

сомнения и тревоги. Для них это «стихийное бедствие», которое внезапно наступает и неконтролируемо протекает. Такое восприятие процесса лечения вызывает на разрывы в коммуникации с врачом, недостаток коммуникативных связей.

Можно также заключить, что данная методика вполне отвечает заявленным целям, удобна в применении, а полученные в ходе ее проведения результаты являются базой для проведения широкого спектра консультативной работы как с врачами, так и с пациентами.

Литература

- Гурова В. О. Взаимодействие врача и пациента в дерматологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2011.
- Ефименко С. А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. 2006. № 1. С. 6–14.
- Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Мастер сказок. 50 сюжетов в помощь размышлениям о жизни, людях и себе для взрослых и детей старше семи лет. СПб.: Речь, 2013.
- Олифирович Н. И., Малейчук Г. И. Проективные сказочные карты: методическое руководство. СПб.: Речь, 2013.
- Фомина Н. В., Ревина И. А. Гендерные различия в восприятии коммуникации с врачом у пациентов с артериальной гипертензией // Медицина в XXI веке: тенденции и перспективы. III Международная научная Интернет-конференция. Казань, 16 апреля 2014. С. 225–229.
- Fomina N. V. Price of the drug as a barrier to effective treatment of arterial hypertension of physicians and patients // Joint meeting ESH-ISH Hypertension. Athens 2014, June 13–18, Greece. P. 626–629.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВЛИЯНИЯ НА ЧЕЛОВЕКА ОПАСНОГО ДЛЯ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ¹

Н. Е. Харламенкова*, Д. А. Никитина**

* Институт психологии РАН (Москва)
nataly.kharlamenkova@gmail.com

** Государственный академический университет гуманитарных наук (ГАУГН)
dashik.niki@yandex.ru

Исследование влияния стрессоров высокой интенсивности на физическое и психическое состояние пациента является важнейшей фундаментальной проблемой. В связи с ростом в последние несколько десятилетий числа людей, заболевших раком, возникает вопрос адаптации и реабилитации больных, имеющих тяжелое, опасное для жизни заболевание (Холмогорова, Гаранян, 1998). Среди различных онкологических болезней выделяются опухолевые заболевания (глиобластомы, астроцитомы, менингиомы) головного мозга.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (№ проекта 14-06-00236).

Менингиома представляет собой опухоль твердой мозговой оболочки, при этом локализация может наблюдаться в любой части головного и спинного мозга. Первичные проявления связаны с повышением внутричерепного давления, которое возникает вследствие блокады в желудочке головного мозга, при этом наблюдается скопление церебральной жидкости. Сосредоточение спинномозговой жидкости в месте опухоли может также повышать внутричерепное давление. Повышение давления приводит к тому, что у пациентов могут наблюдаться следующие симптомы: головокружение, тошнота, ухудшение зрения, эпилептические припадки. Могут наблюдаться изменения в поведении пациента и его психическом состоянии. При диагностике важно знать, где локализована опухоль. Так, локализация в лобной доле может вызвать ухудшения в эмоциональной сфере, проявиться в параличе одной из сторон тела. При левосторонней локализации наблюдаются проблемы с речью, может проявляться заикание, путаница слов. Потеря памяти и координации может быть вызвана опухолью височной доли. Если менингиома располагается в теменной доле, могут наблюдаться гемипарез и припадки. Менингиомы составляют пятую часть всех опухолей и обычно носят доброкачественный характер.

В НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко врачи проводят множество реабилитационных мероприятий. Так, в ранний послеоперационный период совместно с реаниматологами и реабилитологами проводится работа с целым комплексом симптомов: головокружением, тошнотой, измененными состояниями сознания, судорожными припадками, нарушением сна. На этапе реабилитации осуществляются программы по восстановлению утраченных в результате болезни и операции функций: работа с парезами, речевыми расстройствами, нарушением памяти, схемы тела, гнозиса, праксиса, внимания (О. А. Максакова).

