

Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных

А. В. Васильева^{1,2}, *Т. А. Караваева*^{1,3,4},
*Е. Б. Мизинова*¹, *Е. П. Лукошкина*¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева Минздрава России, Российская Федерация, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России, Российская Федерация, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава России, Российская Федерация, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

Для цитирования: *Васильева А. В., Караваева Т. А., Мизинова Е. Б., Лукошкина Е. П.* Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 4. С. 402–416. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402>

На примере пациентов с раком молочной железы, раком предстательной железы и раком прямой кишки, находящихся в восстановительном периоде после оперативного лечения (мастэктомии, простатэктомии, колостомии), описываются выделенные в качестве мишеней психотерапии индивидуально-психологические особенности онкологических больных с коморбидным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Исследование проводилось на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России. Экспериментальную группу, сформированную в соответствии с критериями отбора и на основании диагностированных с помощью специализированного скринингового опросника «Trauma Screening Questionnaire» симптомов ПТСР, составили 40 пациенток с раком молочной железы, 32 пациента с раком предстательной железы и 19 больных с раком прямой кишки. В группу сравнения (контрольную) вошли 51 женщина с раком молочной железы, 53 пациента с раком предстательной железы и 22 больных с раком прямой кишки, продемонстрировавшие признаки конструктивного совладания с онкозаболеванием. Оценка индивидуально-психологических особенностей больных указанных нозологических групп осуществлялась с помощью батареи экспериментально-психологических методик. В целях повышения адаптационного потенциала личности у пациентов с онкологическими заболеваниями, предупреждения вероятности развития у них ПТСР и эффективности основного лечения в качестве ведущих индивидуально-психологических особенностей, представляющих собой мишени психотерапии, были выделены неадаптивный интрапсихический тип реагирования на заболевание с чрезмерной фиксацией на болезненном состоянии

и уходом в болезнь; низкая готовность к риску, проявляющаяся нежеланием действовать в отсутствие надежных гарантий успеха; деструктивный и дефицитарный характер базовых личностных функций при недоразвитии конструктивных; дефицит позитивных когнитивных установок о мире и себе; деструктивное чувство вины, связанное с переживанием болезни, близкими и семейными отношениями; чрезмерное стремление к автономности и независимости, снижающее возможность получения социальной поддержки.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), коморбидное психическое расстройство, онкология, рак молочной железы, рак предстательной железы, рак прямой кишки, индивидуально-психологические особенности, мишени психотерапии, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни.

В последнее время отмечается рост интереса к изучению коморбидных психических расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства (далее — ПТСР), у онкологических больных [1–11]. За последние годы появилось много работ, доказывающих, что онкологический диагноз, учитывая его тяжесть, неопределенность прогноза в отношении дальнейшего течения болезни и последствия для жизни, является мощным стрессогенным фактором, приводящим к срыву адаптационных механизмов, истощению психологических ресурсов психического и физического здоровья и развитию сопутствующих адаптационных расстройств различного уровня, включая ПТСР [1; 2; 4; 5; 9–14]. Симптомы ПТСР, проявляющиеся в чувстве тревоги, беспомощности, растерянности, вторгающихся пугающих образов, навязчивых переживаний о прогрессировании заболевания, могут в значительной степени влиять на совладание с онкозаболеванием. В частности, выбор пассивных копинг-стратегий может определять выбор стратегий избегания, отказных реакций, связанных с лечением онкозаболеванием, а также в использовании алкоголя и неконтрольном употреблении транквилизаторов с целью самолечения [2; 4; 5; 10; 15; 16].

Более того, симптомы ПТСР, которые могут не только проявляться в виде эмоциональных нарушений, но и запускать каскад реакций гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси, способны усугублять течение основного заболевания [1; 7; 10; 11; 15].

Многоплановость индивидуальных реакций на любом этапе течения онкологического заболевания свидетельствует о значимости личностных особенностей больного в формировании отношения к болезни. Наибольшая выраженность дистресса у онкологических пациентов отмечается в период установления диагноза с постепенным снижением эмоционального напряжения по мере прохождения лечения [15]. В послеоперационном периоде у онкологических больных диагностируется высокий уровень астении, реактивной тревожности и депрессии в связи с фактом оперативного вмешательства, а на этапе ремиссии выявляются симптомы психологической дезадаптации, повышенное эмоциональное напряжение, тревожность и депрессия в связи со страхом рецидива [11; 12; 17; 18]. Психологические и социальные нарушения могут сохраняться в течение многих лет после проведенного лечения [2; 5; 7; 16].

Большинство современных работ, освещающих онкопатологию с психологических позиций, посвящены преимущественно исследованию личностных

характеристик онкологических больных или особенностей формирования, протекания и лечения ПТСР [1; 3; 4; 7; 8; 10; 17; 20]. В литературе практически не представлены работы, посвященные изучению индивидуально-психологических особенностей онкологических пациентов в аспекте их возможного участия в развитии коморбидного ПТСР, который затрудняет в итоге их лечение и адаптацию. В этой связи в комплексном лечении онкологических больных с коморбидным ПТСР актуальными становятся не только вопросы своевременной диагностики, фармакотерапии и психотерапии, но и задачи предупреждения развития у них симптомов ПТСР.

