

Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями

Хаин А.Е.,

заведующая отделением клинической психологии, Федеральное бюджетное государственное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), Москва, Россия, khain.alina@gmail.com

Холмогорова А.Б.,

доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского); декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholtmogorova-2007@yandex.ru

Абабков В.А.,

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, valababkov@mail.ru

В статье приводятся данные исследования характеристик эмоционального состояния и стратегий совладания подростков в стрессовой ситуации лечения онкогематологических заболеваний. Были обследованы две группы пациентов 11–18 лет, уравненных по социодемографическим и клиническим параметрам. Экспериментальную группу составили 28 подростков, проходящие лечение методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) ($M_{\text{возр.}}=14,25$, $SD_{\text{возр.}}=2,20$; 57,1% женского пола). Контрольную группу составили 30 подростков, проходящих химиотерапевтическое лечение ($M_{\text{возр.}}=13,71$, $SD_{\text{возр.}}=2,12$; 46,7% женского пола). По сравнению с состоянием подростков контрольной группы психологическое состояние подростков в процессе лечения методом ТГСК характеризуется значимо более высоким уровнем дистресса и тревоги. Получены значимые различия в использовании стратегий совладания со стрессом пациентами

двух групп. Подростки экспериментальной группы используют менее широкий репертуар продуктивных стратегий совладания, чаще используют такую неэффективную стратегию, как «разрядка». Данные различия могут быть связаны с меньшей доступностью различных ресурсов совладания, а также нарастанием их истощения в особых условиях лечения методом ТГСК. Результаты исследования подтвердили, что ТГСК является объективно и субъективно более стрессовым видом лечения, что свидетельствует о необходимости дополнительного мониторинга как психологического состояния, так и потребности в психологической помощи для пациентов данной группы, разработки специализированных программ психологического сопровождения трансплантации.

Ключевые слова: психологическая адаптация, эмоциональный дистресс, стратегии совладания, подростковый возраст, детская онкология/гематология, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Для цитаты:

Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 131–149. doi: 10.17759/psyclin.2018070408

For citation:

Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotional State and Coping Strategies of Adolescents with Oncohematological Diseases [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 131–149. doi: 10.17759/psycljn.2018070408 (In Russ, abstr. in Engl.)

Введение

Существует большое поле исследований психической адаптации человека к трудным жизненным ситуациям, в том числе связанным с хроническим, угрожающим жизни заболеванием и его лечением [1; 2; 4; 10]. Последние десятилетия связаны с особенно активным развитием психологических исследований в таких областях, как онкология и онкогематология [5; 6; 9; 14]. Рост исследований связан с совершенствованием различных видов терапии и увеличением числа пациентов, находящихся на различных этапах реабилитации, а также с активной работой профессиональных, пациентских и благотворительных организаций, ставящих вопросы о важности качества жизни болеющего и членов его семьи на всех этапах лечения.

Изменение традиций коммуникации в сторону большей открытости и сотрудничества, роли пациента и семьи в лечебном процессе в целом, повышение

внимания к качеству жизни больного привели также к пониманию необходимости включения различных специалистов психосоциального профиля в мультидисциплинарную команду сотрудников клиники. Международные онкологические и онкопсихологические организации подчеркивают необходимость разработки основанных на результатах исследований стандартов оказания психологической помощи в данной области [18].

Особенно актуальным представляется изучение характеристик совладания на различных этапах длительного и многокомпонентного лечения онкогематологических и онкологических заболеваний. В зарубежной онкопсихологии в последнее десятилетие также активно дискутируется необходимость учета контекста развития и особого внимания к группе подростков и молодых взрослых, проходящих лечение от онкологических заболеваний [15; 16; 21]. Переживающие в этот период значительные физические и психологические изменения подростки сталкиваются с рядом уникальных вызовов. В сравнении с более младшими детьми развитие способности к абстрактному мышлению у подростков позволяет им лучше понимать как особенности болезни и ее значение, так и возможные последствия лечения. Вместе с тем дефицит ресурсов совладания со стрессовой ситуацией, а также нестабильность формирующейся идентичности создает дисбаланс когнитивных и эмоциональных, личностных компонентов переживания болезни [10].

Сравнительные характеристики стрессовых ситуаций лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и химиотерапии

Р. Лазарусом впервые было представлено понимание адаптации к стрессу не как специфической реакции на неспецифическое воздействие, но как отношения между индивидуумом и средой. Ключевую роль в этих отношениях играет когнитивная оценка человеком воздействия среды, придание ему того или иного значения по отношению к собственному благополучию [20]. В своих более поздних работах Р. Лазарус и другие представители когнитивного направления продолжили развитие теории адаптации, отойдя от преимущественно когнитивной, субъективной ориентации при концептуализации реакции на стресс [19; 20]. В процессе адаптации к стрессу были выделены не только субъективные, но и объективные характеристики, такие как характер ограничений, временные аспекты, особенности социальной поддержки. Когнитивная субъективная оценка ситуации стала сопоставляться с ее объективными характеристиками для понимания того, какие именно ее аспекты были выбраны индивидом для трансформации.

В своем теоретическом обзоре современных подходов к пониманию и изучению адаптации к стрессу В.А. Абабков и М. Перре также подчеркивают, что исходным пунктом рассмотрения является характеристика стрессоров [1]. Авторы отмечают важность проведения более конкретных описательных исследований в данной области, которые позволят клиницистам понять, как пациенты

справляются со специфическими стрессорами. Были выделены и описаны объективные и субъективные параметры стрессовой ситуации, позволяющие более точно и полно учитывать как характеристики ситуации, так и ее субъективное значение для индивида. Данный подход является востребованным при проведении психологических исследований адаптации к стрессу в условиях лечения различных соматических заболеваний.