Кроме перечисленных выше проблем следует выделить и психологические последствия заболевания, в том числе посттравматический стресс (ПТС), включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как высокий уровень переживания ПТС.

В 1994 г. при последнем пересмотре критериев DSM для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) была изменена формулировка ведущего критерия, который направлен на выявление травматического события в жизни обследуемого человека. В результате данный критерий стал применим к психологическим последствиям более широкого регистра травматических стрессоров, в перечень травматических стрессоров, способных вызвать развитие ПТСР были внесены болезни, угрожающие жизни человека, в частности и онкологические заболевания.

Онкологическое заболевание можно отнести к так называемым «невидимым» стрессорам, механизм развития ПТСР под влиянием стрессоров такого типа будет отличаться от механизма в случае явно воспринимаемых, событийных стрессоров. Основное различие лежит в плоскости уровней восприятия и интериоризации травматического переживания (Тарабрина, Ворона, 2014).

Одним из стрессоров для больного является понимание того, что рак может угрожать жизни, при этом воздействие определяется рациональным знанием человека об опасности для жизни, оно опосредовано процессом когнитивной переработки информации. Еще одним важным отличием данного заболевания является то, что больной подвергается воздействию ряда событийных стрессоров. Они могут выступать в качестве самостоятельных или дополнительных источников стрессового воздействия (Green et al., 1997). К числу таких стрессоров можно отнести: оператив-

ное (хирургическое) вмешательство, тяжелые и токсические лечебные процедуры (химиотерапия и лучевая терапия), страх рецидива заболевания, калечащий фактор болезни, который может отражаться на внешнем виде и как следствие – на различных аспектах жизнедеятельности (Любан-Плоцца и др., 1996; Grossart-Maticket et al., 1997; Amir et al., 1997; Cordova et al., 1995; Cohen et al., 1992).

Для больных с диагнозом опухоль головного мозга дополнительными стрессорами могут выступать симптомы, которые сопровождают данное заболевание. Характер таких симптомов зависит от локализации опухоли. У больного может наблюдаться слабость в конечностях, снижение остроты зрения и выпадение полей зрения, нарушение чувствительности в различных участках тела, эпилептические приступы, психоэмоциональные расстройства. Один из симптомов носит косметический эффект, в частности парез какой-либо части тела или лица.

Сложность проведения исследований больных, имеющих диагноз «опухоль головного мозга», как раз и состоит в комплексности стрессора, который, кроме самого диагноза, включает в себя оперативное (хирургическое) вмешательство, токсические лечебные процедуры и др. факторы.

В силу того, что изучаемую выборку больных трудно организовать как гомогенную, так как многие феномены часто невозможно контролировать, представляется значимым использование метода анализа единичного случая. Этот метод позволяет выявить тенденции и механизмы, которые могут стать основой исследования и реабилитации пациентов, имеющих онкозаболевания, а также предметом особого внимания при исследовании группы таких больных. Выявленные механизмы позволяют уточнить и индивидуализировать направление психологических реабилитационных мероприятий.

Цель исследования – изучить психологические характеристики больного с диагнозом менингиома в постоперационном периоде и определить направление изменений в эмоциональных и мотивационных особенностях пациента с целью планирования и реализации анализа выборочных данных.

Объект исследования – психологические особенности больных с диагнозом менингиома в постоперационном периоде. В настоящем исследовании объектом стала больная в возрасте 46 лет с диагнозом менингиома средней трети верхнего сагиттального синуса и фалькса справа в постоперационном периоде.

Предмет исследования – особенности психической травматизации, мотивационно-потребностная сфера больной с диагнозом менингиома.

Базой исследования является НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. Исследование проводится в рамках договора между НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко и ФГБУН Институт психологии РАН.

Теоретическая гипотеза: стресс высокой интенсивности оказывает влияние на психологические характеристики больного с диагнозом менингиома в постоперационном периоде, вызывая симптомы посттравматического стресса и изменения в мотивационно-потребностной сфере личности больного.

