

## ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности

Васильева А.В.<sup>1,2</sup>, Караваева Т.А.<sup>1,3</sup>, Лукошкина Е.П.<sup>4</sup>, Вайс Э.Э.<sup>3</sup>, Яковлева Ю.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России,

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России,

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

<sup>4</sup> ООО Многопрофильная клиника «Кадуцей», Санкт-Петербург

**Резюме.** В статье описываются клинико-психологические особенности формирования ПТСР у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) после оперативного лечения (мастэктомии). Проведено сравнение с использованием батареи психодиагностических методик групп пациенток с ПТСР и успешно адаптировавшихся к своему заболеванию. На основании результатов регрессионного анализа выделены социально-психологические факторы риска развития ПТСР у женщин с РМЖ после мастэктомии.

**Ключевые слова:** тревога, ПТСР, рак молочной железы, мастэктомия, онкология, внутренняя картина болезни, регрессионный анализ, женское психическое здоровье.

### Breast cancer related PTSD in patients after surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues

Vasileva A.V.<sup>1,2</sup>, Karavaeva T.A.<sup>1,3</sup>, Lukoshkina E.P.<sup>4</sup>, Veiss E.E.<sup>3</sup>, Iakovleva Ia.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of The Russian Federation Ministry of Health,

<sup>2</sup> I. I. Mechnikov North-Western Medical State University,

<sup>3</sup> Saint-Petersburg State University,

<sup>4</sup> «Caduseus» Clinic, St. Petersburg

**Summary.** The article describes clinical and psychological issues of the PTSD development in breast cancer patients after surgical treatment (mastectomy). The results of comparative analysis with the use of the psychodiagnostic tests battery of the breast cancer related PTSD symptoms group and the well coped with cancer related distress group are presented. The regression analysis results allowed to distinguish psycho-social risk factors for breast cancer related PTSD manifestation

**Key words:** anxiety, PTSD, breast cancer, mastectomy, oncology, internal model of the disease, regression analysis, women mental health

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) значительно расширило свои диагностические критерии за последние десятилетия, в настоящее время активно изучается манифестация и течение этой патологии при соматических жизнеугрожающих заболеваниях [1,6,16]. Тяжесть заболевания, неопределенность прогноза в отношении его течения и страх его прогрессирования, последствия для жизни как самого недуга, так и оперативного лечения требуют мобилизации всего адаптационного психического потенциала личности и могут быть причиной развития адаптационных расстройств различного уровня [3, 5, 12, 14].

Изучение такого коморбидного психического расстройства, как ПТСР является важной не только теоретической, но и практической задачей в связи с его влиянием на функционирование гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси, что может влиять на течение соматического заболевания [2, 4, 11, 19].

Эпидемиологические данные о распространенности ПТСР при соматических заболевани-

ях очень сильно варьируют в зависимости от используемых методов. При применении скрининговых опросников для самозаполнения частота ПТСР у онкологических и кардиологических больных составляет 29,2% и значительно снижается до 4,8%, когда диагноз верифицирует опытный специалист, использующий структурированное интервью [15]. Эбби Дж. С соавторами, проведя мета-анализ 25 исследований, из них 21 касались пациентов с раком молочной железы (РМЖ) с общей выборкой из 4189 пациентов, сделали вывод о достаточно большом разбросе частоты ПТСР от 7,3% до 13,8% в зависимости от используемых скрининговых инструментов [9].

В исследовании пациенток с РМЖ с использованием критериев DSM их в интервью прицельно спрашивали, воспринимали ли они постановку диагноза и план лечения как угрожающие жизни и физической целостности факты, а также переживали ли они в ответ тревогу, ужас и беспомощность, при этом 50-60% респонденток ответили утвердительно, выделяя угрозу жизни в качестве основного переживания [10]. А. Меннерт и

Ю. Кох указывают, что в их исследовании более половины пациенток с РМЖ определили их заболевание как высокотравматичное [17].

РМЖ был выбран в качестве одной из основных злокачественных нозологий для выявления ПТСР у онкологических больных неслучайно, вопреки успехам в лечении этой формы онкопатологии, в связи с его особой значимостью для самоотношения и самооценки женщины в плане собственной феминности и ценности для партнера, риск развития коморбидного ПТСР и самостигматизации особенно при хирургическом лечении (мастэктомии) значительно повышается [6,7].

В практическом плане коморбидные психические нарушения влияют на приверженность пациентов назначенному лечению, так пациентки с РМЖ могут отказываться от оперативного лечения в случаях, когда страх потери женской привлекательности превалирует над рациональными доводами необходимости операции.

