, P3 и P4 по системе 10–20 (лобные, височные и теменные отведения левого и правого полушарий).

Вторичный анализ проводился с помощью программного пакета STATISTICA.

Исходные показатели вызванных потенциалов, возникающих при предъявлении эмоционально значимых изображений и регистрируемых в каждом отведении, преобразовывались в интегральный показатель, отражающий степень аффективности конкретного стимула.

Эти локальные показатели реагирования по каждому отведению использовались при проведении дальнейшей статистической обработки.

Смысл локального показателя аффективности в том, что его увеличение в каком-либо отведении при предъявлении стимула означает, что данная область мозга связана с механизмами оценки этого стимула как высокоаффективного. Этот показатель отражает степень аффективности конкретного стимула, т.е. степень близости реакции к тем, что имеют место при предъявлении высоко- или низкоаффективных стимулов.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Исследование психологических последствий травматического стресса выполнялось с помощью комплекса психометрических методик,

– *Шкала оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС* (Impact of event scale – revised, IOES-R).

– *Миссисипская шкала*, гражданский вариант (MS, Mississippi Scale).

– *Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики* (SCL-90-R, Symptom Check List).

Кроме того, использовались следующие опросники:

– *Опросник Айзенка (EPI)*.

– *Опросник структуры психологических защит LSI* (Life Style Index).

ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Испытуемому на экране дисплея предъявляются фотографии, относящиеся к различным стимульным группам (тестовые стимулы). Процедура организована по блокам, в каждом блоке предъявляется по одному стимулу (фотографии) из каждой стимульной группы, включая нейтральные. Порядок следования стимулов в каждом блоке рандомизирован. Блоки следуют один за другим, так что для испытуемого предъявление изображений выглядит сплошной непрерывной последовательностью.

С интервалом 15 ± 5 секунд испытуемому предъявляется целевой стимул – изображение маски (театральной, ритуальной, карнаваль-ной), в ответ на появление которого он должен как можно быстрее нажать на кнопку. Целевой стимул предъявляется только между блоками, чтобы не влиять на реакции испытуемого внутри блока. С этой же целью – максимально уравнивать условия предъявления различных сти-

мулов — после предъявления целевого стимула, сообщений об ошибках и других нарушений равномерного течения процедуры предъявляется несколько нейтральных стимулов, реакция на которые не включается в дальнейшую обработку.

Для создания соответствующей мотивации испытуемому периодически, с интервалом 120 ± 30 секунд, выводится на экран информация о выполнении им операторской деятельности: количество ошибок, ложных тревог, среднее время реакции и рассчитанный по этим показателям некоторый условный индекс внимания (количество правильных ответов, деленное на количество ошибок и на нормированное время реакции), после чего обследование продолжается. Общая продолжительность обследования составляла около 15 минут.

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Обследование проводилось в затемненном помещении. Изображения предъявлялись на 15-дюймовом жидкокристаллическом мониторе, имевшем разрешение 1024 на 768 пикселей, размер изображения равнялся 800 на 600 пикселей, остальная часть поля монитора имела черный цвет. Расстояние от глаз испытуемого до монитора составляло приблизительно 50 см.

ИСПЫТУЕМЫЕ

Обследовано 48 больных (средний возраст $M=49,9$ лет; $SD = 7,2$), прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной железы» I–III стадии, без последующих метастаз. На период обследования больные находились в состоянии ремиссии.

Все испытуемые были ознакомлены с задачами обследования и участвовали в нем на условиях информированного согласия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Взаимосвязь локальных показателей аффективности с данными психометрических опросников

При анализе корреляций со шкалами опросника SCL-90-R, который определяет характер и степень выраженности психопатологической симптоматики и уровень психической дезадаптации, обнаружено, что шкалами SCL-90-R, в наибольшей степени связанными с показате-

лями вызванной активности, являются шкалы INT (межличностной сензитивности, чувства личностной неполноценности, неадекватности), DEP (депрессии) и ANX (тревоги).

При этом следует отметить роль отведений P4 (правое теменное) и F3 (левое лобное). Показатели правого теменного отведения коррелируют с депрессией при рассматривании фотографий, связанных со смертью, фотографий печальных лиц, фотографий медицинского обследования груди, т.е. фотографий, связанных с заболеванием и угрозой для жизни.

Как видно из таблицы 31, показатели правого теменного отведения коррелируют со шкалой межличностной сензитивности при рассматривании фотографий, связанных с обследованием груди, изображений эротических сцен и фотографий обнаженных женщин, т.е. данная группа корреляций соответствует переживаниям возможной неполноценности в области сексуальной жизни. Показатели тревоги коррелируют с активностью левой лобной области (F3) при предъявлении изображений, связанных со смертью, и фотографий обнаженных женщин.

Таким образом, можно говорить о том, что реакции правого теменного отведения, играющего ведущую роль в эмоциональной активации, отражают депрессивные переживания, связанные с заболеванием, и переживания личностной неполноценности в результате заболевания. Тревога оказывается связанной с активностью левой лобной области.

Опираясь на данные, свидетельствующие о связи показателей аффективности в левом лобном отведении с тревогой, а в правом теменном — с эмоциональной напряженностью, можно интерпретировать результаты, полученные при сравнении больных РМЖ с разным послеоперационным периодом. Можно видеть, что больные, послеоперационный период у которых составляет менее года, с тревогой реагируют на фотографии обследования груди, а у больных, у которых после операции прошло больше года, тревога связана с изображениями смерти. При рассматривании эротических изображений показатели, характеризующие эмоциональную напряженность, достоверно выше у больных с меньшим послеоперационным периодом.

Таким образом, можно говорить о том, что в относительно ранний послеоперационный период тревога и эмоциональная напряженность связаны с фактом заболевания и возможными последствиями в сексуальной жизни. При более длительном послеоперационном периоде наблюдается связь тревоги с мыслями о смерти.

В таблице 32 приведены коэффициенты корреляции локальных показателей аффективности со шкалами опросника LSI, отражающими структуру психологических защит.

Таблица 31

Взаимосвязь показателей психопатологической симптоматики с локальными показателями аффективности.
Коэффициент корреляции Спирмена

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHB	PAR	PSY	ADD	GSI	PST	PSD
Обсл_F4	0,02	0,18	-0,12	0,08	-0,09	-0,05	0,08	-0,21	0,14	-0,02	0,25	0,22	0,37
Обсл_P4	-0,40	0,15	0,32	0,30	0,12	-0,22	-0,12	0,23	-0,06	0,24	0,15	0,24	0,10
Смер_F3	-0,12	-0,03	-0,04	-0,12	0,34	0,02	-0,03	0,15	-0,05	0,09	0,14	0,16	0,08
Смер_F4	-0,04	-0,15	0,08	-0,06	0,12	0,09	0,03	0,07	0,01	-0,11	0,34	0,18	0,26
Смер_T4	0,13	-0,09	0,21	0,16	-0,09	-0,20	-0,17	0,17	0,17	-0,30	-0,10	-0,20	-0,07
Смер_P4	0,09	0,03	0,12	0,35	-0,01	-0,19	-0,15	-0,06	-0,07	-0,15	0,15	0,09	0,20
Эрот_F3	0,21	0,00	0,02	-0,25	-0,01	-0,19	0,41	-0,38	-0,10	-0,11	-0,05	-0,07	0,14
Эрот_T4	0,10	0,11	0,16	-0,02	-0,30	-0,14	0,04	0,22	-0,10	-0,29	0,05	-0,05	0,09
Эрот_P4	0,08	0,01	0,56	-0,00	-0,18	-0,19	-0,15	0,02	-0,10	-0,15	-0,13	-0,22	-0,06
Горе_F3	0,26	-0,08	0,16	-0,18	-0,09	-0,34	0,23	-0,08	-0,07	-0,22	-0,08	-0,16	0,09
Горе_P4	-0,42	0,09	-0,06	0,36	0,22	-0,13	-0,00	0,28	0,16	-0,01	0,07	0,09	0,11
Обнж_F3	-0,37	0,02	0,05	0,21	0,38	-0,20	-0,07	0,14	0,23	0,17	0,18	0,24	0,09
Обнж_P3	-0,15	0,09	0,30	-0,06	0,17	-0,30	-0,10	-0,05	0,05	0,21	0,18	0,20	0,05
Обнж_P4	0,18	0,04	0,41	-0,21	-0,21	-0,24	-0,09	0,02	-0,12	-0,05	0,15	-0,00	0,18

Примечание: достоверные корреляции выделены жирным шрифтом.

Обозначения: Название показателя образуется из названия группы стимулов (см. в тексте), и названия отведения. F3 – левое лобное отведение, F4 – правое лобное, T3 и T4 – левое и правое височные отведения, P3 и P4 – левое и правое теменные отведения. Названия шкал опросника SCL-90-R: SOM – соматизация; O-C – обсессивность-компульсивность; INT – межличностная сензитивность; DEP – депрессия; ANX – тревожность; HOS – враждебность; PHB – фобическая тревожность; PAR – паранойяльные симптомы; PSY – психотизм; ADD – дополнительные вопросы; GSI, PST и PSD – обобщенные индексы.

ТАБЛИЦА 32

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АФФЕКТИВНОСТИ.
КОЭФФИЦИЕНТ КОРРЕЛЯЦИИ СПИРМЕНА

	Отрицание	Подавление	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивное образав.
Обсл_ F4	-0,12	-0,14	0,32	0,14	0,08	0,08	-0,20	-0,03
Обсл_ T3	0,21	0,09	-0,22	-0,10	-0,15	0,09	0,34	-0,26
Обсл_ P4	0,11	0,39	-0,30	-0,02	-0,12	-0,42	0,11	0,22
Смерть_ F3	0,32	-0,18	-0,14	-0,18	0,11	-0,07	0,01	0,11
Смерть_ P3	-0,27	-0,20	0,08	0,15	0,20	0,37	-0,11	-0,16
Смерть_ P4	-0,15	0,09	-0,32	0,11	0,14	-0,01	-0,08	0,10
Эрот_ T4	0,01	0,15	-0,04	-0,24	0,02	-0,34	0,00	0,12
Эрот_ P4	0,18	-0,02	-0,15	-0,09	0,02	-0,35	0,09	0,36
Горе_ F3	0,12	-0,11	-0,34	0,01	0,01	-0,08	0,19	0,09
Горе_ P4	0,19	0,34	-0,26	-0,04	-0,25	-0,40	0,31	0,07
Обнаж_ P4	0,14	-0,16	-0,05	0,01	0,01	-0,21	-0,15	0,39
Кровь_ F3	0,07	-0,36	-0,04	-0,21	0,11	0,17	0,21	-0,06
Кровь_ P4	-0,03	0,40	-0,01	-0,17	-0,04	0,16	0,19	-0,04
Угроза_ F3	0,35	-0,16	0,04	0,17	-0,26	0,06	0,09	-0,27
Угроза_ F4	0,20	-0,26	0,03	-0,04	-0,15	0,17	0,30	-0,27
Боль_ F3	0,33	-0,04	-0,02	-0,04	-0,29	0,13	0,09	-0,15
Боль_ P4	0,14	0,33	-0,06	-0,22	-0,42	-0,12	0,24	0,19

Примечание: достоверные корреляции выделены жирным шрифтом.

