

Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи

Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Резюме. В статье рассмотрены особенности психического состояния и психологические свойства личности больных с онкологическими заболеваниями. Представлены результаты исследования ряда клинических и клинико-психологических показателей у 75 женщин с впервые выявленными онкологическими заболеваниями на этапе активного специализированного лечения. Показано, что высокие показатели тревоги, депрессии, актуальной и личностной тревожности сочетаются у них с низкими показателями суицидальной готовности, актуализацией антисуицидальных факторов, умеренным снижением показателей качества жизни, личностными реакциями, нарушающими психологическую адаптацию. Выявленные особенности нарушения психологической адаптации позволили выделить три блока задач и мишеней психотерапевтической работы с этой группой пациентов с учетом этапа основного лечения.

Ключевые слова: психоонкология, онкопсихология, психотерапия в онкологии, психологическая реабилитация в онкологии.

Clinical and psychological characteristics of patients with oncological diseases during the period of active specialized treatment in connection with the problems of psychotherapy

Semenova N.V., Lyashkovskaya S.V., Lysenko I.S., Chernov P.D.

V.M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology, St. Petersburg

Summary. Psychological and psychopathological features of personality and psychological state of oncological patients are considered. There are results of study of some clinical and clinical-psychological indicators in 75 women with first-time diagnosed oncological diseases at the stage of active specialized treatment. It was shown that high indicators of anxiety, depression, actual and personal anxiety are combined with low rates of suicidal willingness, actualization of anti-suicidal factors, decreasing quality of life indicators, and personal responses impairing psychological adaptation. The revealed violating features of psychological adaptation made it possible to distinguish three blocks of tasks and targets of psychotherapeutic assistance for these patients taking into account a stage of the main treatment.

Key words: psycho-oncology, psychotherapy in oncology, psychological rehabilitation in oncology

Согласно опубликованным результатам исследований, у онкологических больных на всех этапах специального лечения выявляются признаки реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: 47,5% случаев диагностируется тревожно-депрессивный синдром, в 28% — суб-депрессивный и в 24,5% — депрессивный [3].

В научной литературе неоднократно показана эффективность различных психотерапевтических подходов в преодолении расстройств нервно-психического спектра, возникающих у онкологических больных. Однако, разработка и внедрение программ психологической помощи, учитывающих клинико-психологические особенности больных на разных этапах болезни и лечения, являются актуальной задачей. Нами было проведено исследование клинико-психологических особенностей пациентов Санкт-Петербургского городского онкологического диспансера, с впервые выявленными онкологическими заболеваниями, находящихся в процессе активного специализирован-

ного лечения, с целью разработки и проведения программы психологической реабилитации.

Цель исследования — изучение специфики психического состояния, клинико-психологических характеристик больных с впервые выявленными онкологическими заболеваниями для определения задач и мишеней психотерапевтической помощи.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 75 женщин с впервые диагностированным злокачественным новообразованием. Средний возраст группы составил $49,41 \pm 1,25$ лет. Из них 86,7% страдали злокачественными новообразованиями молочной железы, и 13,3% — опухолями других локализаций (кишечник, гинекологическая сфера, кожные покровы). Средняя длительность заболевания составила $6,04 \pm 0,66$ месяцев. На момент обследования однократное хирургическое лечение проведено в 87% случаев, в 5% случаев операция не проводи-

лась, в 8% было проведено более 1 хирургическое вмешательство. Среди исследованных пациенток 88% получали химиотерапию, 53% лучевую терапию, 7% гормональную терапию, 5% — иную терапию (герцептин, таргетный препарат). Для обследования применялись клинический, клиничко-психологический и экспериментально-психологический методы.

Обследование пациентов включало следующие процедуры. В начале проводился скрининг — выявление пациенток, отвечающих критериям включения в исследование: наличие впервые установленного в течение последнего года диагноза онкологического заболевания, возраст до 60 лет, согласие на участие в исследовании. Затем врач-психотерапевт проводил с пациентками консультацию, в процессе которой выявлялись клиничко-анамнестические данные, наличие жалоб на свое психологическое состояние, отношение к болезни и лечению, психологические и личностные особенности, характер отношений с близкими людьми, способ переживания актуальной психотравмирующей ситуации, связанной с наличием онкологического заболевания. Затем клинический (медицинский) психолог проводил с каждой пациенткой психодиагностическое обследование с применением психометрических методов для оценки выраженности психопатологических жалоб и объективизации симптоматического состояния (симптоматический опросник SCL-90-R), для оценки уровня и структуры тревоги (Интегративный тест тревожности — ИТТ) и шкалу суицидального риска (ШСР). Для учета основных личностных характеристик была использована методика «Личностный дифференциал», адаптированная в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, что позволило определить модус самоотношения, склонность к доминантности/тревожности и выраженность экстраверсии/интроверсии. Наличие иррациональных установок, влияющих на возникновение стресса, оценивалось с помощью методики А. Эллиса. Адаптационные механизмы исследовались на основе анализа ведущих стратегий совладающего поведения по адаптированному в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева варианту теста Лазаруса. Также проводилась оценка показателей качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30. Для учета клинических и социально-психологических характеристик была разработана специальная анкета.