Целью данного исследования стало уточнение клинико-психологических характеристик и выявление психосоциальных факторов риска развития ПТСР у женщин с РМЖ, находящихся в ремиссии после мастэктомии как оперативного лечения.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось в несколько этапов: первоначально был проведен скрининг всех пациентов на наличие симптомов посттравматического стрессового расстройства при помощи опросника на скрининг ПТСР. В исследовании приняли участие 91 пациентка, среди них 40 женщин имели симптомы ПТСР (балл по скринингу выше 6), они составили экспериментальную группу. В контрольную группу была включены 51 женщина, которые имели достаточный уровень совладания со стрессом. Средний возраст участниц составил  $55,8 \pm 11,08$  лет. Все пациентки контрольной и экспериментальной групп имели положительный прогноз и не имели послеоперационных осложнений. В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница — не менее 3 месяцев после проведения операции по удалению молочной железы.

Для этого на втором этапе исследования использовался клинический (клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-патогенетический) метод. С его помощью было возможно определить тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику, выявить анамнестические психо-социальные особенности пациентов. Было разработано авторское структурированное анамнестическое интервью для оценки клинических, социально-демографических и психосоциальных характеристик больных.

Также использовался экспериментально-психологический метод, который включал в себя комплекс методик: 1. Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Тарабрина Н.В., 2001) 2. Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006). 3. Я-структурный тест Г. Аммо-

на (Г. Аммон 1976, адаптация Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998). 4. Методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014) 5. Методика «Опыт близких отношений» (К. Бреннан и К. Фрейли, 2000; адап. Т.В.Казанцева, 2008).

**Клинические характеристики.** Пациентки обеих групп были проанализированы в связи с длительностью заболевания, наличием осложнений и другими клиническими характеристиками.

Анализ полученных результатов позволяет говорить об отсутствии различий между группами в связи со степенью инвалидности: большинство пациенток экспериментальной и контрольной группы не имели инвалидность (39,6%); у пациенток с симптомами ПТСР инвалидность 1 группы была в 20% случаев, в то время как в контрольной группе лишь в 9,8%, инвалидность второй и третьей группы встречается с почти одинаковой частотой в обеих выборках (25,3% и 20,9% соответственно).

Длительность заболевания в обеих группах варьировала от 4 месяцев до 8 лет. При этом в группе пациенток с ПТСР наиболее часто встречались заболевания длительностью от двух до пяти лет (45%), в то время как в контрольной группе у большинства женщин (37,3%) заболевание имело длительность более 5 лет (37,3%).

Кроме того, следует сказать о тенденции ( $p < 0.1$ ) к различию двух групп по наличию сопутствующих заболеваний, которые встречались несколько чаще в группе пациенток с симптомами ПТСР (67,5% в группе с симптомами ПТСР и 51% в контрольной группе).

**Социальные характеристики.** Пациентки экспериментальной и контрольной групп были проанализированы в связи с особенностями образования, семейного положения, факторами социальной поддержки. Анализ уровня образования показал, что пациентки с симптомами ПТСР имели более высокий уровень образования в сравнении с пациентками, устойчивыми к стрессу. Так, большинство пациенток с симптомами ПТСР имели высшее образование (70%), остальные имели среднее профессиональное образование (30%); в то время как в контрольной группе высшее образование имели несколько меньший процент женщин (64,7%) также встречались пациентки с незаконченным высшим образованием (11,8%), средним профессиональным (11,8%), средним (7,8%), и незаконченным средним образованием (3,9%).

Анализ семейного положения продемонстрировал следующие результаты: в группе пациенток, устойчивых к стрессу чаще выявлены случаи как одиночества (7,8% в контрольной группе и 0% в экспериментальной), так и вдовства (27,5% и 7,8% соответственно). При этом большее количество пациенток с симптомами ПТСР состояли в браке (62,5% пациенток с ПТСР и 52,9% пациенток, устойчивых к стрессу). Однако при уточнении особенностей семейного анамнеза выявил наличие частых межличностных конфликтов в груп-

пе пациенток с ПТСР (37,5% пациенток с ПТСР и 11,8% пациенток, устойчивых к стрессу), а большинство пациенток, устойчивых к стрессу отрицали наличие конфликтных семейных отношений (66,7%). Можно говорить о том, что наличие длительно существующих выраженных внутрисемейных конфликтов может выступать в качестве кумулятивной травмы, снижающей чувство базовой безопасности и ставящий под вопрос собственную феминность.

Пациентки также опрашивались относительно удовлетворенности в значимых сферах отношений. Анализ полученных результатов позволяет говорить о тенденции ( $p < 0.1$ ) к различию двух групп по наличию ресурсных отношений в семье, которые встречались несколько чаще в группе пациенток, устойчивых к стрессу (58,8% в контрольной группе и 40% в группе с симптомами ПТСР).

Многие пациентки из обеих групп пережили утрату родителей (42,9%), однако в группе пациенток, устойчивых к стрессу большинство из тех, у кого родители еще живы были вполне удовлетворены отношениями с ними (27,5%), в то время как пациентки с симптомами ПТСР совсем не удовлетворены (37,5%). Хорошие отношения с друзьями также чаще встречались в группе пациенток, устойчивых к стрессу (74,5% в контрольной группе и 45% в группе с симптомами ПТСР).