В настоящем исследовании в качестве изучаемых форм злокачественной нозологии были выбраны рак молочной железы (РМЖ), рак предстательной железы (РПЖ), рак прямой кишки (РПК). Выбор диагнозов не случаен, хотя и представляет собой ограничение исследования, результаты которого не могут, по всей видимости, быть экстраполированы на любые контингенты онкологических пациентов. Выбранные формы онкопатологии, учитывая калечащий характер оперативного вмешательства, имеют особую значимость для самоотношения и самооценки больного в плане собственной феминности/маскулинности и ценности для партнера, а также для качества жизни в целом [3; 5; 7; 11; 13; 15]. В послеоперационный период пациент вынужден адаптироваться не только к изменениям, связанным непосредственно с онкологическим заболеванием (медикаментозная интоксикация, астения, возможность рецидива), но и к специфическим последствиям своего выбора, поэтому риск самостигматизации и развития коморбидного ПТСР признан здесь одним из самых высоких [3; 7; 15].

Понятие «психотерапевтическая мишень» рассматривалось в настоящем исследовании как проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом клиничко-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе лечения [20; 21].

Целью работы явилось выделение мишеней психотерапии на основании результатов сравнительного анализа индивидуально-психологических особенностей онкологических пациентов с коморбидным посттравматическим стрессовым расстройством и больных той же нозологической группы с отсутствием симптомов ПТСР.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России в три этапа. На первом этапе с помощью специализированного опросника, предназначенного для выявления симптомов посттравматического стрессового расстройства (Trauma Screening Questionnaire [22], методом сплошной выборки осуществлялся скрининг пациентов с тремя видами онкопатологии: раком молочной железы (168 человек), раком предстательной железы (146 больных) и раком прямой кишки (174 пациента). Здесь следует уточнить, что значения на шкале скрининга ПТСР варьируют от 0 до 10 баллов, т.е. от минимального, свидетельствующего об отсутствии признаков ПТСР, до максимального, соответствующего наличию клинически выраженного ПТСР. Опросник основан на критериях МКБ-10 и выявляет присутствие симптомов, необходимых для постановки диагноза ПТСР. Из группы респондентов,

были отобраны пациенты, набравшие по опроснику пороговый балл шесть и выше (>6 баллов). Они были осмотрены сертифицированным врачом-психиатром. На втором (предварительном) этапе производился отбор пациентов для участия в исследовании на основании специально разработанных с целью повышения статистической достоверности и гомогенизации изучаемой выборки критериев включения.

Критерии включения пациентов в исследование:

1. Подписание информированного согласия на участие в исследовании.
2. Наличие неосложненного онкологического заболевания молочной железы, предстательной железы, прямой кишки.
3. Восстановительный период после мастэктомии, предстатэктомии, колостомии (с момента оперативного вмешательства прошло от 3 месяцев до 2 лет).
4. Длительность онкологического заболевания от 6 месяцев до 5 лет.
5. Положительный прогноз, отсутствие послеоперационных осложнений.
6. Дееспособные мужчины и женщины в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст — $49,5 \pm 6,2$ года), свободно владеющие русским языком, без когнитивных расстройств.
7. Суммарный балл по скрининговому опроснику ПТСР > 6 и ПТСР < 2 .
8. Стабильное соматическое состояние.

Критерии исключения пациентов из исследования:

9. Отсутствие информированного согласия.
10. Длительность онкологического заболевания меньше 6 месяцев и более 5 лет.
11. Пациенты, нуждающиеся в паллиативном лечении, которым не показано оперативное вмешательство.
12. Пациенты с момента проведения оперативного вмешательства, у которых прошло менее 3 месяцев и более 2 лет.
13. Тяжелое нестабильное соматическое состояние и наличие послеоперационных осложнений.
14. Возраст менее 25 лет и более 65 лет.
15. Наличие умеренных и выраженных когнитивных расстройств.

В результате в основное исследование (третий, диагностический этап) вошла 91 пациентка с раком молочной железы, из которых 40 женщин (44%), составившие экспериментальную группу, имели симптомы ПТСР (балл по скринингу ПТСР был выше 6), а 51 женщина (56%) оказалась с достаточным уровнем совладания (балл по скринингу ПТСР составил у них от 0 до 2). Из 165 пациентов с раком предстательной железы, в настоящем исследовании, согласно критериям отбора, приняли участие 85 мужчин, из которых у 32 больных (38%) были выявлены симптомы ПТСР (балл по скринингу выше 6), а 53 пациента (62%) имели достаточный уровень совладания со стрессом, симптомы ПТСР были представлены у них минимально или отсутствовали (балл по скринингу от 0 до 2). Из 174 пациентов с раком прямой кишки в основное исследование вошел 41 пациент, из которых 19 (46%) были включены в экспериментальную группу на основании диагностированных у них симптомов ПТСР (балл по скринингу выше 6), а 22 человека (54%), продемон-

стрировавшие признаки конструктивного совладания с онкозаболеванием (с баллом по скринингу от 0 до 2), были отобраны в группу сравнения (контрольную).

