Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2024, Т. 58, № 2, с. 29-44, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-875

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2024, T. 58, no 2, pp. 29-44, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-875

Посттравматический рост и связанные с ним факторы у родственников, опекающих больных онкологическими заболеваниями. Систематический обзор (Сообщение 2)

Шишкова А.М.[1], Бочаров В.В.[1,3], Цыганкова Е.С. [1,2], Грановская Е.А. [1,3]
[1]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
[2]Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова, Россия
[3]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

Обзорная статья

Резюме. Уход за больным онкологией может иметь не только негативные последствия, но и являться источником конструктивных трансформаций личности родственника в ситуации болезни близкого. **Цель**: выявление и обобщение информации о проявлениях ПТР и тех социально-демографических, клинических и психологических факторах, которые ассоциированы с ПТР у родственников, опекающих больных онкологическими заболеваниями. **Методы**: обзор проводился в соответствии с критериями и требованиями руководства по написанию систематических обзоров PRISMA. В обзоре были использованы 2 поисковые стратегии: систематический электронный поиск в базах данных (Pubmed, Google Scholar, Cochrane, EBSCO, SAGE journals и eLIBRARY), ручной поиск статей по релевантным ссылкам в списках литературы анализируемых источников. **Результаты:** Психологические факторы имеют решающее значение в формировании ПТР. Среди факторов способствующих ПТР выделяют социальную поддержку (особенно в кругу семьи), использование конструктивных проблемно- и эмоционально-ориентированных копинг-стратегий (в частности, позитивного переосмысления). В анализируемых исследованиях преобладают данные о положительной взаимосвязи ПТР с выраженностью психоэмоционального напряжения и стрессовых переживаний родственников в процессе опеки больного онкологическими заболеваниями. В то же время, отмечается отсутствие консенсуса относительно значения психологического дистресса и напряжения в формировании ПТР. **Заключение:** При разработке и проведении психологических интервенций, направленных на фасилитацию ПТР у родственников, опекающих онкологических больных, в качестве основных направлений следует рассматривать формирование поддерживающей социальной среды, обучение конструктивным стратегиям совладания, повышение внутрисемейной удовлетворенности путем гармонизации отношений членов семьи, работу с экзистенциальными и духовными ценностями, формирование психологической готовности опекающих родственников к утрате в случае летальности прогноза заболевания.

***Ключевые слова*:** посттравматический рост, родственники, онкология, факторы связанные с посттравматическим ростом, систематический обзор.

Информация об авторах:
Шишкова Александра Михайловна* — e-mail: shishaspb@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-9707-138X
Бочаров Виктор Викторович — e-mail: bochvik@gmail.ru; https://orcid.org/0000-0003-0874-4576
Цыганкова Елизавета Сергеевна — e-mail: lisa94_94@mail.ru; https://orcid.org/0009-0001-5821-3127
Грановская Елизавета Александровна — e-mail: elizavetagranovskaya@gmail.ru; https://orcid.org/0000-0001-6294-681X

Как цитировать: Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Грановская Е.А. Посттравматический рост и связанные с ним факторы у родственников, опекающих больных онкологическими заболеваниями. Систематический обзор (Сообщение 2). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2024; 58:2:29-44. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-2-875.

Конфликт интересов: В.В. Бочаров является членом редакционной коллегии.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00090, https://rscf.ru/project/23-25-00090/

Автор, ответственный за переписку: Шишкова Александра Михайловна — e-mail: shishaspb@mail.ru

Corresponding author: Alexandra M. Shishkova — e-mail: shishaspb@mail.ru

© Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Грановская Е.А.

Posttraumatic growth and related factors among relatives, caring for cancer patients. Systematic review (Part 2)

Alexandra M. Shishkova[1], Victor V. Bocharov[1,3], Elizaveta S. Tsygankova[1,2], Elizaveta A. Granovskaya[1,3]
[1]V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint- Petersburg, Russia
[2]Napalkov State Budgetary Healthcare Institution «Saint-Petersburg clinical scientific and practical center for specialised types of medical care (oncological)», Russia
[3]Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

Review article

Summary. Caring for cancer patients can have not only negative impact on the informal caregivers, but can also be a source of positive personality transformations in the challenging situation associated with cancer. **Aim:** identification and synthesis of data on posttraumatic growth (PTG) and socio-demographic, clinical and psychological factors associated with PTG in relatives, caring for patients with cancer. **Methods:** The review was conducted according to the statement of the PRISMA guidelines. The review used 2 search strategies: systematic electronic search in databases (Pubmed, Google Scholar, Cochrane, EBSCO, SAGE journals и eLIBRARY), manual search of articles in references lists of eligible articles. **Results:** Psychological factors are crucial in development of PTG. Perceived social support (especially within the family) and constructive emotion- and problem-focused coping (such as positive reframing coping) are among the factors contributing to the PTG. The data on the positive relationship of with the severity of stressful experiences and emotional distress among caregivers predominate in the analyzed studies. At the same time, there is a lack of agreement on the contribution of psychological distress to the development of PTG. **Conclusion:** Development of supportive social environment, constructive coping strategies training, increase of family satisfaction, work with existential and spiritual values, and creation of psychological readiness of caring relatives for loss in case of negative prognosis for patients' survival should be considered as the main directions of psychological interventions aimed at facilitating PTG in relatives caring for cancer patients.

Keywords: posttraumatic growth, informal caregivers, cancer, factors associated with posttraumatic growth, systematic review.

Information about the authors

Alexandra M. Shishkova* — e-mail: shishaspb@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-9707-138X
Victor V. Bocharov Бочаров Виктор Викторович — e-mail:bochvik@gmail.ru; https://orcid.org/0000-0003-0874-4576
Elizaveta S. Tsygankova — e-mail: lisa94_94@mail.ru; https://orcid.org/0009-0001-5821-3127
Elizaveta A. Granovskaya — e-mail: elizavetagranovskaya@gmail.ru; https://orcid.org/0000-0001-6294-681X

To cite this article: Shishkova AM, Bocharov VV, Tcygankova ES, Granovskaya EA. Posttraumatic growth and related factors among relatives, caring for cancer patients. Systematic review (Part 2). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical* **p***sychology.* 2024; 58:2:29-44. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2024-2-875. (In Russ.)

C**onflict of Interest:** Victor V. Bocharov is member of the editorial board.