Несмотря на успехи последних десятилетий, онкологические и онкогематологические заболевания все еще остаются жизнеугрожающими, связанными с высокими рисками различных неблагоприятных последствий для здоровья и благополучия человека, а их лечение представляет собой длительное и тяжелое испытание для всей семьи. Являясь кризисным по своей природе, опыт болезни и лечения в онкологических клиниках имеет свою специфику [7; 12; 10]. Прежде всего следует отметить высокий уровень субъективной и объективной опасности для жизни, большое число страхов и мифов, которые существуют в обществе по отношению к данной группе заболеваний [11].

Факторы, непосредственно связанные с болезнью и лечением, характеризуются высокой долей неопределенности, большим числом инвазивных процедур, длительностью лечения, болевым синдромом, а также различными побочными эффектами терапии (изменения внешности, тошнота и рвота, астения). Ситуация стационарного лечения приводит к ограничению социальной активности и значимых контактов, ощущению изоляции, что влияет на психологическое состояние пациентов. Многие авторы отмечают, что условия лечения онкологического заболевания становятся для ребенка не менее, а иногда и более травматичными, чем само заболевание [7; 10].

Различные виды лечения онкогематологических заболеваний имеют свою специфику как в организационном, клиническом, так и в психологическом аспектах. Химиотерапевтическое лечение является традиционной, первой линией терапии. Оно длится в среднем 6-9 месяцев и может сопровождаться различными побочными эффектами терапии. В периоды восстановления гемопоза, а также при отсутствии выраженных соматических проблем пациенты могут продолжать обучение, а также покидать свою палату для общения и прогулок.

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) представляет собой один из самых современных и активно развивающихся видов лечения в онкогематологии. Во всем мире ежегодно проводится 50-60 тысяч трансплантаций, и их количество постоянно увеличивается. В России также постепенно растет число пациентов, направляемых на ТГСК. Возможности данного вида терапии позволяют продолжить лечение пациентам с повторно рецидивирующими либо хронически прогрессирующими заболеваниями, являясь для них нередко последней надеждой на выздоровление. С необходимостью принятия решения о трансплантации чаще всего сталкиваются пациенты с онкогематологическими заболеваниями, испытавшие неудачу при проведении химиотерапевтического лечения, либо с заболеванием, имеющим высокий риск

рецидива. Эти обстоятельства, а также высокие риски и тяжелые условия данного вида лечения делают его, несмотря на достигнутые успехи, одним из наиболее стрессовых опытов в лечении как для самого пациента, так и для семьи в целом [17; 22]. Период госпитализации в отделении трансплантации связан с большей изоляцией и более строгими ограничениями в сравнении с химиотерапевтическим лечением, что может вызывать у пациентов ощущение потери свободы и контроля и проявляться в попытках сверхконтроля различных условий (питание, гигиена) и отношений. Высокая доля непредсказуемости индивидуальной реакции на трансплантацию и на последующий курс восстановления гемопоза сталкивает пациента и ухаживающих за ним родственников с необходимостью переносить неопределенность, сохраняя доверие и оптимизм по отношению к персоналу и выбранному лечению. Соматическое состояние пациентов в этот период может быть осложнено развитием побочных эффектов терапии, сопровождающихся неприятными и болезненными ощущениями (тошнота и рвота, мукозит, диарея, кожный зуд, астения). Боли могут достигать интенсивности, предполагающей назначение высоких доз наркотических обезболивающих. Объективные трудности при прогнозе интенсивности, длительности и последствий побочных эффектов лечения, по мнению А.Ф. Патенауд (Patenaude A.F.), являются одной из причин возникающих проблем в отношениях врач–пациент–семья и нарушений комплаентности [24].

В зарубежных психоонкологических исследованиях вопросы психологических аспектов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и особенностей адаптации к данному виду лечения вызывают возрастающий интерес. Особые условия при прохождении трансплантации делают ее важным полем для исследований и разработки программ психологического сопровождения, отвечающих особым нуждам пациентов ТГСК и их семей [17; 18]. В рамках исследований детей, проходящих ТГСК, наиболее часто изучается эмоциональное состояние пациентов на различных этапах лечения. В. Пакман (Packman W.) отмечает существующую неоднозначность и противоречивость полученных данных относительно уровня дистресса, депрессии, тревоги, а также наличия симптомов посттравматического стрессового расстройства у пациентов до, а также на различных сроках посттрансплантационного периода [22].

Сравнительно немногочисленны исследования особенностей совладания со стрессом детей, получающих ТГСК. Понимание специфики совладающего поведения в процессе ТГСК в сравнении с традиционным химиотерапевтическим лечением, его связи с другими факторами адаптации требует дальнейшего изучения.

Программа исследования

Цель исследования: изучение характеристик эмоционального состояния и стратегий совладания в процессе химиотерапевтического лечения и лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у пациентов подросткового возраста с онкогематологическими заболеваниями.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительное исследование эмоционального состояния у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.
2. Провести сравнительное исследование стратегий совладания у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.
3. Провести сравнительный анализ эмоционального дистресса и стратегий совладания у подростков контрольной и экспериментальной групп.