Оценка индивидуально-психологических особенностей больных указанных нозологических групп осуществлялась с помощью батареи экспериментально-психологических методик: шкалы субъективной оценки тяжести воздействия травматического события ШОВТС [23], теста жизнестойкости [24], шкалы субъективной оценки болезни и других значимых сфер жизни ШСО [25], шкалы тяжести психосоциальных стрессов для взрослых, модифицированной шкалы вины SGSS [26], Я-структурного теста Г. Аммона [27], методики для оценки психического здоровья МОПЗ [28], методики для определения типов отношения к болезни ТОБОЛ [29] и методики «Опыт близких отношений» [30].

Результаты исследования и их обсуждение

С целью исследования совокупного влияния различных психологических факторов на степень выраженности ПТСР у пациентов с раком молочной железы и раком прямой кишки был проведен множественный регрессионный анализ (МРА), в качестве зависимой переменной в котором был выбран средний балл по шкале скрининга ПТСР, а в качестве независимых переменных — значения, полученные по всем параметрам экспериментально-психологической части исследования.

У пациенток с раком молочной железы в результате проведенного МРА были выделены 4 переменные, оказывающие наибольшее влияние ($R^2 = 0,57$) на степень выраженности у них ПТСР. Выбранная для дальнейшего анализа модель отличалась высоким значением F-критерия Фишера ($F = 28,08$) и высоким уровнем статистической значимости ($p < 0,001$), а полученное значение квадрата детерминации свидетельствовало о том, что модель может объяснить 57 % дисперсии зависимой переменной, что является удовлетворительным показателем. В таблице 1 представлены коэффициенты для модели регрессионной зависимости психологических факторов и степени выраженности ПТСР у пациенток с раком молочной железы.

Анализ модели позволяет утверждать, что на отнесение пациенток с раком молочной железы к группе риска развития ПТСР влияет совокупность следующих факторов: значение по совокупной шкале «Деструктивность» теста для оценки психического здоровья (МОПЗ), значение по шкале «Избегание близости» опросника «Опыт близких отношений», общий показатель жизнестойкости из методики «Тест жизнестойкости», а также 3-й блок типов отношения к болезни согласно опроснику ТОБОЛ. При этом наибольший вклад в общую прогностичность вероятного развития ПТСР вносит переменная «Жизнестойкость» ($\beta = -0,488$; $p < 0,001$), далее по значимости следуют «Деструктивность» ($\beta = 0,304$; $p < 0,05$), 3-й блок типов отношения к болезни ($\beta = -0,188$; $p < 0,05$) и последним — показатель «Избегание близости» ($\beta = 0,150$; $p < 0,05$).

Поскольку максимальным значениям независимой переменной соответствовала максимальная выраженность ПТСР, результаты, полученные в ходе множественного регрессионного анализа, можно интерпретировать следующим образом: чем ниже общий показатель «Жизнестойкость» и реже выбор интерпсихических типов реагирования на болезнь — сенситивного, эгоцентрического, дисфориче-

ского и паранойяльного (3-й блок ТОБОЛ) — и одновременно выше показатели суммарной шкалы «Деструктивность» и шкалы «Избегание близости», тем выше вероятность наличия у пациента симптомов ПТСР.

Таблица 1. Модель регрессионной зависимости индивидуально-психологических особенностей и выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у пациенток с раком молочной железы

Включенные переменные	Нестандартизованные		Стандартизованные	t	p
	B	Стандартная ошибка	β (beta)		
(Константа)	3,978	2,46	–	2,019	0,12
Третий блок ТОБОЛ	–0,023	0,01	–0,188	–2,195	0,03
Деструктивность	0,079	0,03	0,304	2,569	0,01
Избегание близости	0,142	0,09	0,150	1,579	0,05
Жизнестойкость	–0,070	0,01	–0,488	–0,387	0,00

Показатель «Жизнестойкость» отражает систему убеждений о себе, мире, об отношениях с миром и представляет собой суммарный показатель по трем шкалам — «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска». Высокий уровень жизнестойкости препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессовыми ситуациями. Снижение показателей жизнестойкости отражает низкую стрессоустойчивость, ощущение изоляции и дистанцированности от окружающих и жизни в целом, переживание собственной беспомощности, стремление к уединению и спокойствию в противовес активной жизненной позиции и принятию риска.

Третий блок ТОБОЛ включает сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения к болезни, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь. Снижение показателей по данному блоку у пациенток с РМЖ и симптомами ПТСР свидетельствует о преобладании у них противоположного интрапсихического типа реагирования на болезнь в форме ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического типов отношения к болезни, предполагающих фиксацию на болезненном состоянии, уход в болезнь и сверхсосредоточенность на проявлениях недуга в противовес отреагированию эмоций вовне, свойственному интерпсихическим типам реагирования на болезнь.

Блок «Деструктивность» в рамках методики МОПЗ формируется как суммарный показатель по шести деструктивным шкалам Я-структурного теста Г. Аммона и фактически отражает психопатологическую симптоматику. Повышение по данной интегративной шкале оценивается как деформированность структуры личности, ее дезинтегрированность, нарушение процесса становления Я-идентичности, что определяет повышенную готовность к манифестации психопатологической симптоматики в условиях психотравмирующего воздействия.