Были выявлены различия между группами по степени удовлетворенности свое работой: несмотря на то, что многие из пациенток в обеих группах не работали (62,6%), оставшееся большинство пациенток контрольной группы были удовлетворены своей работой полностью (31,4%), в то время как пациентки контрольной группы в большинстве своем были удовлетворены не в полной мере (22,5%).

Был проведен анализ анамнестических данных с помощью структурированного интервью для оценки условий развития. Большинство пациенток обеих групп воспитывались в полных семьях (65,2%), статистически значимых различий по семейному положению выявлено не было. Проявилась тенденция ( $p < 0.1$ ) к различию двух групп по частоте семейных конфликтов: 40% пациенток в контрольной группы и только 15% пациенток с симптомами ПТСР отрицали наличие семейных конфликтов в нуклеарной семье. Случаи физического насилия в детстве достоверно чаще встречались в группе пациенток с симптомами ПТСР (15% в группе с симптомами ПТСР и 0% в контрольной группе).

Большинство пациенток обеих групп воспитывались в основном матерью (59,3%), при этом случаи отцовского воспитания не встречались в контрольной группе, когда как в группе пациенток с ПТСР встречались относительно часто (15%). Гармоничный тип воспитания часто встречался в обеих группах (58,4%); среди неправильных типов воспитания в группе контроля преобладали доминирующая гиперопека (16,3%) и противоречивое воспитание (12,2%), в то время как в группе пациентов с признаками ПТСР чаще встречались

потворствующая гиперопека (15%) и гипоопека (15%). По характеристикам подросткового возраста не найдено значимых различий: у большинства пациенток обеих групп данный период прошел без конфликтов (94,5%).

В литературе, посвященной факторам риска развития ПТСР предшествующие жизненные события рассматриваются как значимый фактор риска для уязвимости в манифестации ПТСР у пациенток с РМЖ [13]. Поэтому в качестве одной из задач исследования стало изучение стрессовых и травматических событий в анамнезе у пациенток обеих групп и их сравнительный анализ. При изучении типа (содержания) травматического события в исследуемых выборках были обнаружены различия между группами, и ряд травматических событий отмечались достоверно чаще. Так, пациентки с коморбидным ПТСР достоверно чаще пережили сексуальное насилие (в данном случае подразумеваются ситуации изнасилования или попытки изнасилования). Среди респондентов подгруппы риска также выявлено больше случаев автомобильных аварий в сравнении с испытуемыми контрольной группы.

Изучение психических травм, связанных со смертью эмоционально значимых людей показало, что пациенты с клиническими признаками ПТСР достоверно чаще пережили утрату отца ( $p < 0.05$ ) и друга ( $p < 0.01$ ). При этом испытуемые контрольной группы чаще пережили утрату супруга ( $p < 0.05$ ). В целом, пациентки обеих групп характеризовались наличием достаточно большого количества утраты близких людей, что возможно обусловлено возрастом испытуемых.

При сравнении обеих групп по наличию стрессовых событий, связанных с семейными отношениями, было обнаружено, что пациенты с ПТСР достоверно чаще сталкивались с постоянными семейными конфликтами ( $p < 0.05$ ), в то время как пациентки, устойчивые к стрессу чаще пережили развод ( $p < 0.05$ ).

При сравнении пациентов в связи с социальной травматизацией, было выявлено, что пациенты с ПТСР чаще сталкивались с вынужденным одиночеством ( $p < 0.05$ ). Кроме того, среди респондентов подгруппы риска было выявлено большее количество случаев потери работы ( $p < 0.05$ ).

#### Результаты психодиагностического исследования

**Исследование жизнестойкости.** Был проведен сравнительный анализ средних значений, полученных в ходе психодиагностического исследования.

Изучение показателей жизнестойкости пациенток обеих групп показало статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Так, пациенты контрольной группы отличались от пациенток с ПТСР более высоким общим показателем жизнестойкости и трем ее компонентам: вовлеченностью, контролем, принятием риска. Таким образом, пациентки, демонстрирующие более