Процедура и методы исследования

1. Полуструктурированное интервью. Составители: Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, М. А. Падун, Л. Х. Ароян. Структура данного интервью направлена на оценку общего самочувствия пациента, эмоционального состояния, особенностей восприятия своей болезни, внутренних и внешних ресурсов для совла-

дания с ситуацией, представления о будущем. Включает в себя ряд рекомендованных вопросов.

2. Методика «Самочувствие. Активность. Настроение (САН)». Разработана В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шарай, М. П. Мирошниковым в 1973 г.
3. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (symptom CHECK LIST-90-REVISED-SCL-90-R) в адаптации Н. В. Тарабриной и соавт. (2001).
4. Фрайбургский многофакторный личностный опросник FPI – модифицированная форма опросника В в разработке А. А. Крылова и Т. И. Ронгинской.
5. Шкала оценки влияния травматического события – ШОВТС (Impact of Event Scale – IES-R) в адаптации Н. В. Тарабриной и соавт. (2001).
6. «Опросник личностных предпочтений Эдвардса» – модифицированный вариант (8 шкал) в адаптации Т. В. Корниловой. Использование опросника согласовано, и его результаты используются только в рамках договоренностей с правообладателем на использование опросника.

Пациентка подписывала информированное согласие на использование ее результатов в исследовании с возможной последующей публикацией.

Анализ и обсуждение результатов

Данные интервью и методики САН показали, что у пациентки преобладает хорошее настроение, работоспособность, ощущение здоровья, бодрости. Оценки по всем шкалам превышают 4 балла, что свидетельствуют о нормальном состоянии пациентки. Суммарный показатель и показатели по шкалам в отдельности оказались выше указанной границы: у пациентки преобладает хорошее настроение, она активна, по субъективным ощущениям самочувствие находится в пределах нормы.

Результаты, полученные с помощью методики ШОВТС, показали, что у пациентки преобладает тенденция избегания стимулов, связанных с травмой: показатель по субшкале «Избегание» составил 13 баллов. Менее выражены показатели других шкал – «Вторжение» (10 баллов), «Физиологическая возбудимость» (9 баллов). Показатели по шкалам «Вторжение»; «Избегание»; «Физиологическая возбудимость» и «Интегральный показатель» находятся в диапазоне, близком для группы «частичное ПТСР».

По методике SCL-90-R получены следующие результаты: показатели по шкалам «Соматизация» (0,5), «Тревожность» (0,4), «Паранойяльные симптомы» (0,3), «Психотизм» (0,2), PSDI (1,2) соответствуют группе «нет ПТСР»; показатели по шкалам «Обсессивно-компульсивное расстройство» (0,7), «Депрессия» (0,5), «Враждебность» (0,5), «Фобическая тревожность» (0,57), GSI (0,52) соответствуют группе «частичное ПТСР»; показатель по шкале «Межличностная сензитивность» (1) соответствует группе «ПТСР».

Тестирование пациентки с помощью личностных опросников проводилось дважды. Причем второй раз пациентку просили заполнить опросник так, как бы она ответила на пункты опросника до заболевания. Для сопоставления данных «до» и «после» использовался статистический критерий Спирмена. Данные Фрайбургского личностного опросника показали устойчивость личностных черт и их корреляцию ($\rho=0,77$; $\rho_{\text{крит}}=0,58$). У пациентки наблюдается тенденция к вспышкам агрессии, которые не являются прямой реакцией на ситуативное воздействие, а также повышенный уровень психопатизации, создающий предпосылки для импульсивного поведения (шкала «Спонтанная агрессивность»). Присутствуют признаки психопатизации.

