

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ УГРОЖАЮЩИМИ ЖИЗНИ (ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ¹

Н.В. ТАРАБРИНА

В статье сделана попытка обосновать выделение онкопсихологии в самостоятельное научное направление. Представлены результаты комплексного теоретико-эмпирического исследования посттравматического стресса у больных раком молочной железы (РМЖ). ПТСР диагностировался с помощью комплекса клинико-психологических методик (CAPS, MS, IOES-R, BDI, WAS, LEQ, SCL-90-R), регистрировались вызванные потенциалы, определялся иммунологический статус по 20 показателям. Установлено, что диагноз РМЖ для части пациентов (24 %) выступает травматическим стрессором, уровень посттравматического стресса соответствует клинической картине ПТСР. Анализ ВП показал наличие двух факторов, связанных с ПТСР. У пациентов с ПТСР присутствует снижение иммунного статуса. Полученные результаты говорят о том, что стресс, вызванный угрожающим для жизни заболеванием, вносит существенный вклад в этиологию и динамику онкологического заболевания. Данные исследования могут быть использованы как в процессе лечения, так и в реабилитационных мероприятиях для онкологических больных.

Ключевые слова: онкопсихология, психоонкология, травматический стресс, посттравматический стресс, жизненный стресс, хронический стресс.

Онкопсихология и психоонкология

Направленное изучение психосоциальных аспектов онкологии началось в 80-х годах прошлого века, хотя известно, что и раньше большинство клиницистов уделяли много внимания социальным, психиатрическим и психологическим проблемам своих онкологических пациентов. Накопление знаний по этим проблемам привело к возникновению новой отрасли науки — психоонкологии, объединившей такие науки, как психология, социология, онкология и психиатрия [28].

¹ Работа поддержана Российским фондом фундаментальных исследований (грант № 14-06-00236).

В 1984 году было основано Международное психоонкологическое общество, соединившее небольшие группы врачей и исследователей, изучающих психологические, социальные и поведенческие аспекты лечения рака.

В рамках психоонкологии специалисты (психологи, психиатры, медицинские и социальные работники) изучают психосоциальные реакции больных на различных стадиях онкологических заболеваний, членов их семей и лечащих врачей, а также определяют вклад психологических, поведенческих и психобиологических факторов в процесс адаптации пациентов к их тяжелому состоянию [5; 12; 28; 29; 25; 33].

Количество исследований в области психоонкологии в последние годы в мире значительно увеличилось. Регулярно стали проводиться международные психоонкологические конгрессы, а на онкологических съездах также регулярно проводятся отдельные секции по психоонкологии. Наблюдается рост и отечественных психоонкологических исследований, выполненных как психиатрами, так и психологами [1; 6; 7; 14]. В ряде крупных медицинских центров существуют программы психоонкологических служб, оказывающих психологическую и психиатрическую помощь пациентам, а также медицинскому персоналу, работающему с тяжелобольными (профилактика эмоционального выгорания), т. е. психоонкология получает все большее признание в отечественной медицине. Наряду с этим процессом в последние десятилетия психологи стали активно участвовать в оказании психологической помощи онкобольным. В 2009 году состоялся Учредительный съезд онкопсихологов, на котором была создана Ассоциация профессиональных психологов и психотерапевтов. После этого были проведены еще два съезда — в 2010 и 2011 годах. В настоящее время существует сайт этой организации, на котором можно познакомиться с материалами съездов и проектами ассоциации. Обсуждаются в основном актуальные научно-практические вопросы оказания психологической и психотерапевтической помощи онкобольным. Таким образом, можно говорить о вхождении в дискурс психологической науки термина «онкопсихология».

С 2002 по 2010 год сотрудниками лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН совместно с кафедрой онкологии и лучевой терапии Московского государственного медико-стоматологического университета выполнялся широкомасштабный проект исследования психологических последствий стресса у больных раком молочной железы. Проект поддерживался грантами РФФИ и Программами Президиума РАН «Фундаментальные науки — медицине». Результаты этого исследования отражены в ряде совместных публикаций, они также были представлены на отечественных и международных онкологических и

психологических конференциях и обобщены в коллективной монографии [15].

Анализ отечественных и зарубежных исследований, а также собственных результатов привел авторов этого исследования к возможности выделения нового научного направления — *онкопсихология*. Прежде всего это вызвано необходимостью соответствовать принятым в отечественной психологической науке традициям обозначения отдельных ее отраслей: инженерная психология, педагогическая психология и т. д. То есть в названиях прикладных отраслей психологии, возникающих на стыке разных наук, на первое место ставится та область знания, с которой и произошло продуктивное взаимодействие психологии. Продуктивное взаимодействие психологии и онкологии началось не более чем несколько десятилетий назад благодаря исследованиям психологически ориентированных клиницистов, т. е. это становящаяся отрасль науки, которая привлекла внимание и послужила импульсом к психологическим исследованиям в этой области. Упомянутая работа в основном посвящена теоретико-эмпирическому изучению психологических последствий стресса, сопряженных с онкологическим заболеванием, т. е. предмет этого исследования относится к клинической психологии. Если следовать отечественным традициям, исследование должно входить в раздел клинической психологии — психосоматику, которая, как известно, находится на стыке философии, психологии и медицины. Однако «многие авторы считают неправомерным относить психосоматику к клинической психологии» [23, с. 17], а другого «места» для онкопсихологии в клинической психологии, на наш взгляд, нет. Терминологические и классификационные проблемы перманентны в науке, и будущее покажет, сможет ли «онкопсихология» утвердить себя как полноценный раздел психологии, хотя все исходные основания для этого, на наш взгляд, достаточны.

Посттравматический стресс у онкологических больных

В последние десятилетия в психоонкологии сформировалась достаточно новая область исследований, направленная на изучение посттравматических стрессовых реакций и расстройств, возникающих у онкологических пациентов [24; 26]. Это обусловлено возрастающим количеством исследований, фиксирующих такого рода реакции у больных и их негативное влияние на качество дальнейшей жизни и прогноз заболевания. Анализ 116 работ по психоонкологии, выполненный Т. Левиным и Д. Киссеным [31] на основе информации, содержащейся в различных компьютеризированных базах данных, показывает, что у половины онкологических пациентов наличествует связь между психологическим

дистрессом и болезнью. Действительно, установление диагноза злокачественного новообразования является очень сильным травматическим стрессором для каждого человека и сопровождается интенсивными переживанием негативных эмоций страха, беспомощности, угрозы собственной жизни и т. д.

Специфическими особенностями онкологических заболеваний является не только непосредственное ощущение угрозы жизни во время установления диагноза, но и хронический характер этой угрозы, калечащая операция, тяжелое, длительное и токсичное послеоперационное лечение, способное приводить к возникновению сопутствующих заболеваний и другие. Все эти факторы могут воздействовать на больных и в качестве самостоятельных стрессоров и, соответственно, усугублять негативные психологические последствия заболевания.

Основной целью нашего исследования являлось комплексное клинико-психологическое, психофизиологическое и психоиммунологическое исследование посттравматического стресса (ПТС), вызванного угрожающим жизни заболеванием — раком молочной железы (РМЖ).

