

Харламенкова Наталья Евгеньевна

доктор психологических наук, профессор
Институт психологии РАН, г. Москва
nataly.kharlamenkova@gmail.com

Воронцов Сергей Анатольевич

кандидат медицинских наук
«ОС Подмоскowie» УДП РФ
siriusv@mail.ru

УГРОЖАЮЩЕЕ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ЕГО ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ*

В статье представлены теоретико-эмпирические результаты исследования психологических последствий наличия в истории жизни взрослого человека опасного заболевания различной давности. В качестве психологических последствий рассматривается посттравматический стресс (ПТС) и сопряженная с ним психопатологическая симптоматика. Проверка основных гипотез проводится на выборке людей 50–80-летнего возраста (n=77), часть из которых имеет в своем опыте опасное заболевание. Предположение о наличии обратной связи между давностью травматического события и уровнем ПТС не подтвердилось. Выявлена U-образная инвертированная зависимость между уровнем ПТС (критерий Nth), связанным с опасным заболеванием, и психопатологической симптоматикой. Полученные различия объясняются влиянием защитных механизмов, которые актуализируются при высоком уровне ПТС.

Ключевые слова: посттравматический стресс, опасное заболевание, давность травматического события, психопатологическая симптоматика.

В статье, опубликованной во втором номере за текущий год журнала Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика» [5] были проанализированы психологические последствия влияния на людей разного возраста (31–50 лет и 51–83 года) таких жизненных событий как экономические лишения и угрожающие жизни заболевания. Выполняя исследование в рамках психологии посттравматического стресса, мы имели возможность выявить как актуально существующие угрозы, так и психологические последствия тех событий, которые произошли с человеком давно, в том числе и в детском возрасте, но которые до сих пор остаются для него значимыми, глубоко переживаются им. В полной мере это удалось показать как при анализе событий, связанных с экономическими лишениями, так и при анализе событий, связанных с опасными заболеваниями. Разница между ними оказалась лишь в том, что экономическое неблагополучие, угроза обнищания, в основном, определяется социально-экономическими факторами (уровнем развития общества, наличием/отсутствием экономических кризисов, финансовыми проблемами, существующими в социуме и др.), а угроза здоровью и ее интенсивность сопряжены с возрастом и личной историей жизни человека.

Цель настоящей работы состоит в более детальном исследовании психотравмирующего влияния на человека соматических заболеваний и изучении психологических последствий этого влияния.

Широко известно, что процесс лечения и его результаты во многом зависят от отношения человека к своей болезни и ее осознания. Благодаря работам Р.А. Лурия совокупность представлений

о заболевании стали обозначать термином «внутренняя картина болезни», которая детально и на высоком уровне обобщения исследована в отечественной клинической психологии (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина, А.Б. Смулевич и др.).

Для исследований, которые возникают на стыке психологии и медицины, актуальным остается вопрос о ближайших последствиях болезни, на течение которой влияет целая совокупность факторов, в том числе психологических, а также вопрос об отдаленных последствиях заболевания, которые нарушают привычный ритм жизни, часто связаны с фиксацией на нем, приводят к рецидивам болезни. С ухудшением состояния пациентов, перенесших сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, серьезные травмы, операции, в том числе и на сердце, связывают развитие депрессивных состояний [6], тревожность и фобическую тревожность [10], снижение интереса к социальному взаимодействию [3; 9]. Обычно, тревожность, депрессию, паранойяльные симптомы соотносят с непосредственным, острым эмоциональным состоянием человека. Например, в исследовании Д. Хопко с коллегами уровень депрессии у пациентов с диагнозом «рак молочной железы» (РМЖ) сопоставляли между собой на разных этапах лечения и в соответствии с разными показателями – медицинскими, социальными, клинико-психологическими и др. Большое внимание уделяли начальному этапу лечения, на котором, как оказалось, уровень депрессии в меньшей степени соотносится со средовыми факторами, но в большей – с тревожностью. В исследовании отмечается, что депрессия является модератором результативности лечения и его оценки сразу после его завершения и спустя 12 месяцев [8].