Гипотеза исследования: ситуация лечения методом ТГСК в сравнении с лечением при проведении химиотерапии сопровождается более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги, более выраженными трудностями совладания у подростков экспериментальной группы по сравнению с группой, проходящей химиотерапевтическое лечение.

Материалы исследования. В экспериментальную группу, обследованную в процессе лечения методом ТГСК (+3 неделя от начала данного этапа лечения), было отобрано 28 пациентов с онкогематологическими заболеваниями 11–18 лет ($M_{\text{возр.}}=14,25$, $SD_{\text{возр.}}=2,20$; 57,1% мужского пола и 42,9% женского). Контрольную группу составили 30 пациентов с онкогематологическими заболеваниями, проходящих химиотерапевтическое лечение ($M_{\text{возр.}}=13,71$, $SD_{\text{возр.}}=2,12$; 53,3% мужского пола и 46,7% женского). Группы были уравнены по полу, возрасту и клиническим характеристикам (онкогематологические заболевания). Все подростки сопровождалась в процессе лечения матерями.

Методы исследования

1. Шкала оценки дистресса (DRS) С.К. Пател (S.K. Patel) [23] (в адаптации Н.С. Никольской, А.Е. Хаин и др. [26]);
2. Опросник детской депрессии М. Ковак (Kovacs M.) (в адаптации С.В. Воликовой, О.Г. Калины, А.Б. Холмогоровой [13]);
3. Интегративный тест тревожности (ИТТ) Л.И. Вассермана, А.П. Бизюка, Б.В. Иовлева [3];
4. Стратегии совладания подростков – Юношеская копинг-шкала (ЮКШ) Э. Фрайденберга, Р. Льюиса (Frydenberg E., Lewis R., 1993) (в адаптации Т.Л. Крюковой [8]).

Для статистической обработки данных были использованы методы непараметрической статистики: для сравнения двух независимых выборок применен критерий Манна–Уитни, для сравнения двух связанных выборок –

критерий Уилкоксона, для проверки связи между показателями выборки применен коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена. Статистический анализ данных проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20 и Excel XP.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты, представленные на рисунке 1, охватывают основные характеристики эмоционального состояния – выраженность депрессивных и тревожных переживаний, а также интегральную характеристику субъективного ощущения эмоционального благополучия/неблагополучия – эмоциональный дистресс у подростков двух групп.

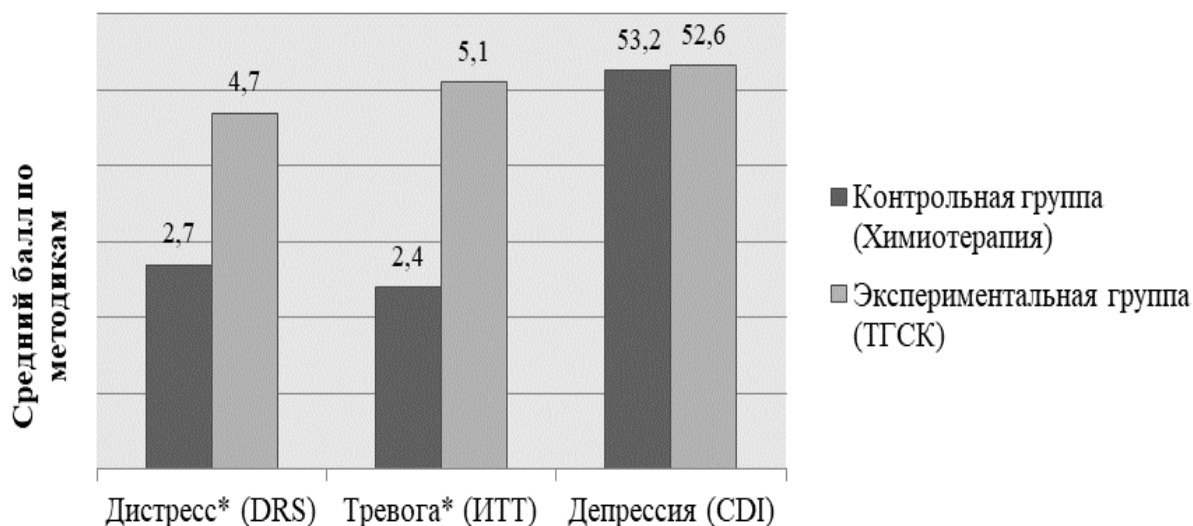


Рис. 1. Различия в эмоциональном состоянии и уровне дистресса подростков экспериментальной и контрольной групп

Примечание: * – различия значимы при $p < 0,05$.

Авторы Шкалы оценки дистресса (DRS) выделяют три уровня дистресса – низкий (от 0 до 4 баллов по шкале), умеренный (от 5 до 7 баллов) и высокий (от 8 до 10 баллов) [23]. Современные руководства рекомендуют при использовании DRS в качестве инструмента для оценки общего уровня эмоционального благополучия и потребности в психологической помощи в онкологическом стационаре выделять группу пациентов, отмечающих баллы 4 и выше [18]. Адаптация Шкалы оценки дистресса на российской выборке также подтвердила, что критическое значение в четыре балла показывает хорошую предсказательную способность русскоязычного варианта теста и верно определяет потребность детей в психологической помощи [26]. Исходя из этого, можно охарактеризовать уровень дистресса подростков в процессе лечения методом ТГСК как умеренный, а уровень дистресса в процессе химиотерапии – как легкий. Данные показатели согласуются с результатами, полученными зарубежными авторами [25].