Рак молочной железы, занимая первое место по распространенности среди других злокачественных новообразований, даже в ряду других онкологических заболеваний отличается по интенсивности психотравмирующего воздействия. Психическая травма при заболевании раком молочной железы связана с воздействием целого ряда факторов. Во-первых, это восприятие онкологического заболевания как угрозы для жизни. Во-вторых, это субъективная оценка косметического дефекта. Наконец, данное заболевание может восприниматься как серьезнейший психосоциальный травмирующий фактор, связанный с угрозой нарушения сексуальных, семейных и социальных отношений.

В области психологических исследований больных с РМЖ существует множество гипотез о том, что жизненные стрессы или определенные личностные особенности могут быть причиной заболевания, способствовать рецидиву болезни. Полагают также, что стресс, вызванный заболеванием, может стать фактором риска прогрессирования болезни. Идея относительно роли стрессов в развитии рака стала настолько популярной, что многие женщины сами приписывают некоторым событиям роль триггеров в развитии их заболевания. Поэтому исследования влияния стресса, вызванного самим заболеванием, а также влияния стрессов, пережитых в течение жизни, на психологическое состояние больных чрезвычайно актуальны, поскольку они могут способствовать решению проблемы психосоматической природы рака и внести существенный вклад в понимание психологических последствий воздействия экстремальных психотравмирующих событий на психику человека.

Исследование проводилось с помощью комплекса методик: 1. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS-DX); 2. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of event scale — revised, IOES-R); 3. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; 4. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R); 5. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory, BDI); 6. Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ); 7. Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; 8. Шкала базовых убеждений (World Assumption Scale, WAS) [13]. В дополнение к методикам была разработана индивидуальная карта больного РМЖ, в которую вносились социально-демографические характеристики больного, данные анамнеза и основные показатели из истории болезни, отражающие динамику заболевания. Выборку исследования составили 75 женщин, прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной железы» I-III стадии, без отдаленных метастаз, в возрасте от 38 до 72 лет (средний возраст — $51,4 \pm \pm 7,2$ г.). На период обследования у всех испытуемых заболевание находилось в состоянии ремиссии.

В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница — не менее трех месяцев после окончания лечения. Таким образом, выборку составили женщины, у которых период после установления диагноза составлял от 4 до 140 месяцев ($M = 20,4$ мес.; $SD = 19,4$ мес.); после операции — от 3 до 139 месяцев ($M = 19$ мес.; $SD = 19,2$ мес.).

Во время проведения исследования общее соматическое состояние почти всех исследуемых больных было удовлетворительным. Следует подчеркнуть, что на момент обследования перенесенное заболевание не представляло для испытуемых актуальной угрозы для жизни — для исследования специально отбирались пациенты, чье заболевание находилось в состоянии ремиссии. В процессе беседы женщины часто говорили о том, что некоторую степень беспокойства они испытывали непосредственно перед самым повторным плановым обследованием, поступлением в клинику. Было отмечено, что страх повторения болезни остается высоким у многих женщин и достигает уровня дистресса перед последующими посещениями больницы и при ожидании результатов обследований. В этом проявилась специфическая характеристика онкологического диагноза как травматического стрессора — хронический характер заболевания и, несмотря на время, прошедшее после завершения лечения, переживание больными ощущения хронической угрозы собственной жизни. Усиление тревожности, связанное с повторным по-

ступлением в клинику, отмечают многие исследователи и клиницисты. С получением нормальных результатов обследования у большинства пациентов беспокойство снижается, возвращается к обычному уровню.

В процессе интервью многие больные говорили о том, что период установления диагноза был для них самым сложным и травматичным: отмечалось переживание страха, угрозы жизни, шока, беспомощности. Состояние оглушенности, слезы, интенсивный стресс, «окаменелость» (ступор), ощущение и осознание «серьезности» заболевания, совершенно неожиданно обрушившегося на них, бессонница от навязчивых переживаний, жалость к себе, обида на судьбу — все эти переживания очень часто назывались в качестве первых реакций на установление диагноза.

Только в единичных случаях женщины говорили о том, что не воспринимают свой диагноз как опасный для жизни (но даже в таких случаях это может рассматриваться либо как вытеснение, либо как рационализация угрозы). Например, одна из таких пациенток была медицинским работником (А.В.Н., 50 л.) — она заявила о своей уверенности в прогнозе при данной форме заболевания. Другая женщина сказала, что знала о наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям в ее семье и всегда думала, что пусть лучше рак будет в таком месте, которое можно удалить. Она восприняла операцию не как угрозу, а как, наоборот, способ снятия своего страха, что когда-нибудь опухоль возникнет и у нее. Можно предположить, что всю жизнь эта женщина чувствовала угрозу онкозаболевания. Вытеснение угрозы жизни, отрицание серьезности заболевания, уверенность в том, что «у меня все не так серьезно, как у других» (другой вариант: «у меня не все так серьезно, как мне говорили, и операция, возможно, была больше профилактикой, перестраховкой, чем болезнью») — все эти и другие феномены защиты также часто отмечались в процессе беседы с пациентками.

Одним из предполагаемых факторов, способных усугублять психологический дистресс в исследуемой группе больных, являлся калечащий характер операции — мастэктомии — которой подверглись практически все женщины в нашей выборке (за исключением одной). Известно, что наличие физических повреждений является фактором, усугубляющим последствия травмы. Однако было обнаружено, что часть больных не называли этот фактор в качестве травматического, поскольку ощущение угрозы жизни у них превалировало над последствиями калечащей операции (особенно среди женщин более старшего возраста и женщин, имеющих несовершеннолетних детей). Тем не менее, даже когда во время интервью активно отрицалось, что потеря груди для них является травмой, в последующее время (в процессе дальнейшего об-

следования) очень часто звучало: именно этот факт *ежедневно* не дает забыть о заболевании даже спустя продолжительный период после завершения лечения. Можно предположить, что он способен значительно усугублять негативные психологические последствия перенесенного стресса: «До сих пор не могу раздеваться, в зеркало на себя смотреть, тяжело проходить мимо отделов женского белья... Мыться не люблю, потому что надо раздеваться. Очень грустно становится, руки опускаются...» (Х.М.В., 47 л., завершила лечение 2 г. назад).

Таким образом, в обследованной группе женщин были определены основные этиологические факторы, способные привести к развитию признаков посттравматического стресса, — это ощущение угрозы жизни, хронический характер заболевания и калечащий характер операции. Причем можно отметить, что действие этих факторов осуществлялось не одномоментно, как при воздействии событийных стрессоров, а пролонгированно, т. е. эти стрессоры продолжали влиять на человека все последующее время после установления диагноза, проведения операции и лечения.

В процессе клинической беседы также отчетливо прослеживались отмечаемые в литературе особенности угрожающего жизни заболевания как специфического травматического стрессора: его «невидимость», направленность угрозы в будущее, а не прошлое: «Это и воспоминаниями не назовешь, это все — внутри тебя. Очень страшно. Чаще думаю не о том, что было, а о том, что может быть... Но стараюсь не думать об этом...» (Х.М.В., 47 л.)