Обозначения: те же, что в таблице 31.

Схематическое отображение корреляций шкал опросника LSI, который определяет выраженность различных типов защитных механизмов, с локальными показателями аффективности при предъявлении различных стимулов представлено на рисунке 2. Можно видеть, что активность правой теменной области при предъявлении фотографий, связанных с обследованием груди, кровавыми сценами, болью и печальным выражением лиц, коррелирует с такой защитой, как подавление.

Этот результат свидетельствует о том, что выраженность эмоциональной активации, связанной с перечисленными ситуациями, регулируется с помощью защитного механизма подавления. Активность правой теменной области при рассматривании фотографий эротического содержания, а также изображений обнаженных женщины, коррелирует с защитным механизмом «Реактивное образование», роль которого в данном случае, по-видимому, заключается в снижении эмоциональной реакции при предъявлении «неприличных» изображений. Такая защита, как «отрицание», связана с активностью левой лобной области при предъявлении изображений, связанных со смертью, болью, угрозой.

Защитный механизм «подавление» коррелирует со снижением выраженности локальных показателей аффективности в левой лобной области и их повышением в правом теменном отведении при предъявлении стрессовых стимулов.

Сравнение показателей в группах, различающихся по времени, прошедшему после операции

При сравнении больных с разным послеоперационным периодом можно видеть, что по показателям суммарной активности (усреднен-



Рис. 2. Корреляции локальных показателей аффективности со шкалами LSI при предъявлении различных стимулов

Круг — положительные корреляции, треугольник — отрицательные. Коэффициент корреляции Спирмена. Обозначены корреляции, достоверные на уровне не ниже 5%.

ные значения локальных показателей аффективности независимо от времени экспозиции стимулов) наблюдаются достоверные различия в левом лобном отведении при предъявлении изображений обследования груди и изображений, связанных со смертью.

Учитывая ранее показанную связь этого отведения с тревогой, можно говорить о том, что больные с послеоперационным периодом менее года с тревогой реагируют на фотографии обследования груди, а у больных, у которых после операции прошло больше года, тревога связана с изображениями смерти. При предъявлении изображений, связанных с болевым воздействием, у больных с послеоперационным периодом меньше года выше как активность левой лобной области (тревога), так и активность правой теменной области (эмоциональная напряженность). Эмоциональная напряженность, отражающаяся в активации правой теменной области, достоверно выше у больных с меньшим послеоперационным периодом при рассматривании эротических изображений.

Как видно из таблицы 33, показатели разности реагирования при большом и малом времени экспозиции для стимулов, связанных с эротическими сценами, выражением горя, обнаженными женщинами и болевым воздействием, наблюдается сходная картина — уменьшение величины реакции при увеличении времени экспозиции, т.е. защитное реагирование, у больных с большим послеоперационным периодом. Этот результат наблюдается в задних отведениях, преимущественно в правом теменном. Одновременно с этим отмечается усиление реакции при большем времени экспозиции в левой лобной области.

Таким образом, можно полагать, что у больных с большим послеоперационным периодом формируется защитное реагирование в отношении указанной информации. Механизмом этого защитного реагирования является уменьшение активности в задних (преимущественно правосторонних) отведениях и увеличение активности левого лобного отведения при возрастании осознанности содержания изображений.

Сравнение показателей в группах, различающихся по значениям субшкал ШОВТС

Для изучения связи локальных показателей аффективности с признаками посттравматического стресса использовались субшкалы опросника ШОВТС, оценивающего влияние травматического события. Сравнивались средние показатели, находящиеся ниже и выше медианы распределений значений субшкал «избегание», «возбуждение» и «вторжение».

Помимо приведенных в таблице 34 данных, следует отметить наличие достоверных различий между группами по психометрическим

ТАБЛИЦА 33

СРАВНЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ, ПРОШЕДШЕГО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

Группа 1 — больные с послеоперационным периодом 1 год.

Группа 2 — больные, с послеоперационным периодом меньше 1 года.

КРИТЕРИЙ МАННА–УИТНИ.

	Суммарные показатели				Разность T2-T1			
	m_1	m_2	Z	p	m_1	m_2	Z	p
Обсл_F3	-0,108	0,675	-2,057	0,046	0,343	0,035	0,713	0,480
Смерть_F3	0,520	-0,307	2,067	0,045	0,264	-0,176	0,957	0,344
Эрот_F3	1,104	1,096	0,020	0,984	0,702	-0,131	2,263	0,029
Эрот_T3	0,710	0,622	0,219	0,828	-0,213	0,818	-3,025	0,004
Эрот_P4	0,307	1,127	-2,033	0,049	-0,448	0,087	-1,678	0,101
Горе_T4	-1,563	-1,367	-0,452	0,653	-0,483	0,228	-2,899	0,006
Горе_P4	-2,103	-1,252	-1,623	0,112	-0,393	0,252	-2,124	0,039
Обнаж_F3	0,140	0,257	-0,264	0,793	0,343	-0,179	2,119	0,040
Обнаж_P4	-0,666	-0,842	0,342	0,734	-0,515	0,432	-2,629	0,012
Боль_F3	-0,453	0,676	-2,870	0,006	0,239	-0,082	0,967	0,339
Боль_P4	-1,254	-0,208	-2,330	0,025	-0,533	0,291	-2,202	0,033

Примечание: Достоверные различия выделены жирным шрифтом.**Обозначения:** m — среднее по группе, Z — критерий Манна–Уитни (нормальная аппроксимация), p — уровень достоверности (вероятность ошибки).
Остальные обозначения те же, что в таблице 31.

показателям. Так, в группе 2 (с высокими значениями по шкале «избегание») достоверно больше, чем в группе 1, значения шкалы «подавление» опросника LSI ($Z=4,69$, $p<0,0002$).

При рассмотрении результатов, представленных в таблице 34, можно видеть, что по суммарным значениям локальных показателей аффективности, у пациентов с высокими значениями шкалы «избегание» имеется достоверное увеличение активности правого теменного отведения при предъявлении изображений, связанных с заболеванием (фотографии обследования груди), а также изображений людей с агрессивным и печальным выражениями лиц. Высоким значениям шкалы «избегание» соответствует также снижение активности ле-

ТАБЛИЦА 34

СРАВНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМИ (ГРУППА 1) И ВЫСОКИМИ (ГРУППА 2) ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПО СУБШКАЛЕ «ИЗБЕГАНИЕ» ШОВТС. КРИТЕРИЙ МАННА-УИТНИ

	Суммарные показатели				Разность T2-T1			
	m_1	m_2	Z	p	m_1	m_2	Z	p
Агресс_Р4	-0.006	1.436	-2.460	0.022	0.293	-0.184	1.100	0.283
Обсл_Р4	-0.299	1.039	-2.604	0.016	0.408	0.191	0.375	0.711
Смерть_Ф3	-0.461	-0.741	0.615	0.544	0.330	-0.611	2.252	0.042
Эрот_Ф3	0.888	0.924	-0.077	0.938	0.425	-0.704	2.679	0.014
Горе_Р4	0.921	2.600	-3.574	0.001	-0.158	-0.390	0.521	0.607
Дети_Р4	0.445	1.185	-1.105	0.281	0.058	-1.209	2.998	0.006
Наси_Т4	0.115	0.233	-0.187	0.853	-0.511	0.197	-2.126	0.046
Наси_Р3	1.566	0.582	2.092	0.048	-0.688	0.245	-1.577	0.129
Кровь_Р3	1.734	0.661	2.283	0.029	0.001	0.073	-0.112	0.911
Боль_Р4	-0.777	-0.296	-0.746	0.463	-0.753	0.218	-2.217	0.038

Примечание: Достоверные различия выделены жирным шрифтом.

Обозначения: те же, что в таблице 31.

вого теменного отведения при предъявлении изображений насилия и кровавых сцен.

При анализе показателей разности реагирования при большом и малом времени экспозиции видно, что реакция на стимулы, связанные с эротическими сценами и с изображениями смерти, коррелирует с уменьшением степени реагирования при увеличении времени экспозиции, причем этот результат наблюдается в левой лобной области.

Аналогичная реакция — уменьшение выраженности показателей при увеличении экспозиции — наблюдается в правом теменном отведении при предъявлении фотографий больных детей. В то же время для изображений, связанных с насилием и болевым воздействием, отмечается достоверное возрастание показателей в правом полушарии (в височных и теменных отведениях) при увеличении времени экспозиции.

Таким образом, можно полагать, что формирование симптоматики «избегания» у больных, которая является одной из основных стратегий реагирования на травматическое воздействие, связано с увеличением эмоциональной напряженности в отношении стрессовой информации, и функционированием защитных механизмов, снижающих эмоциональную реактивность при возрастании осознанности содержания изображений. В пользу такого заключения свидетельствуют также и высокие значения защитного механизма «подавление», который, как показано в таблице 32, коррелирует с увеличением активности правого теменного отведения при предъявлении фотографий, связанных со стрессовой ситуацией.

По результатам опросников, в группе 2 (с высокими значениями шкалы «гипервозбудимость») достоверно больше, чем в группе 1, показатели шкалы «нейротизм» опросника EPI ($Z=2,19$; $p<0,05$) и меньше значения шкалы «экстраверсия» ($Z=2,49$; $p<0,03$).

Анализ результатов, представленных в таблице 35, показывает, что у пациентов с высокими значениями шкалы «гипервозбудимость» имеется достоверное увеличение активности правого теменного отведения при предъявлении изображений, связанных со стрессовой информацией (обследование груди, изображения смерти, обнаженные женщины), а также изображений людей с агрессивным выражением лица и изображением денег.