Результаты исследования уровня эмоционального дистресса в контрольной и экспериментальной группах также свидетельствуют о значимо более высоком уровне дистресса подростков ($U = 249,000$; $p = 0,003$) в процессе лечения в экспериментальной группе в сравнении с контрольной (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительные характеристики психологического состояния подростков в процессе ТГСК и подростков в процессе химиотерапевтического лечения

	Экспериментальная группа (ТГСК)		Контрольная группа (Химиотерапия)		Достоверность различий Р
	М	SD	М	SD	
Общий балл DRS	4,7	2,56	2,69	2,66	0,003**
CDI					
Негативное настроение	52,38	10,71	53,82	8,43	0,12
Межличностные проблемы	56,71	3,27	56,54	7,23	0,09
Неэффективность в школе	43,14	3,62	52,71	6,50	0,02*
Ангедония	56,67	3,02	53,73	5,73	0,49
Негативная самооценка	49,52	1,94	48,13	3,52	0,08
Общий балл CDI	53,14	2,64	52,62	5,82	0,12
ИТТ					
Эмоциональный дискомфорт	4,68	2,30	3,24	2,12	0,02*
Астенический компонент	6,50	2,24	4,73	2,54	0,006**
Фобический компонент	4,36	2,30	3,09	2,47	0,051
Тревожная оценка перспектив	4,04	2,70	3,51	2,19	0,57
Социальные реакции защиты	4,73	2,55	4,67	2,61	0,93
Общий балл ИТТ	5,09	2,11	3,72	2,28	0,02*

Средние показатели уровня дистресса подростков в экспериментальной группе (в процессе ТГСК) выше четырех баллов, что свидетельствуют об актуальности оценки их потребности в психологической помощи и необходимости организации консультаций специалистов психосоциальных служб при данном виде лечения. В контрольной и экспериментальной группах не обнаружено значимых различий в уровне дистресса по переменным пол и возраст (11–14/15–18 лет) подростка.

Возрастание уровня эмоционального дистресса подростков в процессе ТГСК сопровождается увеличением числа эмоциональных и физических проблем, отмечаемых пациентами в Листе проблемных областей DRS. Сравнительный анализ наполненности Листа проблемных областей Шкалы оценки дистресса подростком (DRS) показывает увеличение процента пациентов экспериментальной группы в сравнении с контрольной, отметивших у себя такие эмоциональные проблемы, как скука, грусть, чувство одиночества, раздражительность, нервозность, злость, а также такие физические проблемы, как тошнота, боль, сухость кожи и носа, проблемы со сном, приемом пищи, передвижением, гигиеной ($p < 0,05$).

Исследование эмоционального дистресса было дополнено изучением депрессивных и тревожных переживаний подростков в контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) группах. Исследование не выявило значимых различий по общим показателям депрессии по Опроснику детской депрессии (CDI): общий балл депрессии у подростков экспериментальной группы – $53,2 \pm 12,1$, у подростков контрольной группы – $52,6 \pm 10,2$. Общий нормальный показатель по CDI на русскоязычной выборке может варьировать от 0 до 54 баллов, 50 – это критическое значение, после которого глубина симптоматики возрастает [13]. Уровень депрессивной симптоматики в обеих группах можно обозначить как средний. Наибольшее значение в обеих группах получено по таким параметрам опросника, как: а) *межличностные проблемы*, проявляющиеся в негативизме, протестном, агрессивном поведении; б) *ангедония*, характеризующая уровень истощаемости, астенизации; в) *негативное настроение* – общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности. Значимое различие получено по параметру *неэффективность в школе* ($U=219,00$; $p=0,023$). У подростков контрольной группы эти показатели выше ($52,7 \pm 10,1$), что может быть обусловлено тем, что пациенты экспериментальной группы в большинстве случаев не могут оценить наличие проблем в обучении в связи перерывом в школьных занятиях в условиях лечения в отделениях ТГСК.

Сравнительное исследование показателей тревожности подростков двух групп проводилось с помощью Интегративного теста тревожности (ИТТ). Данная методика рекомендуется авторами в качестве вспомогательного метода анализа уровня психической дезадаптации и факторов, влияющих на эмоциональное состояние детей и подростков [3]. Показатели шкал методики ИТТ ниже четырех станайнов авторы предлагают оценивать как низкий уровень тревожности, показатели 4,5-6 станайнов – как нормальный или умеренный, оценка в 7 станайнов и выше свидетельствует о высоком уровне тревожности.

Результаты оценки показателей тревожности согласуются с результатами оценки уровней эмоционального дистресса. Для подростков экспериментальной группы характерен умеренный уровень тревожности, тогда как для подростков контрольной группы характерен низкий уровень. Обнаружены значимые различия по таким показателям, как *эмоциональный дискомфорт* ($U=233,500$; $p=0,024$); *астенический компонент* ($U=204,00$; $p=0,006$); *общий балл* ($U=234,00$; $p=0,024$),

которые оказались выше у подростков экспериментальной группы, проходящих лечение методом ТГСК.

В структуре тревожности подростков экспериментальной и контрольной групп преобладает *астенический компонент*, свидетельствующий о выраженности усталости, пассивности, быстрой утомляемости. Астеническое состояние может быть связано как с проявлением основного заболевания, так и с побочными эффектами лечения. Значимое увеличение в экспериментальной группе показателя по шкале *эмоциональный дискомфорт* по сравнению с контрольной группой свидетельствует о наличии более выраженного эмоционального напряжения, неудовлетворенности жизненной ситуацией, элементов ажитации у подростков в процессе ТГСК. Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального дистресса, депрессии и тревоги в экспериментальной и контрольной группах представлены в таблице 2.