Все пациентки на момент обследования находились на этапе специализированного лечения основного заболевания. Они проходили курсы химиотерапии и/или лучевой терапии, других видов специального лечения. Большинство пациенток прошли в течение предшествующих 3-х месяцев хирургическое лечение.

Результаты исследования

Общая характеристика группы. Из всех обследованных женщин 65,3% имели высшее образование, 29,3% — среднее специальное, 6% — незаконченное высшее. Особенности семейно-

го положения женщин, вошедших в исследуемую группу: 61% замужем, 8% не замужем, 16% в разводе, 8% вдовы, 7% в гражданском браке. Проживали с другими членами семьи 85,3%, одиночки 14,7%. С момента начала заболевания сохранили прежнее место работы 61% пациенток, должностное снижение коснулось 20%, инвалидность была оформлена 10,7%. На момент исследования 6,67% оценивали свое общее состояние как «плохое», 62,7% как «среднее», 28% как «хорошее», 2,8% как «очень хорошее».

У всех женщин, согласившихся на участие в исследовании (которое предполагало также проведение психотерапевтических мероприятий в последующем), были выявлены расстройства психической сферы в виде адаптационных нарушений и установлены диагнозы из рубрики F43 по МКБ-10. Были диагностированы: кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20) — 18,7%, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21) — 42,7%, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) — 34,7%, расстройство адаптации с преобладанием других эмоций (F43.23) — 1,3%, смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25) — 1,3%.

По результатам клинического интервью в исследованной группе наиболее интенсивными были следующие жалобы: подавленное настроение (97%), нервозность, беспокойство, тревога или внутренняя дрожь (86%), легко возникающая досада или раздражение (85%), тягостные мысли (77%), упадок сил и утомляемость (75%), чувство вины (72%), ранимость (76%), нарушения сна (67%). При этом пациентки отмечали, что наиболее сложным было их психологическое состояние сразу после установления онкологического диагноза. На момент проведения исследования острота эмоциональных реакций на свое заболевание у пациенток была меньше, но на первый план выходили тягостные переживания, связанные с аспектами проводимого лечения — физического дискомфорта, последствий калечащих операций (преимущественно радикальных мастэктомий в исследованной группе), а также связанные с изменениями жизненного уклада, такими как нарастание психологической и социальной изоляции, трудности в отношениях с близкими, вынужденное снижение профессионального статуса в связи с временной утратой трудоспособности.

Показатели опросника SCL-90 позволяли заключить, что актуальное психическое состояние у больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями отличалось от нормативного (таблица 1). Отмечался широкий спектр психопатологических жалоб (индекс PSI составил $44,52 \pm 2,55$ при норме $21,39 \pm 2,02$), интенсивность которых значительно превышала норму (индекс GSI составил $0,87 \pm 0,07$, $p < 0,05$). Выявлялась склонность к усилению симптоматического дистресса (индекс PDSI составил $1,66 \pm 0,06 \pm 0,06$

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики и уровень дистресса у больных по методике SCL-90-R

Показатели	Исследуемая группа M±m	Норма M±m
Соматизация (SOM)	0,98±0,09*	0,44 ± 0,03*
Обсессивность-компульсивность (O-C)	1,02±0,09*	0,75 ± 0,04*
Межличностная сензитивность (INT)	0,88±0,08*	0,66 ± 0,03*
Депрессия (DEP)	1,16±0,09*	0,62 ± 0,04*
Тревожность (ANX)	0,92±0,1*	0,47 ± 0,03*
Враждебность (ANG)	0,68±0,07	0,60 ± 0,04
Фобическая тревожность (PHOB)	0,44±0,07*	0,18 ± 0,02*
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,6±0,08	0,54 ± 0,04
Психотизм (PSY)	0,52±0,06*	0,30 ± 0,03*
Дополнительные пункты	0,99±0,09*	0,49 ± 0,03*
Общий индекс выраженности симптомов (GSI)	0,87±0,07*	0,51 ± 0,02*
Индекс проявления симптоматики (PSI)	44,52±2,55*	21,39 ± 2,02*
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	1,66±0,06*	1,17 ± 0,05*

Примечание: * — статистически значимые различия, $p < 0,05$.