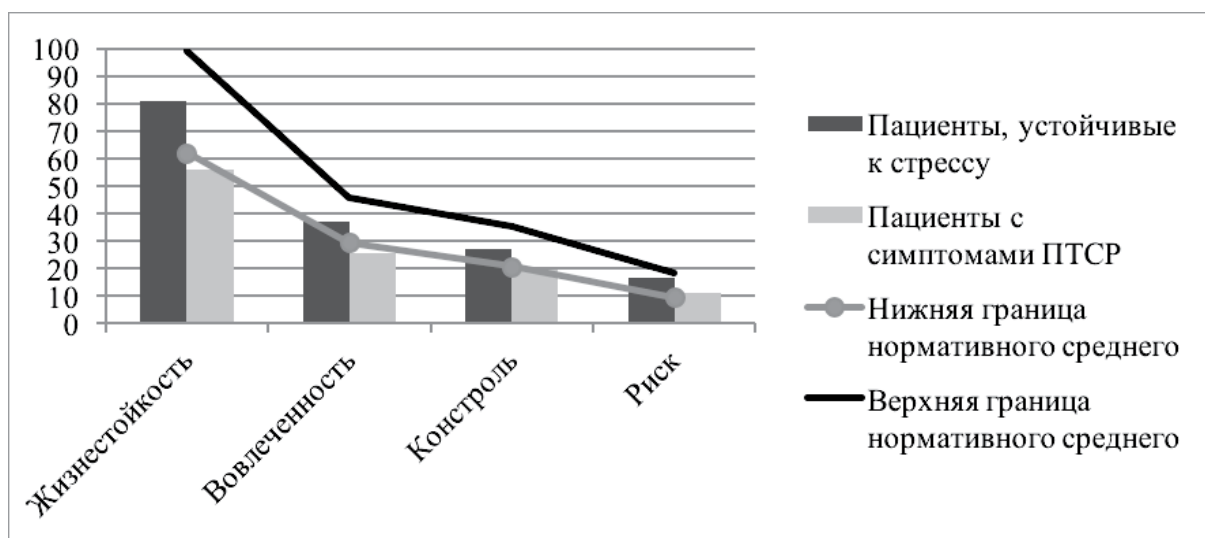


Рисунок 1. Среднегрупповые значения показателей шкал методики «Тест Жизнестойкости» в сравнении с нормативными значениями

Шкалы «Я-структурного теста Г. Аммона» (n=41)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U-Манна-Уитни	p
	М+σ	М+σ		
Агрессия конструктивная (А1)	39,83±14,80	32,02±10,61	767,00	0,042
Агрессия деструктивная (А2)	39,94±6,58	51,00±11,90	1554,5	0,000
Агрессия дефицитная (А3)	46,42±10,39	64,27±10,42	1793,5	0,000
Тревога конструктивная (С1)	42,30±12,82	40,36±12,14	928	0,458
Тревога деструктивная (С2)	49,95±12,41	66,06±9,42	1727	0,000
Тревога дефицитная (С3)	42,68±9,78	55,20±13,74	1571	0,000
Внешнее Я-отграничение конструктивное (О1)	47,38±12,42	34,61±8,58	449	0,000
Внешнее Я-отграничение деструктивное (О2)	54,23±12,13	68,18±10,25	1641	0,000
Внешнее Я-отграничение дефицитное (О3)	35,32±12,13	50,56±7,28	1703,5	0,000
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (Q1)	41,99±14,14	32,08±13,94	595,5	0,001
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (Q2)	53,86±13,87	63,06±8,91	1423	0,001
Внутреннее Я-отграничение дефицитное (Q3)	40,09±11,31	56,30±9,69	1760	,000
Нарциссизм конструктивный (Н1)	38,27±15,29	27,11±9,32	584,5	0,000
Нарциссизм деструктивный (Н2)	48,87±16,63	63,36±14,64	1521,5	0,000
Нарциссизм дефицитный (Н3)	33,95±9,68	45,06±11,21	1571	0,000
Сексуальность конструктивная (Се1)	31,33±11,82	31,52±13,30	1016,5	0,977
Сексуальность деструктивная (Се2)	39,43±10,02	44,86±11,82	1330	0,012
Сексуальность дефицитная (Се3)	53,54±12,68	57,28±13,32	1,164	0,247

высокий уровень совладания со стрессом характеризовались большей выраженностью позитивных убеждений о вовлеченности в происходящее, своей способности повлиять на результат и положительном восприятии происходящих событий как приобретение опыта, которые способствовали эффективному совладанию со стрессом.

Наглядное соотнесение усредненных шкальных значений для обеих групп между собой и с нормативными значениями (Леонтьев Д.А., Расказова Е.И.) представлено на рис.1.

Анализ данного рисунка позволяет говорить о том, что в группе пациентов с симптомами ПТСР общий показатель жизнестойкости, а также показатель по шкале «Вовлеченность» оказались ниже нормативных значений, а значения по шкалам «Контроль» и «Риск» находились на нижней границе нормы. Вместе с тем, в группе пациенток, устойчивых к стрессу средние значения по всем шкалам оказались в пределах нормативного среднего.

#### *Исследование базовых личностных функций.*

Изучение базовых личностных функций, полученных при помощи методики Я-структурный тест Г. Аммона [8] и их сравнительный анализ в группах пациентов, устойчивых к стрессу и пациентов с симптомами ПТСР позволило получить данные, представленные в табл.1.