Таблица 2

Корреляции показателей дистресса (DRS), депрессии (CDI) и тревоги (ИТТ) подростков в экспериментальной и контрольной группах

	Шкала оценки дистресса (DRS, балл)	
	Экспериментальная группа	Контрольная группа
CDI		
Негативное настроение	0,797**	0,108
Межличностные проблемы	0,632**	0,263
Неэффективность	0,093	-0,065
Ангедония	0,790**	0,358*
Негативная самооценка	0,625**	-0,126
Общий балл CDI	0,792**	0,150
ИТТ		
Эмоциональный дискомфорт	0,731**	0,402*
Астенический компонент	0,273	0,466**
Фобический компонент	0,490*	0,304
Тревожная оценка перспектив	0,664**	0,244
Социальные реакции защиты	0,417	0,070
Общий балл ИТТ	0,743**	0,516**

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Полученные результаты демонстрируют, что в стрессовой ситуации трансплантации субъективное ощущение эмоционального дискомфорта – эмоциональный дистресс – значимо положительно коррелирует с тревожно-фобическими переживаниями, негативной оценкой собственной эффективности в целом. Чем выше дистресс подростков в процессе ТГСК, тем больше выражены также негативизм и проблемы в межличностном взаимодействии. Тогда как в процессе химиотерапевтического лечения повышение эмоционального дистресса коррелирует с ростом истощения, астенизацией.

Таким образом, результаты сравнительного исследования параметров эмоционального состояния подростков двух групп демонстрируют различия уровней и характеристик эмоционального дистресса и тревоги у пациентов на химиотерапевтическом лечении и пациентов в процессе ТГСК, что является косвенным подтверждением большей стрессогенности особой ситуации трансплантации. Уровень нарушений в эмоциональном состоянии является умеренным, однако данная степень его выраженности позволяет говорить о необходимости дополнительного мониторинга как психологического состояния, так и потребности в психологической помощи для данной группы.

Результаты сравнительного исследования стратегий совладания со стрессом подростков экспериментальной и контрольной групп с помощью Юношеской копинг-шкалы (ЮКШ) представлены на рисунке 2.

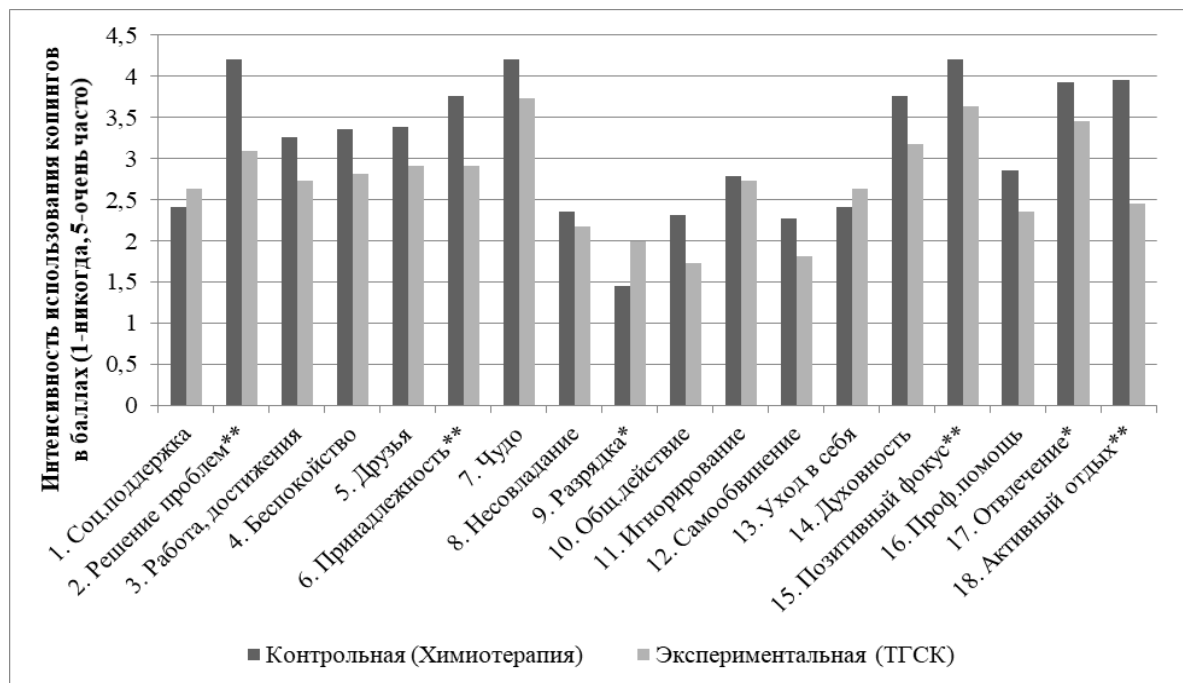


Рис. 2. Интенсивность использования подростками различных стратегий совладания на химиотерапевтическом лечении и в процессе ТГСК

Примечание: * – различия значимы при $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

По результатам адаптации ЮКШ на российской выборке Т.Л. Крюкова обозначила широкий диапазон средних значений для всей выборки: от $1,53 \pm 0,73$ для наименее используемой стратегии – общественные действия – до $4,73 \pm 0,98$ для наиболее предпочитаемой стратегии – решение проблем [8]. Представленные в восемнадцати шкалах стратегии образуют, по мнению разработчиков методики, три стиля совладающего поведения: 1) продуктивный стиль (решение проблемы, работа и достижения, духовность, позитивный фокус); 2) непродуктивный (игнорирование, уход в себя, чудо, разрядка, самообвинение, беспокойство, несовладание, отвлечение, активный отдых); 3) социальный стиль, который нередко относят к продуктивному (социальная поддержка, друзья, принадлежность, общественные действия, профессиональная помощь). Результаты, полученные на российской выборке, показали более дробные, противоречивые стили совладания, что может свидетельствовать как о несформированности совладающего со стрессом поведения в подростковом возрасте, так и об их большей зависимости от окружающих, инфантильности в сравнении с австралийской выборкой [8].