Таблица 2. Уровень и структура тревожности у больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями

Показатели	Ситуативная тревога (стандартные баллы) M±m	Личностная тревожность (стандартные баллы) M±m
Общий балл	5,15±0,29	7,26±0,26
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	4±0,31	7,48±0,24
Астенический компонент тревожности (АСТ)	5,76±0,32	6,55±0,29
Фобический компонент (ФОБ)	4,13±0,32	5,32±0,34
Тревожная оценка перспективы (ОП)	6,05±0,3	7,18±0,25
Социальные реакции защиты (СЗ)	4,39±0,35	5,35±0,32

при норме 1,17±0,05), обследованные остро переживали любые признаки недомогания.

Как видно из таблицы 1 и рисунка 1, в наибольшей степени превышали норму значения по шкалам соматизации тревоги, депрессии, тревожности и дополнительные пункты, описывающие общее недомогание, нарушение сна, аппетита. Среди различных психопатологических жалоб для обследованных были характерны фиксация на соматических симптомах и чрезмерная озабоченность ими, что проявлялось в повышенном внимании к своему здоровью и самочувствию. Значительное беспокойство вызывали также вегетативные признаки тревоги, которые не дифференцировались от признаков онкологического заболевания и побочных эффектов лечения. Кроме этого отмечалось сочетание повышенных значений по фобической тревоге с выраженной эмоциональной сдержанностью, что мог-

ло приводить к нарастанию нервно-психического напряжения.

Уровень и структура тревожности у больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями изучались с помощью «Интегративного теста тревожности». Результаты представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы 2, тревога в актуальном психическом состоянии у обследованных больных превышала норму, ее среднее значение по методике ИТТ составило более 5 баллов при норме от 0 до 4 стандартных баллов, при этом уровень личностной тревожности соответствовал промежуточным значениям между умеренным и высоким уровнем, что указывало на устойчивую и выраженную склонность личности к тревоге.

Несмотря на то, что актуальная ситуация чаще всего воспринималась исследуемыми как не несущая реальной угрозы самооценке и самоуваже-