The study was supported by the Russian Science Foundation grant No. 23-25-00090, https://rscf.ru/project/23-25-00090/

Авторами проведен систематический литературный обзор, направленный на выявление и обобщение информации о проявлениях ПТР и тех психологических, социальных-демографических и клинических факторах, которые ассоциированы с ПТР у родственников, опекающих больных онкологическими заболеваниями. По результатам поиска в электронных базах данных и ручного поиска было выявлено 463 статьи. После применения критериев отбора, 23 статьи было включено в обзор. Критерии отбора, стратегии поиска и выбора исследований, социально-демографические характеристики популяции, а также методы психологической диагностики ПТР, применяемые в исследованиях описаны в сообщении 1.

Результаты

Характеристики исследований, вошедших в обзор в соответствии с критериями отбора представлены в таблице.

Связь ПТР с социально-демографическими и клиническими характеристиками

В анализируемых работах представлен широкий диапазон социально-демографических и клинических факторов, которые изучались для выявления их соотношения с выраженностью ПТР у родственников, опекающих больных онкологией. Можно условно выделить 4 категории рассматри-

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Alkan et al, 2020 [1] Турция	426 родственников M = 40,5 (SD -)	Кросс-секционное; В различных онкологических центрах Очное интервью	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста; Турецкая версия включает 3 шкалы: самовосприятие, философия жизни и межличностные отношения) Death Anxiety Scale – DAN (Шкала страха смерти)	Повышение оценок по шкале страха смерти (DAN) связано с более высокими оценками по шкалам самовосприятие, философия жизни и межличностные отношения (PTGI), а также рядом социально-демографических характеристик.
Balfe et al, 2016 [2] Ирландия	197 родственников M - не указан	Кросс-секционное; по электронной почте	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) OSLO 3 support scale (Шкала социальной поддержки) Worry About Cancer scale (Шкала беспокойства о раке) Вопросы на выявление финансового стресса и напряжения	Повышение показателей ПТР связано с параметрами: социальная поддержка, более длительный период с момента постановки диагноза, повышенное беспокойство по поводу рака и увеличение финансового стресса и напряжения, вызванного уходом за больным, наличие детей, более молодой возраст, жизнь в сельской местности, особенности ирландской национальности.
Bybee et al, 2022 [3] США	60 родственников 30 – относящихся к сексуальным и гендерным меньшинствам (СГМ) 30 - не относящихся к сексуальным и гендерным меньшинствам (НСГМ) M – не указан	Кросс-секционное; Исследование диад. Набор респондентов осуществлялся с при помощи: 1) обращения к национальному реестру добровольцев в области здравоохранения; общественных организаций 2) рассылки информации по электронной почте 3) «сарафанного радио».	Posttraumatic Growth Inventory-Expanded - PTGI-X (Опросник посттравматического роста – расширенная версия) Trauma and Loss Spectrum (TALS)-Self Report (Самоотчетный опросник «Спектр травм и потерь») Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Шкала стресса тревоги депрессии) Couples Satisfaction Index - CSI (Индекс удовлетворенности супружеских пар) Dyadic Coping Inventory – DCI (Опросник «Копинг диад») Positive and Negative Quality of Marriage Scale – PANQIMS (Шкала позитивного и негативного качества брака)	Различий по показателям ПТР в исследуемых группах (СГМ и НСГМ) выявлено не было. При этом показатели, отражающие наличие различных травм и потерь в течение жизни, а также тревоги и депрессии, были выше у представителей СГМ. Более высокие показатели ПТР являлись предикторами более высокого уровня тревоги, стресса и депрессии у членов диады. Выраженность показателей ПТР связана с выраженностью оценок, отражающих наличие различных травм и потерь в течение жизни у членов диады. Большая выраженность оценок по шкалам ПТР в диадах была связана с большей выраженностью показателей диадического благополучия.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Choi S.O., 2014 [5] Корея	201 родственник M = 49, 91 (SD 12,63)	Кросс-секционное; Опрос проводился в амбулаторных отделениях	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста)	Повышение показателей ПТР связано с параметрами: религиозность, протестантизм, возраст 50-59 лет, наличие выраженных трудностей в повседневной жизни.
Cormio et al, 2014 [6] Италия	60 родственников M = 49,19 (SD-)	Кросс-секционное; Исследование диад. Пары были включены в исследование во время госпитализация для прохождения противоракового лечения	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Hospital anxiety and depression scale - HADS (Госпитальная шкала тревожности и депрессии); Short Form Health Survey (SF-36); (Краткий обзор состояния здоровья и качества жизни - КЖ) ECOG Performance Status (шкала оценки прогрессирования заболевания пациента)	В группе родственников выявлен более высокий показатель по шкале «сила личности» (PTGI) по сравнению с группой опекаемых ими больных. Выявлена тесная связь между показателями ПТР опекающих родственников и пациентов. Повышение показателя ПТР «сила личности» у родственников связано с параметром время с момента постановки диагноза пациента.
Eraslan et al, 2022 [7] Турция	214 родственников M = 42,8 (SD 12,5)	Кросс-секционное; Участникам было предложено самостоятельно заполнить анкеты в спокойной обстановке	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Zarit Caregiver Burden Scale – ZCBS (Шкала бремени ухода за больным Зарита) Beck Depression Inventory – BDI (Шкала депрессии Бека)	Были выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи между общим показателем ПТР (PTGI) и шкалами бремени (ZCBS) и депрессии (BDI). Общий показатель ПТР (PTGI) и депрессии (BDI) были независимыми предикторами бремени (ZCBS).
Harvey J, Berndt M., 2021 [8] США	22 родственника M = 57,23 (SD 12,93)	Кросс-секционное; Участникам была предоставлена онлайн-форма, объясняющая процедуру и цель исследования.	Качественные Техника раскрывающего письма (disclosure writings)	Выявлено 7 повторяющихся тем, относящихся к областям посттравматического роста: жизнь в данный момент, чувство чести и гордости, выбор позитива, непредубежденный выбор и самовыражение, нивеляция приоритетности материализма, личная и/или духовная связь, альтруистическая экспансия.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Hatano et al, 2015 [9] Япония	35 родственников, члены семьи которых умерли от ЗНО M = 58,2 (SD 15,2)	Кросс-секционное; Ретроспективное Опросники рассылались по электронной почте.	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Good Death Inventory -GDI (Опросник Хорошей Смерти) Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Госпитальная шкала тревожности и депрессии) Impact of Event Scale-Revised intrusion – IES (Влияние масштаба событий) Short-Form Health Survey SF-8 (Краткий обзор состояния здоровья и качества жизни -КЖ) Care Satisfaction Scale (CSS) (Шкала удовлетворенности уходом)	Выявлены положительные корреляционные связи показателей ПТР (PTGI) с показателем «хорошей сметри» (GDI) и качеством оказываемой паллиативной помощи пациентов (CSS). Связей показателей ПТР с показателями тревожности и депрессии (HADS), оценками выраженности травматического события (IES) и КЖ (SF-8) у опекающих родственников выявлено не было.
