

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ КОМОРБИДНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

А.В. ВАСИЛЬЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Т.А. КАРАБАЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова (ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,
e-mail: tania_kar@mail.ru

Е.Б. МИЗИНОВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН

имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>,
e-mail: elenamizinova@yandex.ru

Е.П. ЛУКОШКИНА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>,
e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Представлены результаты клинко-психопатологического и экспериментально-психологического исследования 91 женщины с раком молочной железы (в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст — $55,8 \pm 11,08$ лет). Сформированы две исследовательские группы — 51 женщина с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), развившимся в связи с основным заболеванием, и 40 женщин, характеризующихся устойчивостью к стрессогенному воздействию. Для исследования клинических и социально-психологических характеристик больных использовалось авторское полуструктурированное анамнестическое интервью. Методики: опросник на скрининг ПТСР — Trauma Screening Questionnaire (Brewin et al., 2002); «Шкала оценки влияния травматического события» (Тарабрина, 2001); «Тип отношения к болезни» (Вассерман и др., 2014); «Я-структурный тест» (Тупицын и др., 1998); «Методика оценки психического здоровья» (Бочаров, Тупицын, 1999); «Тест жизнестойкости» (Леонтьев, Рассказова, 2006); «Опыт близких отношений» (Т.В. Казанцева, 2008). Результаты: у пациенток с ПТСР выявлены низкие параметры жизнестойкости, доминирование дезадаптивных типов отношения к заболеванию, дефицитные и деструктивные личностные структуры (агрессия, тревога, дефицитарные внешние и внутренние границы «Я», деструктивный нарциссизм, деструктивная сексуальность).

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, рак молочной железы, психотерапия, мишени психотерапии, стрессоустойчивость.

Для цитаты: Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П. Психологические особенности у больных раком молочной железы в зависимости от наличия коморбидного посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 145—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>

PSYCHOLOGICAL FEATURES IN BREAST CANCER PATIENTS, DEPENDING ON THE PRESENCE OF COMORBID POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

ANNA V. VASILEVA

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,

e-mail: annavdoc@yahoo.com

TATIANA A. KARAVAEVA

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg State University, N.N. Petrov

National Medicine Research Center of Oncology,

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,

e-mail: tania_kar@mail.ru

ELENA B. MIZINOVA

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>,

e-mail: elenamizinova@yandex.ru

EKATERINA P. LUKOSKINA

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>,

e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

The paper presents the results of a clinical-psychopathological and experimental psychological study carried out on 91 women with breast cancer (aged 35—65, mean age 55.8 ± 11.08 years). The sample was divided into two groups, 51 women with a diagnosed posttraumatic stress disorder (PTSD) developed as a result of their illness and 40 stress-resistant women. The author's semi-structured anamnestic interview was used to study the clinical and socio-psychological characteristics of patients. Methods: Trauma Screening Questionnaire (Brewin et al., 2002), Impact of Event Scale (Tarabrina, 2001), Type of Attitude to the Disease measure (Vasserman et al., 2014), G. Ammon's Ego Structure Test (Tupitsyn et al., 1998), Mental Health Assessment measure (Bocharov, Tupitsyn, 1999), The Personal Views Survey III-

R (Leontiev, Rasskazova, 2006), Experiences in Close Relationships (Kazantseva, 2008). Results: In patients with PTSD, low parameters of resilience, the dominance of maladaptive types of attitude to the disease, and deficient and destructive personality structures (aggression, anxiety, deficient external and internal boundaries of the self, and destructive narcissism and sexuality) were revealed.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), breast cancer, psychotherapy, psychotherapy targets, stress resistance.

For citation: Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Mizinova E.B., Lukoskina E.P. Psychological Features in Breast Cancer Patients, Depending on the Presence of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 145—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Во многих отечественных и зарубежных исследованиях рассматривается проблема психической адаптации человека к стрессу, связанному с угрожающим жизни — онкологическим — заболеванием и его лечением [1; 7; 10; 14; 15; 17; 20; 21]. Онкологический диагноз, учитывая его тяжесть, неопределенность прогноза в отношении дальнейшего течения болезни и последствия для жизни, является мощным стрессогенным фактором, приводящим к срыву адаптационных механизмов, истощению психологических ресурсов психического и физического здоровья и развитию сопутствующих адаптационных расстройств различного уровня, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [2; 3; 8—11; 16].