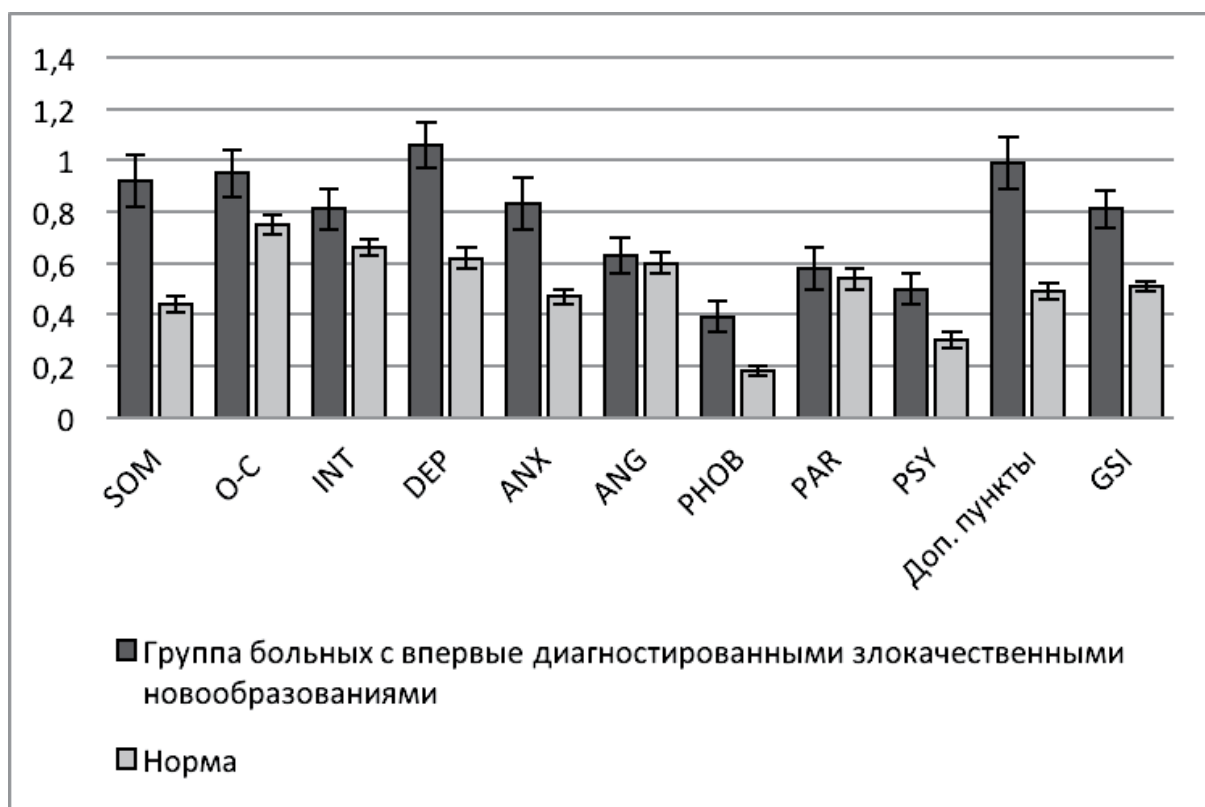


Рис. 1. Показатели актуального психического состояния у больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями

нию, психическое состояние исследуемых на момент обследования в целом характеризовалось умеренно выраженным эмоциональным дискомфортом, пониженным фоном настроения.

В актуальном психическом состоянии преобладали такие компоненты тревоги, как тревожная оценка перспективы и астенический компонент тревоги. Тревога в актуальном состоянии в большей степени была связана с ситуацией неопределенности в отношении своего здоровья и прогноза онкологического заболевания. Такая ситуация формировала у пациенток тревожную озабоченность будущим, ощущение недостаточной подконтрольности актуальной ситуации, часто проявлялась в переживании неопределенной угрозы. Астенический компонент тревоги проявлял себя в виде ощущений пониженного жизненного тонуса, утомления, недостатка энергии, лабильности настроения, раздражительности, готовности к отреагированию негативных эмоций, чувства усталости как следствия выраженного эмоционально-напряжения.

Высокая личностная тревожность указывала на выраженную предрасположенность к тревожным реакциям, которые были свойственны пациенткам и до заболевания, но еще более актуализировалась на фоне длительного воздействия психотравмирующих обстоятельств. В структуре личностной тревожности преобладали показатели

эмоционального дискомфорта, тревожной оценки перспективы, астенический компонент.

В целом, у пациенток исследуемой группы можно предполагать такие устойчивые личностные тенденции, как низкая стрессоустойчивость, низкая толерантность к дефициту информации, раздражителям, не поддающимся однозначной интерпретации, а также ситуациям, предполагающим низкий уровень прогнозируемости, склонность к соматическому реагированию в стрессогенных ситуациях (склонность к соматизации аффекта), склонность к затяжным аффективным реакциям, недостаточная гибкость и адаптивность в поведении, повышенная чувствительность к нюансам межличностных отношений (в особенности к отвержению), потребность в эмоциональных контактах, удовлетворяющих чувство безопасности, помощи и поддержки, потребность в одобрении, соответствии ожиданиям окружающих.

Исследование суицидального риска. По данным ряда зарубежных авторов, риск самоубийства онкологических пациентов в 2-4 раза превышает общепопуляционный [2]. Наиболее рискованными периодами, по данным исследований, являются первый год после установления онкологического диагноза, период обнаружения рецидива, значительного ухудшения состояния, а также стадия распространенного онкологического процес-

са с сопутствующими ему соматическими страданиями при плохо купируемом болевом синдроме.

В связи с общепринятым представлением об онкопациентах как о лицах из группы повышенного суицидального риска [2] и с учетом того, что исследуемая нами группа состояла из пациенток, онкологический диагноз которым был установлен в течение ближайших 12 месяцев, в число психологических методик была включена Шкала суицидального риска (Старшенбаум Г.В., 2005).

Ни у кого из обследованных пациенток не выявлено в анамнезе суицидального поведения или его предпосылок. Среди факторов суицидальной готовности, выделяемых авторами методики, у обследуемых нами пациенток выявлялись не чаще, чем в одном случае из пяти: дисфункциональная первичная семья (16,7%), фрустрация доминирующей потребности (20%), сочетанье сфер конфликта (13,3%) и неразрешенность кризиса (8,3%), категоричность мышления, ригидность аффекта и импульсивность (16,7%, 11,7% и 6,7% соответственно).

Антисуицидальные факторы у обследованных пациенток значительно преобладали над суицидальными (табл. 3). В подавляющем числе случаев (95%) отмечались конструктивная лечебная установка и надежда на улучшение ситуации. На втором месте по значимости были — забота о близких и эмоциональная привязанность к значимому другому (отмечались в 85% и 83% случаев соответственно). Чувство долга и наличие источников поддержки также являлись факторами снижения суицидальной опасности.