Hirooka et al, 2017 [10] Япония	805 родственников, члены семьи которых умерли от ЗНО M = 63,0 (SD 12,5)	Кросс-секционное; Ретроспективное Набор респондентов осуществлялся через учреждения по уходу на дому	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Good Death Inventory -GDI (Short Version) (Опросник Хорошей Смерти Короткая версия) Event- Related Rumination Inventory – ERRI (Шкала Обусловленные событием размышления)	Более высокие показатели ПТР (PTGI) были связаны и высокими показателями «хорошей смерти» пациентов (GDI), а также высокими оценками по шкалам навязчивых размышлений вскоре после потери и преднамеренных размышлений в настоящем (ERRI).
Kim Y, Schulz R, Carver, 2007 [11] США	896 родственников M = 53, 95 (SD 12,54)	Кросс-секционное; Опекающим близким по почте высылался комплект документов	Benefit Finding Scale -BFS (Шкала поиска преимуществ) Satisfaction With Life Scale - SLS (Шкала удовлетворенности жизнью) Center for Epidemiologic Studies Depression Index - CES-D (Индекс депрессии эпидемиологического центра исследований) другие психодиагностические инструменты	Была подтверждена факторная структура методики BFS на популяции родственников, опекающих онкобольных. К областям ПТР относятся: принятие, эмпатия, признание (ценности жизни и отношений с людьми), семья, позитивный взгляд на себя и изменение приоритетов. Выявляются множественные взаимосвязи показателей различных шкал BFS с показателями удовлетворенность жизнью (SLS) и депрессия (CES-D) у опекающих родственников.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Kleijn et al, 2020 [12] Нидерланды	64 родственника, опекающих неизлечимо больных пациентов (паллиативная помощь) M = 61,6 (SD 9,9)	Рандомизированное контролируемое исследование;	Интервенции были направлены не на самих опекающих родственников, а только на пациентов и осуществлялись на основе Life Review Therapy (Психотерапевтической техники «Обзор жизни») и Memory Specificity Training (Тренинга «Особые воспоминания» - LRT-MST В качестве диагностических инструментов применялись: The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Hospital anxiety and depression scale - HADS (Госпитальная шкала тревожности и депрессии); Caregivers reaction assessment scale – CRA (Шкала оценки реакции лиц, осуществляющих уход)	Значимых различий показателей ПТР (PTGI) после проведения LRT-MST выявлено не было. Изменений показателей также не было выявлено по шкалам депрессии и тревоги (HADS), шкалам нарушение распорядка дня, финансовые проблемы, отсутствие поддержки семьи, проблемы со здоровьем (CRA). Выявлено положительное влияние LRT-MST на показатели самооценки родственников (CRA).
Köhle et al, 2021 [13] Нидерланды	203 родственника M = 55, 89 (SD 10,72)	Рандомизированное контролируемое исследование;	Онлайн-программа самопомощи под названием «Держитесь друг за друга». Интервенции были основаны на: Acceptance and Commitment Therapy -ACT (Терапия принятия и готовности), Self-compassion training (Обучение самоуспокоению) Диагностика осуществлялась при помощи: Posttraumatic Growth Inventory Short-Form - PTGI-SF (Опросник посттравматического роста Короткая версия) других психодиагностических инструментов	Значимых различий показателей ПТР, психологического стресса и общего состояние здоровья во время измерений и для любого из экспериментальных условий по сравнению с контрольной группой получено не было. Авторы предполагают, что на результаты мог повлиять предварительный отбор родственников. Родственники с высокими показателями (≥ 15) по HADS не включались в исследование.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Lee et al, 2017 [14] Корея	168 родственников M = 56,4 (SD 7,4)	Кросс-секционное; В исследовании принимали участие супружеские пары, посещающие амбулаторные центры, отделения и встречи сообществ пациентов	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Rosenberg self- esteem scale – RSES (Шкала самооценки Розенберга) Relationship quality – QRI (Опросник качество отношений) Уровень субъективного дистресса (УД), в связи с постановкой диагноза измерялся по шкале от 0 до 10	Выявлены корреляционные взаимосвязи показателей ПТР (PTGI), с показателями самооценки (RSES), качества отношений (QRI) и субъективного дистресса (УД) пациенток и опекающих их супругов.
Levesque, Maybery, 2014 [15] Австралия	311 взрослых детей, опекающих родителей M: не указан	Кросс-секционное; Проводилось комбинированное онлайн/бланковое тестирование	Parental Cancer Questionnaire – Emotional Experiences PCQ -E (Опросник «Рак у родителей» субшкала эмоциональные переживания) другие психодиагностические инструменты	Значимыми предикторами ПТР являются: наличие выраженных эмоциональных переживаний (PCQ-E), удовлетворенность родственника в процессе опеки (CASI) и исход болезни родственника (ремиссия).
Mosher, Danoff-Burg, Brunker, 2006 [16] США	30 взрослых дочерей M = 38,1 (SD 9,0)	Кросс-секционное; Участники исследования привлекались в онкологических центрах, где им предлагалось пройти бланковое тестирование	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Subscales of the COPE (Подшкалы методики на определение копинг стратегий) Cognitive appraisals Scales (Шкалы когнитивных оценок) Perceived stressfulness of cancer – PSC (субъективно воспринимаемая стрессогенность рака шкала от 1 до 4) другие психодиагностические инструменты	Были выявлены положительные связи общего показателя ПТР (PTGI) с субъективно воспринимаемой стрессогенностью болезни матери (PSC) и наличием социальной поддержки (SPS). В качестве других коррелятов ПТР выступали большая включенность в уход за матерью после выявления у нее рака молочной железы и большая общая удовлетворенность жизнью.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Nouzari, Najafi, Momennasab, 2019 [17] Иран	112 родственников M = 40,82 (SD 12,85)	Кросс-секционное; Опрос осуществлялся в больницах и клиниках	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Social support appraisals scale - SS-A (Шкала оценки социальной поддержки) Miller hope scale – MHS (Шкала надежды Миллера)	Обнаружены положительные корреляционные связи между показателями ПТР (PTGI), оценкой социальной поддержки (SS-A) и выраженностью показателей надежды (MHS).
Palacio C, Limonero JT., 2020 [18] Испания Колумбия	100 родственников M = 46, 52 (SD 15,05)	Кросс-секционное; Участники привлекались на различных отделениях онкологической клиники	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Emotional Distress Detection Questionnaire - EDD-Q (Опросник эмоционального дистресса) The Brief Resilient Coping Scale – BRCS (Коротка шкала устойчивости) другие психодиагностические инструменты	Выявлены положительные корреляционные связи между показателями ПТР (PTGI) устойчивостью (BRCS) и положительными аспектами ухода, духовностью (FACIT-SP). Показатель эмоционального дистресса (EDD-Q) имеет отрицательные корреляции с показателями шкал ПТР, за исключением шкалы «ценность жизни».
Takedomi et al, 2021 [20] Япония	448 родственников пациентов, умерших от ЗНО M = 61,4 (SD 12,6)	Кросс-секционное; Родственники привлекались через центры паллиативной помощи, общесоматические клиники и клиники по уходу на дому.	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) The coping scale – CS (Шкала копинга), включала проблемно-ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг, копинг «избегание». Duke Social Support Index-Japanese: DSSI-J (Индекс социальной поддержки Дьюка) другие психодиагностические инструменты	Показатели ПТР (PTGI) обнаруживают положительные связи с параметрами мужской пол и возраст опекающего родственника. Предикторами ПТР являются: проблемно-ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг (CS), высокая значимость отношений с умершим, более старший возраст и наличие эмоциональной поддержки (DSSI-J).