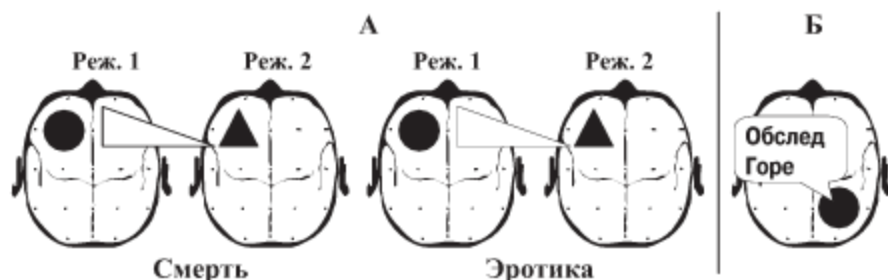


Рис. 3. Различия локальных показателей аффективности в группах пациентов с РМЖ, имеющих высокие и низкие значения по шкале «избегание» ШОВТС

Круг — значения показателей в группе с высоким избеганием достоверно больше, чем в группе с низким, треугольник — меньше. Критерий Манна–Уитни. Обозначены различия, достоверные на уровне не ниже 5%.

А — сравнение показателей в режимах с различным временем экспозиции: реж. 1 — малое время, реж. 2 — большое время.

Б — сравнение показателей при анализе независимо от времени экспозиции.

ТАБЛИЦА 35

СРАВНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМИ (ГРУППА 1) И ВЫСОКИМИ (ГРУППА 2) ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПО СУБШКАЛЕ «ГИПЕРВОЗБУДИМОСТЬ» ШОВТС.
КРИТЕРИЙ МАННА-УИТНИ.

	Суммарные показатели				Разность T2-T1			
	m_1	m_2	Z	p	m_1	m_2	Z	p
Агресс_P4	-0,228	1,074	-2,535	0,019	-0,008	0,856	-1,657	0,113
Обсл_P4	0,013	1,430	-2,122	0,046	-0,294	0,668	-2,153	0,044
Смерть_P4	0,643	1,645	-2,221	0,038	-0,014	0,098	-0,238	0,813
Эрот_P3	0,657	0,326	0,541	0,594	0,509	-0,378	2,654	0,015
Горе_F4	-1,274	-0,949	-0,566	0,577	-0,730	0,401	-2,089	0,049
Горе_P4	1,546	2,927	-1,728	0,099	0,023	0,845	-2,132	0,046
Деньги_P4	0,936	2,356	-2,091	0,049	0,745	0,761	-0,037	0,970
Обнаж_T3	-0,988	-0,750	-0,498	0,623	-0,285	0,945	-2,108	0,047
Обнаж_T4	0,596	1,835	-2,806	0,010	-0,115	0,188	-0,554	0,585
Кровь_F3	1,261	2,924	-3,808	0,001	-0,343	-0,006	-0,787	0,440
Боль_P4	-1,101	-1,316	0,346	0,732	0,675	-0,294	2,043	0,054

Примечание: Достоверные различия выделены жирным шрифтом.

Обозначения: те же, что в таблице 31.

При рассмотрении результатов, относящихся к разности показателей при «медленном» и «быстром» предъявлении, можно видеть, что в большинстве случаев при увеличении времени экспозиции стимулов, т.е. при возрастании их осознанности, у пациентов с высокими показателями по шкале «возбудимость» увеличивается и величина реакции, т.е. отсутствуют психологические защиты, связанные с большим участием регуляторных механизмов при увеличении экспозиции, которые мы отмечали в случае повышения шкалы «избегание». С этими данными согласуется и факт высоких значений по шкале нейротизма EPI у больных с высоким уровнем показателей по шкале «гипервозбудимость».

При анализе результатов, полученных с помощью опросников, было обнаружено, что группа 2 (с высокими значениями шкалы «втор-

жение») характеризуется более высокими значениями по субшкале дополнительных вопросов (ADD) опросника SCL-90-R ($Z=2,06$; $p<0,05$) и меньшими значениями шкалы DEP (депрессия) ($Z=2,32$, $p<0,03$). Из таблицы 36 видно, что различия пациентов с высокими и низкими значениями субшкалы «вторжение» проявляются, в основном, при сравнении суммарных показателей. В первую очередь это относится к показателям активности передних отделов мозга.

Так, в группе 2 (с высокими значениями субшкалы «вторжение») имеется достоверное уменьшение активности левого лобного отведения при предъявлении изображений, связанных с медицинским обследованием, изображений людей с печальным выражением лица, а также изображений кровавых сцен. Далее, отмечается уменьшение активности правого лобного отведения при предъявлении изображений, связанных со смертью, изображений людей с печальным выражением лица, обнаженных женщин. В то же время достоверные различия при сравнении режимов «быстрого» и «медленного» предъявления весьма малочисленны.

ТАБЛИЦА 36

СРАВНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМИ (ГРУППА 1) И ВЫСОКИМИ (ГРУППА 2) ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПО СУБШКАЛЕ «ВТОРЖЕНИЕ» ШОВТС. КРИТЕРИЙ МАННА-УИТНИ

	Суммарные показатели				Разность T2-T1			
	m_1	m_2	Z	p	m_1	m_2	Z	P
Обсл_F3	0,347	-0,596	2,049	0,048	0,800	0,873	-0,117	0,907
Смерть_F4	0,011	-0,950	2,122	0,044	0,366	-0,037	0,815	0,424
Смерть_P3	-0,290	-0,860	0,949	0,354	-0,469	0,969	-2,546	0,019
Эрот_F3	1,443	1,081	0,658	0,518	0,096	1,044	-2,197	0,040
Эрот_F4	1,384	0,628	2,281	0,034	-0,423	0,197	-1,260	0,222
Горе_F3	0,025	-1,265	2,430	0,025	-0,110	0,212	-0,815	0,424
Горе_F4	-0,076	-0,975	2,129	0,045	-0,130	-0,620	0,956	0,351
Обнаж_F4	1,156	-0,502	3,105	0,005	-0,069	0,378	-0,895	0,381
Кровь_F3	2,852	1,700	2,134	0,046	0,138	-0,113	0,512	0,614

Примечание: Достоверные различия выделены жирным шрифтом.

Обозначения: те же, что в таблице 31.

Полученные данные позволяют говорить о специфическом характере реагирования у пациентов с высокими значениями по субшкале «вторжение», а именно о снижении активности лобных областей мозга при восприятии психотравмирующей информации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Разработка диагностического комплекса клинико-психологических методов, направленных на определение качественной структуры субъективных реакций на психотравмирующую ситуацию и оценку психологических адаптационных возможностей по совладанию с ней относится к числу важнейших задач при исследовании механизмов возникновения и развития реакции на психическую травму. Такая диагностика может способствовать повышению эффективности психологического консультирования при работе с людьми, пережившими тяжелые психотравмирующие ситуации (болезни, угрожающие жизни, боевой стресс) (Тарабрина и др., 2001).

В последнее время появились исследования, показывающие, что имеются достаточно быстрые механизмы эмоциональной оценки, проявляющиеся в показателях вызванных потенциалов с достаточно малой латентностью и обеспечивающие предварительную «настройку» эмоционального реагирования. В ряде исследований подчеркивается, что мотивационная или эмоциональная значимость является первичной детерминантой избирательного внимания: соматические, вегетативные и кортикальные события, связанные с направленностью, автоматически активируются эмоционально окрашенной стимуляцией (Lang, Bradley, Cuthbert, 1997).

Предположение о том, что различия в оценке интенсивности стимулов при «быстром» и «медленном» предъявлении отражают функционирование разных уровней обработки эмоциональной информации. Один из этих уровней связан с быстрым различением аффективно насыщенных стимулов, а другой — с оценкой субъективной значимости стимулов, включением стимульной информации в более широкий эмоциональный контекст и с механизмами эмоциональной регуляции при наличии внутриличностных конфликтов (Квасовец, Иванов, Курчакова, 2007).

Иными словами, по мере увеличения экспозиции стимула его семантическая обработка проходит разные стадии, причем большая экспозиция связана с большим участием когнитивных механизмов в процессе обработки.

Основу для таких построений можно найти в работах, анализирующих системную организацию деятельности (Безденежных,

2004). Создание новых межсистемных связей, выходящих за рамки сложившихся поведенческих стереотипов, требует больше времени и связано с функционированием, в первую очередь, лобных отделов головного мозга.

При обследовании больных РМЖ сравнение показателей активации при различных временах экспозиции изображений позволяет говорить о том, что одним из механизмов регуляции эмоционального состояния является такой защитный механизм, как подавление, уменьшение эмоциональной реакции на информацию, связанную с психической травмой. Действие этого механизма усиливается с возрастанием времени экспозиции стимулов, связанных с психотравмирующей ситуацией.

Вторым фактором, участвующим в оценке результатов обследования, являлись данные сравнения локальных показателей аффективности, получаемых в ответ на предъявление эмоционально значимых и нейтральных изображений.

При этом сравнении статистически анализировалась степень отличия каждого эмоционально значимого стимула от группы нейтральных стимулов. Достоверное отрицательное значение соответствовало более низкой реакции на стимул по сравнению со средней реакцией на нейтральные стимулы, а положительное — достоверно более высокой.

В работах Э.А. Костандова (Костандов, 1997), в работах других исследователей неоднократно подчеркивался тот факт, что у части испытуемых пороги опознания эмоционально значимых стимулов повышаются по сравнению с нейтральными, а у части — понижаются. Повышение порогов опознания при этом Э.А. Костандов связывает с действием психологической защиты. По мнению П.В. Симонова (1981), такие различия можно объяснить тем, что решающее значение для смещения порога в ту или иную сторону имеет характер мотивации, на базе которой происходит процесс опознания. Преобладание мотивов самосохранения включает, как полагает автор, механизмы психологической защиты с характерным для них повышением порогов восприятия (Симонов, 1981).

Исходя из этого, мы полагаем, что отрицательные значения показателей соответствуют более высокому порогу возникновения реакции на тестовый стимул и, следовательно, в них проявляются механизмы, связанные с психологической защитой. Наоборот, достоверные положительные значения свидетельствуют об отсутствии проявлений психологической защиты и, более того, о наличии выраженного субъективного переживания психологической проблематики, соответствующей тестовому стимулу.

Наконец, третий фактор, учитываемый при рассмотрении получаемых результатов, относится к роли топической организации анализируемых показателей, к их связи с различными структурами мозга и, в первую очередь, к соотношению показателей, характеризующих реагирование левого и правого полушарий.

Имеется достаточно много работ, в которых эмоциональное реагирование рассматривается с точки зрения межполушарной асимметрии (Хомская, Батова, 1998). Мы выделяем аспект рассмотрения данной проблемы, который основан на представлениях о временной соотношенности в работе левого и правого полушарий. Как отмечается в работах Н.Н. Брагиной и Т.А. Доброхотовой, правое полушарие связано с прошлым, а левое полушарие — с будущим временем (Брагина, Доброхотова, 1981).