Высокая распространенность, успехи в эффективности лечения последних десятилетий и широко варьирующий уровень тяжести и летальности онкологических заболеваний определяет стремительное развитие такой междисциплинарной области, как онкопсихология с экстенсивным ростом исследований, посвященных разработке психотерапевтических, психосоциальных и реабилитационных программ для онкологических больных. Международные онкологические и онкопсихологические организации также подчеркивают необходимость разработки основанных на результатах исследований стандартов оказания психологической помощи в данной области [14; 23].

Настоящее исследование посвящено изучению психологических различий у больных раком молочной железы с наличием и отсутствием коморбидного посттравматического стрессового расстройства. Данная форма онкопатологии, учитывая калечащий характер оперативного вмешательства (мастэктомия), имеет особую значимость для самоотно-

шения и самооценки женщины, а также качества жизни в целом [10; 22], поэтому риск самостигматизации и развития коморбидного ПТСР признан здесь одним из самых высоких [2; 3; 7; 10; 19].

Цель исследования: изучение психологических различий между группами больных раком молочной железы (РМЖ): с верифицированным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и демонстрирующих хорошую стрессоустойчивость после мастэктомии.

У пациенток с раком молочной железы была проведена оценка параметров жизнестойкости, тревожности и избегания в близких отношениях, типов отношения к болезни; изучены индивидуально-психологические характеристики и личностный профиль при адаптивном и нозогенном типах реагирования на онкозаболевание, связь между отдельными индивидуально- и социально-психологическими характеристиками и уровнем выраженности симптомов ПТСР.

Гипотеза: имеются психологические различия между группами больных раком молочной железы с верифицированным ПТСР и демонстрирующими устойчивость к мощному стрессовому воздействию, которые должны учитываться при выборе и определении содержания психотерапевтических интервенций.

Метод

Выборка и процедура исследования. В исследование были включены 91 пациентка с верифицированным злокачественным онкологическим заболеванием молочной железы, после мастэктомии, находящаяся в ремиссии (в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст — $55,8 \pm 11,08$ лет). Большинство пациенток имели высшее образование (70% в экспериментальной группе и 64,7% в контрольной группе исследования), были удовлетворены материальными и бытовыми условиями жизни (67% и 71% соответственно), проживали в браке (62,5% и 52,9%), при этом наличие частых конфликтов в семье чаще отмечали больные с ПТСР (37,5%), чем пациентки контрольной группы, устойчивые к стрессу (11,8%). Большое количество респондентов обеих групп пережили утрату родителей (42,9%), а из тех, у кого родители были живы, чаще отмечали неудовлетворенность этими отношениями пациентки с ПТСР из экспериментальной группы (37,5%), чем устойчивые к стрессу больные из контрольной группы (27,5%). Пациентки с ПТСР чаще, чем представительницы контрольной группы, сталкивались с вынужденным одиночеством, когда оно не было личным выбором ($p < 0,05$). Кроме того, среди респондентов экспериментальной группы было выявлено большее количество случаев потери работы ($p < 0,05$).

В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница в соответствии с критериями МКБ-10 — в течение 6 месяцев с момента информирования о верифицированном диагнозе и необходимости мастэктомии. Принимая во внимание одновременность психотравмирующего воздействия, было принято решение рассматривать собственно диагноз и предстоящее лечение в качестве единого стрессора. Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе проводился скрининг сплошной выборки 324 пациенток, соответствующих критериям включения, при помощи опросника «Скрининг травмы» (*Trauma Screening Questionnaire*; Brewin et al., 2002), созданного и адаптированного на кафедре клинической психологии здоровья университетского колледжа Лондона (*University College London*) в 2002 г. и рекомендованного ВОЗ для широкого использования [18]. Данный опросник основан на критериях МКБ-10 и выявляет симптомы, необходимые для постановки диагноза ПТСР.