В исследуемой выборке у 41,3 % больных РМЖ наблюдались отдельные признаки посттравматического стресса, и у 24 % от всей выборки психологический дистресс достигал уровня, соответствующего клинической картине посттравматического стрессового расстройства.

Таким образом, получено подтверждение наличия травматического стрессора у обследованной группы женщин: диагноз «рак молочной железы» представляет угрозу жизни и физической целостности больных, и при этом их реакция на диагноз включала интенсивный страх, беспомощность или ужас. Отмечалось, что наиболее острые стрессовые реакции они испытывали непосредственно после установления диагноза, затем их интенсивность несколько снижалась. Чаще всего женщины говорили о том, что наиболее стрессовым периодом был первый год после установления диагноза (в это же время они получали комплексное постоперационное лечение, которое большинством больных очень тяжело переносилось). В числе факторов, смягчающих переживание постоперационной терапии, больные называли наличие установок на завершение лечения и, насколько это возможно, предотвращение рецидивов

болезни. После завершения лечения постепенно наступало улучшение психологического самочувствия (в большей или меньшей степени).

Результаты исследования наличия и выраженности психопатологических симптомов у обследованных больных позволили выявить некоторые обобщенные паттерны психопатологических характеристик больных РМЖ, имеющих разную выраженность признаков посттравматического стресса. Следует отметить, что уровень выраженности психопатологических симптомов в целом был тесно связан с интенсивностью признаков посттравматического стресса (это подтверждает данные других исследований о высокой распространенности коморбидных расстройств среди пациентов с признаками ПТСР). Было получено, что испытуемые с признаками посттравматического стресса (группы «Частичное ПТСР» и «ПТСР») характеризуются своеобразной повышенной триадой психопатологических симптомов: у них наблюдаются примерно одинаковые, высокие уровни враждебности, фобической тревожности и паранойяльных симптомов и эти показатели у них достоверно отличаются от пациентов без признаков посттравматического стресса (группы «Нет ПТСР»). В группе же пациентов «ПТСР» по сравнению с двумя другими группами проявляются значимо более высокие уровни показателей соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии и психотизма. Возможно, что наличие у больных РМЖ совокупности этих признаков характеризует вариант наиболее неэффективного совладания с последствиями онкологического заболевания и свидетельствует о тяжести негативных психологических последствий стресса, связанного с заболеванием.

Значительное повышение уровня выраженности определенных психопатологических характеристик у больных с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций может быть рассмотрено как результат травматизации (поскольку уровень выраженности этих симптомов статистически значимо различается по сравнению с группой «Нет ПТСР»). В качестве подтверждения можно сослаться на работу N.V. Lasko, et all [32], в которой сделана попытка ответить на один из дискуссионных вопросов в области изучения ПТСР: каким образом связана сопутствующая ПТСР психопатологическая симптоматика с травматическим воздействием?

Авторы обоснованно предполагали, что изучение близнецов, различающихся по уровню травматического опыта, является в настоящее время лучшей из возможных исследовательских стратегий решения спорных вопросов, касающихся специфики ПТСР. Исследование проведено на группе, состоящей из 104 пар близнецов, ветеранах Вьетнама: 50 пар близнецов — один из них служил во Вьетнаме, а другой нет;

54 пары опыта участия в боевых действиях не имели. Применялись следующие методики: КЭПС (Clinician-Administered PTSD Scale) для определения наличного ПТСР; SCL-90-R (The Symptom Checklist-90-Revised) и МШ (Mississippi PTSD Scale) для оценки наличной психопатологической симптоматики. Основная гипотеза заключалась в том, что если психопатологическая симптоматика относится к числу факторов уязвимости, т. е. входит в предикторы ПТСР, то уровень психопатологии у близнецов, участников боевых действий и имеющих в настоящее время ПТСР, должен быть сопоставим с уровнем психопатологии тех близнецов, которые не служили во Вьетнаме, но у них также выявлен ПТСР.

Результаты не подтвердили это предположение. Обнаружено, что высокий уровень психопатологической симптоматики наличествует только у служивших во Вьетнаме близнецов, у которых определено ПТСР. Значимых различий между остальными близнецами не обнаружено. Полученные данные свидетельствуют, прежде всего, о том, что уровень выраженности психопатологической симптоматики у ветеранов является результатом травматического воздействия военных стрессоров, который появляется в совокупности с симптомами ПТСР, что напрямую согласуется с вышеприведенными результатами нашего исследования: высокий уровень посттравматического стресса взаимосвязан с психопатологической симптоматикой и коррелирует с клинической картиной ПТСР (необходимо подчеркнуть соответствие использованных в сравниваемых работах комплексов психометрического инструментария).

Как известно, воздействие стрессоров может быть различным в зависимости от личностных характеристик пациентов, их жизненных установок и ценностей, возраста, семейного статуса и является интегративным ответом на когнитивную оценку и эмоциональную значимость того или иного аспекта психотравмирующей ситуации заболевания. Поэтому один из самых основных вопросов всех исследований посттравматического стресса у жертв различных травматических событий — почему у одних людей возникают посттравматические стрессовые реакции, в то время как у других — нет, т. е. как объяснить причины возникновения этого расстройства, какие факторы предрасполагают или способствуют его развитию? Ответить на этот вопрос очень сложно, поскольку действие многих переменных невозможно проконтролировать в рамках одного исследования. Мы попытались ответить на этот вопрос, проанализировав взаимосвязи признаков посттравматического стресса с социально-демографическими, когнитивно-личностными и клиническими характеристиками, предположительно способными влиять на процессы совладания с травмой.

К числу социально-демографических характеристик, взаимосвязанных с признаками посттравматического стресса у исследуемой выборки больных РМЖ, относятся характеристики образования женщин и социального положения (занятости или, возможно, неожиданного изменения образа жизни).

Было обнаружено, что пациенты без признаков ПТСР характеризуются значимо более высоким уровнем образования. Возможно, более высокий уровень образования оказывает влияние на выбор наиболее эффективных стратегий совладания, реализуемых человеком для преодоления травматических событий (к таким процессам может относиться, например, направленность на рациональный анализ проблемы для совладания с ситуацией, обращение за помощью, поиск дополнительной информации). Кроме того, отмечено, что успешное совладание с опасной болезнью может быть связано с характеристиками смысловых образований личности: чем богаче, сформированнее и стабильнее смысловые образования, тем быстрее происходит осмысление человеком своего положения и включение в дальнейшую жизнь [20—22], а низкий уровень интеллектуального развития относят к числу предикторов ПТСР [38]. Можно предположить, что не образовательный уровень, а скорее интеллектуальный тесно и положительно связан с параметрами смысловых образований личности и в результате определяет успешность совладания с травматическим стрессом.