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

При проведении множественного регрессионного анализа в группе пациентов с раком прямой кишки была выбрана модель с высоким значением F-критерия Фишера ($F = 16,1$) и высоким уровнем значимости ($p < 0,001$), включающая три переменные, оказывающие наибольшее влияние ($R^2 = 0,75$) на степень выраженности ПТСР в данной нозологической группе. Полученное значение квадрата детерминации свидетельствует о том, что модель может объяснить 75 % дисперсии зависимой переменной. В таблице 2 представлены коэффициенты для модели регрессионной зависимости психологических факторов и степени выраженности ПТСР у пациентов с раком прямой кишки.

Таблица 2. Модель регрессионной зависимости индивидуально-психологических характеристик и выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у пациентов с раком прямой кишки

Включенные переменные	Нестандартизованные		Стандартизованные	t	p
	B	Стандартная ошибка	β (beta)		
(Константа)	1,446	0,733	–	0,701	0,494
Конструктивное внешнее Я-отграничение	–0,149	0,023	–0,935	–6,526	0,000
Вина	0,356	0,072	0,863	4,928	0,000
Принятие риска	–0,217	0,088	–0,405	2,464	0,026

Анализируя полученную в ходе МРА модель, можно сделать вывод о том, что на отнесение пациентов с раком прямой кишки к группе с высоким или низким уровнем выраженности симптомов ПТСР влияет совокупность следующих факторов: значение по шкале «Конструктивное внешнее Я-отграничение» Я-структурного теста Г. Аммона, общее значение показателя дисфункциональной вины методики «Модифицированная шкала вины», а также значение по шкале «Риск» методики «Тест жизнестойкости». При этом наибольший вклад в общую прогностичность развития ПТСР у рассматриваемого контингента больных оказывает переменная «Внешнее Я-отграничение» ($\beta = -0,935$; $p < 0,001$), следующий по значимости — показатель дисфункциональной вины ($\beta = 0,863$; $p < 0,001$) и на третьем месте по степени влияния находится переменная принятия риска ($\beta = -0,405$; $p < 0,05$).

С учетом того, что максимальным значениям независимой переменной соответствовала максимальная выраженность ПТСР, полученные в ходе МРА резуль-

таты можно интерпретировать следующим образом: чем ниже числовые значения показателей «Конструктивное внешнее Я-отграничение» и «Принятие риска» и одновременно выше значения показателя шкалы «Дисфункциональная вина», тем больше вероятность наличия у пациента симптомов ПТСР.

Снижение числовых значений показателя по шкале «Конструктивное внешнее Я-отграничение» говорит о негибкой границе между собственным Я и другими людьми, низкой способности представлять свои эмоции и интересы другим людям, принимать самостоятельные решения, усваивать новый опыт. Внешняя граница Я рассматривается как одна из основных функций, регулирующих межличностные отношения. А в стрессовой ситуации она определяет способность обращаться за помощью, использовать других людей в качестве социального ресурса, разделяя с ними свои страхи и опасения без угрозы потери внутриличностных границ за счет выражения интенсивных аффектов. Недосток «Конструктивного Я-отграничения» может быть представлен в двух вариантах: либо как чрезмерная закрытость, отчужденность от окружающих (при деструктивности данной функции), либо в виде трудностей в слабости, излишней проницаемости границы между собственной личностью и другими людьми (дефицитарность функции). Поскольку «Конструктивное внешнее Я-отграничение» предполагает способность время от времени открывать свои психические границы для получения нового жизненного опыта, снижение по шкале косвенно указывает на снижение адаптационного потенциала личности.

Повышение по шкале «Дисфункциональная вина» у больных раком прямой кишки с высокими показателями выраженности симптомов ПТСР свидетельствует о склонности испытывать стойкое интенсивное чувство вины, связанное с переживанием болезни, близкими и семейными отношениями, прошлым опытом.

Снижение показателя «Принятие риска» отражает недостаток готовности действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, стремление к комфорту и безопасности, тенденцию к избеганию ошибок в противовес развитию за счет приобретенного опыта.

При исследовании индивидуально-психологических особенностей личности у больных раком предстательной железы с помощью Я-структурного теста Г. Амона были установлены достоверные различия по основным шкалам опросника у пациентов с симптомами ПТСР и пациентов той же нозологической группы с достаточным уровнем совладания со стрессом (табл. 3).

Из таблицы 3 следует, что у больных раком предстательной железы с выявленными симптомами ПТСР отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение оценок по шкалам конструктивности по сравнению с больными с тем же диагнозом, но без симптомов верифицированного ПТСР, что говорит о выраженном снижении адаптационного потенциала личности и неблагоприятной картине психического здоровья у пациентов с раком предстательной железы, осложненным симптомами ПТСР. Статистически более высокие ($p < 0,01$) показатели по шкалам деструктивности и дефицитарности ($p < 0,05$) отражают психопатологическую тенденцию и низкий уровень психической активности личности у больных с симптомами ПТСР по сравнению с пациентами той же нозологической группы с достаточным адаптационным потенциалом и отсутствием симптомов ПТСР.

