

СТРЕСС И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*

*Н.В. Тарабрина, кандидат психологических наук,
Г.П. Генс, кандидат медицинских наук,
Л.И. Коробкова, кандидат медицинских наук,
О.А. Ворона, кандидат психологических наук,
М.А. Падун, кандидат психологических наук
Институт психологии Российской академии наук*

В настоящее время накоплен достаточно большой эмпирический материал по изучению психологических последствий онкологических заболеваний и факторов, определяющих адаптацию больных. При этом большое количество отечественных и зарубежных исследований, демонстрирующих распространенность серьезных психических нарушений и психиатрических проблем у онкологических больных, подтверждает, что далеко не все больные могут успешно преодолевать переживаемый стресс [19, 25, 26, 27]. Соматические и психологические феномены, наблюдаемые у больных на разных этапах заболевания, в последние десятилетия активно изучаются в рамках сравнительно новой междисциплинарной науки – психоонкологии.

При изучении психологических реакций и психических нарушений, возникающих в результате диагностирования и лечения онкологического заболевания, особую сложность представляет различение соматогенной и психогенной составляющей влияния болезни на психику [8]. Соматогенное влияние представляет собой воздействие на психику органических факторов (интоксикации, вызванные процессами постоперационной терапии). Психогенное влияние заболевания выражается в реакции личности на болезнь и последующих личностных изменениях, которые давно являются предметом исследования как отечественных, так и зарубежных исследователей. Так, А.Ш. Тхостов с соавт. [11] показал, что центральными психологическими изменениями в ситуации тяжелой соматической болезни являются ценностно-смысловые изменения – у больных актуализируется мотив сохранения жизни, который становится главным побудительным мотивом их деятельности. Доминирование этого мотива придает особую специфику всей психической жизни больного, переструк-

турирует систему ценностей, все мироощущение, структуру самооценки.

Практически всеми авторами подчеркивается, что заболевание раком является одним из наиболее сильных стрессов, какие только могут существовать в жизни человека. В ответ на стрессовое воздействие развиваются психогенные расстройства, чаще всего по астено-тревожно-депрессивному типу, центральное место в котором занимает реактивная ситуационно обусловленная депрессия. Было показано, что у онкологических больных отмечается весьма широкий спектр психопатологических реакций, включающий в себя десять основных типов: тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, обсессивно-фобический, апатический, дисфорический, деперсонализационно-дереализационный, параноидный и эйфорический. Эти реакции различаются и по степени их выраженности – от легкой степени выраженности, когда реакция несколько превышает по своей интенсивности адекватную психологическую реакцию на психотравмирующий фактор, до тяжелой – приближающейся по своей глубине к психотическому уровню или достигшей его. Глубина расстройств зависит от индивидуальных, преморбидных особенностей больного, уровня образования, возраста, пола, длительности травмирующего воздействия [14].

Исследователи разделяют период острых реакций на стресс и возникновение у онкологических пациентов серьезных психиатрических проблем, которые впоследствии влияют на состояние больного уже после лечения. Tartier с соавт. [31] установили, что переживания, связанные с обнаружением и хирургическим лечением рака молочной железы, в 20–40% приводят к психическим расстройствам (депрессия, потеря самоконтроля и др.). J.C. Holland [21] от-

мечает, что острая реакция на стресс, связанная с диагнозом рака, и выражающаяся в симптомах тревоги, раздражительности, печали, трудностях концентрации внимания, потере аппетита и сна, является обычной и длится не более 2-х недель.

J. Veckman с соавт. [16] рассматривают депрессию 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 исследовании, проведенном L.R. Derogatis с коллегами [19], описывается распространенность психиатрических нарушений среди случайно отобранных пациентов в онкологических центрах США. Было обнаружено, что у 47% онкологических больных обнаруживаются психопатологические симптомы и расстройства (в отличие от 12–13% в общей популяции), из них 68% – нарушение адаптации, 8% – органические поражения ЦНС, и оставшиеся 11% страдали от имевшихся ранее психиатрических расстройств.

S.E. Taylor с соавт. [32] у 78 женщин исследовали психологическую адаптацию к заболеванию раком молочной железы. Из всех типов контроля наиболее эффективным оказался когнитивный контроль (переосмысление своих жизненных ценностей). Поведенческий контроль (попытка воздействовать на случившееся определенными действиями – соблюдение диеты, режима дня и пр.) также был связан с улучшением адаптации, хотя и не в такой степени.

R. Royak-Schaler [26] установил, что наилучшим образом адаптируются больные, которые верят в свою способность влиять на процесс развития заболевания, если они будут вести здоровый образ жизни и будут получать эмоциональную поддержку от близких, друзей и специалистов.