Полученные данные позволяют говорить о статистически значимых межгрупповых различиях по всем шкалам, отражающим дефицитарные и деструктивные Я-Функции: деструктивная агрессия ( $p < 0,001$ ), дефицитарная агрессия ( $p < 0,001$ ), деструктивная тревога ( $p < 0,001$ ), дефицитарная тревога ( $p < 0,001$ ), деструктивное внутреннее Я — отграничение ( $p < 0,001$ ), дефицитарное внутреннее Я — отграничение ( $p < 0,001$ ), деструктивное внешнее Я — отграничение ( $p < 0,001$ ), дефицитарное внешнее Я — отграничение ( $p < 0,001$ ), деструктивный нарциссизм ( $p < 0,001$ ), дефицитарный нарциссизм ( $p < 0,001$ ), деструктивная сексуальность ( $p < 0,05$ ). По всем перечисленным шкалам у пациенток с симптомами ПТСР были получены достоверно более высокие показатели в сравнении с контрольной группой. Кроме того, в группе пациентов, устойчивых к стрессу найдены значимо более высокие значения по шкалам, отражающим конструктивные Я-функции, а именно: конструктивная агрессия ( $p < 0,05$ ), конструктивное внешнее Я-отграничение ( $p < 0,001$ ), конструктивное внешнее Я-отграничение ( $p < 0,001$ ), конструктивный нарциссизм ( $p < 0,001$ ). Таким образом, в структуре личности пациенток с симптомами ПТСР преобладали деструктивно-дефицитарные составляющие Я-функций при сильном снижении их конструктивных показателей, что отражает наличие выраженной психологической дезадаптации в данной группе.

Так, усредненные значения по шкалам «конструктивная агрессия» оказались ниже нормы, в то время как показатели «дефицитарной агрессии» превысили норму. Это указывает на наличие конструктивного дефицита за счет недоразви-

тия Я-функции агрессии, что в поведении проявляется как избегание конфронтаций, неумение отстаивать собственные интересы, активно бороться с невзгодами и трудностями. Кроме того, при выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания.

На нижней границе нормы оказался показатель «конструктивной тревоги» при превышающей норму деструктивного показателя данной Я-функции, что свидетельствует в пользу нарушения способности личности выдерживать переживания, связанные со страхом и тревогой; нарушение гибкой эмоциональной регуляции поведения в случаях опасности в данном случае с тенденцией к катастрофизации и дезинтеграции в ситуации неопределенности, связанной со злокачественным заболеванием.

У пациенток с ПТСР были значительно превышены значения деструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения при крайне низких конструктивных проявлениях этих Я-функций, что отражает снижение способности дифференцировать и интегрировать свой жизненный опыт, ослабление контроля над своим аффективным состоянием и поведением, снижение способности адекватно воспринимать как собственные чувства и потребности, так и эмоции и желания окружающих. Можно говорить, что в данном случае пациентки имеют трудности в разграничении своих собственных негативных сценариев развития заболевания и последствий лечения и объективно существующей медицинской ситуации. Также информация доступная в интернете, в первую очередь негативная, очень быстро включается во внутреннюю картину заболевания без критической оценки. Особенности эго-функций отграничения способствуют более легкому возникновению интрузий (самопроизвольно вторгающихся мысленно-образных представлений), связанных со злокачественным заболеванием и оперативным лечением.

Эго-функция нарциссизма у пациенток с ПТСР имела сходные характеристики: показатели «конструктивного нарциссизма» были ниже нормы при крайне высоких показателях «деструктивного нарциссизма», что отражает выраженную противоречивость самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов, нестабильность отношения к себе, обуславливающая большую ранимость самоотношения при стрессовых воздействиях, в частности, ее большую уязвимость в отношении мастэктомии для собственной феминности.

При этом средние значения по шкале «конструктивная сексуальность» оказались ниже нормы в обеих группах, что может быть обусловлено нарушением сексуальных отношений в связи с возрастом испытуемых, их физическим состоянием, последствиями лечения, изменением образа своего тела в связи с калечащим характером оперативного вмешательства.

В целом, анализируя соотношение профилей в двух группах, среди пациентов с ПТСР наблю-

**Таблица 2. Среднегрупповые значения характеристик, методики «Тип отношений к болезни» (ТОБОЛ)**

Шкалы методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (n=42)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U-Манна-Уитни	p
	M±σ	M±σ		
Гармоничный (Г)	21,22±17,53	9,00±15,87	543	0,001
Эргопатический (Р)	21,83±15,19	21,50±11,90	837	0,687
Анозогнозический (З)	11,36±12,65	1,33±3,44	516	0,000
Тревожный (Т)	8,24±6,35	17,25±9,92	1 344	0,000
Ипохондрический (И)	9,46±6,32	13,66±10,44	85	0,045
Неврастенический(Н)	9,12±7,29	13,08±7,92	1117,5	0,035
Меланхолический (М)	2,40±3,88	8,75±10,34	1222,5	0,001
Апатический (А)	383±3,84	8,25±7,53	1122	0,029
Сенситивный (С)	17,65±9,15	22,75±10,80	1,134	0,025
Эгоцентрический (Э)	9,02±6,06	8,16±5,42	85	0,619
Паранойальный (П)	6,51±6,45	7,91±5,54	1060,5	0,109
Дисфорический (Д)	4,14±5,42	8,08±7,05	1186,5	0,005