Из группы респондентов были отобраны пациентки, набравшие по опроснику пороговый балл шесть и выше (>6 баллов) — они были осмотрены сертифицированным врачом-психиатром. В большинстве представленных в литературе исследований по данной проблеме диагноз ПТСР обосновывался исключительно на основании данных опросников для самозаполнения пациентами, без верификации диагноза специалистом с соответствующей квалификацией.

В исследовательскую экспериментальную группу вошли 40 человек с подтвержденным клиническим диагнозом ПТСР, согласно критериям МКБ-10 (F 43.1), что составило 12,3% от всей скринированной выборки. Полученные показатели распространенности ПТСР у пациентов с онкологическими злокачественными образованиями соответствуют данным литературных источников [2; 7; 10; 16, 19]. Контрольную группу составили 51 пациентка, клинически и на основании скрининга не имевшие признаков ПТСР. Все пациентки, включенные в исследование, были сравнимы по возрастным, социальным и клиническим характеристикам, имели положительный прогноз и не имели осложнений.

На втором этапе пациентки обеих групп прошли экспериментально-психологическое исследование, включающее заполнение методик.

Методики

Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of Event Scale-R, IES-R) (Тарабрина, 2001) — направлена на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности [10; 11].

Тест жизнестойкости (The Personal Views Survey III-R) (Леонтьев, Рассказова, 2006) — предназначен для оценки параметра жизнестойкости и выявления факторов, способствующих успешному совладанию со стрессом и снижению внутреннего напряжения [6].

Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur-Test nach Ammon) (Ammon, 1976; Тупицын и др., 1998) — направлен на исследование особенностей личности, измерение бессознательных центральных личностных образований через доступные сознанию вторичные психологические функции (чувства, навыки и пр.) [12].

Методика оценки психического здоровья (МОПЗ) (Тупицын и др., 2000) — позволяет интегрально оценивать базисные показатели психического здоровья на основе анализа показателей, полученных при помощи Я-структурного теста Аммона [12].

Методика для определения типов отношения к болезни (ТОБОЛ) (Васерман и др., 2005, 2014) — основана на клинико-психологической типологии отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым [4].

Методика «Опыт близких отношений» (Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R) (Brennan, Fraley, 2000; Казанцева Т.В., 2008) — предназначена для оценки индивидуальных особенностей взрослых людей, находящихся в отношениях привязанности [5].

Статистический анализ данных проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20 и Microsoft Excel из пакета Microsoft Office XP.

Результаты

В ходе исследования были выявлены достоверные различия по результатам методики «Тест жизнестойкости» (табл. 1).

Изучение показателей жизнестойкости пациенток обеих групп показало статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Пациентки без ПТСР характеризовались большей вовлеченностью в происходящее, могли получать удовольствие от собственной деятельности, имели убежденность, что борьба позволяет повлиять на исход заболевания, и воспринимали происходящие события как приобретение опыта, способствующего эффективному совладанию со стрессом.

Уровень уверенности в надежности, отзывчивости значимого лица, степень дискомфорта, переживаемого при психологическом сближении с другим человеком, формирование зависимости от него оценивались при помощи методики «Опыт близких отношений» (табл. 2).

Анализ полученных результатов позволяет говорить о наличии значимых различий как по шкале «Тревожность», связанной с сенситив-

Таблица 1

Результаты сравнительного исследования параметров жизнестойкости у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСП и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью

Шкалы методики «Тест жизнестойкости» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСП (n=40)	U Манна–Уитни	p
	(M±SD)			
Жизнестойкость	80,84±18,33	56,17±8,37	243	0,00
Вовлеченность	37,07±8,41	25,52±3,58	216,5	0,00
Контроль	27,09±7,21	19,65±4,75	404	0,00
Принятие риска	16,67±4,85	11,00±3,13	378	0,00

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

Таблица 2

Результаты сравнительного исследования показателей методики «Опыт близких отношений» у пациенток с раком молочной железы с ПТСП и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью

Шкалы методики «Опыт близких отношений» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСП (n=40)	U Манна–Уитни	p
	(M±SD)			
Тревожность	3,21±2,75	5,62±3,45	1323,5	0,00
Избегание близости	4,92±2,72	7,59±2,46	1472,5	0,00