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Thornton, Perez, 2006 [24] США	67 родственников M = 57,36 (SD 8,82)	Лонгитюдное; исследование	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста) Impact of Events Scale – IES (Шкала оценки влияния события) другие психодиагностические инструменты	ПТР (PTGI) у пациентов с раком простаты и их партнеров достигал одинакового, среднего уровня выраженности. Через 1 год после операции пациента, ПТР был выше у женщин, состоящих в отношениях с работающими пациентами, имеющих более низкий уровень образования и демонстрирующих более выраженные симптомы избегающего поведения, связанного с болезнью близкого (IES).
Tirgari et al, 2022 [25] Иран	145 родственников M: не указан	Кросс-секционное;	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста; Hospital anxiety and depression scale - HADS (Госпитальная шкала тревожности и депрессии); другие психодиагностические инструменты	Выявлены отрицательные корреляционные связи показателей ПТР (PTGI) и тревоги (HADS) Обнаружена положительная корреляция между ПТР и качеством жизни.
Weiss, 2004 [27] США	72 родственника M = 56,8 (SD 9,8)	Кросс-секционное; Участие в исследовании предлагалось супружеским парам, обратившимся за поддержкой на горячую линию.	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста; Social support questionnaire Brief – SSQ (Опросник социальной поддержки. Краткая версия) Quality of relationship inventory – QRI (Опросник «Качество отношений») Степень стрессовости события оценивалась по DSM-IV	Показатели ПТР (PTGI) у мужей были положительно связаны с оценками по шкале общая социальной поддержкой (Brief – SSQ), ощущением большей супружеской поддержки и глубины преданности QRI, более высоким уровнем ПТР (PTGI) у жены, более коротким временем с момента постановки диагноза и восприятием рака молочной железы как травматического стрессора по критериям DSM-IV.

Таблица. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора
Table. The list of formalized characteristics of studies, identified in accordance with the eligibility criteria

Информация о публикации (авторы, год, страна происхождения)	Выборка	Дизайн и процедура исследования	Методы психологической диагностики и виды психотерапевтических интервенции	Феномены ПТР и связанные с ними психологические, социально-демографические и клинические факторы
Yeung et al, 2020 [28] Китай США	176 родственников M = 50,2 (SD 8,49)	Кросс-секционное; На базе госпиталя	Posttraumatic Growth Inventory-Short Form - PTGI-SF (Опросник посттравматического роста. Короткая версия) Caregivers reaction assessment scale – CRA (Шкала оценки реакции лиц, осуществляющих уход) Couples Satisfaction Index - CSI (Индекс удовлетворенности супружеских пар) 10-item Cognitive Appraisal Scale – CAS (Шкала когнитивной оценки из 10 пунктов) Six items modified from the Cancer Perceived Agents of Social Support - CPASS (Социальная поддержка при раке. Модификация) другие психодиагностические инструменты	Более высокие показатели ПТР (PTGI-SF) связаны с более высокими показателями «бремени» в процессе ухода (CRA), выраженности семейного удовлетворения (CSI), когнитивной оценки ситуации как проблемной, но не опасной или угрожающей (CAS) и поиска социальной поддержки, особенно от значимых близких (CPASS).
Zhou et al, 2023 [29] Китай Швеция	312 родственников M = 49,9 (SD 10,2)	Кросс-секционное; На базе госпиталя	The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI (Опросник посттравматического роста; Multidimensional Scale of Perceived Social Support -MSPSS (Многомерный опросник социальной поддержки) The Brief COPE (Краткая методика на определение копинг стратегий) другие психодиагностические инструменты	Были выявлены положительные корреляции между показателями шкал PTGI, MSPSS и Brief COPE. В частности, показатель «воспринимаемая социальная поддержка» (MSPSS) связан с показателями шкал «отношение к другим», «сила личности» и «новые возможности» (PTGI), а показатель дисфункционального копинга «отрицание» (COPE) связан с показателями шкал «отношение к другим», «сила личности» и «новые возможности» и «духовные изменения» (PTGI).

Примечание. ПТР – посттравматический рост; M — среднее значение возраста; SD — стандартное отклонение; ЗНО – злокачественное новообразование. Перевод данных о локализации ЗНО с английского языка осуществлялся в соответствии с международной статистической классификации болезни и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).

ваемых в исследованиях характеристик: социально-демографические характеристики опекающих родственников, социально-демографические характеристики больных, клинические характеристики опекающих родственников и клинические характеристики больных.