В последние десятилетия прошлого века интенсивно развиваются исследования травматического стресса. Одним из последствий переживания человеком травматического стресса является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), выделенное в 1980 г. в самостоятельную нозологическую единицу и внесенное в американский классификатор психических болезней DSM, а затем в 1994 г. – в 10-й пересмотр Международного классификатора болезней (МКБ). Исторически исследования

ПТСР проводились на участниках боевых действий, лицах, переживших антропогенные и техногенные катастрофы, насилие и т.п.

Особый интерес представляют исследования посттравматического стресса у онкологических больных. Задолго до внесения изменений в определение критерия А в диагностике посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (наличие травмирующего события в анамнезе) в DSM-IV исследователи фиксировали, что установление диагноза злокачественного новообразования является очень сильным травматическим стрессором для каждого человека и сопровождается переживанием интенсивных негативных эмоций: страха, чувства беспомощности, оцепенения. Во многих исследованиях показано наличие дистресса у онкологических пациентов, а также симптомов, обусловленных стрессом или травмой: избегающее поведение, навязчивые мысли, усиление возбудимости, – характеризующих посттравматическое расстройство. Посттравматические симптомы отмечались среди пациентов с различными видами рака, включая рак молочной железы, трансплантацию костного мозга и др. Кроме того, симптомы травмы встречались как непосредственно у самих пациентов, проходящих лечение (включая детей), так и у членов их семей.

Американскими учеными был проведен ряд исследований, эмпирически подтверждающих возможность включения онкологических заболеваний в перечень травматических стрессоров, после чего угрожающие жизни болезни были включены в список потенциальных стрессоров, способных приводить к развитию ПТСР [18, 20, 24, 25, 27].

Было установлено, что угрожающие жизни заболевания, в том числе онкологические, отличаются от обычных травматических событий. Онкологические заболевания относят к т.н. «невидимым» стрессорам. В начале исследований больных раком молочной железы было замечено, что «угроза», связанная с раком, первоначально воспринимается как информация о том, что существует болезнь. Стрессором является информация о том, что болезнь может угрожать жизни. Такое воздействие опосредовано процессом когнитивной переработки информации, что зачастую не вызывает непосредственных эмоциональных реакций. В этом смысле диагноз «рак» сходен с воздействием радиационной или токсической угрозы: его воздействие определяется рациональным знанием человека об угрозе жизни. Механизм развития ПТСР при действии «невидимого» стресса отличается от аналогичного механизма в

случае явно воспринимаемого, событийного стресса и основное различие лежит в плоскости уровней восприятия и *интериоризации травматического переживания*. Восприятие и оценка возможных неблагоприятных последствий воздействия стрессогенных факторов базируются, с одной стороны, на рациональном знании об их наличии и, с другой стороны, на неосознаваемом или лишь частично осознаваемом эмоциональном переживании страха по поводу влияния этих факторов на жизнь и здоровье человека. Исследований, посвященных изучению проблем, с которыми сталкиваются люди, пережившие воздействие «невидимых» стрессоров, проводилось очень немного [9, 10].

Другое отличие состоит в том, что опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека, в отличие от событийных видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее. Онкологическое заболевание представляет для пациентов не только угрозу жизни, но и пролонгированную угрозу качеству жизни, поскольку для многих становится хроническим. Соответственно, специфические симптомы ПТСР – навязчивые мысли о травматическом событии могут не быть воспроизведением актуальных событий, таких как диагностирование рака или воздействие токсичного лечения, но более ориентированы на будущее.

Кроме того, специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что угроза исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма – ее нельзя «отделить» от индивида. Эти факты качественно отличают переживания человека, у которого диагностировали онкологическое заболевание, от людей, перенесших событийный стресс, и обуславливают специфичность механизмов развития посттравматических состояний.

Однако некоторые аспекты лечения онкологических заболеваний также могут выступать в качестве событийного стресса – операция, проведение постоперационной терапии – и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия [20].

В 1999 г. был опубликован обзор M.Y. Smith с соавт. [27], посвященный анализу исследований ПТСР при заболевании раком. В нем рассматривались эмпирические основания для включения рака в перечень травматических стрессоров. В результате этого анализа было обнаружено девять опубликованных исследований по ПТСР при раковых заболеваниях. Исследования проводились преимущественно на малых ($n < 100$) выборках. Это были дети, больные раком, ро-

дители больных раком детей, и взрослые, больные раком. Анализировались различия в типах и стадиях рака, а также в формах лечения. Всего лишь в трех исследованиях использовались валидизированные методики диагностики ПТСР. Основания для постановки диагноза ПТСР были обнаружены у взрослых больных и родителей больных детей во всех исследованиях, и у детей во всех исследованиях, за исключением одного. Авторы полагают, что оценка симптоматики ПТСР дает важную клиническую информацию по поводу адаптации больных раком и членов их семей после прохождения терапии.