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

ностью, зависимостью, эмоциональной незрелостью, так и по шкале «Избегание близости», отражающей эмоциональную сдержанность, пассивность, эгоцентричность в социальном поведении. Усредненные значения в группе пациенток с ПТСП по этим параметрам оказались достоверно более высокими, ограничивая их способность использовать свое окружение в качестве ресурса для совладания с фактом болезни и калечащего лечения.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) является важным интрапсихическим конструктом, определяющим эмоциональное состояние, поведение и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни [10;

23] и в значительной степени влияющим на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных нозогенных осложнений [8; 13]. Изучение особенностей восприятия рака молочной железы женщинами с различным уровнем стрессоустойчивости проводилось с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТО-БОЛ) (табл. 3).

Таблица 3

Результаты сравнительного исследования типов отношения к болезни у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСР и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью

Типы отношения к болезни (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U Манна—Уитни	p
	(M±SD)			
Гармоничный (Г)	21,22±17,53	9,00±15,87	543	0,00
Эргопатический (Р)	21,83±15,19	21,50±11,90	837	0,68
Анозогностический (З)	11,36±12,65	1,33±3,44	516	0,00
Тревожный (Т)	8,24±6,35	17,25±9,92	1 344	0,00
Ипохондрический (И)	9,46±6,32	13,66±10,44	85	0,04
Неврастенический (Н)	9,12±7,29	13,08±7,92	1117,5	0,03
Меланхолический (М)	2,40±3,88	8,75±10,34	1222,5	0,00
Апатический (А)	3,83±3,84	8,25±7,53	1122	0,03
Сенситивный (С)	17,65±9,15	22,75±10,80	1,134	0,02
Эгоцентрический (Э)	9,02±6,06	8,16±5,42	85	0,62
Паранойальный (П)	6,51±6,45	7,91±5,54	1060,5	0,10
Дисфорический (Д)	4,14±5,42	8,08±7,05	1186,5	0,00

Примечание: М — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

У пациенток, устойчивых к стрессу, по сравнению с ПТСР-группой, значимо чаще встречалось гармоничное отношение к заболеванию, без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки болезни, и анозогностическое — активное отбрасывание мысли о болезни и возможных последствиях. В группе пациенток с ПТСР выявлены достоверно более высокие значения по типам, отражающим неадекватное отношение к заболеванию: тревожное, ипохондрическое, неврастеническое, меланхолическое, апатическое, сенситивное и дисфорическое.

Изучение базовых личностных функций в исследуемой выборке проводилось при помощи Я-структурного теста Аммона (табл. 4).

Таблица 4

Результаты сравнительного исследования базовых личностных функций у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСР и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью

Шкалы методики «Я-структурный тест Г. Аммона» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U Ман-Уит-ни	p
	(M±SD)			
Агрессия конструктивная (A1)	39,83±14,80	32,02±10,61	767,00	0,04
Агрессия деструктивная (A2)	39,94±6,58	51,00±11,90	1554,5	0,00
Агрессия дефицитная (A3)	46,42±10,39	64,27±10,42	1793,5	0,00
Тревога конструктивная (C1)	42,30±12,82	40,36±12,14	928	0,46
Тревога деструктивная (C2)	49,95±12,41	66,06±9,42	1727	0,00
Тревога дефицитарная (C3)	42,68±9,78	55,20±13,74	1571	0,00
Внешнее Я-отграничение конструктивное (O1)	47,38±12,42	34,61±8,58	449	0,00
Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)	54,23±12,13	68,18±10,25	1641	0,00
Внешнее Я-отграничение дефицитарное (O3)	35,32±12,13	50,56±7,28	1703,5	0,00
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (Q1)	41,99±14,14	32,08±13,94	595,5	0,00
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (Q2)	53,86±13,87	63,06±8,91	1423	0,00
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (Q3)	40,09±11,31	56,30±9,69	1760	0,00
Нарциссизм конструктивный (H1)	38,27±15,29	27,11±9,32	584,5	0,00
Нарциссизм деструктивный (H2)	48,87±16,63	63,36±14,64	1521,5	0,00
Нарциссизм дефицитарный (H3)	33,95±9,68	45,06±11,21	1571	0,00
Сексуальность конструктивная (Ce1)	31,33±11,82	31,52±13,30	1016,5	0,98
Сексуальность деструктивная (Ce2)	39,43±10,02	44,86±11,82	1330	0,01
Сексуальность дефицитарная (Ce3)	53,54±12,68	57,28±13,32	1,164	0,25