Левое полушарие в большей степени связано с планированием, организацией целенаправленной деятельности (Хомская, 1987). Правое же полушарие теснейшим образом взаимодействует со структурами, ответственными за эмоциональное реагирование, за хранение следов эмоциональной памяти (Хомская, Батова, 1998). Таким образом, мы рассматриваем правополушарное реагирование как связанное в большей степени с актуальными аффективными переживаниями, а левополушарное — как связанное с тревогой, отнесенной к будущей угрозе.

В нашем исследовании показано, что при предъявлении изображений, связанных с различными аспектами психотравмирующей ситуации, паттерн организации различных областей мозга отражает соответствующие этим аспектам характеристики эмоционального реагирования. Активация задних отделов правого полушария соответствует эмоциональной напряженности, активация передних отделов левого полушария — тревоге.

Также в проведенном исследовании было показано, что индивидуальные особенности субъективного опыта отражаются в показателях, соответствующих различным по уровню механизмам оценки эмоциональной информации.

Обнаружена связь локальных показателей аффективности при предъявлении изображений, относящихся к психотравмирующим ситуациям, с признаками психической дезадаптации — наличием тревожно-фобических реакций, депрессивной симптоматики и чувства личностной неполноценности.

Показано, что основным признакам посттравматического стресса — избеганию, вторжению и гиперторможению — соответствуют определенные паттерны анализируемых показателей. При этом симптоматика «вторжения» коррелирует со снижением контролирующих

функций лобных отделов и левого полушария; наличие симптомов «гипервозбуждения» сопряжено со значительным повышением показателей эмоциональной реактивности при отсутствии выраженности показателей, связанных с защитным реагированием; симптомы «избегания» сопряжены с усилением выраженности защитных механизмов при предъявлении информации, связанной со стрессом.

Полученные в исследовании результаты могут быть использованы при проведении психолого-реабилитационной работы с больными РМЖ, в качестве метода, позволяющего изучать особенности психического статуса больных, связанные с психотравмирующей ситуацией.

В качестве примера приведем несколько конкретных случаев обследования больных с диагнозом «рак молочной железы» (РМЖ). Психическая травма при заболевании раком молочной железы предполагает действие целого ряда факторов. Во-первых, это восприятие онкологического заболевания как угрозы для жизни. Во-вторых, это субъективная оценка косметического дефекта. Наконец, данное заболевание может восприниматься как серьезнейший психосоциальный травмирующий фактор, связанный с угрозой нарушения сексуальных, семейных и социальных отношений.

Больная С.Р.Н., 54 года, разведена, детей нет. Операция произведена в 2005 году.

В первичной беседе замкнута, необщительна, формально отвечает на вопросы.

По результатам психофизиологического обследования:

- выраженная аффективная значимость изображений, связанных со смертью;
- высокая значимость изображений медицинского обследования груди при «медленном» режиме предъявления, что говорит о включенности этой проблематики в широкий личностный контекст;
- достоверное правополушарное доминирование при предъявлении изображений трупов, частей тела.

При вторичной беседе, проведенной с учетом полученных при обследовании результатов, больная рассказала о том, что постоянно испытывает страх смерти, не может отвлечься от мыслей о своем заболевании, опасаясь возможности появления метастаз и смерти. Кроме того, выяснилось, что больная на протяжении последних лет несколько раз становилась свидетельницей или участницей дорожно-транспортных происшествий, видела тела погибших людей, что вызвало сильные эмоциональные переживания.

Больная Х.Е.А. 37 лет, замужем, ребенок 5 лет. Операция произведена в 2006 году.

В первичной беседе достаточно контактна, но старается избегать тем, связанных с личной жизнью.

По результатам психофизиологического обследования:

- выраженная аффективная значимость фотографий людей с выражением горя и печали;
- высокая значимость изображений медицинского обследования груди при «медленном» режиме предъявления;
- высокая значимость изображений красивых обнаженных женщин при «медленном» режиме предъявления, что говорит о включенности этой проблематики в широкий личностный контекст;
- достоверное правополушарное доминирование при предъявлении изображений медицинского обследования груди.

При вторичной беседе, проведенной с учетом полученных при обследовании результатов, больная рассказала о своих переживаниях по поводу своей эротической неполноценности, о том, что она беспокоится, не бросил бы муж, поскольку, с удаленной грудью, больше не сможет найти мужчину.

Таким образом, можно видеть, что полученные с помощью описанной методики результаты адекватно отражают психологические проблемные ситуации, существующие у больных, что позволяет использовать эти данные при проведении психолого-консультативной работы с больными, имеющими психическую травму. Можно утверждать, что психологическое консультирование, проводимое с опорой на объективно полученные в процессе психофизиологического обследования данные, имеет ряд преимуществ, существенно увеличивающих его эффективность и результативность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психоонкология — одна из новых междисциплинарных отраслей науки, возникшая в результате многолетних клинических наблюдений особенностей этиопатогенеза, динамики и лечения онкологических больных. В ней соединились собственно клиническая специфика болезни, ее психиатрические, социологические, социально-психологические и клинико-психологические аспекты. Настоящее коллективное и многолетнее исследование посвящено новой и развивающейся области клинической психологии — **онкопсихологии**. Основное направление работы связано с изучением психологических последствий воздействия угрожающих жизни заболеваний, которое конкретизировано в исследовании посттравматического стресса у больных раком молочной железы. Выбор тематики работы обусловлен тем, что установление диагноза злокачественного новообразования является сильным травматическим стрессором для каждого человека и сопровождается интенсивными переживанием негативных эмоций страха, беспомощности и т.д.

В настоящей работе проанализированы основные направления психологических исследований онкологических заболеваний. Выделяются две основные группы. К *первой* из них относятся вопросы влияния психологических факторов (жизненных событий или личностных особенностей) на возникновение и рецидивы опухолевых заболеваний. Анализ литературы показал, что имеющиеся на сегодняшний день данные о влиянии психосоциальных факторов на биологические аспекты возникновения и течения онкологических заболеваний достаточно противоречивы и необходимы дальнейшие исследования в этой области.

Вторая группа исследований направлена на изучение психологических реакций и личностных изменений в результате угрожающей жизни болезни, а также факторов, оказывающих влияние на адаптацию к заболеванию и качество жизни онкологических больных. Показано, что заболевание раком оказывает сильнейшее психотравмирующее воздействие на больного, при этом переживания затрагивают многие аспекты жизни человека: перестраивается все мироощущение больных, изменяется восприятие себя, своей жизни, окружающего мира. Изменения происходят в эмоциональной, мотивационно-потребностной, ценностно-смысловой сферах и т.д.

Большое количество исследований, демонстрирующих распространенность серьезных психических нарушений и психиатрических проблем у онкологических больных, подтверждает, что далеко не все больные могут успешно преодолевать переживаемый стресс.

В рамках онкопсихологии в настоящее время наблюдается рост исследований посттравматического стресса, переживаемого онкологическими больными в ответ на психотравмирующее воздействие угрожающей жизни болезни. Исследования ПТСР у онкологических больных имеют небольшую историю, но уже полученные данные позволяют утверждать перспективность этого направления в исследовании психологических аспектов переживания рака.

Проведенное нами исследование психологических последствий стресса у больных РМЖ впервые на отечественной выборке продемонстрировало наличие признаков посттравматического стресса у больных, завершивших лечение по поводу РМЖ и выявило ряд факторов, взаимосвязанных с интенсивностью посттравматических стрессовых реакций.

Показано, что диагноз «рак молочной железы» действительно является чрезвычайным стрессором, представляющим угрозу для жизни и физической целостности, вызывающим реакции интенсивного страха, беспомощности или ужаса.

В результате у **части** больных развиваются признаки, соответствующие клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): навязчивые переживания по поводу события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о событии, повышенная физиологическая реактивность организма в ответ на стимулы, символизирующие травму и эмоциональная возбудимость.

В исследуемой выборке 65,3% больных РМЖ испытывали некоторую степень посттравматического стресса и у 25% из них он достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине посттравматического стрессового расстройства. Тот факт, что это последствия заболевания, а не характеристики, возможно имевшие место в преморбиде, подтверждают особенности комплекса методов исследования: все методы диагностики признаков посттравматического стресса направлены на изучение психологических феноменов, возникших после травмы и в результате ее. Признаки вторжения, избегания и физиологического возбуждения непосредственно связаны с травматическим материалом.

Полученные нами данные по выраженности признаков посттравматического стресса среди больных РМЖ мало различаются с данными, полученными другими исследователями, а также с исследованиями распространенности признаков посттравматического стресса среди жертв других травматических событий.

Выявлено наличие психопатологических симптомов у больных РМЖ, уровень выраженности которых был взаимосвязан с интенсивностью признаков посттравматического стресса. Получено, что у испытуемых, вошедших в группы «ПТСР» и «Частичное ПТСР», наблюдаются примерно одинаковые, высокие уровни враждебности, фобической тревожности и паранойяльных симптомов и эти показатели у них достоверно отличаются от группы «Нет ПТСР». Следовательно, у пациентов этих групп значительно чаще наблюдаются признаки агрессивности, раздражительности, гнева и негодования; у них чаще наблюдаются стойкие иррациональные реакции страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущие к избегающему поведению, а также подозрительность, страх потери независимости.

Можно заключить, что такой паттерн взаимодействия с внешним миром, отражающий определенное недоверие по отношению к окружающему миру и страх некоторой опасности, которая может идти извне, способен отягощать процесс совладания с психотравмирующим воздействием онкологического заболевания.

Было показано, что в исследуемой выборке больных РМЖ интенсивность признаков посттравматического стресса взаимосвязана со следующими социально-демографическими и клиническими характеристиками: образованием (низкий уровень образования взаимосвязан с более выраженными признаками травматического стресса); временем, прошедшем после установления диагноза и проведения операции (наблюдалась тенденция к увеличению признаков посттравматического стресса со временем); а также социальным положением женщины — показателем занятости в профессиональной сфере (работающие женщины имели более низкие уровни признаков посттравматического стресса).

Данные настоящего исследования свидетельствуют о значимости содержательных характеристик личности в развитии признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. Базисные когнитивно-личностные характеристики, отражающие глубинные представления человека о себе, окружающем мире и их взаимодействии сопряжены с характеристиками посттравматического состояния у больных РМЖ: интенсивность посттравматических стрессовых реакций сопровождается изменением в негативную сторону убеждения о ценности и значимости собственного «Я».

У больных с высоким уровнем выраженности признаков посттравматического стресса наблюдается значимо более высокие уровни ситуационной и личностной тревожности; а повышенные уровни тревожности сопряжены с убеждением о враждебности окружающего

мира, собственной неудачливости и негативном убеждении в ценности и значимости собственного Я.