В некоторых исследованиях симптомов ПТСР у онкологических больных предполагалось, что чем меньше прошло времени после установления диагноза (и, соответственно, чем ближе первоначальное переживание угрозы диагноза и лечения), тем более выраженными будут симптомы травмы. Подобные результаты были получены Cordova с коллегами [17] и Коорман с коллегами [24], обнаружившими, что более сильные симптомы травматического стресса были связаны с недавним окончанием лечения рака. Впоследствии интенсивность симптомов снижалась. Тем не менее, многими исследователями отмечается, что появление ранних симптомов может предсказывать в дальнейшем развитие полного синдрома ПТСР.

До последнего времени исследования ПТСР у больных злокачественными заболеваниями в основном фокусировались на определении распространенности и характеристик этого расстройства. Интерес исследователей привлекают факторы, обуславливающие наличие и уровень дистресса, возникновение психопатологических симптомов, сопутствующих ПТСР у онкологических больных. В то же время исследователи столкнулись с рядом сложностей, возникших при изучении ПТСР у раковых больных, обусловленных особенностями восприятия угрозы жизни при онкологических заболеваниях и длительным, токсичным и специфическим лечением, которое способствует различным нарушениям иммунитета.

Известно также, что супрессия иммунитета возникает вследствие хронического стресса, переживаемого онкологическими больными. Иммунная система больных, страдающих раком молочной железы, представляет собой сложную картину, как правило, с разнонаправленными изменениями ее звеньев. Очень часто у этой группы больных диагностируется вторичный иммунодефицит, вызванный предшествующим лечением. При этом состоянии наблюдается гибель иммунных клеток по типу некроза или чаще всего апоптоза, а также дисбаланс эффекторных и супрессорных клеток.

Одним из компонентов, сопровождающих сложный процесс противоопухолевого лечения, являются хирургические операции. При хирургическом вмешательстве разнообразные стресс-агенты, метаболиты и анестетики вызывают снижение количества циркулирующих активных лимфоцитов, а также их гипофункцию. При таком состоянии массивной лимфопении развивается вторичный иммунодефицит.

Больные в процессе лечения подвергаются не только хирургическому лечению, химиотерапии, но и лучевой терапии. Факторами и механизмами, обуславливающими развитие вторичного иммунодефицита во время лучевого лечения, являются нарушение лимфо- и миелопоэза, а также радиационная гибель лимфоцитов, осуществляемая по двум основным механизмам – в результате как некроза, когда делящиеся клетки гибнут в митозе в результате нерепарируемого повреждения ДНК и хромосомного аппарата, так и апоптоза, когда погибают покоящиеся лимфоциты.

Вышесказанное позволяет предполагать, что ПТСР, которому могут быть подвержены больные, перенесшие лечение по поводу рака молочной железы и в настоящее время находящиеся в состоянии ремиссии, коррелирует с изменениями в иммунной системе человека. Последствия стресса для иммунных процессов у здоровых людей быстро ликвидируются в связи с сохранностью клеток-предшественников и факторов микроокружения органов лимфопоэза. Однако в тех случаях, когда стресс сопровождается заболеваниями, способные вызвать нарушения в иммунной системе, он может выступать как кофактор формирования вторичного иммунодефицита.

Настоящее исследование проводилось на базе химиотерапевтического и онкохирургического отделений ЦКБ им. Н.А. Семашко (г. Москва) сотрудниками кафедры онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета. Было обследовано 75 больных, завершивших лечение по поводу рака молочной железы I–III стадии, без отдаленных метастазов. На период обследования больные находились в состоянии ремиссии. Средний возраст испытуемых составил $51,4 \pm 7,2$ г. (от 38 до 72 лет), образование – $13,5 \pm 1,7$ г.

В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса, а не острых стрессовых реакций, связанных с наиболее травмирующими моментами для больных – постановкой диагноза и операцией, была установлена временная граница – не менее трех месяцев после окончания лечения. Таким обра-

зом, выборку составили женщины, у которых период после установления диагноза составлял от 4 до 140 месяцев ($M = 20,4$; $SD = 19,4$); после операции – от 3 до 139 месяцев ($M = 19$; $SD = 19,2$).

В исследовании использовались следующие методы и методики:

1. Шкала клинической диагностики CAPS («Clinical – administered ПТСР Scale») применяется для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Методика дает возможность оценить по пятибалльной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности его проявления и определить достоверность полученной информации.

2. Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события (IOES-R, Impact of event scale – revised) широко применяется в исследованиях посттравматических стрессовых состояний и позволяет оценить доминирующий тип отсроченной психологической реакции на травматическую ситуацию: склонность к навязчивому переживанию психотравмирующей ситуации, избегание любых напоминаний о психической травме и повышенный уровень физиологической возбудимости, который не наблюдался до психотравмирующего события.