Показатель	Средние значения M ± m
Постоянные факторы суицидального риска	0,25 ± 0,07
Переменные факторы суицидального риска	0,92 ± 0,15
Антисуицидогенные факторы	5,9 ± 0,21
Общая оценка суицидального риска	- 4,73 ± 0,29

Результаты обработки данных Шкалы суицидального риска, а также клинического интервью показали весьма низкую суицидальную готовность у обследованных пациенток, даже наоборот, высоко актуализированную витальную направленность мотивационно-волевой сферы.

Свойства личности у больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями исследовались с помощью методики «Личностный дифференциал». Анализ результатов показал, что уровень фактора «Оценка» составил $7,53 \pm 0,63$, что свидетельствовало о соответствии самооценки у больных с первично диагностированными злокачественными новообразованиями среднестатистической норме. Испытуемые в целом оценивали себя, как социально привлека-

тельных, осознавали собственные положительные качества; вместе с этим отмечалась легкая неудовлетворенность собой.

Значение фактора «Сила», отражающего уровень уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях, составило $8,69 \pm 0,81$, что также соответствовало средненормативным значениям. Такое значение показателя можно трактовать как готовность исследуемых прилагать волевые усилия, однако уходить от проблем или попытки найти компромисс в трудных ситуациях.

Значение фактора «Активность» в исследованной группе было пониженным и составляло $2,73 \pm 0,82$. Такой уровень показателя свидетельствовал, что испытуемые оценивали себя, скорее, как не очень активных в социальных контактах, склонных, при возможности, к уходу от взаимодействия. Незначительное преобладание экстремизма в структуре личности выражалось в том, что они проявляли коммуникативную активность лишь при достаточно высокой мотивации и в ситуации, вынуждавшей к этому. Таким образом, недостаточная уверенность в своих возможностях приводила к тому, что их коммуникативное поведение нуждалось в стимуляции.

Совладающее со стрессом поведение исследовалось с помощью методики «Стратегии совладания со стрессом» (тест Лазаруса, Lazarus R., Folkman S., 1988). Согласно полученным результатам (таблица 4), пациентки чаще всего использовали копинг-стратегии «бегство-избегание», «поиск социальной поддержки» и «дистанцирование». При этом все средние значения в исследуемой группе находились в коридоре нормативных значений от 40 до 60 баллов. Можно сказать, что тенденция к избеганию и дистанцированию потенциально служила причиной повышения уровня тревоги в актуальном состоянии, поскольку эти стратегии направлены на избегание непосредственного переживания своих чувств и настоящего отношения к происходящему. Например, в процессе клинического интервью часто можно было наблюдать, что пациентки стремились убедить себя в том, что они «спокойно относятся к своему заболеванию», «чувствуют себя иногда так, будто ничего не произошло». При этом отмечались жалобы на нарушения сна и другие признаки психологического напряжения. Не будучи признанными и пережитыми, скрытые аспекты отношения к действительности (страх, обида, протест, несправедливость, гнев) способствовали высокому уровню психологического напряжения, проявлявшегося в ощущении смутной тревоги и неопределенной угрозы, что мы могли наблюдать у пациенток исследуемой группы.

Рациональность мышления и наличие иррациональных установок оценивалось с помощью методики А. Эллиса. Согласно когнитивной теории, в основе эмоциональных нарушений лежит наличие у человека иррациональных типов мышления. Такое мышление включает в себя жесткие, ригидные идеи, убеждения, руководствуясь ко-

торыми, человек не может гибко реагировать на сложные, меняющиеся обстоятельства жизни и испытывает выраженный стресс. Основными видами иррациональных форм мышления являются, согласно А. Эллису, жесткие долженствования в отношении себя, других людей и жизни в целом.

Показатели	M ± m
Конфронтация	45,29±1,16
Дистанцирование	48,61±1,28
Самоконтроль	48,08±1,54
Поиск социальной поддержки	50,31±1,28
Принятие ответственности	46,61±1,21
Бегство-избегание	51,9±1,26
Планирование решения проблемы	44,77±1,42
Положительная переоценка	46,34±1,4

Было выявлено, что в исследованной группе общая рациональность мышления соответствовала умеренному уровню. С высокой частотой выявлялись такие иррациональные типы мышления как катастрофизация, долженствование в отношении себя, долженствование в отношении других, оценочная установка, при этом фрустрационная толерантность была значительно снижена (табл. 6).