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

Полученные данные позволяют говорить о статистически значимых межгрупповых различиях по всем шкалам, отражающим дефицитарные и деструктивные Я-функции: деструктивная агрессия, дефицитарная агрессия, деструктивная тревога, дефицитарная тревога, деструктивное внутреннее Я-отграничение, дефицитарное внутреннее Я-отграничение, деструктивное внешнее Я-отграничение, дефицитарное внешнее Я-отграничение, деструктивный нарциссизм, дефицитарный нарциссизм, деструктивная сексуальность. Дефицитарные шкалы отражают отсутствие активности, безучастность, недостаточную интегрированность своего образа «Я», отсутствие регулирования поведения при опасности, зависимость от окружающих, отказ от собственных интересов и потребностей. Деструктивные шкалы демонстрируют наличие разрушительной активности относительно самого себя, других людей, негативизм, обидчивость, неспособность принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих, обесценивание мнения и интересов других, возникновение страха и тревоги, парализующих поведение, избегание принятия нового опыта, ригидность в восприятии своих чувств [12]. По всем перечисленным шкалам у пациенток с симптомами ПТСР были получены достоверно более высокие показатели в сравнении с контрольной группой.

В группе пациенток, устойчивых к стрессу, выявлены статистически значимо более высокие показатели по шкалам, отражающим конструктивные Я-функции, а именно: конструктивная агрессия, конструктивное внешнее Я-отграничение, конструктивный нарциссизм, — отражающие целенаправленную активность, реалистическую оценку опасности, гибкое регулирование отношений между собой и окружающим миром, позитивное и адекватное отношение к себе, признание желательности удовлетворения своих значимых потребностей, принятие своих слабостей.

Таким образом, в структуре личности пациенток с раком молочной железы с симптомами ПТСР преобладают деструктивно-дефицитарные выражения Я-функций при недостатке их конструктивных показателей, что способствует психологической дезадаптации [12].

С целью анализа взаимосвязей между симптомами ПТСР и отдельными индивидуально-психологическими характеристиками был проведен корреляционный анализ, в ходе которого было выявлено, что общий показатель жизнестойкости и его компоненты «Вовлеченность», «Принятие риска» и «Контроль» имеют отрицательную корреляционную связь, как с показателем по скринингу ПТСР, так и с общим показателем ШОВТС. Шкалы методики «Я-структурный тест Аммона», отражающие деструктивные и дефицитарные Я-функции имеют положительные корреляционные взаимосвязи с опросником ПТСР и шка-

лами ШОВТС. Наибольшую силу связи имеют «Дефицитарная агрессия» ($r=0,698$; $p=0,01$), «Деструктивная тревога» ($r=0,674$; $p=0,01$), «Дефицитарное внешнее Я-отграничение» ($r=0,649$; $p=0,01$) и «Дефицитарное внутреннее Я-отграничение» ($r=0,678$; $p=0,01$). Скрининг ПТСР и шкалы методики ШОВТС имеют отрицательную взаимосвязь с анозогнозическим ($r=0,568$; $p=0,01$) и тревожным ($r=0,520$; $p=0,01$) типами отношения к болезни. Шкалы методики «Опыт близких отношений» имеют слабые положительные корреляционные связи с показателями ПТСР; при этом шкала «Избегание близости» ($r=0,472$; $p=0,01$), отражающая эмоциональную сдержанность, осторожность, эгоцентричность в социальных отношениях, характеризуется более сильной взаимосвязью с симптоматикой ПТСР, по сравнению со шкалой «Тревожность», отражающей обратные черты, ведущие к зависимости в отношениях ($r=0,472$; $p=0,01$).