Переживание психической травмы тесно связано с искажением восприятия жизненной перспективы, разрушением привычных схем, которые до травматического события делали мир и собственное будущее понятным и предсказуемым. С ростом показателей травматизации усугубляется тенденция к искажению жизненной перспективы. Жизненная перспектива оценивается травмированными индивидами как «безнадежная», «не зависящая от меня», у них утрачено ощущение контроля, обследуемые испытывают чувство обеспокоенности за свое будущее, которое тем выше, чем выше показатели травматизации. Полученные результаты сопоставимы с результатами, полученными при исследовании ликвидаторов аварии на ЧАЭС. При этом особенно заметны сходства в травматическом воздействии «невидимого» и хронического стрессора.

Таким образом, данные о когнитивно-личностных особенностях больных РМЖ показали, что у индивидов с высоким и низким уровнем выраженности признаков посттравматического стресса наблюдаются значимые различия в глубинных представлениях о себе и мире. Результаты исследования подтверждают необходимость психотерапевтической работы с больными, демонстрирующими признаки посттравматического стресса, направленной на коррекцию дисфункциональных убеждений, снижение тревоги и восстановление целостности собственной личности.

В качестве одной из задач нашего исследования был анализ взаимосвязей жизненных стрессов с характеристиками посттравматических состояний больных РМЖ (поскольку вопрос о влиянии стрессовых событий на развитие и течение онкологических заболеваний до сих пор остается актуальным и дискуссионным).

Полученные результаты демонстрируют, что чем больше травмирующих ситуаций переживали больные РМЖ в течение жизни, чем более сильно они оценивали их влияние, тем более выраженная психопатологическая и посттравматическая симптоматика проявлялась в реакциях на текущий стресс — заболевание РМЖ. Из психопатологической симптоматики особенно четко выделяются симптомы депрессии, тревожности и психотизма, которые можно рассматривать как своеобразное проявление истощения личностных ресурсов для преодоления стрессовых событий.

Показатель влияния на индивида травмирующих событий, пережитых в течение жизни, взаимосвязан с уровнем личностной тревожности: на испытуемых с более высоким уровнем тревожности травмирующие события оказывают более интенсивное воздействие.

Следовательно, женщины с более высоким уровнем личностной тревожности склонны оценивать влияние происходящих с ними психотравмирующих ситуаций как более интенсивное и это помещает их в группу риска развития ПТСР.

В целом проведенное исследование поддерживает предположение о том, что количество и субъективная оценка влияния этих событий на жизнь человека положительно коррелируют с выраженностью посттравматических реакций на актуальную травму, а особенности индивидуального реагирования на жизненные травмы вносят существенный вклад в психологический статус больных раком молочной железы.

Таким образом, в настоящей работе представлено первое в отечественной психологии исследование психологических последствий стресса, вызванного онкологическим заболеванием — раком молочной железы. Понимание специфики посттравматического стресса у больных РМЖ открывает новые перспективы как в теоретическом осмыслении влияния угрожающих жизни заболеваний на психику человека, так и в разработке индивидуализированных психотехник, используемых в коррекционной работе с такими пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

- Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004.
- Александров Ю.И.* Научение и память: традиционный и системный подходы // Журнал высшей нервной деятельности. 2005. Т. 55. Вып. 6. С. 842–860.
- Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П.* Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
- Алиев Д.А., Джафаров Р.Д.* Медико-социальная реабилитация больных раком молочной железы. Баку, 1991.
- Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 3–18.
- Архипова И.В., Кокорина Н.П.* Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Псих. расстройства в общей медицине. 2009. № 1.
- Бажин Е.Ф.* Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Психология и медицина. М.: Медицина. 1978. С. 219–225.
- Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В.* О психогенных реакциях у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 8. С. 1198–1204.
- Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В.* Психогенные реакции у онкобольных. СПб., 1983.
- Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В.* Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Журн. Клин. Психонкологии. 2002. № 3.
- Безднежных Б.Н.* Динамика взаимодействия функциональных систем в структуре деятельности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2004.
- Безруких М.М., Фарбер Д.А.* Психофизиология / Под ред. А.В. Петровского. ПЕР СЭ. М.: 2006.
- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. М.-СПб.: Питер, 2003.
- Бехтерев В.М.* Избранные произведения. Л.: Медгиз. 1954.
- Бодров В.А.* Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 4. С. 64–74.

- Бодров В.А.* Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
- Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1981.
- Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М., 1999.
- Брушлинский А.В.* Психология субъекта. СПб.: Алетейя. 2002.
- Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер Ком., 1999.
- Великолуз А.Н., Овчарова Р.В. и др.* Психологические особенности личности больных со злокачественными опухолями различной локализации // Паллиативная медицина и реабилитация. М., 1997. № 2.
- Ворона О.А.* Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2005.
- Выготский Л.С.* Вопросы теории и истории психологии. Соч. в 6 т. Т. 1. М., 1982.
- Ганнушкин П.Б.* Избранные труды по психиатрии. Ростов-на-Дону, 1998. С. 269–291.
- Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 100–114.
- Гнездилов А.В.* Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб.: АОЗТ «Клинт», 1995.
- Гоулер Я.* Вы можете победить рак / Пер. с англ. М.: Салюс, 1997.
- Давыдовский И.В.* Общая патология человека. М.: Медицина, 1969.
- Досталова О.* Как сопротивляться раку / Пер. с чешского. СПб.: Питер-Пресс, 1994.
- Зубарев Ю.Г., Квасенко А.В.* Психологический диагноз соматического больного // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. Тез. респ. научн. конференции. Каунас, 1983. С. 165–166.
- Ивашкина М.Г.* Психологические особенности личности онкологических больных: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1998.
- Идрисов К.А.* Психическое здоровье населения в условиях долговременной чрезвычайной ситуации (на материале Чеченской республики) // Предварительное совещание по подготовке конференции по общественному стрессу и психическому здоровью. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Москва, Российская Федерация, 3–5 июня, 2004 г.
- Кант И.* Критика чистого разума // Собр. соч. в 8 т. Т. 3. М., 1994.
- Касимова Л.Н., Илюхина Т.В.* Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т. 2. № 3.

- Квасовец С.В., Иванов А.В., Курчакова М.С.* Отражение аффективной насыщенности изображений в показателях вызванных потенциалов // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 3. С. 84–94.
- Келли Дж.* Теория личности. СПб.: Речь, 2000.
- Ключарев В.А., Никулин В.В., Пономарев В.А.* Влияние эмоционально значимых зрительных стимулов на корковые вызванные потенциалы // Физиология человека. 2000. Т. 26. № 1. С. 5–13.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002.
- Колосов А.Е., Шиповников Н.Б.* Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». Киров, 1994.
- Костандов Э.А.* Психофизиология бессознательного // Основы психофизиологии / Под ред. Ю.И. Александрова. М.: Инфра-М, 1997. С. 220–243.
- Куприянова И.Е., Слонимская Е.М., Бехер О.А.* Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы / Псих. расстройства в общей медицине. 2009. № 1.
- Лурия А.Р.* Естественнонаучные основы психологии. М., 1978.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1996.
- МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.
- Марилова Т.Ю.* Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984.
- Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
- Миско Е.А., Тарабрина Н.В.* Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 3. С. 44–52.
- Мищук Ю.Е., Ширяев О.Ю.* Особенности психологического состояния больных раком молочной железы // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М., 2004. С. 154.
- Молодецких В.А., Папырин В.Д., Тхостов А.Ш.* Личностные реакции мужчин и женщин на онкологическое заболевание // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. № 12. С. 1828–1832.
- Моляко В.А.* Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 1. С. 135–146.
- Напалков Н.П.* Демографический процесс и злокачественные новообразования // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25–28 мая, 2004 г. В 2 ч. Ч. 1. Мн.: ОДО «Тонпик», 2004.
- Непомнящая Н.И.* Гипотеза о психосоматической природе рака // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 4. С. 132–145.

- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
- Николаева В.В.* Личность в условиях хронического соматического заболевания. Автореф. ... дисс. докт. псих. наук. М., 1993.
- Падуи М.А.* Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс. Дисс. ... канд. психол. наук: М., 2003.
- Падуи М.А., Загрязская Е.А.* Базисные убеждения в структуре психологического дистресса // Психосоматическая медицина. Сборник тезисов 1 Международного конгресса. СПб., 2006. С. 143.
- Пижае Ж.* Избранные психологические труды. М., 1969.
- Поляков Ю.Ф.* Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. М.: МГУ, 1996. № 2. С. 3–8.
- Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2000.
- Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001.
- Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под общ. ред. акад. РАЕН Т.З. Биктимирова, акад. РАЕН проф. О.П. Модникова. Ульяновск: Изд-во СВНЦ, 1998.
- Психогенные реакции у онкологических больных (методические рекомендации) / Под ред. А.В. Гнездилова. Л.: ЛНИПНИ им. Бехтерева, 1983.
- Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Педагогика–Пресс, 2001.
- Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2000.
- Реабилитация онкологических больных / Под ред. В.И. Герасименко, Ю.В. Артюшенко. М.: Медицина, 1988.
- Ромасенко В.А., Скворцов К.А.* Нервно-психические нарушения при раке. М., 1961.
- Русина Н.А.* Психологическая диагностика и психотерапевтическая коррекция онкологических больных с калечащими операциями // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 236–255.
- Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака: краткое руководство / Пер. с англ. М.В. Бадхен. СПб.: Питер, 2001.
- Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.
- Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н.* Развитие сибирской онкологии. Томск: Изд-во Томского университета, 2008.
- Симонов П.В.* Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981.
- Смирнов А.В.* Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. СПб., 1999.

- Соколова Е.Т.* Психотерапия: теория и практика: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
- Тарабрина Н.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов-инвалидов (участников боевых действий) // Клиническая психология / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2000.
- Тарабрина Н.В.* Психологические последствия террористических актов / Материалы 2-ой Международной конференции «Мировое сообщество против глобализации, преступности и терроризма». М., 2004. С. 212–215.
- Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Ворона О.А., Падун М.А.* Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // Вестник РФФИ. 2005. № 6. С. 10–20.
- Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Падун М.А., Коробкова Л.И., Шаталова Н.Е.* Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы // Клиническая и социальная психиатрия. 2008. № 4. С. 22–28.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 5. С. 67–78.
- Тхостов А.Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. № 12. С. 1839–1844.
- Тхостов А.Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Дисс. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1980.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
- Тхостов А.Ш., Лактионова А.И.* Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопросы онкологии. Т. 36. № 2. 1990. С. 215–220.
- Тхостов А.Ш., Степанович Д.А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128–134.
- Узнадзе Д.Н.* Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, 1961.
- Франселла Ф., Баннистер Д.* Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987.
- Холмогорова А.Б.* Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели исследований // Психология:

современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 80–92.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Изд-во МГУ, 1987.

Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. М.: Изд-во «Российское педагогическое агентство», 1998.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер-Пресс, 1997.

Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1999.

Alexandrov Y.I., Sams M. Emotion and consciousness: Ends of a continuum // Cognitive Brain Research. 2005. V. 25. P. 387–405.

Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., et al. Identification of PTSD in cancer survivors // Psychosomatics. 1996. V. 7. P. 137–143.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC, 1994.

Amir M., Kaplan Z., Neuman L., Sharabani R., Shani N., Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromialgia // Journal of Psychosomatic Research. 1997. V. 42. № 6. P. 607–613.

Andrykowski M. A., Cordova M.J. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen Model // Journal of Traumatic Stress. 1998. P. 189–203.

Arciniegas D., Olincy A., Topkoff J. et al. Impaired auditory gating and P50 nonsuppression following traumatic brain injury // Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2000. № 12. P. 77–85.

Attias J., Bleich A., Gilat S. Classification of veterans with post-traumatic stress disorder using visual brain evoked P3s to traumatic stimuli // British Journal of Psychiatry. 1996. V. 168. P. 110–115.

Attias J., Bleich A., Furman V. et al. Event-related potentials in post-traumatic stress disorder of combat origin // Biological Psychiatry. 1996. V. 40. P. 373–381.

Bartlett F. Remembering. Cambridge: Cambridge University Press, 1932.

Beck A.T. Cognitive therapy and emotional disorders. N.Y.: International University Press, 1976.

Beck A.T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. N.Y.: Harper & Row, 1967.

Beckman J., Blichert-Toft M., Johansen L. Psychological effects of mastectomy // Dan. Med. Bull. 1983. 30. Suppl. № 2. P. 7–10.

Begleiter H., Gross M. M., Porjesz B., Kissin B. The effects of awareness on cortical evoked potentials to conditioned affective stimuli // Psychophysiology. 1969. V. 5. № 5. P. 517–529.

- Begleiter H., Porjesz B., Garozzo R.* Visual evoked potentials and affective ratings of semantic stimuli. In: *Evoked brain potentials and behaviour* / Ed. H. Begleiter. N.Y.; L.: Plenum Press, 1979. P. 127–141.
- Blake D.D., Weathers F.W., Nady L.M., Kaloupek D.S. et al.* The development of a clinician-administered PTSD scale // *Journal of Traumatic Stress*. 1995. № 8. P. 75–90.
- Blackhart G.C., Kline J.P.* Individual differences in anterior EEG asymmetry between high and low defensive individuals during a rumination/distraction task // *Personality and Individual Differences*. 2005. V. 39. P. 427–437.
- Bleich A., Attias J., Furman V.* Effects of repeated visual traumatic stimuli on the event related P3 brain potential in post-traumatic stress disorder // *International Journal of Neuroscience*. 1996. V. 85. P. 45–55.
- Brandberg Y., Bouland C., Sigurdardottir V., Sjoden P.-O., Sullivan M.* Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma // *Psycho-oncology*. 1992. V. 1. P. 71–78.
- Breslau E.S., Curbow B.A., Zabora J.R., Britzenhofzoc K.* Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer. John Hopkins Scholl of Medicine & Oncology Center, Baltimore, 2001.
- Breslau N., Davis G., Andreski P., Pererson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991. V. 48. P. 216–222.
- Breslau N., Davis G., Andreski P., Pererson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // *Archives of General Psychiatry*. 1991. V. 48. P. 216–222.
- Bruner J.* *The Process of Education*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1960.
- Bryant R.A., Harvey A.G.* Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents // *Journal of Traumatic Stress*. 1996. V. 9. P. 223–234.
- Burgess C., Morris T., Pettingale K.W.* Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis) // *J. Psychosom. Res.* 1988. V. 32. № 3. P. 263–272.
- Carboon I., Anderson V.A., Pollard A., Szer J., Seymour J.F.* Posttraumatic Growth Following a Cancer Diagnosis: Do World Assumptions Contribute? / *Traumatology*. 2005. V.11. № 4. P. 269–283.
- Carretie L., Hinojosa J.A., Mercado F.* Cerebral patterns of attentional habituation to emotional visual stimuli // *Psychophysiology*. 2003. V. 40. P. 381.
- Cassilieth B.R., Luck E.J., Miller D.S., Brown L.L., Miller C.* Psychological correlates of survival in advanced malignant disease // *N. Engl. J. Med.* 1985. V. 312. P. 1551–1555.
- Cella D.F.* Cancer survival: psychosocial and public issues // *Cancer Invest.* 1987. V. 5. P. 59–67.
- Cella D.F., Mahon S.M., Donovan M.I.* Cancer recurrence as a traumatic event // *Behavioral Medicine*. 1990. V. 16. P. 15–22.

- Chemtob L., Roitblat H.L., Hamada R.S. et al.* A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 1988. № 2. P. 253–275.
- Chen C.C., David A.S., Nunnerley H., Michell M., Dawson J.L., Berry H., Dobbs J., Fahy T.* Adverse life events and breast cancer: case-control study // *BMJ* 1995. № 311. P. 1527–1530.
- Cohen J., Cullen J., Martini L.K.* Psychosocial aspects of cancer. N.Y.: Paren press, 1982. P. 320.
- Coopen A.J., Metcalfe M.* Cancer and extraversion // *Brit. Med. J.* 1963. V. 2. P. 18–19.
- Cooper C.L., Cooper R., Faranger E.B.* Incidence and perception of psychosocial stress: the relationship with breast cancer // *Psychol. Med.* 1989. 19. № 2. P. 415–422.
- Cordova M.J., Andrykowski M.A., Redd W.H., Kenady D.E., McGrath P.C., Sloan D.A.* Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. J6. P. 981–986.
- Davidson J.R., Kudler H.S., Saunders W.B., Erickson L., Smith R.D., Stein R.M., Lipper S., Hammett E.B., Mahorney S.L., Cavenar J.O., Jr.* Predicting the response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1993. V. 150. P. 1024–1029.
- Davidson J.R.T., Foa E.B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *Abnormal Psychol.* 1991. P. 346–355.
- Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., Carniche C.L.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medical Association*. V. 249. 1983. P. 751–757.
- Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F.* The SCL-90 and MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // *British Journal Psychiatry*. 1976. V. 128. P. 280–289.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L.* SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report // *Psychopharmacology Bulletin*. 1973. V. 9. № 1. P. 13–27.
- Eagle M.N.* The psychoanalytic and the cognitive unconscious. / In R. Stern (Ed.) *Theories of the unconscious* / Hillsdale, Analytic Press. 1986. P. 155–190.
- Ell K.O., Mantell J.E., Hamovitch M.B., Hiahimoto R.* Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer // *J. Psychosoc. Oncol.* 1989. V. 7. № 3. P. 63–89.
- Epstein R.S.* Avoidant symptoms cloaking the diagnosis of PTSD in patients with severe accidental inquiry // *Journal of Traumatic Stress*. 1993. V.6. № 4. P. 451–458.
- Everly J.S. Jr.* A clinical guide to the treatment of human stress response. N.Y.: Plenum Press, 1989.
- Eysenck H.* Cancer, personality and stress: prediction and prevention // *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1994. P. 16.
- Farber E.* Cancer development and its natural history. A cancer prevention perspective // *Cancer*. 1988. V. 62. № 8. Suppl. P. 1676–1679.

- Figueira I., da Lus M., Braga R.J., Mauro M.C., Mendloowich V.* The Increasing Internationalization of Mainstream Posttraumatic Stress Disorder Research // A Bibliometric Study. *Journal of Traumatic Stress*. 2007. V. 20. № 1. P. 89–95.
- Fiske S., Taylor Sh.* Social Cognition/ McGraw-Hill Series in Social Psychology. (Second edition). 1994.
- Freedman R., Adler L.E., Myles-Worsley M. et al.* Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli in schizophrenic and normal subjects // *Archives of General Psychiatry*. 1996. V. 53. P. 1114–1121.
- Friedman L.C., Baer P.E., Lewy A., Lane M., Smith F.E.* Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. // *Journal of Psychosocial Oncology*. 1989. V. 6. № 1 & 2. P. 75–94
- Gossarth-Maticek R. etc.* The specific action of different personality risk factors on cancer of breast, cervix, corpus uneri and other types of cancer // *Personality and Individual Differences*. 1997. V. 23. P. 28–34.
- Gotcher J.M.* Interpersonal communication and psychosocial adjustment // *J. Psychosoc. Oncol.* 1992. 10. № 3. P. 21–39.
- Grassi L., Rosti G., Lasalvia A., Marangolo M.* Psychological variables associated with mental adjustment to cancer // *Psycho-Oncology*. 1993. V. 2. P. 11–20.
- Green B.L., Epstein S.A., Krupnick J.L., Rowland J.H.* Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders in medical settings // *Assessing psychological trauma and PTSD* / Ed. by J.P. Wilson, T.M. Keane. N. Y.: The Guilford Press, 1997.
- Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J.H., Epstein S.A., Stockton P., Spertus I., Stern N.M.* Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2000. V. 18. № 5. P. 1084–1093.
- Green B.L., Rowland J.H., Krupnick J.L., Epstein S.A., Stockton P., Stern N.M. et al.* Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer // *Psychosomatics*. 1998. V. 9 № 2. P. 102–103.
- Greer S.* Psycho-Oncology: Its aims, achievements and future tasks // *Psychooncology*. 1994. V. 3. P. 87–101.
- Greer S., Morris T.* Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study // *Journal of Psychosomatic Research*. 1975. № 19. P. 147–153.
- Halligan S.L., Yehuda R.* Risk factor for PTSD // *The National Center for Post Traumatic Stress Disorder: PTSD Research Quarterly*. 2000. V. 11. № 3. P. 1–9.
- Heller W.* The neuropsychology of emotion: Developmental patterns and implications for psychopathology // *Psychological and biological approaches to emotion* / Ed. by N. Stein, B.L. Leventhal, T. Trabasso. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1990. P. 167–211.
- Heller W., Nitschke J.B., Etienne M.A., Miller G.A.* Patterns of regional brain activity differentiate types of anxiety // *Journal of Abnormal Psychology*. 1997. V. 106. P. 376–385.
- Holland J.S., Rowland J.H.* Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N.Y.: Oxford University Press, 1989.