Установка долженствования в отношении себя служит источником стресса в случае, когда человеку, в силу высоких требований к себе, необходимо выполнить свои обязательства и одновременно что-либо этому мешает. Установка долженствования в отношении других людей заставляет болезненно относиться к ситуациям, когда люди ведут себя не соответствующим ожиданиям образом. В свою очередь, рациональному мышлению соответствует такое отношение ко многим явлениям своей жизни, которое вместо долженствования, то есть абсолютного требования, содержит предпочтение, желательность событий.

Установкам долженствования часто сопутствует такой иррациональный механизм, как катастрофизация. Когда человек находится под влиянием установки катастрофизации, он оценивает некоторое неприятное событие как нечто неотвратимое, ужасное, что разрушит жизнь раз и навсегда, не основываясь при этом на реальной степени опасности или угрозы. Произошедшее событие и его негативные последствия преувеличиваются и переживаются как неизбежные. Для изменения данной иррациональной установки следует осознанно заменять в своих убеждениях крайне негативную оценку ситуации, не базирующуюся на реальных фактах, и вырабатывать в себе объективный взгляд на ситуацию.

Наличие иррациональных типов мышления создают основу для поддержания выраженного дистресса при переживании обстоятельств жизни и как следствие — снижения фрустрационной толерантности.

Результаты исследования качества жизни. Исследования качества жизни (КЖ) уже вошли в повседневную практику научных исследований в онкологии. Под КЖ понимают удовлетворенность от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием. В настоящее время КЖ, наряду с показателями выживаемости, являются важнейшими критериями эффективности лечения в онкологии.

Нами использовалась общепринятая в онкологических исследованиях методика EORTC-QLQ-C 30, позволившая получить оценку качества жизни по следующим показателям: «физическое функционирование» (степень, в которой физическое состояние ограничивало выполнение физических нагрузок — самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.), «ролевое функционирование» (способность выполнять повседневную ролевую деятельность — работа, хобби), «социальное функционирование» (степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивало социальную активность и общение), «когнитивное функционирование» (субъективная оценка состояния памяти и внимания), «эмоциональное функционирование» (характеристика настроения, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

При обработке результатов опросника было установлено, что показатели КЖ у исследуемых женщин были значительно снижены, в наибольшей степени были снижены показатели общего состояния здоровья и уровня КЖ, эмоционального и ролевого функционирования (табл.8). При этом полученные нами данные, по результатам сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента, оказались в целом сопоставимы с данными масштабных международных исследований с участием более 9000 женщин с онкологическими заболеваниями [8], за исключением показателей «общего состояния здоровья и уровня КЖ и «эмоционального функционирования», которые в нашем исследовании оказались достоверно ниже сравнительных данных ($p < 0,05$). Причины этих различий требуют дальнейшего изучения и уточнения, но в качестве одной из возможных стоит предположить тот факт, что в большинстве европейских стран существуют утвержденные стандарты психологической помощи онкобольным, и эта помощь может улучшать их эмоциональное функционирование и, тем самым, повышать показатель общего состояния здоровья и КЖ.

Была выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь ($r = -0,33$, $p < 0,05$) между возрастом пациенток и показателем общего состояния здоровья и уровнем КЖ: у пациенток более старшего возраста отмечались более низкие показатели.

Таблица 6. Иррациональные установки у больных с первично диагностированными злокачественными новообразованиями по методике А. Эллиса

Показатели	Иррациональные установки ярко выражены, %	Средний уровень иррациональных установок, %	Иррациональные установки отсутствуют, %
Катастрофизация	14,5	80,7	4,8
Долженствование в отношении себя	24,2	72,6	3,2
Долженствование в отношении других	6,5	82,3	11,3
Самооценка и рациональность мышления	14,5	69,4	16,1
Фрустрационная толерантность	1,6	79,0	19,6

Таблица 8. Показатели качества жизни опросника EORTC-QLQ-C 30

Показатели	Собственные данные (n = 75) M±m	Сравнительные данные [8] (n = 9028) M±m	t	p
Общее состояние здоровья и уровня качества жизни	51,34±2,43	59,3±0,26	2,78	< 0,05
Физическое функционирование	75,16±1,97	74,7±0,25	0,17	> 0,05
Ролевое функционирование	67,2±2,82	67,1±0,35	0,03	> 0,05
Когнитивное функционирование	71,24±3,02	67,8±0,26	1,20	> 0,05
Эмоциональное функционирование	61,16±3,15	80,9±0,24	7,45	< 0,05
Социальное функционирование	68,55±3,45	72,9±0,32	1,23	> 0,05

Примечание: жирным шрифтом отмечены статистически значимые различия.