Среди изучаемых социально-демографические характеристики опекающих родственников наиболее часто встречались такие, как: пол, семейное положение, уровень образования и дохода, трудовая деятельность, проживание в городе/за городом, характер родства с больным. Такие характеристики, как: наличие детей или сиблингов у опекающего больного родственника, совместное проживание с больным, традиционная/нетрадиционная семья, частота опеки и срок осуществления опеки, количество часов, затрачиваемых на опеку, и этнографическая принадлежность встречались лишь в единичных исследованиях.

Представленные в анализируемых исследованиях данные не позволяют сделать однозначного вывода относительно связи исследуемых параметров с ПТР родственников, опекающих больных онкологией. Так, например, в одних работах связи между показателями ПТР и полом испытуемых выявлено не было [5, 6, 7, 15], в других была обнаружена связь ПТР родственников с женским полом [1, 9], а в третьих с мужским полом [11, 17, 19], та же ситуация и с параметрами: возраст и уровень образования. В ряде исследований связи ПТР с возрастом респондентов не обнаружено [6, 9, 16, 25, 26], другие же отмечают, что более высокие показатели ПТР характерны для родственников более старшего возраста [1, 5, 11, 19, 27]. В то же время в исследовании Balfe с соавторами (2016) показана связь ПТР с более молодым возрастом родственников. В двух работах выявлена связь ПТР с более низким уровнем образования [11, 23], в одном — с более высоким [26], в ряде исследований, связь ПРТ с уровнем образования не обнаружена [1, 2, 5, 7, 17, 25, 27].

Противоречивыми являются и данные о таких факторах, как нахождение в браке, наличие детей, уровень дохода, жизнь в сельской местности. Связь параметра трудовой деятельности с ПТР исследовалась в 6 работах [1, 2, 5, 7, 17, 26], однако ни в одной не была обнаружена. Связь ПТР с параметром «характер родства» изучалась в 7 исследованиях [1, 2, 6, 7, 9, 17, 19] и лишь в одном было показано, что наличие супружеских отношений с больным связано с более высокими показателями ПТР у опекающих родственников [1]. В последнем исследовании также было обнаружено, что более высокие показатели ПТР сочетаются с наличием у опекающих родственников братьев и/или сестер. Различий в показателях ПТР в традиционных/нетрадиционных семьях выявлено не было [3]. Не обнаружено и связи ПТР с частотой [17, 26] и длительностью осуществления опеки [26].

В одной работе выявлена связь ПТР с особенностями ирландской национальности. Авторы предполагают, что лица ирландской национальности могут иметь более легкий доступ к более широкой и стабильной сети социальной поддержки, чем лица неирландской национальности [2].

В основе отсутствия согласованности данных относительно соотношения ПТР с социально-демографическими характеристиками опекающих родственников, наблюдаемом в анализируемых работах, могут лежать как популяционные (этнические, социокультурные) различия исследуемых выборок, так и различия, связанные с дизайном исследования и способами сбора информации или особенностями ситуации, с которой сталкиваются родственники в процессе ухода за больными с различной локализацией онкопатологии.

Связь ПТР у опекающих родственников с основными социально-демографическими характеристиками пациентов изучалась значительно реже, лишь в 4 из изученных нами исследований [1, 9, 15, 23]. При этом было установлено, что половозрастные особенности пациентов не обнаружили связи с ПТР родственников. В одном исследовании было установлено более частое наличие ПТР у жен, тех пациентов с онкологией простаты, которые продолжали трудовую деятельность [23].

В анализируемых работах не было обнаружено связи ПТР с такими клиническими характеристиками опекающих родственников, как наличие хронических заболеваний [1], наличие психических расстройств в анамнезе [1, 7], наличие когда-либо диагностированных врачом тяжелых соматических состояний [2]. Изучение связи клинических характеристик родственника с показателями его ПТР осуществляется значительно реже, чем связь ПТР с клиническими характеристиками опекаемого. По-видимому, такая картина обусловлена дизайном исследования, в частности, критериями включения/невключения, как правило, отсеивающими респондентов с выраженными клиническими особенностями.В качестве изучаемых клинических характеристик больных выступали: длительность периода с момента постановки диагноза, текущий статус заболевания (ремиссия, химио- или радиотерапия, паллиативная помощь), продолжительность ремиссии, тип лечения (лучевая терапия, химиотерапия, гормональное лечение и т.п.), условия лечения (амбулаторное/стационарное), тип онкологического заболевания пациента (злокачественные новообразования уточненных локализаций; неточно обозначенные; вторичные и неуточненные локализации), тяжесть заболевания, наличие сопутствующей соматической патологии и др. Практически все исследуемые характеристики, за исключением длительности периода с момента постановки диагноза, уровня показателей физического функционирования пациента и исхода болезни родственника, не обнаружили связи с показателями ПТР у опекающих больного. Обнаруженные связи ПТР с длительностью стрессового напряжения, обусловленного постановкой диагноза опекаемому, не являются однозначными. Так, в ряде исследований связь данных параметров не регистрировалась вовсе [5, 16, 19, 26, 27], а в оставшихся имела противоречивый характер. В работе Weiss [25] показана связь ПТР с более

коротким периодом с момента постановки диагноза, в двух других работах — с более длительным [2, 6]. Вероятно, это обусловлено комбинацией ряда факторов таких, как тяжесть и острота стрессового воздействия, локализация онкопатологии пациента.

Взаимосвязь ПТР с психологическими характеристиками

Проведенный анализ показал, что во многих исследованиях отмечается положительная взаимосвязь показателей ПТР как с общим психическим дистрессом и напряжением, так и с отдельными показателями дистресса. Различные авторы говорят о том, что ПТР связан с более высоким уровнем эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и депрессии, а также оценок, отражающих наличие различных травм и потерь в течение жизни, увеличением финансового стресса и напряжения, вызванного уходом за больным, в ряде исследований концептуализируемого как «бремя» болезни [2, 15, 26]. Субъективно воспринимаемая опекающим родственником высокая стрессогенность болезни близкого [16, 25], повышенное беспокойство по поводу онкологии, наличие избегающего поведения, связанного с болезнью близкого и страха смерти, сопровождается положительными изменениями в сфере самовосприятия, философии жизни и межличностных отношений [1, 2, 23].