Результаты исследования подростков с онкогематологическими заболеваниями, проходящими химиотерапевтическое лечение или ТГСК, также продемонстрировали выбор ими различных, порой конфликтных стратегий совладания. Подростки контрольной группы в стрессовой ситуации химиотерапевтического лечения предпочитали использовать такие стратегии, как *решение проблем, чудо, позитивный фокус, отвлечение, активный отдых*. Подростки экспериментальной группы в стрессовой ситуации ТГСК предпочитали использовать такие стратегии, как *чудо, позитивный фокус, отвлечение, духовность*. Обращает на себя внимание потребность в поддержании оптимистического настроения, надежде, а также более пассивная позиция у подростков экспериментальной группы, предположительно связанная с возрастанием ощущения неопределенности и угрозы.

Результаты исследования продемонстрировали значимые различия в использовании стратегий совладания подростками в стрессовых ситуациях различных видов терапии онкогематологических заболеваний – ТГСК и химиотерапевтического лечения. Подростки контрольной группы более активно используют такие стратегии совладания, как: решение проблем ($U=68,000$; $p=0,002$), принадлежность ($U=68,000$; $p=0,002$), позитивный фокус ($U=82,500$; $p=0,008$), активный отдых ($U=45,000$; $p=0,000$), отвлечение ($U=91,000$; $p=0,017$). Меньше используется одна из неэффективных стратегий совладания – разрядка ($U=103,500$; $p=0,048$). Полученные различия могут быть связаны как с нарастанием истощения ресурсов совладания на фоне лечения в отделениях ТГСК, которому в большинстве случаев предшествуют другие виды лечения, с дефицитом доверия и уверенности в успехе терапии в связи с прошлым негативным опытом, с возросшей неопределенностью стрессовой ситуации, так и условиями лечения, которые делают использование различных ресурсов, связанных с общением, отвлечением на различные виды активности, менее доступным.

Результаты корреляционного исследования подтвердили наличие значимых взаимосвязей между эмоциональным дистрессом и совладающим поведением пациентов подросткового возраста в обеих группах. В экспериментальной группе обнаружена положительная корреляция между уровнем эмоционального дистресса (DRS) и стратегией совладания «Беспокойство» ($r=0,752$, $p=0,013$), а также отрицательная корреляция со стратегией Активного отдыха ($r=-0,736$, $p=0,016$). У подростков контрольной группы обнаружены отрицательные корреляции эмоционального дистресса (DRS) с такими стратегиями совладания как: Дружбя ($r=-0,517$, $p=0,004$), Принадлежность ($r=-0,491$, $p=0,007$), Позитивный фокус ($r=-0,482$, $p=0,008$), Отвлечение ($r=-0,412$, $p=0,026$). Таким образом, дефицит продуктивных стратегий совладания значимо взаимосвязан с более высоким уровнем эмоционального дистресса в процессе лечения, являясь одним из факторов риска дезадаптации.

Выводы

1. Эмоциональное состояние подростков в процессе лечения методом ТГСК в сравнении с эмоциональным состоянием подростков в процессе химиотерапевтического лечения характеризуется значимо более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги.

2. Эмоциональный дистресс подростков в процессе ТГСК положительно коррелирует с негативной оценкой подростком собственной эффективности в целом, ощущением угрозы, тревогой, касающейся будущих перспектив лечения, негативизмом и агрессивностью в межличностном взаимодействии, тогда как в процессе химиотерапевтического лечения возрастание эмоционального дистресса положительно коррелирует с нарастанием истощения и с астенизацией.

3. Совладающее со стрессом поведение подростков в процессе лечения методом ТГСК по сравнению с совладанием у подростков, находящихся на химиотерапевтическом лечении, характеризуется снижением репертуара более зрелых, продуктивных стратегий совладания, значимо более частым использованием непосредственного отреагирования эмоционального напряжения в поведении.