* Работа выполнена в соответствии с Государственным заданием ФАНО РФ № 0159-2016-0010.

Отдаленные психологические последствия перенесенных заболеваний, особенно в пожилом возрасте, изучены в меньшей степени, хотя, как известно, могут отсрочено проявляться в виде комплекса признаков посттравматического стресса – ПТС [2; 3; 7 и др.]. В исследовании Н.В. Тарабриной с коллегами показано, что у 65,3% пациенток с диагнозом РМЖ отмечается посттравматический стресс разной степени выраженности, из них у 24% уровень ПТС соответствует клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а у 41,3% пациенток отмечались отдельные реакции ПТС, соответствующие одному или более критериям диагностики ПТСР [3, с. 81]. В этом же исследовании была проведена диагностика сопряженности уровня ПТС и психопатологической симптоматики, которая показала, что при высоком ПТС, коррелирующим с клинической картиной ПТСР, уровень показателей по шкалам Соматизация, Обсессивность-Компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессия, Тревожность, Психотизм выше, чем у остальных респондентов. В связи с этим в работах Н.В. Тарабриной подчеркивается, что уровень выраженности психопатологической симптоматики является не предиктором, а *результатом* травматического воздействия стрессоров, который проявляется в совокупности с симптомами ПТСР и подтверждает правомерность изучения «посттравматического стресса как психологического новообразования... которое возникает в результате воздействия стрессоров высокой интенсивности» [2, с. 270].

В настоящем исследовании была поставлена задача оценить уровень посттравматического стресса, вызванного воздействием такого травматического стрессора как угрожающее жизни заболевание.

Предмет исследования – уровень посттравматического стресса, связанного с угрожающим жизни заболеванием, и его связь с давностью травматического события и психопатологической симптоматикой.

Объект исследования – респонденты в возрасте от 51 до 80 лет, средний возраст 63,7 лет (n=60 жен., n=17 муж.)¹. Сравнение анализируемых показателей с учетом переменной «пол» позволило выявить различия только по двум переменным – Индексу травматичности (ИТ) и Тревожности (ANX), что стало основанием проведения статистического анализа данных на выборке в целом.

Гипотеза исследования: угрожающее жизни заболевание – это стрессор высокой интенсивности, психологическими последствиями которого является посттравматический стресс и сопряженная с ним психопатологическая симптоматика – соматизация, депрессия, межличностная сензитивность, фобическая тревожность и психотизм; давность травматического события связана с уров-

нем посттравматического стресса по принципу обратной зависимости.

Процедура и методы исследования. С каждым респондентом проводилась индивидуальное обследование с использованием *Опросника травматических событий* (LEQ), адаптированного на русский язык Н.В. Тарабриной с коллегами [1]. Методика включает в себя 36 описаний травматических событий. Два последние пункта опросника (37 и 38) сформулированы в свободной форме. Респонденту предлагается отметить было ли в его жизни то или иное событие, указать возраст, в котором оно произошло и отметить на 5-бальной шкале степень влияния этого события на субъекта за последний год. Все события объединены в четыре раздела: криминальные события (кражи, ограбления); природные катастрофы и общие травмы (аварии, стихийные бедствия, несчастные случаи); другие события (развод родителей, экономическая нужда, эмоциональное оскорбление, болезни собственных детей и др.); ситуации физического и сексуального насилия. Каждый раздел содержит от 4 до 14 пунктов с описанием различных ситуаций, потенциально относящихся к психотравмирующим событиям. По результатам опросника подсчитывался Индекс травматичности, определяемый делением суммарного показателя травматических событий на количество пережитых травм. Вывод о наличии признаков посттравматического стресса делается на основании величины Индекса травматичности выше 3 баллов. Индекс травматичности ниже 2 баллов говорит об отсутствии признаков посттравматического стресса. В настоящем исследовании, кроме общего индекса травматичности, учитывалась оценка респондентом пункта 16 опросника, в котором сформулирован вопрос о том, было ли у обследуемого человека серьезное или опасное заболевание. Путем деления оценки п. 16 на ИТ подсчитывался вклад этого показателя в общий индекс, обозначенный символом Hth.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r Revised, SCL-90-R), создан Л. Депогатисом, адаптирован Н.В. Тарабриной [1]. Опросник включает в себя 90 пунктов и используется для определения паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9-ти основным шкалам симптоматических расстройств: Соматизация – Somatization (SOM), Обсессивность-компульсивность – Obsessive-Compulsive (O-C), Межличностная сензитивность – Interpersonal Sensitivity (INT), Депрессия – Depression (DEP), Тревожность – Anxiety (ANX), Враждебность – Hostility (HOS), Фобическая тревожность – Phobic Anxiety (PHOB), Паранойяльные симптомы – Paranoid Ideation (PAR), Психотизм – Psychoticism (PSY) и по трем обобщенным

шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета STATISTIKA 7.0. Использовались описательная статистика, коэффициент корреляции Спирмена (r_s), U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Крускала-Уоллиса.

Данные исследования показали, что у 40 из 77 опрошиваемых человек было заболевание, которое они оценили как опасное. Чаще всего называли онкологические, сердечно-сосудистые заболевания, травмы, операции, трудные роды, давние детские инфекционные болезни и др. Интересно отметить, что за исключением последних пяти лет, события распределились по их давности более или менее равномерно: в интервале от 0 до 5 лет назад названо 10 событий (инфаркты, инсульты, онкология), от 6 до 10 лет – 6 событий, от 11 до 20 лет – 8 событий, от 21 до 30 лет – 7 событий, от 31 до 40 лет – 6 событий и от 51 до 55 лет назад – 3 события (гепатит, скарлатина, аппендицит). С целью иллюстрации мы указали конкретные заболевания только для двух интервалов.

В ходе опроса, респондентов просили оценить по 5-бальной шкале, насколько это событие — опасная болезнь, продолжает влиять на их жизнь (например, что-то все время напоминает об этом событии, снятся тяжелые сны, связанные с ним, и т.д.). Обобщая полученные данные отметим, что из всех событий 18 были оценены 1 и 2 баллами, 11 – 3 баллами и 9 событий – 4 и 5 баллами.

Проверка гипотезы, в которой был поставлен вопрос о сопряженности давности травматического события и уровня ПТС, показала, что такая связь отсутствует ($r_s = -0,09$). При этом разбиение всех данных на группы позволило выяснить следующее: при давности события от 20 лет и меньше коэффициент корреляции (r_s) равен $-0,15$, при давности от 21 года и больше $r_s = -0,33$, а при интервале от 25 лет и больше, $r_s = -0,47$. Несмотря на наличие такой интересной тенденции, ни один из показателей коэффициента корреляции не оказался значимым. Тем не менее, этот результат можно обсуждать. Он говорит о том, что, если событие произошло относительно недавно, в пределах 10 лет, то уровень стресса бывает и высоким, и низким. Это, по-видимому, зависит от целого ряда особенностей, возрастных ресурсов, социальной поддержки и др. Однако, по мере увеличения срока давности опасного заболевания, т. е. от 25 лет и больше, возникает тенденция уменьшения уровня ПТС по мере увеличения срока давности травмы. В целом же можно сказать, что предположение о связи давности травматического события – опасного заболевания и уровня ПТС, не подтвердилось. Для

проверки выявленной выше тенденции, необходимо значительное увеличение выборки с учетом разных сроков давности травматического события.

Основная часть гипотезы содержит предположение о том, что угрожающее жизни заболевание – это стрессор высокой интенсивности, психологическими последствиями которого является посттравматический стресс и сопряженная с ним психопатологическая симптоматика – соматизация, депрессия, межличностная сензитивность, фобическая тревожность и психотизм.

Для проверки этого предположения, сначала по данным Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), сравнили между собой две группы респондентов – имеющих в анамнезе ($n=40$) и не имеющих ($n=37$) опасное для жизни заболевание. Сравнение показало, что различия наблюдаются по шкалам Соматизация ($U=501,5$, $p=0,02$), Обсессивность-компульсивность ($U=493,0$, $p=0,01$), Межличностная сензитивность ($U=472,0$, $p=0,006$), Фобическая тревожность ($U=539,5$, $p=0,04$), Психотизм ($U=489,5$, $p=0,01$). Все показатели выше в группе респондентов, имеющих в анамнезе угрожающее жизни заболевание.