дается тенденция к снижению показателей конструктивных шкал и повышению показателей деструктивных шкал в сравнении с группой пациенток, устойчивых к стрессу, что подтверждается результатами сравнительного анализа. В структуре личности пациентов с симптомами ПТСР преобладали деструктивные выражения Я-функций, что указывает на патологический характер отношений с самим собой, с другими людьми, с окружающим миром.

#### **Исследование внутренней картины болезни.**

В ходе исследования внутренней картины болезни были получены данные, представленные в табл.2.

Анализ среднегрупповых значений по данной методике позволяет говорить о статистически значимых различиях между группами по шкале гармонического ( $p<0.01$ ) и анозогнозического ( $p<0.001$ ) типов отношения к болезни: в контрольной группе пациенток наблюдался больший балл по данным типам. Кроме этого, в группе пациентов с симптомами ПТСР наблюдаются достоверно более высокие значения по шкалам тревожного ( $p<0.001$ ), ипохондрического ( $p<0.05$ ), неврастенического ( $p<0.05$ ), меланхолического ( $p<0.01$ ), апатического ( $p<0.05$ ), сенситивного ( $p<0.05$ ) и дисфорического ( $p<0.01$ ) типов.

Анализ полученных результатов позволяет говорить о том, что в контрольной группе чаще встречались (52,92%) адаптивные типы отношения к болезни (включенные авторами методики в первый блок гармоничный (29,41%), эргопатический (11,76%), и анозогнозический (11,76%).

В группе пациенток с ПТСР одинаково часто встречались как гармоничный (15%) и эргопатический (15%), так и тревожный (15%), сенситивный (15%) и эгоцентрический (15%) типы. При-

мечательно, что в этой группе не встречался анозогнозический тип, наличие которого подразумевает использование психологических защит по типу отрицания и вытеснения болезни. Сравнение двух групп пациентов по частоте встречаемости того или иного типа отношения к болезни позволяет говорить о том, что контрольная группа отличалась более адаптивным отношением к онкозаболеванию.

**Типы привязанности.** Анализ полученных результатов позволяет говорить о наличии значимых различий как по шкале «тревожность» ( $p>0,01$ ), связанной с сенситивностью, зависимостью, эмпатией, эмоциональной незрелостью, так и по шкале «избегание близости» ( $p>0,001$ ), отражающей эмоциональную сдержанность, осторожность, социальную пассивность, эгоцентричность, независимость в социальном поведении. В обоих случаях усредненные значения в группе пациенток с ПТСР оказались более высокими.

**Результаты множественного регрессионного анализа (МРА).** Для более глубокого изучения взаимосвязи психологических характеристик со степенью выраженности ПТСР и выявления совокупного влияния различных психологических факторов на степень ПТСР был проведен множественный регрессионный анализ.

В качестве зависимой переменной для проведения МРА была выбран балл, полученный пациентами по шкале скрининга ПТСР, при этом рассматривалось значение на шкале от 0 до 10, т.е. от минимального, что свидетельствует об отсутствии признаков ПТСР, до максимального, что соответствует наличию клинически выраженного ПТСР.

В качестве независимых переменных были выбраны значения, полученные по всем шкалам пси-

**Таблица 3. Модель регрессионной зависимости психологических характеристик и выраженности симптомов ПТСР**

Включенные переменные	Нестандартизованные		Стандартизованные	t	p
	B	Стандартная ошибка	$\beta$ (beta)		
(Константа)	4,978	2,466		2,019	0,118
3 блок ТООБОЛ	-0,023	0,010	-0,188	-2,195	0,031
Деструктивность	0,079	0,031	0,304	2,569	0,012
Избегание близости	0,142	0,090	0,150	1,579	0,047
Жизнестойкость	-0,070	0,016	-0,488	-4,387	0,000

ходиагностической части исследования. С целью сокращения размерности данных шкалы методики ТООБОЛ были объединены в три блока, изначально выделенные авторами методики: **первый блок** включает гармоничный, эропатический и анозонозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается; **второй блок** включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации; в **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойальный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Была также проведена методика оценки психического здоровья (МОПЗ) на основе показателей, полученных с помощью Я-структурного теста Г. Аммона.