Таким образом, для пациентов подросткового возраста с онкогематологическими заболеваниями обоснованным является определение стрессовой ситуации ТГСК как ситуации повышенного риска нарушений психологической адаптации, в отличие от ситуации прохождения химиотерапевтического лечения. Комплексный подход к организации процесса лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток должен включать в себя разработку специализированных программ психологического сопровождения пациентов и членов их семей, задачей которых станут раннее выявление групп риска, профилактика дезадаптации, своевременное оказание необходимой психологической помощи.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии (Психологический практикум). СПб.: Речь. 2004. 166 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека: монография. Л.: Наука. 1988. 270 с.
3. Вассерман Л.И., Бизюк А.П., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): методические рекомендации. СПб.: изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
4. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: изд-во СПбГМУ, 2009. 135 с.
5. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 21–25.
6. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 29–36.
7. Кудрявицкий А.Р., Хаин А.Е., Клипинина Н.В. Обоснование комплексного подхода в работе психологической службы, сопровождающей лечебный процесс, в детской онкологии/гематологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2006. Т. 5 № 3. С. 41–48.
8. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы / изд. 2-е, испр. и доп. Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова. 2010. 64 с.
9. Николаева А.В., Малкова Е.Е., Жаринов Г.М. Различия клинико-психологических характеристик личности больных раком предстательной железы при высокой и низкой скорости роста опухоли // Лучевая диагностика и терапия. 2017. Т. 8. № 3. С. 132–133.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: изд-во Московского университета, 1987. 168 с.
11. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1980. 20 с.
12. Урядницкая Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1998. 20 с.
13. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Калина О.Г. Применение опросника детской депрессии М. Ковак (CDI): методические рекомендации. М.: изд-во ФГБУ «МНИИП», 2013. 24 с.

14. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63. № 1. С. 115–121.
15. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer // Cancer Treatment Review. 2007. Vol. 33. № 7. Pp. 622–630. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006
16. Bleyer W.A. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials // Medical and Pediatric Oncology. 2002. Vol. 38. № 1. Pp. 1–10. doi:10.1002/mpo.1257
17. Heather S.L., Syrjala K.L., Rizzo D. Supportive care of hematopoietic cell transplant patients // Biology of Blood and Marrow Transplantation. 2012. Vol. 18. № 1. Pp. 12–16. doi: 10.1016/j.bbmt.2011.10.029.
18. Holland J.C., Breitbart W.C., Butow P.N., et al. (Eds.) Psycho-Oncology. 3rd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p.
19. Krohne H.W. Stress and coping theories // International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences / N.J. Smelser, P.B. Baltes (Eds.). Oxford: Pergamon, 2001. Pp. 15163–15170. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1.
20. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks // Annual Review of Psychology. 1993. Vol. 44. Pp. 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
21. Marcus J. Psychosocial issues in pediatric oncology // The Ochsner Journal. 2012. Vol. 12. № 3. Pp. 211–215.
22. Packman W., Weber S., Wallace J., et al. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review // Bone Marrow Transplantation. 2010. Vol. 45. № 7. Pp. 1134–1146. doi: 10.1038/bmt.2010.74.
23. Patel S.K., Mullins W., Turk A., et al. Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology // Psycho-Oncology. 2011. Vol. 20 № 12. Pp. 1324–1333. doi: 10.1002/pon.1859.
24. Patenaude A.F. Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives // The Yale Journal of Biology and Medicine. 1990. Vol. 63. Pp. 515–519.
25. Phipps S. Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach // Journal of Pediatric Psychology. 2007. Vol. 32 № 9. Pp. 1055–1066. doi: 10.1093/jpepsy/jsm060.
26. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., et al. Initial validation of the distress rating scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers // Psycho-Oncology. 2017. Vol. 26. № 3. P. 150. doi: 10.1002/pon.4476.

Emotional State and Coping Strategies of Adolescents with Oncohematological Diseases

Khain A.E.,

Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, khain.alina@gmail.com

Kholmogorova A.B.,

Doctor in Psychology, Professor, head of the Laboratory of clinical psychology and psychotherapy, Serbsky National Medical Research Institute of Psychiatry and Narcology, Head of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kholmogorova-2007@yandex.ru

Ababkov V.A.,

Doctor in Medicine, Professor, Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, valababkov@mail.ru

The article presents data on the study of emotional state characteristics and coping strategies of adolescents in the stressful situation of oncohematological diseases treatment. Two equalized by socio-demographic and clinical parameters groups of patients 11-18 were examined. The experimental group consisted of 28 adolescents undergoing treatment with hemopoietic stem cell transplantation (HSCT) (M = 14.25, SD = 2.20, M: 57.1%, F: 42.9%). The control group consisted of 30 adolescents undergoing chemotherapy (M = 13.71, SD = 2.12, M: 53.3%, F: 46.7%). The psychological state of adolescents in the course of treatment by HSCT, in comparison with the state of adolescents of the control group, which is characterized by a significantly higher level of distress and anxiety. Significant differences in the use of coping strategies with stress in patients of the two groups were obtained. Adolescents of the experimental group use a less extensive repertoire of productive coping strategies, often use such an ineffective strategy as "discharge" These differences may be associated with less availability, as well as an increase in depletion of various coping resources under special treatment conditions by the HSCT. The results of the study confirmed that HSCT is objectively and subjectively more stressful, which indicates the need for additional monitoring of both the psychological state and the need for psychological care for patients in this group, the development of specialized programs for psychological support for transplantation.

Keywords: psychological adjustment, emotional distress, coping strategies, adolescents, adolescent age, pediatric hematology/oncology, hematopoietic stem cell transplantation (HSCT).