3. Миссисипская шкала (MS, Mississippi Scale) предназначена для оценки посттравматических реакций. Описанные в пунктах опросника поведенческие реакции и эмоциональные переживания объединены в несколько групп и включают: навязчивые воспоминания, аффективную лабильность, различные личностные проблемы и др. Шкала дает общую оценку выраженности посттравматических реакций.

4. Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire – LEQ). Опросник состоит из 38 пунктов, в которых перечислены различные потенциально психотравмирующие ситуации. 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 повлияли на жизнь испытуемого в прошедший год его жизни.

5. Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина позволяет выявить уровень актуальной и личностной тревожности.

6. Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List) состоит из 90 утверждений,

отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем. Оценка и интерпретация результатов производится по 9 основным субшкалам, которые объединяют определенные группы симптомов: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, депрессивность, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранояльность, психотизм).

7. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI) предназначен для оценки наличия и выраженности депрессивных состояний на текущий период.

8. Шкала базисных убеждений (World assumptions scale – WAS) предназначена для оценки базовых установок личности, касающихся образа «Я» и окружающего мира, которые в первую очередь подвергаются воздействию психической травмы.

Клинические методики:

1. Определение иммунного статуса пациентов. Включает определение CD маркеров клеточного звена иммунитета.

2. Определение содержания метаболитов адреналина в моче.

На первом этапе исследования было получено подтверждение того, что заболевание злокачественной опухолью является травматическим стрессором для обследованной группы женщин: «рак молочной железы» представляет угрозу жизни и физической целостности и при этом реакция больных на диагноз РМЖ включает интенсивный страх, беспомощность или ужас. Многие больные отмечали, что наиболее интенсивный стресс они испытывали после установления диагноза, затем его интенсивность несколько снижалась, но оставалась высокой в период послеоперационного лечения. В процессе интервью было отмечено, что фактор калечащего характера операции мог не называться в качестве травматического стрессора частью больных (ощущение угрозы жизни со стороны заболевания превалировало над последствиями калечащей операции), тем не менее, очень часто звучало, что именно этот факт *ежедневно* не дает забыть о заболевании. Следовательно, этот фактор значительно усугубляет последствия перенесенного заболевания.

Результаты исследования показали, что у части больных развиваются признаки, соответствующие клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): навязчивые переживания по поводу события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о событии (мыслей, мест, действий, разговоров); повышенная физиологическая

реактивность в ответ на стимулы, символизирующие травму и признаки эмоциональной возбудимости, которые не наблюдались до заболевания (трудности с засыпанием или плохой сон; раздражительность или вспышки гнева; затруднения с сосредоточением внимания; повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы; гипертрофированная реакция испуга). Тот факт, что наблюдаемые реакции – последствия перенесенного заболевания, а не другие особенности, возможно имевшие место в преморбиде, подтверждают характеристики 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. Результаты проведенного интервью и анализ данных по методике CAPS показали, что в исследуемой выборке больных РМЖ выделяется группа женщин, показатели которых соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства (N = 18) и группа женщин (N = 31), у которых наблюдаются отдельные признаки посттравматического стресса (выполняется хотя бы один из критериев расстройства по DSM-IV, помимо критерия А – факта наличия травматического события). Число женщин, демонстрирующих признаки посттравматического стресса, в нашем исследовании значительно не отличается от данных, полученных другими исследователями [25], а также от исследований распространенности признаков посттравматического стресса среди жертв других травматических событий.

В соответствии с полученными результатами исследуемая выборка была разделена на 3 группы: «ПТСР», «Нет ПТСР» и «Частичное ПТСР».

Исследование **психопатологического статуса** пациентов проводилось с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и Опросника депрессивности Бека (BDI). Уровень выраженности всех психопатологических симптомов у больных РМЖ был статистически значимо взаимосвязан с интенсивностью признаков посттравматического стресса. Кроме того, анализ значимости различий с помощью критерия U Манна–Уитни между подгруппами «ПТСР», «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» позволил выявить некоторые специфические особенности, присущие каждой из групп. Группа людей, успешно справившихся с последствиями заболевания

(«Нет ПТСР»), отличается от двух других групп значимо более низкими уровнями выраженности симптоматики враждебности, фобической тревожности и паранояльных симптомов, измеряемых с помощью SCL-90-R. Группа «ПТСР», в свою очередь, отличается от двух других подгрупп значительно более выраженной симптоматикой соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии и психотизма. Следовательно, возможно, что симптоматика враждебности, фобической тревожности и паранояльных симптомов взаимосвязана с возникновением отдельных признаков посттравматического стресса, а высокий уровень симптомов соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии и психотизма является показателем значимо более высокого уровня выраженности признаков посттравматического стресса, а следовательно, и более неэффективного совладания с последствиями онкологического заболевания.