В проведенном сравнении не был учтен уровень ПТС, связанный с отсроченным переживанием по поводу опасного заболевания, поэтому для дальнейшего анализа данные каждого респондента по 16 пункту опросника LEQ были сопоставлены с его показателем ИТ по всему опроснику. Это было сделано для того, чтобы соотнести психологическую симптоматику не с общим показателем ИТ по всем событиям, а с тем, какое влияние на ИТ оказывает оценка влияния угрожающего жизни заболевания и его психологических последствий. Эта относительная оценка была обозначена символом Nth (от англ. health – здоровье). Среднее значение по этому показателю равно 0,138, медиана – 0,11, нижний квартиль – 0,08, верхний квартиль – 0,17. По показателю Nth выборку разделили на три группы: с низким ($n=8$ чел.), со средним ($n=21$ чел.) и с высоким Nth ($n=11$ чел.).

Сравнение трех групп с помощью критерия Крускала-Уоллиса позволило выявить различия по большинству шкал опросника SCL-90-R: Соматизации ($H=9,8$, $p=0,007$), Межличностной сензитивности ($H=6,2$, $p=0,046$), Тревожности ($H=6,6$, $p=0,04$), Фобической тревожности ($H=8,1$, $p=0,02$), Паранойяльным симптомам ($H=6,4$, $p=0,009$), общему индексу GSI ($H=8,2$, $p=0,02$), что стало основанием для того, чтобы считать, что с увеличением показателя Nth, увеличивается и уровень психопатологической симптоматики. Однако, попарное сравнение групп выявило интересную закономерность, которую, безусловно необходимо верифицировать на большей по объему выборке.

Статистический анализ данных (критерий Манна-Уитни), как и ожидалось, выявил разли-

чия между первыми двумя группами — с низким и средним Nth по: Соматизации ($U=22,0$, $p=0,003$), Тревожности ($U=32,5$, $p=0,01$), Фобической тревожности ($U=27,0$, $p=0,006$), Психотизму ($U=30,0$, $p=0,02$), общему индексу GSI ($U=36,0$, $p=0,02$). По всем выявленным показателям уровень психопатологической симптоматики оказался выше во второй группе. Статистические различия были получены и между группами со средним и высоким Nth по шкалам: Соматизация ($U=64,0$, $p=0,06$, в тенденции) Обсессивность-компульсивность ($U=49,0$, $p=0,01$), Межличностная сензитивность ($U=53,0$, $p=0,02$), Тревожность ($U=59,5$, $p=0,04$), Фобическая тревожность ($U=60,5$, $p=0,04$), Психотизм ($U=47,5$, $p=0,01$), индексу GSI ($U=46,0$, $p=0,009$), но все показатели оказались выше в группе со средним Nth. Различия между группами с низким и высоким Nth выявлены не были. Иными словами, по нашим данным, уровень психопатологической симптоматики связан с уровнем ПТС по принципу инвертированной U-образной зависимости.

Комментируя полученные различия важно отметить, что при тяжелых соматических заболеваниях человек склонен к диссимуляции симптомов болезни, что не является абсолютно новым результатом, но лишь подтверждает хорошо известную закономерность о том, что при тяжелых соматических заболеваниях внутренняя картина болезни может быть особым образом искажена [4]. Значимость полученных нами данных состоит в выявлении направленности искажения психопатологических симптомов. На фоне наиболее выраженных различий между людьми с низким и средним Nth, которые обнаружены по показателям Соматизации, Тревожности, Фобической тревожности и Психотизму, подтверждающими выдвинутую гипотезу, наиболее явные различия между группами со средним и высоким Nth оказались иными. Это различия по Обсессивности-компульсивности, Межличностной сензитивности, Депрессии, Психотизму, индексу GSI. Полученные данные показывают, что при умеренном уровне ПТС, вызванном опасным заболеванием, человек может дать оценку своей тревоге по поводу появившихся у него соматических симптомов, которые, скорее всего, усиливаются вследствие такой фиксации на них. Причем показатели по этим шкалам настолько высоки, что их дальнейшее повышение, сопряженное с ПТС, привело бы к невозможности нормального функционирования человека. Видимо поэтому при высоком уровне ПТС актуализируются защитные психологические механизмы, которые проявляются в виде отрицания симптомов. Наиболее тревожными для человека с высоким ПТС оказались названные нами выше Обсессивность-компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессия, Психотизм, а также в меньшей степени сама тревога. В целом это те показатели, которые в своих