Выявлена связь характеристик социального положения или занятости в профессиональной сфере с некоторыми из параметров посттравматического состояния больных. Выявлено, что женщины, находящиеся на пенсии по возрасту/инвалидности, испытывают более высокие уровни психологического дистресса. У неработающих женщин наблюдались более интенсивные симптомы вторжения (навязчивого переживания травматического материала), физиологического возбуждения и соматических компонентов депрессии. Пациенты группы «Нет ПТСР», как правило, работают или вовлечены в какую-либо другую сферу деятельности, позволяющую им переключиться от мыслей о заболевании.

Возможно, полученные данные отражают картину худшего физического состояния неработающих женщин и связанного с этим картину их более негативного психологического самочувствия. Тем не менее, можно сделать вывод, что социальное положение женщины, определенные изменения в ее образе жизни, вызванные заболеванием, сопряжены с переживаемым уровнем психологического дистресса. В определенной степени это предположение подтверждается данными, полученными в нашем исследовании: не наблюдалось значимых связей между посттравматическим статусом пациенток и возрастом, стадией заболе-

вания, спецификой или осложнениями после лечения, а также наличием сопутствующих заболеваний. Поэтому полученные различия можно принимать во внимание и их следует учитывать при планировании процесса реабилитации пациентов.

Установлена положительная связь признаков посттравматического стресса и **времени**, прошедшего после установления диагноза и проведения операции.

Эти данные могут иметь значение для клинической практики: известно, что тенденция к усилению признаков посттравматического стресса может значительно осложнять оказание медицинской и психолого-психиатрической помощи. Вероятно, у тех пациентов, которым не удастся интегрировать травматический опыт, переработать негативные убеждения, которые сформировались в результате воздействия стресса, возникает хронификация состояния и происходит усугубление негативных психологических последствий заболевания. Это свидетельствует о необходимости более внимательного отношения и своевременного психологического и психотерапевтического вмешательства по отношению к пациентам, у которых возникают признаки посттравматического стресса.

Проведенное исследование и результаты интервью показали, что переживание болезни не только оказывает сильнейшее психотравмирующее воздействие на часть пациентов, но и затрагивает многие аспекты их жизни: изменяется восприятие себя, своей жизни, окружающего мира.

В когнитивном подходе к воздействию психической травмы показано, что базисные, не всегда осознаваемые схемы или убеждения человека, сквозь призму которых он воспринимает и перерабатывает информацию, на основе которых формирует свое поведение, имеют большое значение в процессе совладания с травмой. Травма оказывает сильнейшее воздействие на психику, она способна изменить мировоззрение человека, его представление о себе и окружающем мире. Базисные убеждения человека о себе и мире способны отягощать и хронифицировать негативные последствия травмы, либо, напротив, способствовать эффективному преодолению стрессового события. Результаты показали, что базисные убеждения пациенток группы «ПТСР» значительно отличаются по отдельным параметрам: у них наблюдается значительно более негативный образ собственного «Я», убеждение в собственной неудачливости и неспособности контролировать происходящие с ними события. Возможно, это связано со спецификой заболевания и калечащей операцией — в первую очередь у женщин страдает ощущение ценности и значимости собственного «Я», самооценка. Фактор «Удача», т. е. убеждение в собственной неудачливости, также имеющее высокую коррелятивную связь с признаками посттравматического стресса и психопатологичес-

кими симптомами, возможно, имеет большое значение вследствие как неожиданности, случайности заболевания для многих женщин, так и непредсказуемости прогноза заболевания, который может измениться в любой момент. Мир и окружающих людей они считают недоброжелательными и опасными, недостойными доверия, что может быть обусловлено качеством социальной поддержки и отношением окружающих в результате заболевания (как показали результаты исследования, особенно значимыми для больных являются отношение со стороны близких людей и в рабочем коллективе). Напротив, пациенты без признаков ПТСР оценивают себя как более удачливых, в большей степени способных контролировать происходящие с ними события, имеют более позитивный образ собственного «Я», мир считают более доброжелательным.

В качестве одной из задач исследования было изучение биографических характеристик, а точнее взаимосвязей предшествующих жизненных стрессов у больных РМЖ с характеристиками их посттравматического состояния. Анализ результатов исследования показал, чем больше травмирующих ситуаций переживали больные РМЖ в течение жизни, чем более высоко они оценивали их влияние, тем более выраженная психопатологическая и посттравматическая симптоматика проявлялась при реагировании на текущий стресс — заболевание РМЖ. Пациенты с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций переживали больше жизненных стрессов до заболевания, а влияние пережитых травматических ситуаций на собственную жизнь они оценивают как более значимое. При этом получено, что специфика пережитых стрессов в большинстве случаев не оказывает значимого влияния на особенности посттравматического состояния больных. У женщин группы «ПТСР» отчетливо прослеживается феномен кумулятивного стресса: цепочка накапливающихся стрессовых событий перед заболеванием, большее количество стрессов в целом, высокий уровень личностной тревожности и неспособность справляться со стрессами. Это приводит к возникновению депрессивных состояний, возникает своеобразное истощение личностных ресурсов для совладания со стрессами, в том числе и теми, которые возникают в связи с заболеванием.

Напротив, пациенты без признаков посттравматического стресса меньше переживали стрессовых событий в течение жизни. Они оценивают влияние пережитых стрессовых событий на свою жизнь как менее значимое (возможно, за счет применения более эффективных стратегий совладания, рационализации, успешного разрешения этих стрессов). Можно предположить, что использование перечисленных стратегий позволяет им и более эффективно справляться со стрессами, возникающими в связи с заболеванием.

В результате сравнения клинической группы с группой здоровых женщин ($n = 61$) было установлено, что количество катастроф и общих травм, степень их влияния и индекс травматичности заметно больше в группе женщин с РМЖ. Женщины с РМЖ чаще, чем здоровые, в прошлом подвергались опасности радиоактивного заражения, становились свидетелями гибели других людей, переживали смерть близких людей (в том числе, своих детей и внуков). Такие события, как развод родителей, развод с мужем, серьезная экономическая нужда, лишения, сильные эмоциональные нарушения у близких людей, аборт и проблемы с детьми чаще встречаются у больных РМЖ. Дети женщин с диагнозом РМЖ чаще страдали наркоманией, алкоголизмом, попадали в тюрьму. Тяжелые заболевания и родовые травмы также чаще отмечаются у детей женщин с РМЖ. 16 женщин указали на такое трагическое событие, как смерть сына или дочери. В контрольной же группе такие события, как смерть ребенка, назвали всего 4 женщины. Таким образом, было установлено, что природные катастрофы, смерть близких людей, несчастные случаи существенно влияют на развитие онкологических заболеваний. Можно также говорить о том, что стрессы, связанные с наличием абортов в анамнезе, с переживаниями угрозы для жизни детей или их смертью, относятся к числу серьезных факторов, ведущих у женщин к развитию РМЖ [15].