Для решения задачи определения взаимосвязей признаков посттравматического стресса и **социально-демографических и клинических характеристик** был проведен корреляционный анализ по Спирмену показателей признаков посттравматического стресса и следующих характеристик: возраст испытуемых, уровень образования, а также срок, прошедший с момента первых подозрений на возникновение онкологического заболевания, времени установления диагноза и проведения операции (результаты представлены в табл. 1).

Выраженность признаков посттравматического стресса, как показали результаты корреляционного анализа, была значимо отрицательно взаимосвязана с **образованием** пациенток. Это подтверждает предположение о более низ-

ком уровне образования как возможном предикторе посттравматического стресса. Возможно, более высокий уровень образования оказывает влияние на 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, в литературных источниках отмечается, 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 [12]. Возможно, уровень образования сказывается именно в этих аспектах совладания с заболеванием.

Анализ данных, полученных с помощью методики «Шкала базисных убеждений» (ШБУ), показал, что когнитивно-личностные характеристики больных взаимосвязаны с особенностями их посттравматического состояния (табл. 2).

Показатели ШБУ рассматривались как содержательные когнитивно-личностные характеристики, определяющие глубинные представления человека о себе и мире, сквозь призму которых он воспринимает и перерабатывает информацию. В концепции психической травмы Р. Янофф–Бульман [23], на основе которой был разработан оригинальный вариант ШБУ, предполагается, что психологическая картина психической травматизации представляет результат изменения базисных убеждений лич-

Таблица 1. Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями выраженности посттравматических симптомов, характеристиками заболевания и социально-демографическими показателями

	CA	SP	BDI	CAPS	IN	AV	AR	IES	GSI	MS
Возраст (лет)	0,05	0,22	0,13	-0,20	-0,11	-0,13	0,00	-0,09	0,01	0,06
Образование (лет)	-0,12	-0,14	-0,15	-0,17	-0,31**	-0,31**	-0,29*	-0,31**	-0,09	-0,06
Время постановки диагноза (мес.)	0,07	0,14	0,12	0,08	0,01	-0,06	0,08	0,01	0,11	0,30*
Время после операции (мес.)	0,02	0,06	0,04	0,07	-0,04	-0,11	0,01	-0,06	0,10	0,27*

Обозначения: CA – когнитивно-аффективная шкала Опросника депрессивности Бека; SP – шкала соматизации Опросника депрессивности Бека; BDI – общий балл по Опроснику депрессивности Бека; CAPS – Шкала для клинической диагностики ПТСР; IN – субшкала «Вторжение» Шкалы оценки влияния травматического события; AV – субшкала «Избегание» Шкалы оценки влияния травматического события AR – субшкала «Физиологическое возбуждение» Шкалы оценки влияния травматического события IES – общий балл по Шкале оценки влияния травматического события; SCL-90-R GSI – индекс тяжести симптомов (Опросник психопатологической симптоматики); MS – Миссисипская шкала.

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

Таблица 2. Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями выраженности признаков посттравматического стресса и характеристиками базисных убеждений

	CA	SP	BDI	CAPS	IN	AV	AR	IES	MS
Доброжелательность окружающего мира	-0,40***	-0,34**	-0,43***	-0,17	-0,16	-0,22	-0,13	-0,21	-0,31**
Справедливость	-0,03	0,08	0,03	0,05	0,05	0,04	0,12	0,08	0,08
Контролируемость мира	-0,19	-0,10	-0,16	-0,16	0,03	-0,02	-0,09	-0,03	-0,18
Закономерность	0,05	0,08	0,08	-0,09	-0,06	0,07	0,01	0,02	0,004
Самоценность	-0,37***	-0,34**	-0,38***	-0,30**	-0,21	-0,32**	-0,30**	-0,32**	-0,47***
Способность контролировать ситуацию	-0,20	-0,27*	-0,23*	-0,19	-0,12	-0,12	-0,14	-0,16	-0,22
Удача	-0,54***	-0,21	-0,43***	-0,23*	-0,22	-0,13	-0,17	-0,17	-0,36**

Обозначения: CA – когнитивно-аффективная шкала Опросника депрессивности Бека; SP – шкала соматизации Опросника депрессивности Бека; BDI – общий балл по Опроснику депрессивности Бека; CAPS – Шкала для клинической диагностики ПТСР; IN – субшкала «Вторжение» Шкалы оценки влияния травматического события; AV – субшкала «Избегание» Шкалы оценки влияния травматического события AR – субшкала «Физиологическое возбуждение» Шкалы оценки влияния травматического события IOES – общий балл по Шкале оценки влияния травматического события; MS – Миссисипская шкала.