Из нескольких моделей взаимосвязи исследуемых явлений для дальнейшего анализа была выбрана модель, включающая четыре переменные, оказывающие наибольшее влияние ( $R^2=0,57$ ). Указанное значение квадрата детерминации говорит о том, что модель может объяснить 57% дисперсии зависимой переменной, т.е. группы, к которой в итоге можно отнести пациентку; стоит отметить, что данное значение является удовлетворительным показателем. Также данная модель характеризуется высоким значением F-критерия Фишера ( $F=28,08$ ) и высоким уровнем значимости ( $p<0,001$ ). В таблице 3 представлены коэффициенты для анализируемой модели.

Анализ модели позволяет увидеть, что на отнесение пациенток к той или иной группе влияет совокупность следующих факторов: значение по совокупной шкале «Деструктивность» согласно «Методике оценки психического здоровья», значение по шкале «Избегание Близости» методики «Опыт близких отношений», общий показатель жизнестойкости согласно методике «Тест Жизнестойкости», а также 3-й блок типов отношения к болезни. При этом наибольший вклад в общую прогностичность вносит переменная «Жизне-

стойкость» ( $\beta=-0,488$ ;  $p<0,001$ ), далее по значимости следует «Деструктивность» ( $\beta= 0,304$ ;  $p<0,05$ ), следующим значимости оказался 3-й блок ТООБОЛ ( $\beta= -0,188$ ;  $p<0,05$ ), меньшую значимость имел показатель «Избегание близости» ( $\beta= 0,150$ ;  $p<0,05$ ).

С учетом того, что максимальным значениям независимой переменной соответствовала максимальная выраженность ПТСР, мы можем интерпретировать полученные в ходе МРА результаты следующим образом: чем выше показатель по суммарной шкале «Деструктивность» вместе со шкалой «Избегание близости», с одновременным снижением показателя Жизнестойкости вместе с показателями сенситивного, эгоцентрического, дисфорического и паранойального типов отношения к болезни, тем больше вероятность наличия у пациента симптомов ПТСР.

Блок деструктивности формируется как суммарный показатель по шести деструктивным шкалам, и фактически отражает имеющуюся психопатологическую симптоматику. Повышение по данной шкале оценивается как деформированность структуры личности, ее дезинтегрированность, нарушение процесса становления Я-идентичности, что определяет повышенную готовность к манифестации психопатологической симптоматики в условиях психотравмирующего воздействия.

Повышение по шкале «избегание близости» отражает заострение таких личностных черт, как эмоциональная сдержанность, осторожность, социальная пассивность, эгоцентричность, независимость в социальном поведении, что приводит к нарушению близких отношений, трудностям в поиске социальной поддержки, выраженному страху утраты автономии и самостоятельности в условиях онкологического заболевания и его лечения.

Жизнестойкость представляет собой суммарный показатель по трем шкалам «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска» и отражает систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, которые препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых. Снижение показателей жизнестойкости отражают ощущение себя «вне» жизни, переживание собственной беспомощности, стремление к комфорту и безопасности в противовес принятию риска.

Третий блок типов отношения к болезни включает сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Снижение показателей по данному блоку может быть сведено к преобладанию интрапсихического реагирования, т.е. фиксации на болезненном состоянии, уходе в болезнь и сверхсредоточенности на проявлениях недуга в противовесотреагированию эмоций, свойственного интерпсихическому реагированию.

В результате разработанной модели можно выделить следующие факторы риска развития ПТСР в данном контингенте больных: преобладание деструктивного профиля Я-функций; дефицит, не-

сформированность базовых позитивных убеждений о мире и себе, определяющих эффективное совладание с психотравмирующим фактом болезни; чрезмерная автономность и стремление к независимости в близких отношениях, ведущие к снижению способности открыто проявлять и отреагировать во вне эмоции и переживания; снижение способности использовать социальное окружение в качестве поддержки в ситуации онкологического заболевания.

Полученные данные могут быть использованы в онкопсихологии для выделения уязвимых контингентов в отношении развития ПТСР, также выделенные факторы риска могут одновременно быть определены как основные мишени для психотерапевтических интервенций и повышения адаптационного потенциала пациенток с РМЖ.

### Литература

1	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. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». — 2017. — С.228–241.	Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Development of posttraumatic stress disorder in patients with oncological diseases. <i>Oncopsychologia dlya vrachei-onkologov I medicinskih psychologov: rukovodstvo</i> . St. Petersburg: Izdatelstvo ANO «Voprosi onkologii». 2017: 228-241. (In Rus.).
2	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 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — № 2. — С.44–53.	Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. 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. <i>Obzrenie psichiatrii I medicinskoj psihologii imeni V. M. Bekhtereva</i> . 2018; 2: 44-53. (In Rus.).
3	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.	Lukoshkina E.P., Karavaeva T.A., Vasilieva A.V. Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases. <i>Voprosi onkologii</i> . 2016; 6: 774-784. (In Rus.).
4	Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Московченко Д.В., Сирота Н.А. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии — 2013 — №59. — С.12-25.	Oleinikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., Moskokhenko D.V., Sirota N.A. Diagnosis of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. <i>Voprosi onkologii</i> . 2013; 59 (3): 12-25. (In Rus.).
5	Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2014. — № 4. — С.86–91.	Sirota N.A., Moskokhenko D.V. Psychodiagnostics of the fear of disease progression: results of approbation of the Russian-language version of the questionnaire of fear of disease progression. <i>Obzrenie psichiatrii I medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva</i> . 2014; 4: 86-91. (In Rus.).
6	Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1. — С.9–13.	Tarabrina N.V. Post-traumatic stress in patients with life-threatening (oncological) diseases. <i>Consultativnaya psihologia i psihoterapiya</i> . 2014; 1: 9-13. (In Rus.).