Переживание психической травмы тесно связано с искажением восприятия жизненной перспективы, и эта тенденция усугубляется с ростом показателей травматизации. Жизненная перспектива пациенток с высоким уровнем посттравматического стресса часто описывалась как «безнадежная», «не зависящая от меня», у них снижено ощущение контроля над своей жизнью. Женщины живут короткой, ближней перспективой (буквально «сегодняшним — завтрашним днем»), стараясь не планировать будущее. Полученные данные сопоставимы с результатами, полученными при исследовании ликвидаторов аварии на ЧАЭС [11]. Отчетливо прослеживалось сходство травматического воздействия онкологического диагноза и угрозы радиационной опасности как хронического, «невидимого» стрессора, не актуальная угроза жизни человека, а угроза будущей жизни и др. У женщин без признаков посттравматического стресса тенденция к ощущению укороченной жизненной перспективы была выражена в значительно меньшей степени: учитывая болезнь и ограничения, которые она может накладывать, они строят планы, выступают как активные творцы собственной жизни и своего будущего.

Таким образом, результаты исследования демонстрируют, что вариативность психологических последствий перенесенного заболевания и

особенности индивидуального реагирования на перенесенный стресс, вероятнее всего, обусловлены не столько эффективностью лечения (все женщины в нашей выборке успешно завершили лечение), а скорее личностными (в том числе когнитивно-личностными) особенностями больных, их базисными убеждениями и представлениями, определяющими процесс совладания с травмирующими аспектами заболевания. Безусловно, возможности проведенного исследования не позволяют сделать выводы о причинно-следственных связях дисфункциональных убеждений и посттравматических и психопатологических симптомов. На основании полученных данных мы не можем определить, что первично — дисфункциональное убеждение или травматический опыт. Некоторые из исследователей настаивают на том, что дисфункциональные когниции действуют в реципрокной взаимосвязи с травматическими событиями: существующие до травмы негативные схемы усиливают и без того тяжелые травматические переживания, а сами схемы в результате переживания травмы становятся еще более дезадаптивными, усиливая посттравматическую симптоматику. Однако установление этих взаимосвязей дает возможность более точно определять мишени психологической помощи и можно предположить, что психотерапевтическая коррекция дисфункциональных убеждений способна влиять и на длительность ремиссии заболевания.

Психофизиологические исследования относятся к наиболее перспективным и объективным методам изучения психологических особенностей последствий психической травмы, которые традиционно проводятся в основном с помощью клинко-психологических методов. Одним из наиболее информативных показателей, широко используемых в психофизиологии, являются вызванные потенциалы головного мозга (ВП). Показано, что характеристики эмоционального стимула находят свое отражение в показателях ВП. В данной работе впервые в отечественной психологии была предпринята попытка изучения связанных с событиями вызванных потенциалов, которые возникают в ответ на зрительные образы, отражающие эмоционально-значимые ситуации у больных РМЖ [4; 10].

Методически работа основана на предъявлении пациенту набора фотографий, относящихся к различным сферам жизни и регистрации вызванной биоэлектрической активности мозга, возникающей в ответ на предъявление этих фотографий. В качестве стимульного материала (фотографий) в основном использовались изображения из набора International Affective Picture Systems. Эти изображения были сгруппированы таким образом, что фотографии каждой группы объединялись общей тематикой. Всего было сформировано 15 групп фотографий, отражающих различные эмоциогенные ситуации.

Далее, были созданы 10 групп «нейтральных» стимулов, включающих фотографии пейзажей и предметов домашнего обихода, также взятых из набора IAPS. Кроме того, были добавлены группы фотографий, связанных с медицинским обследованием груди. Анализировались вначале количественные оценки амплитудных и временных показателей ВП, после чего, используя нормативные данные стимульного набора IAPS (статистические данные о субъективной интенсивности изображений), были построены статистические критерии, позволяющие получить интегральные оценки эмоциональной значимости тех или иных групп стимулов по показателям вызванных потенциалов, возникающих в ответ на предъявление этих стимулов. Психодиагностическая оценка получаемых в каждом обследовании результатов строилась на анализе трех факторов, определяемых методикой обследования и анализа данных.

Первый фактор — скорость предъявления стимульных изображений. Стимульные изображения предъявлялись в двух режимах: «быстром», при котором интервал между последовательными стимулами составлял в среднем 350 мсек, и «медленном», при котором этот интервал равнялся в среднем 1 сек. Обработка данных строилась на предположении, согласно которому различия в оценке интенсивности стимулов при «быстром» и «медленном» предъявлении отражают функционирование разных уровней обработки эмоциональной информации, один из которых связан с быстрым различением аффективно насыщенных стимулов, а другой — с оценкой субъективной значимости стимулов, включением стимульной информации в более широкий эмоциональный контекст и возможным наличием внутриличностных конфликтов.

Вторым фактором, участвующим в оценке результатов обследования, являлись результаты сравнения эмоционально-значимых и нейтральных изображений. Анализировалась степень отличия каждого эмоционально-значимого стимула от группы нейтральных стимулов. Достоверное отрицательное значение соответствовало более низкой реакции на стимул по сравнению со средней реакцией на нейтральные стимулы, а положительное — достоверно более высокой.

Наконец, *третий фактор*, учитываемый при рассмотрении получаемых результатов, относится к соотношению показателей, характеризующих реагирование левого и правого полушарий: есть основания рассматривать правополушарное реагирование как связанное в большей степени с актуальными аффективными переживаниями, а левополушарное — как связанное с тревогой, отнесенной к будущей угрозе.

Данные индивидуального психофизиологического исследования были использованы в качестве основы при построении психокоррекционной работы с больными женщинами, что можно иллюстрировать

конкретными случаями обследования больных с диагнозом «рак молочной железы».

1. Больная С.Р.Н., 54 года, разведена, детей нет. Операция произведена в 2005 году. В первичной беседе замкнута, необщительна, формально отвечает на вопросы. По результатам психофизиологического обследования: выраженная аффективная значимость изображений, связанных со смертью; высокая значимость изображений медицинского обследования груди при «медленном» режиме предъявления, что говорит о включенности этой проблематики в широкий личностный контекст; достоверное правополушарное доминирование при предъявлении изображений трупов, частей тела. При вторичной беседе, проведенной с учетом полученных при обследовании результатов, больная рассказала о том, что постоянно испытывает страх смерти, не может отвлечься от мыслей о своем заболевании, опасаясь возможности появления метастазов и смерти. Кроме того, выяснилось, что больная на протяжении последних лет несколько раз становилась свидетельницей или участницей дорожно-транспортных происшествий, видела тела погибших людей, что вызвало сильные эмоциональные переживания.

2. Больная Х.Е.А. 37 лет, замужем, ребенок 5 лет. Операция произведена в 2006 году. В первичной беседе достаточно контактна, но старается избегать тем, связанных с личной жизнью. По результатам психофизиологического обследования: выраженная аффективная значимость фотографий людей с выражением горя и печали; высокая значимость изображений медицинского обследования груди при «медленном» режиме предъявления; высокая значимость изображений красивых обнаженных женщин при «медленном» режиме предъявления, что говорит о включенности этой проблематики в широкий личностный контекст; достоверное правополушарное доминирование при предъявлении изображений медицинского обследования груди. При вторичной беседе, проведенной с учетом полученных при обследовании результатов, больная рассказала о своих переживаниях по поводу своей эротической неполноценности, о том, что она беспокоится, не бросил бы муж, поскольку с удаленной грудью, больше не сможет найти мужчину.