тизации экстратенсивного типа. Для пациентки характерно агрессивное отношение к социальному окружению (шкала «Реактивная агрессивность»). Наблюдается неустойчивость эмоционального состояния, проявляющаяся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции (шкала «Эмоциональная лабильность»). Показатели по шкале депрессивности можно отнести к среднему значению (шкала «Депрессивность»). Присутствует тенденция к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности (шкала «Открытость»). Пациентка обладает выраженной экстраверсией (шкала «Экстраверсия–интроверсия»). Перечисленные выше характеристики оказались стабильными. Изменения присутствуют в эмоциональной сфере, с преобладанием неустойчивости эмоционального состояния, при склонности к аффективному реагированию (шкала «Раздражительность»). Понизился уровень защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности (шкала «Уравновешенность»), предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу, снижена. Снизился уровень тревожности, скованности (шкала «Застенчивость»). В свою очередь, преобладание фемининных черт теперь не так выражено (шкала «Маскулинизм–феминизм»).

По методике «Опросник личностных предпочтений Эдвардса» корреляция между показателями оказалась незначимой ($\rho=0,64$; $\rho_{\text{крит}}=0,72$). У пациентки наблюдается следующая динамика показателей: повысился балл по шкале «Мотивация достижения» – это свидетельствует о том, что у пациентки наблюдается мотивационная тенденция в самоуважении, а также в дополнительных ресурсах для выполнения тех или иных задач; до болезни эта тенденция была не так выражена. При этом наблюдается снижение показателя по шкале «Любовь к порядку», таким образом, тенденция к самоорганизации и планированию своих действий снижена, до болезни не наблюдалась такая тенденция. Присутствует снижение по шкале «Автономия» – это указывает на то, что тенденция быть свободным от обязанностей снижается, до болезни эта тенденция была более выраженной. Наблюдается снижение мотивационной тенденции к причинному анализу своего поведения, своего внутреннего мира и поведения других людей, хотя до болезни такая тенденция была более выраженной, шкала «Самопознание». Показатель по шкале «Стойкость в достижении» несколько снизился, что говорит о снижении мотивационной тенденции следовать до конца при выполнении каких-либо задач; до болезни данная тенденция была более выраженной. Повышение наблюдается по шкале «Доминирование», следовательно, наиболее актуальной становится мотивационная тенденция быть лидером и влиять на других людей. Тенденция повышения показателей присутствует и по шкале «Чувство вины», следовательно, усиливается мотивационная тенденция к уступчивости и избеганию борьбы, к ощущению себя ниже других во всех отношениях. Стабильным и низким оказался показатель по шкале «Агрессия», т. е. не наблюдается выраженной мотивационной тенденции, направленной на активное отстаивание своей позиции и критики других.

По результатам исследования были выделены три общие тенденции, наблюдаемые у пациентки, которые могут стать основой для обследования других пациентов и выборки в целом.

Первая тенденция – переживание дефекта как причина стигматизации: у пациентки присутствуют симптомы вторжения, связанные с неким символом, ко-

торый является напоминанием о болезни (ШОВТС, шкала «Вторжение»). Наблюдается высокий показатель по шкале «Межличностная сензитивность», который соответствует группе «ПТСР» (SCL-90). Показатель по шкале «Фобическая тревожность», связанный с возникновением страха в многолюдных местах, соответствует группе «частичное ПТСР» (SCL-90). Полученные данные позволят сравнивать между собой пациентов с наличием и отсутствием калечащего фактора и получать достоверные данные о вкладе этого фактора в комплексный стрессор «онкологическое заболевание».

Вторая тенденция – наличие эмоциональных ресурсов как основы преодоления болезни. У пациентки присутствует положительный эмоциональный настрой, она чувствует себя работоспособной, активной, увлеченной, счастливой (САН). Наблюдается средний уровень депрессии (Фрайбургский личностный опросник), присутствует низкий показатель по шкале «Тревожность» (SCL-90), появилась потребность в самоуважении (шкала «Уровень мотивации достижения» опросника Эдвардса). Однако наблюдаются и негативные проявления: пациентка чувствует себя малоподвижной, ощущает снижение внимательности (САН шкала, «Активность»), внутренней силы (САН, шкала «Самочувствие»), оптимистического настроения (САН, шкала «Настроение»), присутствует снижение по шкале Стойкость в достижении (Эдвардс). Повысился показатель по шкале «Раздражительность» (Фрайбургский личностный опросник), а также показатель по шкале «Чувство вины» (опросник Эдвардса). Показатели по шкалам «Фобическая тревожность», «Враждебность» соответствуют группе «частичное ПТСР» (SCL-90). Наблюдается тенденция зацикленного ненаправленного поведения, об этом свидетельствует показатель по шкале «Обсессивно-компульсивное расстройство» (SCL-90), который соответствует группе «частичное ПТСР», к тому же выявлено снижение по шкале «Любовь к порядку» (опросник Эдвардса). Положительные характеристики могут свидетельствовать о внутреннем ресурсе, который помогает справиться с болезнью, хотя ряд негативных проявлений может ослабить проявление этой тенденции. Такая амбивалентность чувств должна стать предметом специального изучения.