Интересными оказались результаты, полученные в ходе дисперсионного анализа, показывающие наличие взаимосвязи между показателями опросника КЖ и клинико-психологическими характеристиками исследованных нами пациенток. Так, были получены достоверные отрицательные корреляции практически между всеми показателями опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и показателями сфер опросника EORTC-QLQ-C 30. Иными словами, чем в большей степени отмечалась выраженность психопатологической симптоматики, тем более низкими оказывались показатели КЖ. Аналогичные взаимосвязи были установлены между большинством показателей интегративного теста тревожности (ИТТ) и КЖ: за исключением параметра «реакции социальной защиты» (СЗ), все остальные показатели ИТТ отрицательно коррелировали со сферами КЖ ($p < 0,05$).

Кроме того, анализ показал наличие связей между показателем выраженности копинг-стратегии «конфронтация» по методике Лазаруса и ролевым функционированием по опроснику КЖ ($r = -0,40$, $p < 0,05$), а также между показателем выраженности копинг-стратегии «бегство–избегание» и когнитивным ($r = -0,40$, $p < 0,05$) и эмоциональным ($r = -0,68$, $p < 0,001$) функционированием.

Снижение ролевого функционирования, проявляющееся в ограничениях при выполнении повседневных дел, профессиональных задач и проведении свободного времени, у лиц с высоким уровнем конфронтации является закономерным, в связи с тем, что конфронтационная стратегия преодоления стресса предполагает поведенческую активность, направленную на противостояние возникшим трудностям, а именно осуществление конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. Так что лица с высоким уровнем конфронтации значительно чаще сталкиваются с ограничениями, чем лица, предпочитающие пассивную приспособительную позицию. При этом рациональность и целенаправленность действий в случае конфронтационного преодоления стресса могут быть недостаточными.

Копинг-стратегия «бегство–избегание», направленная на игнорирование (в том числе и вытеснение) тяжелых переживаний, в том случае, если становится ведущей стратегией совладания, может порождать смутную недифференцированную тревогу, и как следствие, негативно влиять на субъективную оценку пациентами своего когнитивного и эмоционального функционирования,

что было выявлено в результатах оценки качества жизни в исследуемой группе.

Обсуждение результатов. У больных с онкологическими заболеваниями по результатам проведенного исследования выявлялись выраженные психопатологические симптомы, представленные преимущественно тревожным и депрессивным проявлениями, фиксацией на соматических симптомах, вегетативных признаках тревоги, выраженным эмоциональным напряжением. Среди устойчивых личностных тенденций отмечались: низкая стрессоустойчивость, низкая толерантность к дефициту информации, раздражителям, не поддающимся однозначной интерпретации, склонность к соматическому реагированию в стрессовых ситуациях (склонность к соматизации аффекта), склонность к затяжным аффективным реакциям. Многие пациенты отмечали у себя длительно существующие, хронические переживания чувств вины, обиды, недовольства, которые были связаны с актуальной межличностной ситуацией и касались значимых сфер отношений. Пациентам была свойственна неустойчивость самооценки со склонностью к формированию идей недостаточной ценности своей личности, переживания безвыходности и чувства вины.

Отрицательное значение показателя суицидальной готовности было обусловлено преобладанием антисуицидальных факторов, преимущественно таких, как конструктивная лечебная установка, надежда на улучшение ситуации, забота о близких и эмоциональная привязанность к значимым окружающим.

У обследованных отмечалась повышенная чувствительность к нюансам межличностных отношений (в особенности к отвержению), потребность в эмоциональных контактах, удовлетворяющих чувство безопасности, помощи и поддержки, потребность в одобрении, соответствии ожиданиям окружающих в сочетании с тревогой по поводу собственной возможной несостоятельности, ориентация на общепринятые правила.

Однако недостаточная эффективность адаптационных механизмов, наличие иррациональных когнитивных установок, усиливающих стресс, значительно снижали состояние здоровья и уровень качества жизни, в том числе и социальное функционирование.