Обсуждение результатов

Проведенное исследование свидетельствует о наличии достоверных психологических различий между больными раком молочной железы, у которых верифицировано ПТСР, и демонстрирующих хорошую устойчивость к мощному стрессовому воздействию. На основании полученных данных невозможно сделать однозначный вывод о причинно-следственных связях и разделить предикторы возникновения ПТСР и психологические последствия травматического стресса. Д.А. Леонтьев и Е.И. Расказова, авторы методики «Тест жизнестойкости», предполагают, что это стойкие базовые личностные характеристики, не столько меняющиеся под воздействием стресса, сколько влияющие на совладание с ним; тем не менее полученных результатов недостаточно, чтобы окончательно ответить на вопрос, что первично — снижение жизнестойкости или травматический опыт [2]. В литературе указывается, что базовые убеждения о себе, о предсказуемости мира и возможности контролировать ход событий подвергаются мощному воздействию травмы и могут разрушаться под ее воздействием [1; 2; 16; 23]. При этом также известно, что дисфункциональные убеждения о собственной безопасности влияют на искаженные когнитивные оценки травмы и ее последствий, хронифицируют эти эмоциональные реакции, способствуя ПТСР [10; 19; 23; 24]. Полученные данные об особенностях формирования модели репрезентации заболевания у пациенток с ПТСР имеют важное практическое значение для выбора мероприятий медико-психологической реабилитации, повышения эффективности лечения, определения терапевтического прогноза. Отечественные и зарубежные исследования

подчеркивают влияние внутренней картины болезни на формирование комплаенса, установление терапевтического альянса, развитие негативных нозогенных реакций [1; 10; 11; 15; 21].

Выводы

1. Больные раком молочной железы с коморбидным ПТСР имеют более низкие показатели жизнестойкости по всем шкалам, высокую тревожность и склонность избегать близких, доверительных отношений по сравнению с пациентками, демонстрирующими удовлетворительную устойчивость к стрессу, что способствует формированию чувства эмоционального отвержения, беспомощности, неготовности принятия своего заболевания, эмоциональной пассивности и сдержанности в социальном поведении.

2. У больных раком молочной железы с коморбидным ПТСР достоверно реже встречается гармоничное отношение к заболеванию, во внутренней картине болезни чаще отмечаются тревожные, ипохондрические, дисфорические и меланхолические переживания.

3. Имеются статистически значимые отличия между больными раком молочной железы с коморбидным ПТСР и демонстрирующими удовлетворительное совладание со стрессом в базовых личностных функциях. У пациенток с ПТСР в значительно большей степени представлены дефицитарные и деструктивные Я-функции, определяющие снижение активности, недостаточную интегрированность своего образа «Я», зависимость от окружающих, склонность к аутоагрессивному поведению, неспособность принимать поддержку близких, возникновение тревожных и фобических переживаний, нарушающих адаптивное поведение.

4. Низкие показатели жизнестойкости, неадекватная внутренняя картина болезни, дефицитарные и деструктивные личностные структуры имеют непосредственную связь с формированием и течением ПТСР. Необходимо выявлять их на диагностическом этапе и учитывать как мишени психокоррекционных интервенций в комплексном персонализированном подходе к терапии этих больных.

Рассмотренные психологические и психопатологические феномены должны учитываться в разработке персонализированных комплексных стратегий в профилактике и лечении пограничных психических нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии (Психологический практикум). СПб.: Речь, 2004. 166 с.

2. *Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.* Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / Под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, и др. СПб.: Вопросы онкологии, 2017. С. 228—241.
3. *Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.* Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 2. С. 44—53. DOI:10.31363/2313-7053-2018-2-44-53
4. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., и др.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
5. *Казанцева Т.В.* Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли // Известия РГПУ имени Герцена. 2008. № 74-2. С. 139—143.
6. *Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И.* Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
7. *Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В.* Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях // Вопросы онкологии. 2016. № 6. С. 774—784.
8. *Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И., и др.* Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии. 2013. № 59 (3). С. 12—25.
9. *Сирота Н.А., Московченко Д.В.* Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 86—91.
10. *Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 1. С. 9—13.
11. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., и др.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Институт психологии РАН, 2010. 175 с.
12. *Тупицин Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., и др.* Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
13. *Усманова Е.Б., Шелкова О.Ю., Исурина Г.Л., и др.* Опросник качества жизни для пациентов с онкоортопедической патологией // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 147—166. DOI:10.17759/сpp.2019270210
14. *Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А.* Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131—149. URL: <https://psyjournals>.