Третья тенденция – преобладание направленности вовне за счет снижения интереса к внутреннему миру. У пациентки наблюдаются тенденции снижения мотивационной тенденции по следующим шкалам: «Автономия» (опросник Эдвардса), «Застенчивость» (Фрайбургский личностный опросник), присутствует повышение мотивационной тенденции по шкале «Доминирование» (опросник Эдвардса), при этом снижен показатель по шкале «Самопознание» (опросник Эдвардса), а проявление внешней активности носит агрессивный характер (Фрайбургский личностный опросник – шкалы «Спонтанная агрессивность», «Реактивная агрессивность»; ШОВТС – шкала «Физиологическая возбудимость»). Изменение показателей автономии, аутентичности, суверенности в сторону их снижения – одна из важнейших тенденций в исследовании и реабилитации больных с диагнозом менингиома. Следовательно, специфика ПТС, которая сопровождается тенденцией избегания, выражается внешней реакцией в виде снижения тенденции к самоанализу и проявляется в выраженной экстравертированной реакции.

Выводы

1. Стресс высокой интенсивности является причиной появления симптомов ПТС и может приводить к изменению в эмоциональной и мотивационно-потребност-

ной сфере личности, в меньшей степени затрагивая устойчивые личностные характеристики.

2. Обнаружено, что постановка онкологического заболевания (менингиома) может приводить к появлению симптоматики ПТС, такой как избегание, вторжение и физиологическая возбудимость.
3. Наличие ПТС может приводить к повышению раздражительности, снижению уравновешенности, феминных черт, а также сопровождаться обсессивно-компульсивными реакциями, межличностной сензитивностью, депрессией, враждебностью, фобической тревожностью, динамикой в мотивационно-потребностной сфере, способствуя увеличению мотивации достижения, доминирования, чувства вины, снижению организованности, автономии, самопознания, стойкости в достижении.
4. Специфика посттравматического стресса, которая сопровождается тенденцией избегания, может выражаться в виде снижения тенденции к самоанализу и проявляется в выраженной экстравертированной реакции.

Литература

- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: Психоневрол. ин-т, 1996.
- Тарабрина Н. В., Ворона О. А. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 40–63.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94–101.
- Amir M., Kaplan Z., Neuman L., Sharabani R., Shani N., Buskila D., Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromialgia // Journal of Psychosomatic Research. V. 42. № 6. 1997. P. 607–613.
- Cohen J., Cullen J., Martini L. K. Psychosocial aspects of cancer. N. Y.: Paren press, 1992.
- Cordova M. J., Andrykowski M. A., Redd W. H., Kenady D. E., McGrath P. C., Sloan D. A. Frequency and correlates of posttraumatic-stress disorder-like symptoms after treatment for breast cancer // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1995. № 6. P. 981–986.
- Gossart-Maticer R. et al. The specific action of different personality risk factor on cancer of breasts, cervix, corpus uneri and other types of cancer // Personality and Individual Differences. 1997. V. 23. P. 28–34.
- Green B. L., Epstein S. A., Krupnick J. L., Rowland J. H. Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders in medical settings // Assessing psychological trauma and PTSD / J. P. Wilson, T. M. Keane (eds). N. Y.: The Guilford Press, 1997.