Таким образом, полученные с помощью описанной методики результаты, адекватно отражая психологические проблемные ситуации, существующие у пациентов, переживших интенсивное психотравмирующее воздействие, вносят вклад в понимание механизмов развития посттравматического стресса и позволяют использовать эти данные при проведении психолого-консультативной работы с больными, имеющими психическую травму [8; 9; 10; 19; 34; 35; 30].

Иммунологическое исследование было направлено на выявление взаимосвязей психологических характеристик посттравматического стресс-

са и иммунологических параметров у больных РМЖ. Известно, что одним из индикаторов позитивного/негативного прогноза РМЖ является состояние иммунного статуса больных. РМЖ является гормонозависимым заболеванием, и взаимосвязь между гормональной и иммунной системами очевидна: некоторые гормоны подавляют отдельные компоненты иммунитета, которые, в свою очередь, влияют на динамику заболевания. Известно, что специфика взаимодействия между гормональной и иммунной системами может изменяться под влиянием психологического стресса. Состояние *клеточного иммунитета* определялось по уровню лимфоцитов крови. Показано, что посттравматические симптомы и психопатологические признаки отражают состояния хронического стресса, переживаемого больными с РМЖ. Установлена достоверная взаимосвязь параметров клеточного иммунитета и психологических характеристик посттравматического стресса у больных РМЖ. Полученные результаты подтвердили высказанную в науке и клинике точку зрения о том, что именно хронический (а не острый) стресс подавляет клеточный иммунитет [2; 18]. Следует подчеркнуть, что особенностью хронического стресса при РМЖ является его кумулятивный характер: с одной стороны, это накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного до момента заболевания РМЖ, и острого стресса, вызванного диагностированием РМЖ, а с другой стороны – экзистенциальное переживание угрозы жизни.

* * *

Решение проблемы о прямом влиянии стресса на этиологию и динамику онкологических заболеваний далеко от своего завершения, однако уже сейчас можно утверждать, что интенсивные посттравматические реакции, которые присутствуют у части больных РМЖ (в нашем исследовании — у 24 % женщин), осложняют течение онкологического заболевания, оказывая негативное воздействие на иммунный статус пациентов и увеличивая риск рецидива заболевания [3; 18; 27]. Поэтому одной из задач психотерапевтической помощи этим больным должно стать осмысление прошлых стрессов для эффективной борьбы со стрессами, возникающими в связи с заболеванием. Комплексное эмпирическое исследование посттравматического стресса у больных РМЖ в постоперационном периоде и последующий анализ его результатов позволил впервые на отечественной выборке с помощью стандартизированных методик изучить психологические последствия стресса, вызванно-

го онкологическим заболеванием, а также выявить взаимосвязи между параметрами посттравматического стресса и когнитивно-личностными, социально-демографическими, клиническими характеристиками и предшествующими жизненными стрессами. Выполненное исследование имеет значение для развития теоретических представлений о структуре и механизмах возникновения посттравматического стресса у лиц, переживающих ситуации, связанные с угрозой жизни и здоровью. Результаты исследования могут быть использованы для прогноза и профилактики возникновения психической травмы, а также при проведении реабилитационных мероприятий. Полученные в исследовании результаты имеют значение для разработки индивидуальных программ психологической реабилитации больных, своевременного выявления среди больных пациентов, имеющих риск развития постстрессовых состояний и для определения психотерапевтических стратегий при работе с больными. Используемый в работе комплекс клинико-психологических и психометрических методов может быть рекомендован для психодиагностики онкологических больных.

В заключение этого краткого изложения основных результатов выполненного проекта можно утверждать, что данное направление **онкопсихологического** исследования с полным основанием относится к социально-релевантным, перспективным и еще раз подтверждающим необходимость в дальнейшем его развитии [16; 17; 35—37].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипова И.В., Кокорина Н.П.* Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1.
2. *Брайт Д., Джонс Ф.* Стресс. Теории, исследования, мифы / СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
3. *Ворона О.А.* Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы / Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.
4. *Давыдов Д.В., Михайлова Е.С.* Вызванные потенциалы коры больших полушарий мозга при опознании лицевой экспрессии в правом и левом полуполях зрения // Физиология человека. 1999. Т. 25. № 4. С. 26—35.
5. *Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Ворона О.А., Падун М.А.* Роль психосоциальных стрессоров в динамике угрожающих жизни болезней (на примере рака молочной железы) // Фундаментальные науки — медицина. М.: Слово, 2005. С. 42—44.
6. *Касимова Л.Н., Илюхина Т.В.* Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 21—25.

7. *Курпиянова И.Е., Слонимская Е.М., Бехер О.А.* Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1.
8. *Курчакова М.С.* Взаимосвязь параметров полушарной активности с признаками посттравматического стресса у больных раком молочной железы // Материалы юбилейной конференции факультета психологии МГУ. 2006. С. 114—115.
9. *Курчакова М.С.* Изучение эмоционального реагирования при психических травмах разного генеза // Материалы международной научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2009: современная психология: методология, парадигмы, теория». № 2. С. 286.
10. *Курчакова М.С.* Взаимосвязь паттернов системной организации мозга с характеристиками посттравматического стресса. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008.
11. *Миско Е.А., Тарабрина Н.В.* Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 3. С. 44—52.
12. *Напалков Н.П.* Демографический процесс и злокачественные новообразования // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ: Минск, 25—28 мая, 2004 г. В 2 ч. Ч. 1. Мн.: ОДО «Тонпик», 2004.
13. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. М.: «Когито-Центр», 2007. 208 с.
14. *Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Курпиянова И.Е., Балацкая Л.Н.* Развитие сибирской онкологии / Изд-во Томского университета, 2008. 199 с.
15. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
16. *Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Ворона О.А., Падун М.А.* Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // Вестник РФФИ. № 1. 2006. С. 10—20.
17. *Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Падун М.А., Шаталова Н.Е.* Иммунный статус и посттравматический стресс у больных раком молочной железы // Материалы конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Б.Г. Ананьева. М.: ИП РАН, 2007.
18. *Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Падун М.А., Коробкова Л.И., Шаталова Н.Е.* Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы // Клиническая и социальная психиатрия. 2008. № 4. С. 22—28.
19. *Тарабрина Н.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Генс Г.П., Короткова Л.И., Шаталова Н.Е.* Взаимосвязь биопотенциалов и эмоционально-личностных отношений у онкологических больных // Ананьевские чтения-2006. Материалы научно-практической конференции «Петербургская школа психологии: прошлое, настоящее, будущее». СПб., 2006. С. 195—198.
20. *Тхостов А.Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. № 12. С. 1839—1844.