References

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii (Psikhologicheskii praktikum) [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, therapy (Psychological Workshop)]. Saint-Petersburg: Rech', 2004, 166 p. [In Russ.]
2. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka: monografiya [Mental and psychophysiological adaptation of man: monograph], Leningrad: Nauka. 1988. 270 p. [In Russ.]
3. Vasserman L.I., Bizyuk A.P., Iovlev B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT) [The use of integrative anxiety test (IAT)]. *Novaya meditsinskaya tekhnologiya [New Medical Technology]*. Saint-Petersburg, 2005. 23 p. [In Russ.]
4. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchite lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni [Coping behavior and psychological defence of the individual in conditions of health and illness]. Saint-Petersburg: publ. of SPbGMU, 2009. 136 p. [In Russ.]
5. Kasimova L.N., Ilyukhina T.V. Rezul'taty psikhopatologicheskogo i psikhologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bol'nykh [Results of psychopathological and psychological research of oncological patients]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine [Mental Disorders in General Medicine]*, 2007, no 3, pp. 21–25. [In Russ.]
6. Klipinina N.V., Enikolopov S.N. Napravleniya issledovaniy distressa roditelei detei, prokhodyashchikh lechenie ot zhizneugrozhayushchikh zabolevanii [Areas of study of the distress of parents of children undergoing treatment from life-threatening diseases], *Obozrenie psikhiatrii i klinicheskoi psikhologii im. Bekhtereva [Review of Psychiatry and Medical Psychology Named Bekhterev]*, 2016, no. 1, pp. 29–37. [In Russ., Abstr. in Engl.]
7. Kudryavitskii A.R., Khain A.E., Klipinina N.V. Obosnovanie kompleksnogo podkhoda v rabote psikhologicheskoi sluzhby, soprovozhdayushchei lechebnyi protsess, v detskoj onkologii/gematologii [Substantiation of the complex approach in the work of the psychological service accompanying the medical process in children's oncology / hematology]. *Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii [Questions of Hematology/Oncology and Immunopathology in Pediatrics]*, 2006, vol. 5, no. 3, pp. 41–48. [In Russ., Abstr. in Engl.]
8. Kryukova T.L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Methods for studying coping behavior: three copy-scales], 2nd ed. Kostroma: Publ. of KGU im. N.A. Nekrasova, 2010. 64 p. [In Russ.]

9. Nikolaeva A.V., Malkova E.E., Zharinov G.M. Razlichiya kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik lichnosti bol'nykh rakom predstatel'noi zhelezy pri vysokoi i nizkoi skorosti rosta opukholi [Differences in Clinical and Psychological Characteristics of the Personality of Patients with Prostate Cancer at High and Low Rates of Tumor Growth]. *Luchevaya diagnostika i terapiya [Radiation Diagnostics and Therapy]*, 2017, vol. 8, no. 3, pp. 132–133. [In Russ., Abstr. in Engl.]
10. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku: psikhologicheskoe issledovanie [The effect of chronic illness on the psyche: a psychological study]. Moscow: Publ. of MSU, 1987. 168 p. [In Russ.]
11. Tkhostov A.Sh. Psikhologicheskii analiz izmenenii lichnosti pri nekotorykh onkologicheskikh zabolevaniyakh [Psychological analysis of personality changes in certain oncological diseases. Phd Thesis]. Moscow, 1980. 20 p. [In Russ.]
12. Uryadnitskaya N.A. Psikhologicheskaya samoregulyatsiya u detei s onkologicheskoi patologiei [Psychological self-regulation in children with oncological pathology. Phd Thesis]. Moscow, 1998, 20 p. [In Russ.]
13. Kholmogorova A.B., Volikova S.V., Kalina O.G. Metodicheskie rekomendatsii: primeneniye oprosnika detskoi depressii M. Kovak (CDI) [Methodical recommendations: use of the questionnaire of childhood depression M. Kovak (CDI)]. Moscow: publ. of FGBU MNIIP, 2013. 24p. [In Russ.]
14. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Vliyanie otnosheniya k bolezni na kachestvo zhizni patsientov s opukholevym porazheniem kostei [Influence of attitude to the disease on the quality of life of patients with tumor lesion of bones]. *Voprosy onkologii [Problems in Oncology]*, 2017, vol. 63, no. 1, pp. 115–121. [In Russ., Abstr. in Engl.]
15. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Review*, 2007, vol. 33, no. 7, pp. 622–630. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006
16. Bleyer W.A. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology*, 2002, vol. 3, no. 1, pp. 1–10.
17. Heather J., Syrjala K.L., Rizzo D. Supportive care of hematopoietic cell transplant patients. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 2012, vol. 18, suppl. 1, pp. 12–16. doi: 10.1016/j.bbmt.2011.10.029.
18. Holland J.C., Breitbart W.C., Butow P.N., et al (Eds.) *Psycho-Oncology*, 3rd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p.
19. Krohne H.W. Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* / N.J. Smelser, P.B. Baltes (Eds.). Oxford: Pergamon, 2001, pp. 15163–15170. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1.

20. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, vol. 44, pp. 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
21. Marcus J. Psychosocial issues in pediatric oncology. *The Ochsner Journal*, 2012, vol. 12, no. 3, pp. 211–215.
22. Packman W., Weber S., Wallace J., Bugescu N. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review. *Bone Marrow Transplantation*, 2010, vol. 45, no. 7, pp. 1134–1146. doi: 10.1038/bmt.2010.74.
23. Patel S.K., Mullins W., Turk A., et al. Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology. *Psycho-Oncology*, 2011, vol. 20, no. 12, pp. 1324–1333. doi: 10.1002/pon.1859.
24. Patenaude A.F. Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1990, vol. 63, pp. 515–519.
25. Phipps S. Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, vol. 32, no. 9, pp. 1055–1066. doi: 10.1093/jpepsy/jsm060.
26. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., et al. Initial validation of the distress rating scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers. *Psycho-Oncology*, 2017, vol. 26, suppl. 3, p. 150. doi: 10.1002/pon.4476