- ru/psyclin/2018/n4/Khain_et_al.shtml (дата обращения: 15.01.2021). DOI:10.17759/psyclin.2018070408
15. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63. № 1. С. 115—121.
 16. Abbey G., Thompson S.B.N., Hickish T., et al. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder // *Psycho-Oncology*. 2015. Vol. 24 (4). P. 371—381. DOI:10.1002/pon.3654
 17. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer // *Cancer Treatment Revue*. 2007. Vol. 33 (7). P. 622—630. DOI:10.1016/j.ctrv.2006.12.006
 18. Brewin C.R., Rose S., Andrews B., et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder // *The British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181 (2). P. 158—162. DOI:10.1192/bjp.181.2.158
 19. Cordova M.J., Giese-Davis J., Golant M., et al. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007. Vol. 14 (4). P. 308—319. DOI:10.1007/s10880-007-9083-6
 20. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used // *Journal of Psychosomatic Research*. 2012. Vol. 72 (6). P. 434—438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
 21. Green B.L., Krupnick J.L., Rowlan J.H., et al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2000. Vol. 18 (5). P. 1084—1093. DOI:10.1200/JCO.2000.18.5.1084
 22. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors // *Breast Cancer Research and Treatment*. 2000. Vol. 61 (2). P. 145—151. DOI:10.1023/A:1006483214678
 23. *Psycho-Oncology*. 3rd ed. / Holland J.C., Breitbart W.C., Jacobsen P.B., et al. (eds.). Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p. DOI:10.1093/med/9780199363315.001.0001
 24. Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F.G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment // *Psychosomatics*. 2006. Vol. 47 (3). P. 223—230. DOI:10.1176/appi.psy.47.3.223

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii (Psikhologicheskii praktikum) [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, therapy (Psychological workshop)]. Saint Petersburg: Rech', 2004. 166 p.
2. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva u patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami [Development of posttraumatic stress disorder in patients with oncological diseases]. In Belyaev A.M., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., et al. *Onkopsikhologiya dlya vrachei-onkologov i meditsinskikh psikhologov: rukovodstvo* [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists: A Handbook]. Saint Petersburg: Voprosy onkologii, 2017, pp. 228—241.

3. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory riska razvitiya posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva u patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami pryamoj kishki, podvergshikhsya khirurgicheskomu lecheniyu s formirovaniem kolostomy [Socio-psychological risk factors for the development of post-traumatic stress disorder in patients with oncological diseases of the rectum, subjected to surgical treatment with the formation of colostomy]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2018, no. 2, pp. 44—53. DOI:10.31363/2313-7053-2018-2-44-53
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., et al. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachei [Psychological diagnostics of attitudes towards the disease. (A guide for doctors)]. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. 33 p.
5. Kazantseva T.V. Adaptatsiya modifitsirovannoi metodiki “Opyt blizkikh otnoshenii” K. Brennan i R.K. Freili [Adaptation of the modified Experiences in Close Relationships Scale by K. Brennan and R.C. Fraley]. *Izvestiya RGPU im. Gertsena = Herzen University Bulletin*, 2008, no. 74-2, pp. 139—143.
6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Vitality test]. Moscow: Smysl, 2006. 63 p.
7. Lukoshkina E.P., Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V. Etiologiya, epidemiologiya i psikhoterapiya soputstvuyushchikh psikhicheskikh rasstroistv pri onkologicheskikh zabolevaniyakh [Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2016, no. 6, pp. 774—784.
8. Oleinikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., et al. Diagnostika posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva u bol'nykh rakom yaichnikov [Diagnosis of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2013, no. 59 (3), pp. 12—25.
9. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psikhodiagnostika strakha progressirovaniya zabolevaniya: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi versii oprosnika strakha progressirovaniya zabolevaniya [Psychodiagnosics of the fear of disease progression: Results of approbation of the Russian-language version of the questionnaire of Fear of Disease Progression]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2014, no. 4, pp. 86—91.
10. Tarabrina N.V. Posttraumatic stress among cancer patients. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22, no. 1, pp. 40—63. (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., et al. Onkopsikhologiya: posttraumaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy [Oncopsychology: Post-traumatic stress in breast cancer patients]. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2010. 175 p.
12. Tupitsin Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V., et al. Ya-strukturnyi test G. Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne. Posobie dlya psikhologov i vrachei [Self-structural test of G. Ammon: A questionnaire for the assessment of central personal functions at the