Таблица 3. Результаты сравнительного исследования среднегрупповых значений по шкалам Я-структурного теста Г. Аммона у больных с раком предстательной железы с диагностированными симптомами посттравматического стрессового расстройства и пациентов той же нозологической группы с отсутствием симптомов ПТСР

№	Признак	M ± m (N = 85)		Различия между группами (p < 0,05)	Критерий
		1	2		
		Пациенты без симптомов ПТСР (n = 53)	Пациенты с симптомами ПТСР (n = 32)		
1	Агрессия конструктивная	53,03 ± 1,35	38,34 ± 1,57	0,00	ДА*
2	Агрессия деструктивная	42,17 ± 1,12	45,92 ± 1,50	0,05	ДА
3	Агрессия дефицитарная	44,35 ± 1,17	52,59 ± 1,56	0,00	ДА
4	Тревога конструктивная	50,91 ± 1,28	41,95 ± 1,68	0,00	ДА
5	Тревога деструктивная	43,47 ± 0,96	51,75 ± 1,83	0,00	К-У, М-У*
6	Тревога дефицитарная	43,99 ± 1,17	45,60 ± 1,62	*	ДА
7	Внешнее Я-отграничение конструктивное	51,16 ± 1,50	40,90 ± 1,68	0,00	ДА
8	Внешнее Я-отграничение деструктивное	49,98 ± 1,66	56,86 ± 1,99	0,01	ДА
9	Внешнее Я-отграничение дефицитарное	24,81 ± 1,21	36,29 ± 1,67	0,00	К-У, М-У
10	Внутреннее Я-отграничение конструктивное	49,05 ± 0,78	40,52 ± 1,86	0,00	ДА
11	Внутреннее Я-отграничение деструктивное	50,75 ± 1,51	60,79 ± 1,94	0,00	ДА
12	Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	38,76 ± 1,16	43,10 ± 1,56	0,03	ДА
13	Нарциссизм конструктивный	56,60 ± 0,94	43,37 ± 1,61	0,00	ДА
14	Нарциссизм деструктивный	47,04 ± 1,13	55,14 ± 1,47	0,00	ДА
15	Нарциссизм дефицитарный	60,44 ± 1,80	67,41 ± 2,13	0,02	ДА
16	Сексуальность конструктивная	43,62 ± 1,61	36,85 ± 1,82	0,01	ДА
17	Сексуальность деструктивная	42,17 ± 1,32	43,70 ± 1,99	*	ДА
18	Сексуальность дефицитарная	51,51 ± 1,43	55,65 ± 1,59	*	ДА

* — различия отсутствуют, ДА — дисперсный анализ, К-У — критерий Краскела-Уоллеса, М-У — критерий Манна-Уитни.

Выводы

1. Реакция на воздействие такого стрессора, как постановка диагноза онкологического заболевания, зависит от личностных особенностей пациентов, типа отношения к болезни, социальных установок, психического здоровья в целом и является интегративным ответом на когнитивную оценку и эмоциональную значимость того или иного аспекта психотравмирующей ситуации заболевания.

2. Первой психотерапевтической мишенью у онкологических больных с коморбидным посттравматическим стрессовым расстройством становится собственно психопатологическая симптоматика ПТСР, негативно влияющая как на лечебные и реабилитационные мероприятия, так и на качество жизни больных в целом.

3. В качестве второй мишени психотерапии у онкологических больных с коморбидным ПТСР могут быть рассмотрены интрапсихический тип реагирования на болезнь и неадекватная внутренняя картина болезни с фиксацией на болезненном состоянии, уходом в болезнь и сверхсосредоточенностью на проявлениях недуга, затрудняющих ход лечебных и реабилитационных мероприятий и приводящих к нарушению личностной и социальной адаптации. Психотерапевтические интервенции в данном случае должны быть направлены на формирование более реалистичного отношения к онкологическому заболеванию, при котором больной осознает связь между собственными действиями и возможностью выздоровления.

4. Третья мишень психотерапии у онкологических больных с коморбидным ПТСР — неадекватное отношение к лечению, включающее необоснованные отказы от оперативного вмешательства, недостаток готовности к риску, проявляющийся в нежелании больных действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, стремлении к комфорту и мнимой безопасности в ущерб собственному здоровью и тенденции к избеганию ошибок в противовес принятию нового опыта. Психотерапевтические интервенции в этом случае должны быть нацелены на формирование более реалистичного отношения к лечению, при котором больной рассматривает врача как партнера в процессе терапии и занимает активную позицию по отношению к лечению.

5. В качестве четвертой мишени психотерапии могут быть рассмотрены психопатологически измененные (деструктивные) или недоразвитые (дефицитарные) личностные функции «агрессивности», «тревожности», «внешних и внутренних границ Я», «нарциссизма» и «сексуальности», верифицированные в качестве ведущих у онкологических больных с коморбидным ПТСР и приводящие к снижению адаптационных ресурсов, выраженности психопатологических проявлений, снижению активности личности и ослаблению психического здоровья в целом. Психотерапевтические интервенции в данном случае должны быть направлены на личностные изменения, а именно на ослабление деструктивного и дефицитарного и усиление конструктивного характера указанных личностных особенностей, а также должны стать профилактическими, снижая тем самым риск потенциально-го развития ПТСР у онкологических больных.