Таким образом, можно сформулировать следующие задачи психологической помощи пациентам, проходящим лечение по поводу онкологического

заболевания. Первый блок задач связан с наличием психопатологической симптоматики и ряда жалоб на нарушенное психологическое состояние. Главными мишенями являются комплексы проявлений, связанные с тревогой и депрессией. Задачами в данном случае являются: развитие навыков распознавания признаков аффективных реакций и их вегетативных проявлений, дифференциация их от проявлений онкологического заболевания и побочных эффектов лечения, развитие навыков саморегуляции. Второй блок задач касается нарушений адаптации личности пациента к текущей ситуации, в первую очередь, к своему онкологическому диагнозу и аспектам проводимого лечения. Мишенями психотерапевтических интервенций обоснованно могут быть личностные механизмы, поддерживающие адаптационный кризис: нарушение доверия к себе, к своему телу; когнитивные дисфункциональные установки, поддерживающие высокий уровень дистресса; нарушенные аспекты отношения к болезни и лечению, в частности, не соответствие оценок себя и своей болезни реальному положению дел — объективным фактам клинической реальности и врачебных прогнозов. Третий блок задач связан с нарушениями психосоциальной адаптации, а мишенями являются склонность пациентов к социальному дистанцированию, вплоть до изоляции, нарушения коммуникации с различными референтными группами.

Заключение

С психологической точки зрения онкологическое заболевание относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как имеет свойственные данным ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, угрозы утраты контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, нарушение картины мира. Результатом проведенного онкологического лечения часто становится не только соматическая ремиссия, но также и стойкие неблагоприятные изменения личности, проявляющиеся в повышенной тревожности, мнительности, эмоциональной неустойчивости. Поэтому для улучшения качества жизни и здоровья людей, проходящих лечение по поводу онкологического заболевания, целесообразно рекомендовать им реабилитационные меры не только соматического, но и психологического характера.

Литература

1. Залуцкий И.В., Махнач Л.М., Жуковец А.Г., Шишковская О.А. Влияние психологических и психопатологических особенностей личности онкологических пациентов на их отношение к болезни // *Вопросы онкологии*. — 2010. — Том 56, №5. — С. 687–691.
2. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей // *Суицидология*. — 2011. — № 4. — С. 18–25.
3. Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Н.П., Сергеев А.С. Нервно-психические расстройства у онкологических больных // *Сибирский*

- онкологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 40–43.
4. Дьяченко В.Г., О А.С., Коваленко В.Л. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) // Дальневосточный медицинский журнал. — 2013. — №3. — С.134–138.
 5. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1. — С. 40–63
 6. Ciaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // *Psycho-Oncology*. - 2001. — Vol. 10. — P. 156–165.
 7. Cordova M.J., Andrykowski M.A., Redd W.H., Kenady D.E., McGrath P.C., Sloan D.A. Frequency and correlates of posttraumatic-stress disorder-like symptoms after treatment for breast cancer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1995. — № 6. — P.981–986.
 8. Scott N.W., Fayers P.M., Bottomley A. et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. Brussels, Belgium, EORTC Quality of Life Study Group Publications. — 2008. — 427 p.

Transliterations

1. Zaluckii I.V., Mahnach L.M., Zhukovec A.G., Shishkovskaja O.A. Vlijanie psihologičeskikh i psihopatologičeskikh osobennostej lichnosti onkologičeskikh pacientov na ih otnoshenie k bolezni [Influence of psychological and psychopathological features of cancer patient personality on their attitudes towards the disease] // *Voprosy onkologii [Problems in oncology]*. — 2010. — T.56. — P. 687–691. (In Russ.)
2. Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie onkologičeskikh bol'nyh. Otnoshenie vrachej. [Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists] // *Suicidologija [Suicidology]*. — 2011. — № 4. — P. 18–25. (In Russ.)
3. Komkova E.P., Magarill Ju.A., Kokorina N.P., Sergeev A.S. Nervno-psihicheskie rasstrojstva u onkologičeskikh bol'nyh [Neuropsychic disorders in cancer patients (treatment and rehabilitation aspects)] // *Sibirskij onkologičeskij zhurnal [Siberian oncology journal]*. — 2009. — №2. — P. 40–43. (In Russ.)
4. D'jachenko V.G., O A.S., Kovalenko V.L. Perspektivy izuchenija kachestva zhizni bol'nyh rakom molochnoj zhelezy (obzor literatury) [Perspectives of the study of quality of life of patients with breast cancer (review)] // *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. — 2013. — №3. — P. 134–138. (In Russ.)
5. Tarabrina N.V. Posttravmatičeskij stress u bol'nyh ugrozhajushhimi zhizni (onkologičeskimi) zabolevanijami [Posttraumatic stress among cancer patients] // *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija*. — 2014. — №1. — P. 40–63. (In Russ.)

Сведения об авторах

Семенова Наталия Владимировна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: nvs@bekhterev.ru

Ляшкова Светлана Владимировна — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: sl_dok@mail.ru

Лысенко Ирина Сергеевна — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: neolira@yandex.ru

Чернов Павел Дмитриевич — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: chernovpsy@gmail.com