7	Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / М.: Изд-во «Институт психологии РАН». — 2010. — №1. — С.175.	Tarabrina NV, Vorona OA, Kurchakova MS, Padun MA, Shatalova NE <i>Oncopsychology: post-traumatic stress in breast cancer patients</i> . М.: Izdatelstvo «Institut Psychologii RAN». 2010; 1:175. (In Rus.).
8	Я-структурный тест Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей // НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — СПб. — 1998. — 70с.	I-structural test of Ammon: a questionnaire for the assessment of central personal functions at the structural level: posobie dlya psichologov i vrachei NIPNI him. V. M. Bekhtereva. St. Petersburg. 1998; 70p. (In Rus.).
9	Abbey G., Thompson S.B., Hickish T., Heathcote D. A. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder // <i>Psychooncology</i> . — 2015. — №24. — P.371-381. DOI: 10.1002/pon.3654	Abbey G, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. A Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. <i>Psychooncology</i> . 2015; 24: 371-381. DOI: 10.1002/pon.3654
10	Cordova M.J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth // <i>Journal Clin. Psychol. Med. Setting</i> . — 2007. — №14 — P.308-319.	Cordova M.J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. <i>Journal Clin. Psychol. Med. Setting</i> . 2007; 14: 308-319.
11	Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology –which diagnostic tools should be used // <i>J.Psychosom Res.</i> — 2012. — №72. — P.434-438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008	Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology –which diagnostic tools should be used. <i>J.Psychosom Res.</i> 2012; 72(6): 434-438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
12	Gil Moncayo F.L., Costa Requena G., Perez F.J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients // <i>Med Clin (Bare)</i> . — 2008. — №130. — P.90-102.	Gil Moncayo F.L., Costa Requena G., Perez F.J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. <i>Med Clin (Bare)</i> . 2008; №130: 90-102.
13	Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J. H. et. Al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // <i>Journal of clinical oncology</i> . — 2000. — №18. — P.1084-1093.	Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J.H. et. Al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. <i>Journal of clinical oncology</i> . 2000; 18: 1084-1093.
14	Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues // <i>Psychosomatics</i> . — 2002. — №43. — P.259-281.	Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. <i>Psychosomatics</i> . 2002; 43: 259-281.
15	Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. et. Al. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery // <i>Archives of Psychiatry and Psychotherapy</i> . — 2018. — №2. — P.20-25. DOI: 10.12740/app/91001	Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. et. Al. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery. <i>Archives of Psychiatry and Psychotherapy</i> . 2018; 2: 20-25. DOI: 10.12740/app/91001
16	Lee Y-L., Santacroce Sh.J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey // <i>General Hospital Psychiatry</i> . — 2007. — №29. — P.251-256.	Lee Y-L., Santacroce Sh.J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey. <i>General Hospital Psychiatry</i> . 2007; 29: 251-256.
17	Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study // <i>Psychooncology</i> . — 2007. — №16. — P.181-188.	Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. <i>Psychooncology</i> . 2007; 16: 181-188.

18	<i>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 Res Treat. — 2000. — №61 — P.131-137.</i>	<i>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 Res Treat. 2000; 61: 131-137.</i>
19	<i>Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment // Psychosomatics. — 2006. — №47. — P.223-230.</i>	<i>Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment. Psychosomatics. 2006; 47: 223-230.</i>

**Сведения об авторах**

**Васильева Анна Владимировна** — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)  
ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

**Караваева Татьяна Артуровна** — доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург). E-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru)  
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

**Лукошкина Екатерина Павловна** — клинический психолог, ООО многопрофильная клиника «Кадуцей». E-mail: [lukoshkina.ekaterina@gmail.com](mailto:lukoshkina.ekaterina@gmail.com)

**Вайс Эвелина Эдуардовна** — студентка 6 курса факультета клинической психологии СПбГУ. E-mail: [evelina.vays@yandex.ru](mailto:evelina.vays@yandex.ru)

**Яковлева Юлия Александровна** — к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ. E-mail: [yua.08@mail.ru](mailto:yua.08@mail.ru)