6. Пятая мишень психотерапии представляет собой выявленные у онкологических больных с коморбидным ПТСР и приводящие к неэффективному совладанию с психотравмирующим фактом болезни дефицитарность базовых позитивных убеждений о мире и о себе, а также стойкое интенсивное чувство вины, связанное

с переживанием болезни, близкими и семейными отношениями, прошлым опытом. Фокус внимания психотерапевта в данном случае должен быть направлен на коррекцию неадекватных когнитивных установок (изменения познавательного характера), а также на выработку у пациента более позитивного отношения к самому себе, принятие себя, повышение самооценки (изменения аффективного характера).

7. Шестой мишенью психотерапии у онкологических больных с коморбидным ПТСР является чрезмерная автономность со стремлением к независимости в близких отношениях, приводящая к снижению способности использовать социальное окружение в качестве поддержки и социального ресурса. Психотерапевтические интервенции в данном случае должны быть направлены на изменения в межличностном функционировании, а именно на изменение социальной перцепции своего окружения (на познавательном уровне), достижение чувства удовлетворения в отношениях с близкими людьми (на аффективном уровне), улучшение функционирования в ближайшем микросоциальном окружении (на поведенческом уровне).

Литература

1. Вагайцева М. В., Караваева Т. А., Васильева А. В., Чулкова В. А., Носов А. К. Психологические механизмы формирования отношения к заболеванию у больных раком предстательной железы после радикальной простатэктомии // Урологические ведомости. 2018. № 8 (3). С. 53–66.
2. Васильева А. В., Караваева Т. А., Лукошкина Е. П. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / ред. А. М. Беляев. СПб.: Вопросы онкологии, 2017. С. 228–241.
3. Лукошкина Е. П., Караваева Т. А., Васильева А. В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях // Вопросы онкологии. 2016. № 6. С. 774–784.
4. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс у больных с угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 9–13.
5. Тарабрина Н. В., Ворона О. А., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Институт психологии РАН, 2010. 175 с.
6. Abbey G., Thompson S. B., Hickish T., Heathcote D. A. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder // Psychooncology. 2015. Vol. 24. P. 371–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>.
7. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used // Journal of Psychosomatic Research. 2012. Vol. 72 (6). P. 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.02.008>.
8. Gil Moncaño F. L., Costa Requena G., Perez F. J., Salamero M., Sanchez N., Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients // Med Clin (Bare). 2008. Vol. 130 (3). P. 90–102. <https://doi.org/10.1157/13115354>.
9. Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2018. Vol. 2. P. 20–25. <https://doi.org/10.12740/APP/91001>.
10. Mehmert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study // Psychooncology. 2007. Vol. 16. P. 181–188. <https://doi.org/10.1002/pon.1057>.
11. Richter J. C., Waydhas C., Pajonk F. G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment // Psychosomatics. 2006. Vol. 47. P. 223–230. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.223>.
12. Олейникова И. Н., Генс Г. П., Коробкова Л. И., Московченко Д. В., Сирота Н. А. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии. 2013. № 59 (3). С. 12–25.

13. Cordova M. J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007. Vol. 14. P. 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>.
14. Lee Y.-L., Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey // *General Hospital Psychiatry*. 2007. Vol. 29. P. 251–256.
15. Васильева А. В., Караваева Т. А., Лукошкина Е. П., Карнов А. О. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2018. № 2. С. 44–53. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-2-44-53>.
16. Passik S., Grumman K. *Posttraumatic Stress Disorders* // *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998. P. 596–607.
17. Васильева А. В., Караваева Т. А., Лукошкина Е. П., Вайс Э. Э., Яковлева Ю. А. ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2018. № 4. С. 83–92.
18. Green B. L., Krupnick J. L., Rowland J. H. et. al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // *Journal of clinical oncology*. 2000. Vol. 18. P. 1084–1093. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.5.1084>.
19. Семенова Н. В., Ляшковская С. В., Лысенко И. С., Чернов П. Д. Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2019. № 1. С. 61–69.
20. Караваева Т. А., Васильева А. В., Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Лукошкина Е. П., Беляев А. М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных // *Вопросы онкологии*. 2016. № 2. С. 355–360.
21. Ляшковская С. В., Таулыков В. А., Семенова Н. В. Подходы к определению и типологии пищевой психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2017. № 1. С. 89–98.
22. Brewin C. R., Rose S., Andrews B., Green J. et. al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder // *The British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181. P. 158–162.
23. Тарабрина Н. В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
24. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл, 2006. 63 с.
25. Прихожан А. М. *Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога* // *Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик: сб. научн. тр. / отв. ред. И. В. Дубровина*. М.: Изд-во АПН СССР, 1988. 166 с.
26. Klass E. T. Situational approach to assessment of guilt: Development and validation of a self-report measure // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1987. Vol. 9 (1), P. 35–48.
27. Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В., Алхазова Т. В., Бродская Е. В. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. 70 с.
28. Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В., Иовлев Б. В., Жук С. П. *Методика оценки психического здоровья МОПЗ: методические рекомендации*. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999. 45 с.
29. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карнова Э. Б., Вукс А. Я. *Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей*. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 57 с.
30. Казанцева Т. В. Адаптация модифицированной методики «Опыт Близких Отношений» К. Бреннан и Р. К. Фрейли // *Журнал Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена*. 2008. № 74 (2). С. 139–143.