Эти данные согласуются с теоретическим конструктом ПТР [4, 20, 21, 22] и подчеркивают значимость восприятия/оценки индивидом ситуации как угрожающей в развитии феноменов ПТР. В то же время существуют данные о том, что оценка выраженности травматического события не связана с ПТР родственников [9], а для возникновения ПТР у близких, опекающих онкобольных, важна когнитивная оценка ситуации как проблемной, но не опасной или угрожающей [26]. Кроме того, в формировании ПТР значительную роль играет соотношение «бремени» ухода и позитивной переоценки. Так, в исследовании Yeung и его коллег [26] показано, что положительный рефрейминг был связан с более высоким ПТР только среди лиц с более высокой нагрузкой по уходу, в то время как у лиц с более низкой нагрузкой по уходу связей положительной переоценки с ПТР выявлено не было.

Теоретический конструкт ПТР, согласно которому возникновение позитивных психологических изменений происходит в условиях выраженного психоэмоционального напряжения или даже дистресса, косвенно находит свое подтверждение и в ряде работ, направленных на оценку эффективности психотерапевтических интервенций для опекающих родственников и их болеющих онкологией близких [12; 13]. Изучение влияния интервенций показало отсутствие изменений показателей ПТР у родственников. Авторы предполагают, что отсутствие эффекта, во многом связано с тем, что в исследованиях либо не проводилось предварительного отбора пациентов и опекающих их родственников по показателям тревоги и депрессии [12], либо родственники с выраженной тревожной и депрессивной симптоматикой не включались в исследование вовсе [13]. Отсутствие симптоматики, говорящей о стрессогенности ситуации у родственников больных, объясняет их нечувствительность к осуществляемым психосоциальным вмешательствам.

В ряде работ обнаружены обратные закономерности, говорящие об отрицательной связи переживаемой тревоги и дистресса с ПТР у родственников, опекающих больных [7, 18, 24] или отсутствии связи этих факторов [9, 16]. В частности, в работе Palacio и Limonero [18] отмечается, что показатель эмоционального дистресса имеет отрицательные корреляции с показателями шкал ПТР (за исключением шкалы «ценность жизни»).

Более дифференцированное исследование взаимосвязи ПТР с психическим дистрессом и напряжением, проведенное в диадах «опекающий родственник-больной» показало, что не столько собственные внутриличностные показатели, а скорее характер межличностного взаимодействия с партнером определяют характер ПТР [3, 6, 14, 25]. Эти результаты подтверждаются данными качественного исследования, в котором показано, что ПТР в значительной степени представляется социально зависимым процессом и возникает в свете межличностных, семейных или общественных взаимодействий и отношений [8].

В контексте этих данных ожидаемой и психологически понятной является установленная во многих исследованиях позитивная роль ощущения социальной поддержки, то есть переживания разделенности, помощи и сочувствия со стороны окружающих во время ухода за болеющим близким с ПТР у опекающих родственников [2, 11, 16, 19, 25, 27]. Особое значение имеет поддержка семьи. Так, в исследовании Zhou и его коллег [27] оценки по субшкале «поддержка от семьи» были значительно выше, чем по субшкалам «поддержка от значимых близких» и «поддержка от друзей». На основании этого авторы делают предположение, что ощущение поддержки со стороны семьи может быть более важным при формировании феноменов ПТР у мужей в процессе ухода за супругами, страдающими от ЗНО женских половых органов.

В ряде работ особое внимание уделяется взаимосвязи ПТР с условиями смерти близкого. Во всех исследованиях, оказавшихся в поле нашего зрения, была обнаружена связь фактора так называемой «хорошей смерти» и ПТР. В этих исследования показано, что ПТР тем более вероятен, чем в большей степени родственнику удалось обеспечить «мирный уход» болеющего близкого [9, 10]. Авторы также отмечают, что важным фактором является ожидаемость/неожиданность смерти родственника: люди, переживающие ожидаемую утрату, с большей вероятностью будут психологически подготовлены к случившемуся. В то же время встречаются и данные об отсутствии связи ПТР с когнитивной готовностью к принятию смерти близкого [19].

В качестве еще одного значимого фактора, связанного с ПТР у родственников онкобольных, относительно которого отмечается относительная согласованность результатов различных исследований, выступает ощущение удовлетворенности как жизнью в целом [11, 16], так и взаимоотношениями с больным в процессе опеки [15; 25, 26]. Связь с удовлетворенностью жизнью на первый взгляд кажется парадоксальной, особенно в свете приведенных ранее результатов исследований, указывающих на связь ПТР с выраженностью дистресса. Вероятно, удовлетворенность касается не состояния, а характеристики отношений. Дистресс отражает наличие актуальных эмоциональных переживаний, удовлетворенность же должна рассматриваться как общая характеристика отношений со значимыми фигурами. Например, удовлетворенность в супружеских отношениях позволяет воспринимать задачи по уходу более позитивно [25, 26].

Ряд исследований посвящен изучению взаимосвязи ПТР, механизмов психологической защиты и копинг-стратегий у родственников онкобольных в ситуации болезни близкого. Среди стратегий совладания положительно связанных с ПТР выступают как проблемно-ориентированные, так эмоционально-ориентированные, в частности, позитивное переосмысление, активное преодоление, планирование, эмоциональная переработка, поиск социальной поддержки, религиозный и духовный копинги [11, 16, 19, 23]. Исследователи отмечают, что такой механизм защиты как «отрицание» может выполнять функцию «защитного буфера» в процессе опеки, не препятствуя при этом ПТР родственников онкологических больных [27].

Особый интерес представляют исследования ПТР с показателями духовности и религиозных переживаний [5, 9, 11, 16, 18]. Согласованность результатов, отражающих наличие положительной взаимосвязи этих феноменов, может рассматриваться как подтверждение валидности конструкта ПТР. Аналогичным образом можно интерпретировать и результаты, отражающие связь ПТР с устойчивостью (resilience) [18].

Внутренняя валидность конструкта ПТР была подтверждена также при оценке факторной структуры методики Benefit Finding Scale на популяции родственников, опекающих онкобольных [11]. В частности, такие феномены ПТР как принятие произошедшего и признание ценности новых отношений с окружающими, связаны с большей успешностью адаптации в ситуации болезни. В то же время увеличение способности к сопереживанию по отношению к окружающим и изменение приоритетов, оказались связаны с усилением депрессивной симптоматики. По мнению авторов, выявленная взаимосвязь эмпатии и переоценки ценностей с депрессивными переживаниями говорит о том, что у некоторых лиц, осуществляющих уход, может развиться повышенное чувство уязвимости в результате их опыта взаимодействия с родственником/близким больным онкологией.