- structural level. A manual for psychologists and doctors]. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 1998. 70 p.
13. Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu., Isurina G.L., et al. Quality of Life Questionnaire for patients with oncoorthopedic disease. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019. Vol. 27, no. 2, pp. 147—166. DOI:10.17759/cpp.2019270210. (In Russ., abstr. in Engl.)
 14. Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotional state and coping strategies of adolescents with oncohematological diseases [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2018. Vol. 7, no. 4, pp. 131—149. Available at: https://psyjournals.ru/psyclin/2018/n4/Khain_et_al.shtml (Accessed 15.01.2021). DOI:10.17759/psyclin.2018070408. (In Russ., abstr. in Engl.)
 15. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Vliyanie otnosheniya k bolezni na kachestvo zhizni patientsov s opukholevym porazheniem kostei [Quality of Life Questionnaire for Patients with Oncoorthopedic Disease]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2017. Vol. 63 (1), pp. 115—121.
 16. Abbey G., Thompson S.B.N., Hickish T., et al. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 2015. Vol. 24 (4), pp. 371—381. DOI:10.1002/pon.3654
 17. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Review*, 2007. Vol. 33 (7), pp. 622—630. DOI:10.1016/j.ctrv.2006.12.006
 18. Brewin C.R., Rose S., Andrews B., et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 2002. Vol. 181 (2), pp. 158—162. DOI:10.1192/bjp.181.2.158
 19. Cordova M.J., Giese-Davis J., Golant M., et al. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007. Vol. 14 (4), pp. 308—319. DOI:10.1007/s10880-007-9083-6
 20. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012. Vol. 72 (6), pp. 434—438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
 21. Green B.L., Krupnick J.L., Rowlan J.H., et al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2000. Vol. 18 (5), pp. 1084—1093. DOI:10.1200/JCO.2000.18.5.1084
 22. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2000. Vol. 61 (2), pp. 145—151. DOI:10.1023/A:1006483214678
 23. Holland J.C., Breitbart W.C., Jacobsen P.B., et al. (eds.). *Psycho-Oncology*. 3rd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p. DOI:10.1093/med/9780199363315.001.0001
 24. Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F.G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*, 2006. Vol. 47 (3), pp. 223—230. DOI:10.1176/appi.psy.47.3.223

Информация об авторах

Васильева Анна Владимировна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: annavdoc@yahoo.com

Каравеева Татьяна Артуровна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова (ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России); профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, e-mail: tania_kar@mail.ru

Мизинова Елена Борисовна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, преподаватель отдела региональных программ профессиональной переподготовки специалистов с высшим психологическим образованием, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>, e-mail: elenamizinova@yandex.ru

Лукошкина Екатерина Павловна, кандидат психологических наук, сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>, e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Information about the authors

Anna V. Vasileva, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Associate Professor, Chair of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University

named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: annavdoc@yahoo.com

Tatiana A. Karavaeva, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Head of the Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Professor, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University; Chief Researcher, Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Petrov National Medicine Research Center of Oncology; Professor, Department of General and Practical Psychology with Courses in Biomedical Disciplines and Pedagogy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, e-mail: tania_kar@mail.ru

Elena B. Mizinova, PhD in Psychology, Senior Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, Lecturer, Department of Regional Programs for Professional Retraining of Experts with Higher Psychological Education, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Lecturer, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>, e-mail: elenamizinova@yandex.ru

Ekaterina P. Lukoshkina, PhD in Psychology, Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>, e-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Получена 02.06.2020

Received 02.06.2020

Принята в печать 10.05.2021

Accepted 10.05.2021