Статья поступила в редакцию 8 августа 2020 г.;
рекомендована в печать 10 сентября 2020 г.

Контактная информация:

Васильева Анна Владимировна — д-р мед. наук, доц., вед. науч. сотр.; annavdoc@yahoo.com
Караваева Татьяна Артуровна — д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр.; tania_kar@mail.ru
Мизинова Елена Борисовна — канд. психол. наук, ст. науч. сотр.; elenamizinova@yandex.ru
Лукошкина Екатерина Павловна — канд. психол. наук, клинический психолог;
lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Psychotherapy targets for comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients

A. V. Vasileva^{1,2}, T. A. Karavaeva^{1,3,4}, E. B. Mizinova¹, E. P. Lukoschkina¹

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Russian Federation Ministry of Health, 3, ul. Bekhtereva, St. Petersburg, 192019, Russian Federation

² I. I. Mechnikov North-Western Medical State University, 41, ul. Kirochnaya, St. Petersburg, 191015, Russian Federation

³ St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

⁴ N.N. Petrov Research Institute of Oncology of The Russian Federation Ministry of Health, 68, Leningradskaya ul., pos. Pesochinii, St. Petersburg, 197758, Russian Federation

For citation: Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Mizinova E. B., Lukoschkina E. P. Psychotherapy targets for comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, issue 4, pp. 402–416. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402> (In Russian)

The article describes the main psychotherapeutic targets and individual psychological characteristics of cancer patients with comorbid post-traumatic stress disorder (PTSD), using the example of breast cancer, prostate cancer, and rectal cancer patients in remission following surgery (mastectomy, prostatectomy, and colostomy). The study was carried out at N. N. Petrov Research Institute of Oncology. The experimental group consisted of 40 patients with breast cancer, 32 patients with prostate cancer, and 19 patients with rectal cancer, in accordance with the selection criteria and based on a specialized questionnaire designed to detect symptoms of post-traumatic stress disorder (Trauma Screening Questionnaire). A control group, for comparison, was comprised of 51 women with breast cancer, 53 patients with prostate cancer, and 22 patients with rectal cancer who showed signs of constructively coping with cancer. The assessment of individual psychological characteristics of patients in these nosological groups was carried out using a battery of experimental psychological techniques. In order to enhance the adaptive capacity of the personality in patients with oncological diseases, to prevent the likelihood of developing PTSD, and develop the effectiveness of treatment, the following general psychotherapeutic targets were identified: intrapsychic maladaptive type of response to the disease, excessive fixation on the disease and care during illness; low risk tolerance manifested by patients' reluctance to act in the absence of reliable guarantees of success; destructive and deficient personality functions; shortage of positive cognitive representations of the world and themselves; destructive guilt associated with the illness and family relationships; excessive desire for autonomy and independence that reduces the possibility of receiving social support.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), comorbid mental disorder, oncology, breast cancer, prostate cancer, rectal cancer, individual psychological characteristics, psychotherapeutic targets, internal picture of the disease, type of attitude towards the disease.

References

1. Vagaytseva M. V., Karavaeva T. A., Vasilieva A. V., Chulkova V. A., Nosov A. K. Psychological mechanisms of formation of the relation to a disease at patients with cancer of a prostate gland after a radical prostatectomy. *Urologicheskie vedomosti*, 2018, vol. 8 (3), pp. 53–66. (In Russian)
2. Vasilieva A. V., Karavaeva T. A., Lukoschkina E. P. Development of posttraumatic stress disorder in patients with oncological diseases. *Onkopsikhologiia dlia vrachei-onkologov i meditsinskikh psikhologov: text-book*. St. Petersburg, Voprosy onkologii Publ., 2017, pp. 228–241. (In Russian)
3. Lukoschkina E. P., Karavaeva T. A., Vasilieva A. V. Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases. *Voprosy onkologii*, 2016, vol. 6, pp. 774–784. (In Russian)
4. Tarabrina N. V. Post-traumatic stress in patients with life-threatening (oncological) diseases. *Konsul'tativnaia psikhologiia i psikhoterapiia*, 2014, vol. 1, pp. 9–13. (In Russian)