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

ности о доброжелательности – враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного «Я». В нашем исследовании у женщин с высокой степенью выраженности признаков посттравматического стресса отмечались более негативные убеждения о доброжелательности окружающего мира, собственной удачливости, ценности и значимости собственного «Я» и способности контролировать происходящие с ними события.

Таким образом, результаты исследования показали существенный вклад когнитивно-личностных переменных в психологический статус больных РМЖ.

В качестве одной из задач нашего исследования был анализ взаимосвязей жизненных стрессов с характеристиками посттравматических состояний больных РМЖ. Анализ данных (табл. 3 и 4), полученных с помощью Опросни-

ка травматических ситуаций (LEQ), показал, что количество и субъективная оценка интенсивности влияния на человека жизненных стрессов были значимо взаимосвязаны с уровнем признаков посттравматического стресса, в особенности с симптоматикой избегания воспоминаний о травмирующем событии при реагировании на актуальную травму, в нашем случае – на заболевание РМЖ. Из психопатологических симптомов особенно отчетливо выделялись взаимосвязи признаков посттравматического стресса и симптомов депрессии, тревожности и психотизма.

Кроме того, анализ полученных данных показал, что показатель влияния на индивида пережитых в течение жизни травмирующих событий взаимосвязан с уровнем личностной тревожности ($r = 0,23$, $p < 0,05$): испытуемые с более высоким уровнем личностной тревожности субъективно оценивали травматические

Таблица 3. Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями выраженности признаков посттравматического стресса и показателями травматизации

Показатели	CA	SP	BDI	CAPS	IN	AV	AR	IOES	MS
Суммарный показатель влияния	0,21	0,28*	0,26*	0,33**	0,33**	0,34**	0,36**	0,37***	0,28*
Индекс травматичности	0,18	0,30**	0,25*	0,17	0,20	0,31**	0,20	0,26*	0,18
Число травм	0,15	0,20	0,18	0,28*	0,27*	0,27*	0,29*	0,29**	0,24*

Обозначения: CA – когнитивно-аффективная шкала Опросника депрессивности Бека; SP – шкала соматизации Опросника депрессивности Бека; BDI – общий балл по Опроснику депрессивности Бека; CAPS – Шкала для клинической диагностики ПТСР; IN – субшкала «Вторжение» Шкалы оценки влияния травматического события; AV – субшкала «Избегание» Шкалы оценки влияния травматического события AR – субшкала «Физиологическое возбуждение» Шкалы оценки влияния травматического события IOES – общий балл по Шкале оценки влияния травматического события; MS – Миссисипская шкала.

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

Таблица 4. Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями выраженности психопатологических симптомов и показателями предшествующей травматизации

	O_C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	PST
Суммарный показатель влияния	0,33**	0,43***	0,34**	0,36***	0,31**	0,35**	0,29*	0,43***	0,39***	0,29*	0,36**
Индекс травматичности	0,13	0,22	0,24*	0,24*	0,17	0,16	0,10	0,28*	0,22	0,21	0,22
Число травм	0,30**	0,40***	0,27*	0,29**	0,25*	0,30**	0,27*	0,35**	0,33**	0,22	0,30**

Обозначения: O_C – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессия»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойальные симптомы»; PSY – шкала «Психотизм»; ADD – дополнительная шкала; GSI – индекс тяжести симптомов; PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса; PST – общее число утвердительных ответов.

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

события как более значимые. Как показал качественный анализ, высокий уровень личностной тревожности способствовал возникновению феномена т.н. «кумулятивного стресса», что выделило таких больных в группу риска развития ПТСР.

Полученные результаты демонстрируют, что чем больше травмирующих ситуаций переживали больные РМЖ в течение жизни, чем более высоко они оценивали их влияние, тем более выраженная психопатологическая и посттравматическая симптоматика появлялась при реагировании 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, что также может способствовать возникновению «кумулятивного стресса».

Одна из гипотез исследования состояла в том, что существуют различия в иммунном статусе пациентов группы «норма» и пациентов, переживающих симптомы дистресса. Анализ проводился на основании определения CD маркеров клеточного звена иммунитета. Кроме того, определялось содержание метаболитов адреналина в моче. В исследование включались пациенты со статусом по шкале ECOG 0 (состояние нормальное, жалоб нет, нормальная физическая активность пациента) и 1 (наличие у пациента клинических симптомов, требующих амбулаторного наблюдения, способен к нормальной деятельности, незначительные симптомы или признаки заболевания, нормальная активность с усилием). Статус пациентов оценивался клиницистами.