21. *Тхостов А.Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях / Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 — М.: МГУ, 1980.
22. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности / М.: Смысл, 2002. 287 с.
23. *Холмогорова А.Б.* Клиническая психология: В 4 т. Учебник для студ. высш. учеб. заведений / под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 1. Общая патопсихология / М.: Издательский центр «Академия», 2010. 467 с.
24. *Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., et al.* Identification of PTSD in cancer survivors // *Psychosomatics*. 1996. № 7. Pp. 137—143.
25. *Davidson J.R.T., Foa E.B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *J. Abnormal Psychol.* 1991. № 100. Pp. 346—355.
26. *Derogatis L. R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., & Carniche C.L.M.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medical Association*. 1983. № 249. Pp. 751—757.
27. *Guens G.P., Velsher L.Z., Korobkova L.I., Vorona O.V., Padun M.A., Tarabrina N.V.* Posttraumatic stress disorder and immunological status in breast cancer patients: preliminary results // *Annals of Oncology*. 2004. № 5. Pp. 195.
28. *Holland J.S.* *Psycho-oncology* / New York, Oxford. Oxford University Press, 1998. Pp. 3—15.
29. *Holland J.S., Rowland J.H.* *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* / New York, Oxford University Press, 1989.
30. *Kurchakova M.S., Tarabrina N.V.* Psychophysiological Assessment of Psychological Defense In Rehabilitation Of Breast Cancer Patients / Abstract No 0148 APOS 7th Annual Conference 2010, 'Integrating Psychosocial Research and Practice in Quality Cancer Care: Confronting Challenges Together' APOS 7th Annual Conference 2010.
31. *Levin T., Kissen D.W.* Psychology — the State of its Development in 2006 // *Eur. J. Psychiatry*. 2006. V. 20. № 3. Pp. 183—197.
32. *Lasko N.B., Gilbertson M.W., Pitman R.K.* Origin of psychiatric symptoms in post-traumatic stress disorder: findings from monozygotic twins discordant for combat exposure // *Proceedings 11th Multidisciplinary International Neuroscience and Biological Psychiatry Conference «Stress and Behavior» (1st ISBS Conference)*. St-Petersburg. Russia. 2008. May 16—20. P. 10.
33. *Moos R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness; an overview // *Coping with physical illness*. N.Y., 1977. Pp. 3—21.
34. *Tarabrina N., Guens G., Korobkova L., Kurchakova M., Padun M., Shatalova N.* Relationship between PTSD and ERP — components among breast cancer patients // *22nd Annual ISTSS Meeting — The Psychobiology of Trauma and Resilience Across the Lifespan*. Los-Angelos. USA, 2006. P. 196.
35. *Tarabrina N.V., Gens G.P., Kurchakova M.S., Padun M.A., Shatalova N.E.* Psychophysiological assessment in rehabilitation of breast cancer patients // *9th World Congress of Psycho-Oncology*. London, 2007.
36. *Tarabrina N.V., Guens G.P., Korobkova L.I., Kurchakova M.S., Shatalova N.E.* Relationship between PTSD symptoms, psychological defence mechanisms, and ERP

- components among breast cancer patients // J. of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. Vol. 15. № 2 (Supplement). Venice. 2006. Pp. 258—259.
37. *Tarabrina N.V., Guens G.P., Velsher L.Z., Korobkova L.I., Vorona O.V., Padun M.A.* Posttraumatic stress and immune status in breast cancer patients // 21-th Annual Meeting of The International Society for Traumatic Stress Studies. Toronto, Canada, November, 2005. P. 76.
38. *Van der Kolk, B.A.* Psychological Trauma / Washington, D.S.: APA Press. 1987.

POSTTRAUMATIC STRESS AMONG CANCER PATIENTS

N.V. TARABRINA

Made an attempt to justify a separate direction of onkopsichology as independent scientific trend in this article. The results of a research diagnostic PTSD in breast cancer (BC) patients and determination of the relationship between intensity of post-traumatic stress symptoms (PTSD), EEG reactivity and immunity suppression is presented. The diagnosis of PTSD was made with the help of the psychometric methods (CAPS, MS, IOES-R, BDI, WAS, LEQ, SCL-90-R, ERP recording). The immunological status of patients was evaluated on the basis of 20 parameters. In this research have shown that BC happens to be a traumatic stressor that can cause PTSD: the condition that fits the clinical picture PTSD has been found in 24% of patients. Results of ERP recording reflect a presence of two factors that correlate with intensity of PTSD signs. PTSD group has significant profound immune alterations. The percentage of PTSD (24 %) in breast cancer patients does not much differ from those in traumatic events survivors (combat veterans, natural and technological disasters and accidental victims). This results received by the described approach reflect psychological problem situations existing among BC patients. These data can be helpful for psychological assistance and social rehabilitation of such patients. The issue of direct impact of stress on the origin and development of cancer need further investigation but so far there is evidence that intense post-traumatic reaction, which are observed in some BC-patients, can aggravate the course of the oncological disorder and influence negatively the patients'status, thus enhancing the risk of relapse.

Keywords: stress, post-traumatic stress, 'emotions, psychological consequences, post-traumatic-stress disorder, oncological disorder, breast cancer, psychognosis, event related potenciales, immune status, rehabilitation.

1. *Arkhipova I.V., Kokorina N.P.* Klinicheskie i reabilitatsionnye aspekty psikhicheskikh rasstroistv u zhenshchin s diagnozom "rak molochnoi zhelezy" na etape khirurgicheskogo lecheniia. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2009. № 1.
2. *Brait D., Dzjhons F.* Stress. Teorii, issledovaniia, mify / St. Petersburg: Praim-Evroznak, 2003.