- Holmes B.C.* Psychological evaluation and preparation of the patient and family // *Cancer*. 1987. 60. № 8. Suppl. P. 2021–2024.
- Horowitz M., Wilner N., Alvarez W.* Impact of Event Scale: a measure of subjective stress // *Psychosom Med*. 1979. V. 41. 209–218.
- Hovens J., van der Ploeg M.* Posttraumatic stress disorder in Dutch psychiatric in-patients // *Journal of Traumatic Stress*. 1993. № 6. P. 91–102.
- Hunter J., Leszcz M., McLachlan S.A., Butler L., Epslen M.J., Gao J. et al.* Psychological stress response in breast cancer / Paper presented at the Third World Congress of Psycho-Oncology. N.Y., October 1996.
- Jacobsen P.B., Widows M.R., Hann D.M., Andrykowski M.A., Kronish L.E., Fields K.K.* Posttraumatic Stress Disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer // *Psychosomatic Medicine*. 1998. V. 60. P. 366–371.
- Janoff-Bulman R.* Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes // *Coping: The Psychology of what works* / Ed. by C.R. Snyder. N.Y., Oxford University Press, 1998.
- Janoff-Bulman R.* Victims of violence // *Psychotraumatology* / Eds. G.S.Kr. Everly, J.M. Lating. N.Y.: Plenum Press, 1995.
- Janoff-Bulman R., McPherson Frantz C.* The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life / The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice / Ed. by M. Power, Ch.R. Brewin. N. Y.: John Wiley & Sons Ltd., 1997. P. 91–104.
- Johnson M.R., Adler L.E.* Transient impairment of P50 auditory sensory gating induced by a cold-pressor test // *Biological Psychiatry*. 1993. V. 33. P. 380–387.
- Johnston V., Miller D., Bureson M.* Multiple P3s to emotional stimuli and their theoretical significance // *Psychophysiology*. 1986. V. 23. P. 684–693.
- Jungöfer M., Bradley M., Elbert T., Lang P.* Fleeting images: a new look at early emotion discrimination // *Psychophysiology*. 2001. V. 38. P. 175–178.
- Kayser J., Tenke C., Nordby H., Hammerborg D., Hugdahl K., Erdmann G.* Event-related potential (ERP) asymmetries to emotional stimuli in a visual half-field paradigm // *Psychophysiology*. 1997. V. 34. P. 414–426.
- Keane N.M., Caddell J.M., Taylor K.L.* Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 1988. V. 56. № 1. P. 85–90.
- Keane N.M., Caddell J.M., Taylor K.L.* Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 1988. V. 56. № 1. P. 85–90.
- Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L.* PITCP: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // *Journal Clinical Psychology*. 1987. V. 43. P. 32–43.
- Keller M.* Psychosocial care of breast cancer patients // *Anticancer Research*. 1998. 18 (3C). P. 2257–2259.

- Khan M.M.R.* The concept of cumulative trauma // *The privacy of self* / Ed. M.M.R. Khan. Hogarth, 1974.
- Kimble M., Kaloupek D., Kaufman M. et al.* Stimulus novelty differentially affects attentional allocation in PTSD. *Biological Psychiatry*. 2000. V. 47. P. 880–890.
- Kline J.P., Blackhart G.C., Joiner T.E.* Sex, lie scales, and electrode caps: An interpersonal context for defensiveness and anterior electroencephalographic asymmetry // *Personality and Individual Differences*. 2002. V. 33. 459–478.
- Kongo M.* Post-traumatic stress and psychological comorbidity following cancer // 18th Annual meeting final program and proceedings. Complex psychological trauma: its correlates and effects. November 7–10. 2002. Baltimore, Mariland, USA. P. 38.
- Koopman Ch., Butler L. D., Classen C., Giese-Davis J., Morrow G.R., Westendorf J., Banerjee T., Spiegel D.* Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer // *Journal of traumatic stress*. 2002. V.15. № 4. P. 277–287.
- Koopman Ch., Butler L. D., Classen C., Giese-Davis J., Morrow G.R., Westendorf J., Banerjee T., Spiegel D.* Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer // *Journal of traumatic stress*. 2002. V. 15. № 4. P. 277–287.
- Kornblith A.B., Anderson J., Cella D.F. et al.* Quality of life assessment of Hodgkin's Disease survivors: a model for cooperative clinical trial // *Oncology*. 1990. V. 4. P. 93–101.
- Kornblith A.B., Herndon J.E. 2d, Weiss R.B. et al.* Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy // *Cancer*. 2003. № 98. P. 679–89.
- Massive psychic trauma* / Ed. by H. Krystal. N.Y.: International Universities Press, 1968.
- Krystal H.* Trauma and affect // *Psychoanalytic study of the child*. 1978. V. 33. P. 81–116.
- Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar C., Weiss D.S.* Brunner Mazel Psychosocial Stress Series No. 18. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. N.Y.: Brunner Mazel, 1990.
- Lang P.J., Bradley M.M., Cuthbert B.N.* Motivated attention: Affect, activation and action // *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* / Eds. P.J. Lang, R.F. Simons, M.T. Balaban. Hillsdale. N.Y.: Erlbaum, 1997.
- Lang P.J., Bradley M.M., Fitzsimmons J.R., Cuthbert B.N., Scott J.D., Moulder B., Nangia V.* Emotional arousal and activation of the visual cortex: An fMRI analysis // *Psychophysiology*. 1998. V. 35. P. 199–210.
- Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer, 1984.
- Lazarus R.S.* Psychological stress and the coping process. N.Y.: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus R.S., Baker L.W.* Motivation and personality in psychological stress / *Psychol. Newlett*. 1957. № 8. P. 166.

- Leonard S., Adams C., Breese C.R. et al.* Nicotine receptor function in schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 1996. V. 22. P. 431–445.
- Levin T., Kissen D.W.* Psychology — the State of its Development in 2006 // *Eur J. Psychiatry*. 2006. V. 20. № 3. P. 183–197.
- Litz B.T., Keane T.M.* Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of post-traumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 1989. № 9. P. 243–257.
- Manuel G.M., Roth S., Keefe F.J., Brantley B.A.* Coping with cancer // *J. Human Stress*. 1987. V. 13. P. 149–158
- McConnell H.* Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study // *British Medical Journal*. 2002. № 324. P. 1420–1422.
- McEachern J.C., Shaw Ch.A.* An alternative to the LTP orthodoxy a plasticity-pathology continuum model // *Brain Res. Rev*. 1996. V. 22. P. 51–92.
- McKenna M.C., Zevon M., Corn B., Rounds J.* Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis // *Health Psychology*. 1999. V. 18. P. 520–531.
- McFarlane A.C.* Relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress // *Psychological Medicine*. 1988. V. 18. P. 129–139.
- Metzger L.J., Paige S.R., Carson M.A., Lasko N.B., Paulus L.A., Pitman R.K., Orr S.P.* PTSD Arousal and Depression Symptoms Associated With Increased Right-Sided Parietal EEG Asymmetry // *Journal of Abnormal Psychology*. 2004. V. 113. № 2. P. 324–329.
- Mikkelsen E.G., Einarsen S.* Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2002. V. 11. P. 87–111.
- Moos R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness; an overview // *Coping with physical illness*. N.Y., 1977. P. 3–21.
- Morgan C.A., Grillon C.* Abnormal mismatch negativity in women with sexual assault-related posttraumatic stress disorder // *Biological Psychiatry*. 1999. V. 45. P. 827–832.
- Morris T., Greer S., White P.* Psychological and Adjustment to Mastectomy; a two-year follow-up study // *Cancer*. 1977. V. 40. P. 2381–2387.
- Muslin H.L., Gyargas K., Pieper W.J.* Separation experience and cancer of the breast // *Ann NY Acad Sci*. 1966. № 125. P. 802–806.
- Naatanen R.* The role of attention in auditory information processing as revealed by event-related potentials and other brain measures of cognitive functioning // *Behavioural Brain Science*. 1990. V. 13. P. 201–287.
- Nitschke J.B., Heller W., Palmieri P.A., Miller G.A.* Contrasting patterns of brain activity in anxious apprehension and anxious arousal // *Psychophysiology*. 1999. № 36. P. 628–637.
- Northouse P.G., Northouse L.L.* Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals and family members // *Journal of Psychosocial Oncology*. 1987. V. 5. P. 17–46.

- O'Leary A.* Stress, emotion, and human immune function // *QJ: Psychol Bull.* 1990. V. 108(3). P. 363–382.
- Paige S.R., Reid G.M., Allen M.G. et al.* Psychophysiological correlates of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans // *Biological Psychiatry.* 1990. V. 27. P. 419–430.
- Passik S.D., Grummon K.L.* Posttraumatic Stress Disorder // *Psycho-oncology* / Ed. by J.C. Holland. N.Y.: Oxford University Press, 1998. P. 595–607.
- Perry S., Difede J., Musngi G. et al.* Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury // *Am J Psychiatry.* 1992. V. 149 (7). P. 931–935.
- Petticrew M., Fraser J., Regan M.F.* Adverse life events and breast cancer: a meta-analysis / *Br J. Health Psychol.* 1999. V. 4. P. 1–17.
- Pettingale K.W., Watson M., Greer S.* The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients // *Journal of Psychosocial Oncology.* 1984. V. 2. № 3–4. P. 21–31.
- Piaget's Theory* // *Piaget and His School* / Eds. B. Inhelder, H.H. Chipman. N.Y.: Springer, 1976.
- Pitman R.K., Lanes D.M., Williston S.K., Guillaume M.A., Metzger L.J., Gehr G.M., Orr S.P.* Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients // *Psychosomatics.* 2001. № 42. P. 133–140.
- Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F. et al.* Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans // *Archives of General Psychiatry.* 1987. V. 44. P. 970–975.
- Polich J.M.* P300 in clinical applications. Meaning, method, and measurement // *American Journal of EEG Technology.* 1991. V. 31. P. 201–231.
- Potter M.C.* Understanding sentences and scenes: The role of conceptual short-term memory // *Fleeting memories: Cognition of brief visual stimuli* / Ed. by V. Coltheart. Cambridge, MA: The MIT Press, 1999. P. 13–46.
- Psycho-oncology* / Ed. by J.S. Holland. N.Y., Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Resick P.A., Schnicke M.K.* Cognitive processing therapy for sexual assault victims // *Treatment of PTSD: An update. Paper presented at the eighth annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies* / Ed. by E.B. Foa (Chair). Los Angeles, CA, 1992.
- Rini C., Manne S., DuHamel K.N., Austin J., Ostroff J., Boulad F., Parsons S.K., Martini R., Williams S., Mee L., Sexson S., Redd W.* Changes in Mothers' Basic Beliefs Following a Child's Bone Marrow Transplantation: The Role of Prior Trauma and Negative Life Events // *Journal of Traumatic Stress.* 2004. V. 17 (4) P. 325–333.
- Roca R.P., Spence R.J., Munister A.M.* Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors // *American Journal of Psychiatry.* 1992. № 149. P. 1234–1238.
- Rowland J.H., Massie M.J.* Breast cancer // *Psycho-oncology* / Ed. by J.C. Holland. N.Y., Oxford: Oxford University Press, 1998. P. 380–402.

- Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer. A review of selected research // Psychosoc. Oncol. 1991. V. 9. № 4. P. 71–89.
- Rundell J.R., Ursano R.J., Holloway H.C., Silberman E.K. Psychiatric responses to trauma // *Hasp Commun Psychiatry*. 1989. V. 40. 68–74.
- Sabol R., Novosel M., Tiska-Rudman L. Comparison of attitudes towards cancer among younger and elderly persons // *Period. Boil*. 1988. V. 89. № 4. P. 1–18.
- Schmale A., Morrow G., Schmitt M., Adler L. et al. Well-being of cancer survivors // *Psychosom. Med*. 1983. V. 45. P. 163–169.
- Schwarz R.A., Prout M.F. Integrative approaches in the treatment of stress disorder // *Psychotherapy*. 1991. № 28. P. 364–373.
- Segal Z.V. Appraisal of the self–schema construct in cognitive models of depression // *Psychological Bulletin*. 1988. V. 103. № 2. P. 147–162.
- Shan L.L., Warthington R.E. Loss of cathexis as a common psychodynamic characteristic of cancer patient // *Psychological rep*. 1956. V. 2. № 2. P. 183–193.
- Shapiro D.E., Boggs S.R., Rodrigue J.R., Urry H.L., Algina J.J., Hellman R., Ewen F. Stage II breast cancer: differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy // *Journal of Psychosomatic Research*. 1997. V. 43. № 2. P. 143–157.
- Shelby R.A., Golden-Kreutz D.M., Andersen B.L. PTSD Diagnoses, Subsyndromal Symptoms, and Comorbidities Contribute to Impairments for Breast Cancer Survivors // *Journal of traumatic stress*. 2008. V. 21. № 2. P. 165–172.
- Silver-Ayalaian M.S., Cohen L.H. Role of major lifetime stressors in patients' and spouses' reactions to cancer // *Journal of Traumatic Stress*. 2001. V. 14. № 2. 2001. P. 405–412.
- Skidmore G.L., Fletcher E.K. Assessing trauma's impact on beliefs: the World view survey // A paper presented at the Thirteenth annual meeting of the international society for Traumatic stress studies. Montreal, Quebec, Canada, 1997. P. 61
- Slap J.W., Saykin A.J. The schema: Basic concept in a nonmetapsychological model of the mind // *Psychoanalysis and Contemporary Thought*. 1983. V. 6. 305–325.
- Smith M.Y., Redd W.H. Peysen C., Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review // *Psychooncology*. 1999. V. 8 (6). P. 521–537.
- Smith N.K., Cacioppo J.T., Larsen J.T., Chartrand T.L. May I have your attention, please: electrocortical responses to positive and negative stimuli // *Neuropsychologia*. 2003. V. 41. P. 171–183.
- Spiegel D. Psychosocial support help prolong cancer patients' lives, study shows // *Psychiat. News*. 1992. V. 27. № 3. P. 18–21.
- Srhussler G., Schubert C. The influence of psychosocial factors on the immune system (psychoneuroimmunology) and their role for the incidence and progression of cancer // *Psychosom Med Psychother*. 2001. V. 47 (1). P. 6–41.
- Stanton A.L., Snider P. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study // *Health Psychol*. 1993. V. 12. P. 16–23.

- Stolbach L.L., Brandt U.C.* Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer // *Stress and breast cancer*, Chichester etc. 1988. P. 3–24.
- Stuber M.L., Meeske K., Gonzalez S. et al.* Post-traumatic stress after childhood cancer I: The role of appraisal // *Psycho-oncology*. 1994. V. 3. P. 305–312.
- Surakka V., Tenhunen-Eskelinen M., Hietanen J., Sams M.* Modulation of human auditory information processing by emotional visual stimuli // *Cognitive Brain Research*. 1998. P. 159–163.
- Tarabrina N., Lazebnaya E., Zelenova M., Agarkov V., Lasko N., Orr S., Pitman R.* Psychometric profile of Russian veterans of the Afghanistan war // *Second World conference of the International society for traumatic stress studies*. 1997. P. 150.
- Tarabrina N., Lazebnaya E., Zelenova M., Petrukhin E.V.* Levels of subjective-personal perception and experiencing of «invisible» stress // *The humanities in Russia: Soros Laureates*. M., 1997. P. 48–56.
- Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O., Zelenova M.E., Lasko N.* Chernobyl clean-up worker's perception of radiation threat. *Radiation Protection Dosimetry* // *Nuclear Technology Publishing*. 1996. V. 68. № 3/4. P. 251–255.
- Tarrier N., Maguire P., Kincey J.* Locus of control and cognitive behavior therapy with mastectomy patients. A pilot study // *Brit. J. Med.* 1983. V. 56. № 3. P. 265–270.
- Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V.* Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer // *Journal of personality and social psychology*. 1984. V. 46. P. 489–502.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G.* The Posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma // *Journal of traumatic stress*. 1996. V. 9. № 3. P. 455–471.
- Temoshok L.* Personality, coping style, emotion and cancer: toward an integrative model // *Cancer Surveys*. 1987. V. 6. P. 545–567.
- Tiffany A.I., Larsen J.T., Smith N.K., Cacioppo J.T.* Negative information weighs more heavily on the brain: the negative bias in evaluative categorizations // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. V. 75. № 4. P. 887–900.
- True W.R., Rice J. et al.* A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms // *Archives of General Psychiatry*. 1993. V. 50. P. 257–264.
- Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society / Ed. by B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth. N.Y.: Guilford Press, 1996. P. 303–327.
- Van der Kolk B.A.* *Psychological Trauma*. Washington, D.S.: APA Press, 1987.
- Vinokur A.D., Threatt B.A., Vinokur-Kaplan D., Satariano W.A.* The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year // *Cancer*. 1990. V. 65. P. 1242–1254.
- Vreven D.L., Gudanoski D.M., King L.A., King D.W.* The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation // *Journal of Traumatic Stress*. 1995. V. 8. P. 91–109.

- Watchel P.L.* Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches. N.Y.: Plenum Press, 1982.
- Waldo M., Gerhardt G., Baker N. et al.* Auditory sensory gating and catecholamine metabolism in schizophrenic and normal subjects // *Psychiatry Research*. 1992. V. 44. P. 21–31.
- Watson M., Greer S., Young J. et al.* Development of questionnaire of adjustment to cancer: the MAC scale // *Psychol. Med*. 1988. V. 18. P. 203–209.
- Watson M., Greer S., Rowden L. et al.* Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients // *Psychol. Med*. 1991. V. 21. P. 51–57.
- Watson M., Ramires A.* Psychological Factors in Cancer Prognosis in Cancer and Stress / Ed. by C.L. Cooper, M. Watson. J. Wiley & Sons, 1991. P. 47–71.
- Weathers F.W., Litz B.T.* Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale-Form 1 (CAPS-1) // *PTSD Research Quarterly*. 1994. V. 5. P. 2–6.
- Weathers F.W., Blake D.D., Krinsley K.E., Haddad W.H., Huska J.A., Keane T.M.* The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity // Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston, MA, 1992.
- Weiss D.S., Marmar C.R., Metzler T., Ronfeldt H.* Predicting symptomatic distress in emergency services personnel // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. V. 63. P. 361–368.
- Wenninger K., Ehlers A.* Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors // *Journal of traumatic stress*. 1998. V. 11. 2. P. 281–301.
- White P.M., Yee C.M.* Effects of attentional and stressor manipulations on the P50 gating response // *Psychophysiology*. 1997. V. 34. P. 703–711.
- Worden J.M.* The experience of recurrent cancer // *Ca*. 1989. V. 39. № 5. P. 305–310.
- Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S.* The prevalence of psychological distress by cancer site. Baltimore: John Wiley & Sons Ltd., 2001.

Научное издание

Серия «Фундаментальная психология — практике»

Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С.,
Падун М.А., Шаталова Н.Е.

ОНКОПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Редактор — *И.В. Клочкова*
Корректор — *Л.В. Бармина*
Макет и верстка — *А. Пожарский*

Лицензия ЛР № 03726 от 12. 01. 01.
Издательство «Институт психологии РАН»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
Тел.: (495) 682-51-29
E-mail: rio@psychol.ras.ru
www.ipras.ru

Сдано в набор 20.03.10. Подписано в печать 26.04.10.
Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Гарнитура PetersburgC.
Усл. печ. л. 10,9. Уч.-изд. л. 9,4.
Тираж 500 экз. Заказ

Отпечатано в ППП Типография «Наука»
121099, Москва, Шубинский пер., 6

**КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА
ИНСТИТУТА ПСИХОЛОГИИ РАН**

2010

- Юревич А.В., Цапенко И.П. Наука в современном российском обществе. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 3552 с. — ISBN 978-5-9270-0177-4
- Юревич А.В. Методология и социология психологии. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 272 с. (Методология, теория и история психологии) — ISBN 978-5-9270-0181-1
- Акопов Г.В. Психология сознания: Вопросы методологии, теории и прикладных исследований. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 272 с. — ISBN 978-5-9270-0178-1
- Математическая психология: Школа В.Ю. Крылова / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Н. Савченко, Г.М. Головиной. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 512 с. (Научные школы Института психологии РАН) — ISBN 978-5-9270-0154-5

2009

- Познание и общение: Теория, эксперимент, практика / Под ред. В. А. Барабанщикова и Е. С. Самойленко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. — 235 с. — ISBN 978-5-9270-0148-4
- Прохоров А.О. Смысловая регуляция психических состояний. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 352 с. — ISBN 978-5-9270-0142-2
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 304 с. — ISBN 978-5-9270-0143-9
- Барабанщиков В.А. Восприятие выражений лица. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 448 с. — ISBN 978-5-9270-0158-3
- Психологические исследования: Вып. 4 / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 256 с. (Труды молодых ученых ИП РАН) — ISBN 978-5-9270-0155-2
- Макропсихология современного российского общества / Под редакцией А.Л. Журавлева, А.В. Юревича. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 352 с. (Психология социальных явлений) — ISBN 978-5-9270-0150-7
- Митькин А.А. Пути психологического поиска: Претензии и возможности. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 240 с. (Достижения в психологии) — ISBN 978-5-9270-0157-6
- Психология сегодня: теория, образование и практика / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, А.В. Карнова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — 688 с. — ISBN 978-5-9270-0164-4