Данные относительно взаимосвязи ПТР родственников с качеством их жизни (КЖ) в изучаемых исследования являются противоречивыми. В трех исследованиях связь КЖ с ПТР родственников не обнаружена [6, 9, 23], в то же время в исследовании Tirgari и коллег [24] показана положительная связь ПТР и КЖ у родственников пациентов с онкологическими заболеваниями. Малочисленность и отсутствие однозначности исследований, требует дальнейшего изучения этого вопроса.

Практически неисследованными остаются и взаимосвязи ПТР с личностными характеристиками родственников, лишь в одной из анализируемых нами работ изучалась связь ПТР с экстраверсией/интроверсией [5]. Взаимосвязи исследуемых характеристик обнаружено не было.

Обсуждение

Проведенный анализ литературных данных позволяет говорить о том, что ПТР у родственников, опекающих больных онкологией, является универсальным явлением и встречается в различных популяциях. К сожалению, в настоящее время в отечественной онко-психологии феномен ПТР у родственников онкобольных остается практически не исследованным.

Как показывают результаты исследований, психологические факторы имеют решающее значение в формировании ПТР у родственников, роль социально-демографических характеристик не так велика и во многом опосредована влиянием этнических и социокультурных различий. Среди факторов, однозначно способствующих ПТР родственников, авторы выделяют субъективное переживание социальной поддержки, (особенно внутрисемейной), а также использование конструктивных проблемно- и эмоционально-ориентированных копинг стратегий, в частности, позитивного переосмысления. Согласно Calhoun и Tedeschi [4], когнитивная переработка травмирующих событий может быть усилена путем обмена (или «раскрытия») своего внутреннего опыта с другими. Особое значение здесь приобретает субъективное восприятие социальной среды индивидом, а именно то, насколько эта среда оказывается протективной и поддерживающей. В литературе также подтверждено большое значение духовной и религиозной составляющей в формировании ПТР у родственников онкобольных.

Факторы определенно затрудняющие ПТР в настоящий момент не выделены. Наиболее острые дискуссии ведутся относительно значения психологического дистресса и напряжения, роли субъективной оценки травматичности ситуации в формировании ПТР у родственников онкобольных. В анализируемых исследованиях явно преобладают данные о положительной взаимосвязи ПТР с выраженностью психоэмоционального напряжения и стрессовых переживаний родственников в процессе опеки больного онкологическими заболеваниями. В то же время расхождения по этому вопросу, встречающиеся в литературе, могут быть

связаны с социокультурными особенностями исследуемых контингентов.

Недостаточно изученной остается связь между исходом болезни близкого, эмоциональным опытом и ПТР. Это направление представляется одним из потенциальных векторов исследования ПТР у родственников онкобольных. Полученные данные позволят конкретизировать направления психологической работы с родственниками больных, находящихся на терминальной стадии заболевания. Необходимость оказания специализированной помощи таким родственникам представляется неоспоримой в силу высокой кризисности ситуации утраты близкого.

Не прояснена связь ПТР с такими важнейшими личностными характеристиками как темпераментные особенности, характер, психологические защиты, другие индивидуально- личностные свойства. При всей важности ПТР для развития личности, не следует абсолютизировать его полезность поскольку, возникновение ПТР как всякое существенное изменение личности может создавать условия для развития различной психопатологической симптоматики, например, депрессии.

В качестве *ограничений* настоящего исследования следует отметить, что, несмотря на соблюдение технологии проведения систематических обзоров, невозможно гарантировать полноту охвата всех существующих по соответствующей тематике публикаций, часть которых могла оказаться вне поля нашего зрения (например, из-за отсутствия доступа к полнотекстовым версиям статей). Кроме того, включенные в обзор исследования отличались значительным разнообразием (в частности, осуществлялись на популяциях, различающихся по своему этническому и социокультурному составу), поэтому некоторые положения обзора следует рассматривать как предварительные, нуждающиеся в последующей проверке по мере накопления эмпирического материала.

Заключение

В литературе показано, что ПТР родственников онкобольных в значительной степени ассоциирован с проявлениями психического дистресса, однако требуется дальнейшее изучение характера взаимосвязи этих явлений. Так же представляются важными дальнейшие исследования, касающиеся соотношения ПТР и психопатологической симптоматики, наблюдаемой у опекающих родственников. Несмотря на широкую географию представленных исследований, в доступной литературе имеется весьма ограниченная информация относительно влияния социокультурных особенностей на формирование ПТР.

Для прояснения этого вопроса важным представляется проведение сравнительных кросскультурных исследований с использованием, по возможности, единого психодиагностического инструментария, позволяющего учитывать как положительные (рост), так и отрицательные (обесценивание) личностные изменения у родственников в процессе опеки больного. Внедрение конструкта ПТР в практическую деятельность поможет существенно расширить перспективы оказания специализированной помощи родственникам больных, позволяя фокусироваться не только на снижении негативных последствий стрессового воздействия, но и на развитии и поддержке позитивных последствий опыта, приобретаемого близкими больных с онкопатологией. В качестве основных направлений для проведения психологических интервенций можно рассматривать формирование поддерживающей социальной среды, обучение конструктивным стратегиям совладания, повышение внутрисемейной удовлетворенности путем гармонизации отношений членов семьи (особенно между больным и опекающим близким), работу с экзистенциальными и духовными ценностями, формирование психологической готовности опекающих родственников к утрате в случае летальности прогноза заболевания.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00090, https://rscf.ru/project/23-25-00090/

Литература / References:

1. *Alkan A, Köksoy EB, Karci E, Alkan A, Bruera E, Çay Şenler F. Posttraumatic growth and death anxiety in caregivers of cancer patients: PHOENIX study. Turk. J. Med. Sci. 2020;50(5):1364-1370. https://doi.org/10.3906/sag-2001-228.*
2. *Balfe M, O'Brien K, Timmons A, Butow P, O'Sullivan E, Gooberman-Hill R, & Sharp L. What factors are associated with posttraumatic growth in head and neck cancer carers? Eur. J. Oncol. Nurs. 2016;21:31-37. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.11.005*
3. *Bybee SGJ, Cloyes KG, Mooney K, Supiano KP, Baucom BRW, Ellington L. Posttraumatic growth and life course stress predict dyadic wellbeing among sexual and gender minority (SGM) and non-SGM couples facing cancer. Psychooncology. 2022;31(11):1860-1868. https://doi.org/10.1002/pon.6036.*
4. *Calhoun L.G., Tedeschi R.G. Posttraumatic growth in clinical practice. New York. NY: Routledge, 2013.*
5. *Choi SO. Posttraumatic growth in family caregivers of patients with cancer. J Hosp. Palliat. Care. 2014;17:1-9. https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.1.1*
6. *Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. Front Psychol. 2014;5:1342. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01342.*