разнообразных проявлениях связаны с отчуждением от социума и переживаемые как ощущение давления извне, вынужденное поведение, или как чувство дискомфорта и неуверенности в межличностных отношениях, или как необходимость избегания социальных контактов.

Полученные нами данные подтверждаются и тем, что между группами с отсутствием в анамнезе опасного заболевания ($n=37$), а также с наличием такого заболевания и низким ПТС, не выявлены различия по психопатологической симптоматике. Отсутствие таких различий между группой с отсутствием в анамнезе опасного заболевания и группой наличием такого заболевания, но с высоким ПТС, подтверждает основной результат исследования, согласно которому посттравматический стресс, вызванный интенсивным стрессором «опасное заболевание» сопровождается повышением психопатологической симптоматики, прежде всего по шкалам тревожности; при значительном повышении уровня ПТС наблюдается тенденция снижения психопатологической симптоматики до уровня нормы, которое, по-видимому, вызвано не отсутствием, а отрицанием негативных переживаний.

Выводы

1. Предположение о связи давности травматического события – опасного заболевания и уровня посттравматического стресса, не подтвердилось, что является важным аргументом в пользу того, признаки посттравматического стресса могут проявляться вне зависимости от фактора времени и давности травматического события.

2. Связь посттравматического стресса и психопатологической симптоматики подтвердилась для умеренного уровня ПТС. Высокие показатели посттравматического стресса, обусловленного отсроченным влиянием на психическое состояние человека опасного заболевания, сопряжены с низкими значениями психопатологической симптоматики, что рассматривается как следствие актуализации защитных механизмов.

Примечание

¹ В сборе эмпирических данных принимала участие Л.Ш. Мустафина.

Библиографический список

1. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2: Бланки методик. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 77 с.
2. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
3. 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.

4. *Тхостов А.Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 12. – С. 1839–1884.

5. *Харламенкова Н.Е.* Интенсивный стресс и психологическая безопасность личности в пожилом возрасте // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2016. – Т. 22. – № 2. – С. 122–126.

6. *de Miranda Azevedo R., Roest A.M., Carney R.M., Denollet J., Freedland K.E., Grace S.L., Hosseini S.H., Lane D.A., Parakh K., Pilote L., de Jonge P.* A bifactor model of the Beck Depression Inventory and its association with medical prognosis after myocardial infarction // Health Psychology. – 2016 Jun. – Vol. 35(6). – P. 614–624.

7. *Habibović M., van den Broek K.C., Alings M., van der Voort P.H., Denollet J.* Posttraumatic stress 18 months following cardioverter defibrillator implantation: shocks, anxiety and personality // Health Psychology. – 2012 Mar. – Vol. 31(2). – P. 186–193.

8. *Hopko D.R., Clark C.G., Cannity K., Bell J.L.* Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy // Health Psychology. – 2016 Jan. – Vol. 35(1). – P. 10–18.

9. *Low C.A., Stanton A.L.* Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer // Health Psychology. – 2015 Jan. – Vol. 34(1). – P. 89–92.

10. *Versteeg H., Baumert J., Kolb C., Pedersen S.S., Denollet J., Ronel J., Ladwig K.-H.* Somatosensory amplification mediates sex differences in psychological distress among cardioverter-defibrillator patients // Health Psychology. – 2010 Sep. – Vol. 29(5). – P. 477–483.