Анализ данных проводился с помощью сравнения крайних подгрупп: «ПТСР» и «Нет ПТСР». Результаты (табл. 5) показали, что в группе «ПТСР» средние значения абсолютных

значений Т-хелперов (CD4+), индекса иммунной регуляции (CD4+/CD8+), а также общего числа Т-лимфоцитов (CD5+) значимо ниже, чем в группе «Нет ПТСР». Полученные различия дают основания утверждать, что пациенты, демонстрирующие высокий уровень психологического дистресса, имеют более выраженное иммунодефицитное состояние, чем пациенты с отсутствием ПТСР-симптоматики.

Результаты показали также, что у пациентов с ПТСР уровень гомованилиновой кислоты (ГВК) в моче выходит за пределы нормы и имеет более высокие показатели, чем у пациентов без ПТСР. Данный факт свидетельствует о повышении концентрации катехоламинов у пациентов с ПТСР, что подтверждает наличие выраженного стрессового состояния. Уровень ГВК значимо взаимосвязан с выраженностью депрессии по Опроснику депрессивности Бека ($p < 0,01$), а также с выраженностью депрессии ($p < 0,05$), враждебности ($p < 0,001$) и психотизма ($p < 0,001$) по Опроснику SCL-90-R, что также подтверждает взаимосвязь психологических симптомов и нейроэндокринных процессов в организме.

Интерпретация полученных данных, безусловно, довольно сложна и далека от однозначности. Наиболее вероятно, что полученные свидетельства в пользу снижения иммунитета у больных, переживающих интенсивный дистресс по поводу своего заболевания, говорят о влиянии этого дистресса на иммунитет. Такая интерпретация согласуется с результатами исследований влияния лабораторного и естественного стресса на иммунную систему [1]. При этом показано, что интенсивный кратковременный стресс преимущественно влияет на гуморальное звено иммунитета, тогда как хронический длительный стресс – на клеточное звено, которое «отвечает» за сопротивление раку. Именно клеточное звено иммунитета изучалось в нашем исследовании. Есть

Таблица 5. Различия (критерий Манна–Уитни) в показателях иммунного статуса по группам «ПТСР» и «Нет ПТСР»

Показатели	М (группа «ПТСР»)	М (группа «Нет ПТСР»)	U-критерий	Уровень значимости
CD3+	59,28	59,95	216,00	0,6674
CD4+	28,11	36,20	89,00***	0,0005
CD8+	28,39	27,28	230,00	0,9239
CD20	8,62	8,59	222,00	0,7745
LA-DR	13,98	13,50	214,00	0,6331
CD38+	36,00	39,70	203,00	0,4593
CD25	0,80	1,11	206,00	0,5039
CD16	22,97	21,01	195,50	0,3581
CD11b	26,13	25,54	230,50	0,9334
CD50+	94,89	91,60	231,50	0,9524
CD45RA	57,18	54,02	200,00	0,4170
CD5+	60,49	66,13	149,50*	0,0437
CD7+	67,16	65,48	212,00	0,5995
CD71	2,14	2,13	227,00	0,8673
CD95	38,16	35,38	189,00	0,2827
CD4+/CD8+	1,08	1,43	132,00*	0,0149
BMK	16,90	19,93	176,50	0,1699
GVK	28,36	23,12	127,00*	0,0106

Обозначения: BMK-ванилинминдальная кислота; GVK-гомовиниловая кислота.

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

основания полагать, что женщины, страдающие от симптомов посттравматического стресса и имеющие иммунодефицитное состояние, в большей степени подвержены риску рецидива онкологического заболевания. Однако доказательство этого – дело будущих лонгитюдных исследований.

Выводы

1. Онкологические заболевания относятся к числу чрезвычайных стрессоров, ведущих к развитию у части больных признаков посттравматического стресса. В исследуемой выборке у 65,3% больных РМЖ присутствовали отдельные признаки посттравматического стресса и у 24% дистресс достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине посттравматического стрессового расстройства. Результаты выраженности признаков посттравматического стресса среди больных РМЖ сопоставимы с опубликованными данными, полученными в исследованиях посттравматического стресса среди жертв других травматических событий.

2. Выявлено наличие психопатологических симптомов у больных РМЖ, уровень выраженности которых взаимосвязан с интенсивностью признаков посттравматического стресса. Обнаружен комплекс психопатологических симптомов, свойственный больным с признаками посттравматического стресса, способный отягощать процесс совладания с травмой. Симптоматика враждебности, фобической тре-

вожности и паранояльных симптомов взаимосвязана с возникновением отдельных признаков посттравматического стресса, а высокий уровень симптомов соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии и психотизма является показателем значимо более высокого уровня выраженности признаков посттравматического стресса, а следовательно, и более неэффективного совладания с последствиями онкологического заболевания.