5. Tarabrina N. V., Vorona O. A., Kurchakova M. S., Padun M. A., Shatalova N. E. *Onkopsikhologiya: post-travmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy*. Moscow, Institut psikhologii RAS Publ., 2010. 175 p. (In Russian)
6. Abbey G., Thompson S. B., Hickish T., Heathcote D. A. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology*, 2015, vol. 24, pp. 371–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>.
7. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012, vol. 72 (6), pp. 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.02.008>.
8. Gil Moncayo F.L., Costa Requena G., Perez F.J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Med Clin (Bare)*, 2008, vol. 130 (3), pp. 90102. <https://doi.org/10.1157/13115354>.
9. Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2018, vol. 2, pp. 20–25. <https://doi.org/10.12740/APP/91001>.
10. Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 2007, vol. 16, pp. 181–188. <https://doi.org/10.1002/pon.1057>.
11. Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F.G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*, 2006, vol. 47, pp. 223–230. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.223>.
12. Oleinikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., Moskochenko D.V., Sirota N.A. Diagnosis of post-traumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *Voprosy onkologii*, 2013, vol. 59 (3), pp. 12–25. (In Russian)
13. Cordova M.J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007, vol. 14, pp. 308–319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>.
14. Lee Y.-L., Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey. *General Hospital Psychiatry*, 2007, vol. 29, pp. 251–256.
15. Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Lukoshkina E. P., Karpov A. O. Socio-psychological risk factors for the development of posttraumatic stress disorder in patients with rectum cancer, who undergone colostomy. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2018, vol. 2, pp. 44–53. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-2-44-53>. (In Russian)
16. Passik, S., Grumman, K. Posttraumatic Stress Disorders. *Phsyco-Oncology*. New York, Oxford University Press, 1998, pp. 596–607.
17. Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Lukoshkina E. P., Weis E. E., Yakovleva Yu. A. PTSR at patients with a breast cancer after expeditious treatment (mastectomy). Clinical and psychological features. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2018, vol. 4, pp. 83–92. (In Russian)
18. Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J.H. et. al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of clinical oncology*, 2000, vol. 18, pp. 1084–1093.
19. Semenova N. V., Lashkovskaya S. V., Lysenko I. S., Chernov P. D. Analysis of results of application of cognitive psychotherapy for patients with cancer. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2019, vol. 1, pp. 61–69. (In Russian)
20. Karavaeva T. A., Vasileva A. V., Semiglazova T. U., Karitskaya, A. P., Lukoshkina E. P., Belyaev A. M. Algorithm for the diagnosis of anxiety disorders of neurotic level in cancer patients. *Voprosy onkologii*, 2016, vol. 2, pp. 355–360. (In Russian)
21. Laskovskaya S. V., Tashlykov V. A., Semenova N. V. Approaches to the definition and typology of targets of psychotherapy in the context of improvement of individual programs of psychotherapy. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2017, vol. 1, pp. 89–98. (In Russian)
22. Brewin C. R., Rose S., Andrews B., Green J. et. al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 181, pp. 158–162.
23. Tarabrina N. V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. St. Petersburg, Piter Publ., 2001. 272 p. (In Russian)
24. Leont'ev D. A., Rasskazova E. I. *Test zhiznestojkosti*. Moscow, Smysl Publ., 2006. p. (In Russian)
25. Prihozhan A. M. *Nauchno-metodicheskie osnovy ispol'zovaniia v shkol'noi psikhologicheskoi sluzhbe konkretnykh psikhodiagnosticheskikh metodik: primenenie metodov priamogo otsenivaniia v rabote shkol'nogo psikhologa*. Moscow, APN SSSR Publ., 1988. 166 p. (In Russian)

26. Klass E. T. Situational approach to assessment of guilt: Development and validation of a self-report measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1987, vol. 9 (1), pp. 35–48. (In Russian)
27. Tupicyn Yu. Ya., Bocharov V. V., Alhazova T. V., Brodskaya E. V. *Ya-strukturnyj test G. Ammona: oprosnik dlja otsenki tsentral'nyh lichnostnyh funkci na strukturnom urovne*: textbook for doctors and psychologists. St. Petersburg, Nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut imeni V. M. Bekhtereva Publ., 1998. 70 p. (In Russian)
28. Tupicyn Yu. Ya., Bocharov V. V., Iovlev B. V., Zhuk S. P. *Metodika otsenki psikhicheskogo zdorov'ia MOPZ*: textbook for doctors and psychologists. St. Petersburg, Nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut imeni V. M. Bekhtereva Publ., 1999. 45 p. (In Russian)
29. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ya. *Psikhologicheskaja diagnostika otnosheniia k bolezni*: textbook for doctors. St. Petersburg, Nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut imeni V. M. Bekhtereva Publ., 2005. 57 p. (In Russian)
30. Kazanceva T. V. Adaptation of the modified method «Experience of close relationships» K. Brennan, R. K. Frejli. *Izvestiia Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gercena*, 2008, vol. 74 (2), pp. 139–143.

Received: August 8, 2020

Accepted: September 10, 2020

Authors' information:

Anna V. Vasileva — Dr. Sci. in Medicine, Associate Professor, Chief Researcher; annavdoc@yahoo.com
Tatiana A. Karavaeva — Dr. Sci. in Medicine, Professor, Chief Researcher; tania_kar@mail.ru
Elena B. Mizinova — PhD in Psychology, Senior Researcher; elenamizinova@yandex.ru
Ekaterina P. Lukoshkina — PhD in Psychology, Clinical Psychologist;
lukoshkina.ekaterina@gmail.com