7. *Eraslan P, İlhan A, Eraslan E, Karacin C, Çakmak Öksüzoğlu ÖB. The relationship between caregiver burden and posttraumatic growth in caregivers of patients with metastatic cancer. Cureus. 2022;14(3):e23622. https://doi.org/10.7759/cureus.23622.*
8. *Harvey J, Berndt M. Cancer caregiver reports of post-traumatic growth following spousal hematopoietic stem cell transplant. Anxiety Stress Coping. 2021;34(4):397-410. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845432.*
9. *Hatano Y, Fujimoto S, Hosokawa T, Fukui K. Association between «Good Death» of cancer patients and post-traumatic growth in bereaved caregivers. J. Pain Symptom. Manage. 2015;50(2):e4-6. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.05.002.*
10. *Hirooka K, Fukahori H, Taku K, Togari T, Ogawa A. Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. Psychooncology. 2017;26:2168–2174.*
11. *Kim Y, Schulz R, Carver CS. Benefit-finding in the cancer caregiving experience. Psychosom. Med. 2007;69(3):283-291. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180417cf4.*
12. *Kleijn G, Lissenberg-Witte BI, Bohlmeijer ET, Willemsen V, Becker-Commissaris A, Eeltink CM, Bruynzeel AME, van der Vorst MJ, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. A randomized controlled trial on the efficacy of life review therapy targeting incurably ill cancer patients: do their informal caregivers benefit? Support Care Cancer. 2021;29(3):1257-1264. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05592-w.*
13. *Köhle N, Drossaert CHC, Ten Klooster PM, Schreurs KMG, Hagedoorn M, Van Uden-Kraan CF, Verdonck-de Leeuw IM, Bohlmeijer ET. Web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion training: a randomized controlled trial with automated versus personal feedback. Support Care Cancer. 2021;29(9):5115-5125. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06051-w.*
14. *Lee M, Kim K, Lim C, Kim JS. Posttraumatic growth in breast cancer survivors and their husbands based on the actor-partner interdependence model. Psychooncology. 2017;10:1586-1592. https://doi.org/10.1002/pon.4343.*
15. *Levesque JV, Maybery DJ. Predictors of benefit finding in the adult children of patients with cancer. J. Psychosoc. Oncol. 2014;32(5):535-554. https://doi.org/10.1080/07347332.2014.936646.*
16. *Mosher CE, Danoff-Burg S, Brunker B. Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors. Oncol. Nurs. Forum. 2006;33(3):543-51. https://doi.org/10.1188/06.ONF.543-551.*
17. *Nouzari R, Najafi SS, Momennasab M. Post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. Int. J. Community Based Nurs. Midwifery. 2019;7(4):319-328. https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0.*
18. *Palacio C, Limonero JT. The relationship between the positive aspects of caring and the personal growth of caregivers of patients with advanced oncological illness : Postraumattic growth and caregiver. Support Care Cancer. 2020;28(7):3007-3013. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05139-8.*
19. *Park CL, Cohen LH, & Murch R. Assessment and prediction of stress related growth. Journal of Personality. 1996;64:71–105.*
20. *Takedomi Y, Tabuchi Y, Kumagai Y, Sakamoto M, Kosugi T, Kanegae S, Maezato K, Yakabe S. Post-traumatic growth of family members of deceased cancer patients and related factors in Japan: A cross-sectional study. Eur. J. Oncol. Nurs. 2021; 55: 102058. doi: 10.1016/j.ejon.2021.102058. Epub 2021 Oct 18. PMID: 34757272.*
21. *Taku K, Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Krosch D, David G, Kehl D, Grunwald S, Romeo A, Di Tella M, Kamibeppu K, Soejima T, Hiraki K, Volgin R, Dhakal S, Zięba M, Ramos C, Nunes R, Leal I, Gouveia P, . . . Calhoun LG. Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. Personality and Individual Differences. 2021;169:110222. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222*
22. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.*
23. *Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress. 1996;9:455–471.*
24. *Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. Psychooncology. 2006;15(4):285-296. https://doi.org/10.1002/pon.953.*
25. *Tirgari B, Heidarzadeh A. Forouzi MA, Rezaei H. Post-traumatic growth in family caregivers of patients with cancer in Iran. Medsurg Nursing. 2022;31(2):114-121.*
26. *Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. Health Psychology. 2004;23:16–23.*
27. *Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. Psychooncology. 2004; 13 (4): 260-268. doi: 10.1002/pon.735. PMID: 15054730.*
28. *Yeung NCY, Zhang Y, Ji L, Lu G, Lu Q. Finding the silver linings: Psychosocial correlates of posttraumatic growth among husbands of Chinese breast cancer survivors. Psychooncology. 2020;29(10):1646-1654. https://doi.org/10.1002/pon.5484.*

29. *Zhou L, Hong J, Henricson M, Qin R, Dai Y, Enskär K, Stenmarker M, Browall M. Factors associated with posttraumatic growth among spouses of women diagnosed with gynaecological cancer: A cross-sectional study. Nurs Open. 2023;10(2):630-640.*
https://doi.org/10.1002/nop2.1329.

Сведения об авторах

Шишкова Александра Михайловна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail:shishaspb@mail.ru

Бочаров Виктор Викторович — кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ. E-mail:bochvik@gmail.ru

Цыганкова Елизавета Сергеевна — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», медицинский психолог отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова», 197758, Санкт-Петербург, посёлок Песочный, Ленинградская ул., д. 68А, лит. А. E-mail:lisa94_94@mail.ru

Грановская Елизавета Александровна — медицинский психолог отделения клинической психологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», аспирант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ. E-mail:elizavetagranovskaya@gmail.ru

Поступила 17.08.2023
Received 17.08.2023
Принята в печать 05.03.2024
Accepted 05.03.2024
Дата публикации 24.06.2024
Date of publication 24.06.2024