3. Выраженность признаков посттравматического стресса у больных РМЖ сопряжена с определенными содержательными характеристиками личности – базисными убеждениями, формирующимися из опыта взаимодействия с окружающим миром и опосредующих восприятие происходящих событий. К характеристикам, взаимосвязанным с высокой интенсивностью признаков посттравматического стресса, относятся негативные базисные убеждения о ценности и значимости собственного «Я», своей удачливости и способности контролировать ситуацию, а также негативное убеждение о доброжелательности окружающего мира.

4. Уровень образования отрицательно взаимосвязан с интенсивностью параметров посттравматического стресса, что предположительно влияет на процессы совладания, копинг-стратегии, реализуемые больными РМЖ для преодоления травмирующих событий.

5. Количество предшествующих жизненных стрессов и особенности реагирования на них

взаимосвязаны с интенсивностью посттравматических реакций, возникающих в ответ на диагностирование опасного для жизни заболевания.

6. Пациенты, демонстрирующие высокий уровень психологического дистресса (группа «ПТСР»), имеют более выраженное иммуноде-

фицитное состояние, чем пациенты с отсутствием ПТСР-симптоматики. У пациентов с ПТСР повышена концентрация катехоламинов, что подтверждает наличие выраженного стрессового состояния на нейроэндокринном уровне.

Литература

1. *Брайт Д., Джонс Ф.* Стресс. Теории, исследования, мифы. – СПб.: ПРАЙМ-Еврознак, 2003. – 352 с.
2. *Генс Г.П., Коробкова Л.И., Вельшер Л.З., Тарабрина Н.В.* Взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства и психоиммунных нарушений у больных раком молочной железы // 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, – 488 с. С. 163–174.
3. *Молодецких В.А., Панырин 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.
4. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ. 1987. – 166 с.
5. *Падун М.А.* Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.04. М., 2003.
6. Психология посттравматического стресса. Практикум / Ред. Н.В. Тарабрина. СПб., 2001.
7. *Саймонтон К.* Психотерапия рака: краткое руководство / К. Саймонтон, С. Саймонтон; [Пер. с англ. М.В. Бадхен]. СПб., Питер, 2001. – 285 с.
8. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах психики и соматических заболеваниях. – М., 1995.
9. *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.
10. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
11. *Тхостов А.Ш., Артюшенко О.В., Алиев Н.Д.* Психотерапевтическая коррекция психогенных нарушений у больных опухолями опорно-двигательного аппарата // Актуальные вопросы онкологии. Барнаул, 1992. Ч. 2. С. 243–244.
12. *Тхостов А.Ш., Лактионова А.И.* Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопросы онкологии. 1990. Т. 36. № 2. С. 215–220.
13. *Тхостов А.Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. № 12. С. 1839–1844.
14. *Тхостов А.Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.04. – М.: МГУ, 1980.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). – Washington, DC, 1994.
16. *Beckman J., Blichert-Toft M., Jobansen L.* Psychological effects of mastectomy // Dan. Med. Bull. – 1983. – 30. – Suppl. № 2. – P. 7–10.
17. *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. – N 6. – P. 981–986.
18. *Davidson J.R. T., Foa E.B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // J. Abnormal Psychol. 1991; 100:346-355.
19. *Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., & Carniche C.L.M., Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of American Medical Association, 249, 751–757.*
20. *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. – 9(2). – P. 102–103.
21. *Holland J.S.* (Ed) Psycho-oncology. New York, Oxford. Oxford University Press, 1998. P. 3–15.

22. *Holland J.S., Rowland J.H.* Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. New York, Oxford University Press, 1989.

23. *Janoff-Bulman R.* Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes. In: C.R. Snyder (Ed). Coping: The Psychology of what works. N.Y., Oxford University Press, 1998.

24. *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. August 2002. Vol. 15. No 4. P. 277–287.

25. *Pitman R.K., Lanes D.M., Williston S.K., Guillaume M.A., Metzger L.J., Gebr G.M., Orr S.P.* Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients // Psychosomatics. – 2001. – N 42. – P. 133–140.

26. *Royak-Schaler R.* Psychological processes in breast cancer. A review of selected research // Psychosoc. Oncol. – 1991. – 9. – N 4. – P. 71–89.

27. *Smith M.Y., Redd W.H., Peyser C., Vogl D.* Post-traumatic stress disorder in cancer: a review // Psychooncology. 1999. 8(6). P. 521–537.

28. *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. C. 48–56.

29. *Tarabrina N., Lazebnaya E., Zelenova M., Agarkov V., Lasko N., Orr S., Pitman R.* Psychometric profile of Russian veterans of the Afganistan war. Second World conference of the International society for traumatic stress studies. 1997.