3. *Vorona O.A.* Psikhologicheskie posledstviia stressa u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy / Diss. ... kand. psikhol. nauk. M., 2005.
4. *Davydov D.V., Mikhailova E.S.* Vyzvannye potentsialy kory bol'shikh polusharii mozga pri opoznanii litsevoi ekspressii v pravom i levom polupoliakh zreniia. *Fiziologiya cheloveka*. 1999. T. 25. № 4. Pp. 26—35.
5. *Zhuravlev A.L., Tarabrina N.V., Gens G.P., Korobkova L.I., Vorona O.A., Padun M.A.* Rol' psikhosotsial'nykh stressorov v dinamike ugrozhaiushchikh zhizni boleznei (na primere raka molochnoi zhelezy). *Fundamental'nye nauki — meditsine*. Moscow: Slovo, 2005. Pp. 42—44.
6. *Kasimova L.N., Iliukhina T.V.* Rezul'taty psikhopatologicheskogo i psikhologicheskogo issledovaniia onkologicheskikh bol'nykh. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2007. № 3. Pp. 21—25.
7. *Kupriianova I.E., Slonimskaia E.M., Bekher O.A.* Nervno-psikhicheskie rasstroistva u zhenshchin, stradaiushchikh rakom molochnoi zhelezy. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2009. № 1.
8. *Kurchakova M.S.* Vzaimosviaz' parametrov polusharnoi aktivnosti s priznakami posttravmaticheskogo stressa u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy. *Materialy iubileinoi konferentsii fakul'teta psikhologii MGU*. 2006. Pp. 114—115.
9. *Kurchakova M.S.* Izuchenie emotsional'nogo reagirovaniia pri psikhicheskikh travmakh raznogo geneza. *Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Anan'evskie chteniia-2009: covremennaia psikhologiya: metodologiya, paradigma, teoriia"*. № 2. P. 286.
10. *Kurchakova M.S.* Vzaimosviaz' patternov sistemnoi organizatsii mozga s kharakteristikami posttravmaticheskogo stressa — Diss. ... kand. psikhol. nauk. Moskva, 2008.
11. *Misko E.A., Tarabrina N.V.* Osobennosti zhiznennoi perspektivy u veteranov voiny v Afganistane i likvidatorov avarii na ChAES. *Psikhologicheskii zhurnal*. 2004. T. 25. № 3. Pp. 44—52.
12. *Napalkov N.P.* Demograficheskii protsess i zlokachestvennyye novoobrazovaniia. *Materialy III s"ezda onkologov i radiologov SNG: Minsk, 25—28 maia, 2004 g. V 2. Ch. 1*. Minsk: ODO "Tonpik", 2004.
13. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / Pod red. N.V.Tarabrinoi*. Moscow, "Kogito-Tsentr". 2007. 208 p.
14. *Semke V.Ia., Choinzonov E.L., Kupriianova I.E., Balatskaia L.N.* Razvitie sibirskoi onkologii / *Izd-vo Tomskogo universiteta*. 2008. 199 p.
15. *Tarabrina N.V., Vorona O. A., Kurchakova M.S., Padun M. A., Shatalova N.E.* Onkopsikhologiya: posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy / Moscow: *Izd-vo "Institut psikhologii RAN"*, 2010. 175 p.
16. *Tarabrina N.V., Gens G.P., Korobkova L.I., Vorona O.A., Padun M.A.* Stress i ego posledstviia u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy. *Vestnik RFFI*. №1. 2006. Pp. 10—20.
17. *Tarabrina N.V., Gens G.P., Korobkova L.I., Padun M.A., Shatalova N.E.* Immunnyi status i posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy. *Materialy konferentsii, posviashchennoi 100-letiiu so dnia rozhdeniia B.G.Anan'eva*. Moscow: IP RAN, 2007.

18. *Tarabrina N.V., Gens G.P., Padun M.A., Korobkova L.I., Shatalova N.E.* Vzaimosviaz' psikhologicheskikh kharakteristik posttravmaticheskogo stressa i immunologicheskikh parametrov u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy. *Klinicheskaiia i sotsial'naia psikhiiatriia*. 2008. № 4. Pp. 22—28.
19. *Tarabrina N.V., Kurchakova M.S., Padun M.A., Gens G.P., Korotkova L.I., Shatalova N.E.* Vzaimosviaz' biopotentsialov i emotsional'no-lichnostnykh otnoshenii u onkologicheskikh bol'nykh. *Anan'evskie chteniia-2006. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii "Peterburgskaia shkola psikhologii: proshloe, nastoiashchee, budushchee"*. St. Petersburg, 2006. Pp. 195—198.
20. *Tkhostov A.Sh.* Osoznanie zabolevaniia u onkologicheskikh bol'nykh. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 1984. № 12. Pp. 1839—1844.
21. *Tkhostov A.Sh.* Psikhologicheskii analiz izmenenii lichnosti pri nekotorykh onkologicheskikh zabolevaniiax / Diss. ... kand. psikhol. nauk: 19.00.04. M.: MGU, 1980.
22. *Tkhostov A.Sh.* Psikhologiiia telesnosti / M.: Smysl, 2002. 287 p.
23. *Kholmogorova A.B.* *Klinicheskaiia psikhologiiia: V 4 t. Uchebnik dlia stud. vyssh. ucheb. zavedenii / pod red. A.B. Kholmogorovi. T. 1. Obshchaia patopsikhologiiia / Moscow: Izdatel'skii tsentr "Akademiia". 2010. 467 p.*
24. *Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., et al.* Iden-tification of PTSD in cancer survivors // *Psychosomatics*. 1996. № 7. Pp. 137—143.
25. *Davidson J.R.T., Foa E.B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *J. Abnormal Psychol.* 1991. № 100. Pp. 346—355.
26. *Derogatis L. R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., & Carniche C.L.M.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medical Association*. 1983. № 249. Pp. 751—757.
27. *Guens G.P., Velsher L.Z., Korobkova L.I., Vorona O.V., Padun M.A., Tarabrina N.V.* Posttraumatic stress disorder and immunological status in breast cancer patients: preliminary results // *Annals of Oncology*. 2004. № 5. Pp. 195.
28. *Holland J.S.* *Psycho-oncology / New York, Oxford. Oxford University Press, 1998. Pp. 3—15.*
29. *Holland J.S., Rowland J.H.* *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer / New York, Oxford University Press, 1989.*
30. *Kurchakova M.S., Tarabrina N.V.* Psychophysiological Assessment of Psychological Defense In Rehabilitation Of Breast Cancer Patients / Abstract No 0148 APOS 7th Annual Conference 2010, 'Integrating Psychosocial Research and Practice in Quality Cancer Care: Confronting Challenges Together' APOS 7th Annual Conference 2010.
31. *Levin T., Kissen D.W.* Psychology — the State of its Development in 2006 // *Eur. J. Psychiatry*. 2006. V. 20. № 3. Pp. 183—197.
32. *Lasko N.B., Gilbertson M.W., Pitman R.K.* Origin of psychiatric symptoms in post-traumatic stress disorder: findings from monozygotic twins discordant for combat exposure // *Proceedings 11th Multidisciplinary International Neuroscience and Biological Psychiatry Conference «Stress and Behavior» (1st ISBS Conference). St-Petersburg. Russia. 2008. May 16—20. P. 10.*

33. *Moos R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness; an overview // Coping with physical illness. N.Y., 1977. Pp. 3—21.
34. *Tarabrina N., Guens G., Korobkova L., Kurchakova M., Padun M., Shatalova N.* Relationship between PTSD and ERP — components among breast cancer patients // 22nd Annual ISTSS Meeting — The Psychobiology of Trauma and Resilience Across the Lifespan. Los-Angelos. USA, 2006. P. 196.
35. *Tarabrina N.V., Gens G.P., Kurchakova M.S., Padun M.A., Shatalova N.E.* Psychophysiological assessment in rehabilitation of breast cancer patients // 9th World Congress of Psycho-Oncology. London, 2007.
36. *Tarabrina N.V., Guens G.P., Korobkova L.I., Kurchakova M.S., Shatalova N.E.* Relationship between PTSD symptoms, psychological defence mechanisms, and ERP components among breast cancer patients // J. of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. Vol. 15. № 2 (Supplement). Venice. 2006. Pp. 258—259.
37. *Tarabrina N.V., Guens G.P., Velsher L.Z., Korobkova L.I., Vorona O.V., Padun M.A.* Posttraumatic stress and immune status in breast cancer patients // 21-th Annual Meeting of The International Society for Traumatic Stress Studies. Toronto, Canada, November, 2005. P. 76.
38. *Van der Kolk, B.A.* Psychological Trauma / Washington, D.S.: APA Press. 1987.