

# УРОВЕНЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МЕНИНГИОМЫ<sup>1</sup>

Н.В. ТАРАБРИНА, Н.Е. ХАРЛАМЕНКОВА,  
Д.А. НИКИТИНА

Статья посвящена эмпирическому изучению специфики посттравматической и психопатологической симптоматики у пациентов, оперированных по поводу менингиомы. Испытуемые: 16 пациентов НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, прооперированные по поводу менингиомы (женщины в возрасте от 27 до 67 лет, средний возраст — 52 года). Обследование проводилось через 6 месяцев после операции. Методики: Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale — IES-R); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R). Результаты: у части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга — менингиомы, появляются признаки посттравматического стресса; их выраженность соответствует уровню частичного ПТСР. Это вывод подтверждается схожестью обследуемой группы по психопатологическим симптомам с пациентами с группой РМЖ, имеющими частичное ПТСР, и отличием обследуемой группы от пациентов с РМЖ, имеющих высокий и низкий уровень посттравматического стресса. Эмпирическое исследование продолжается.

**Ключевые слова:** онкопсихология, травматический стресс, посттравматический стресс, менингиома, психологические последствия стресса.

В 1994 году в перечень травматических стрессоров, с высокой вероятностью вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), были включены угрожающие жизни болезни, которыми в том числе являются онкологические заболевания [American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 1994]. По

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект № 14-06-00236а).

мнению исследователей, работающих над этой проблемой, специфика стрессора состоит в том, что это — «невидимая» угроза, влияние которой исходит изнутри организма; ее воздействие «нельзя “отделить” от индивида, ее нельзя увидеть, а на начальных этапах заболевания и ощутить» [Тарабрина и др., 2010, с. 24]. Стрессор характеризует такая особенность как длительность влияния на человека, поэтому в отличие от краткосрочных стрессоров (Type I) — от нескольких минут воздействия до нескольких часов (биогенные, техногенные катастрофы и др.), онкологическое заболевание относят к группе хронических, повторяющихся или продолжительно влияющих стрессоров (Type II).

Комплексное исследование [Тарабрина и др., 2010; Тарабрина, 2014], проведенное на выборке больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) показало, что этот стрессор оказывает выраженное психотравмирующее влияние на человека, затрагивая мотивационно-потребностную, эмоциональную и ценностно-смысловую сферы личности; выявлены признаки посттравматического стресса, высокие показатели которого, обнаруженные у 25 % выборки, соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Это такие симптомы как навязчивые переживания по поводу события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о событии, повышенная физиологическая реактивность организма в ответ на стимулы, символизирующие травму. Также показано, что у больных с высоким уровнем посттравматического стресса (группа «ПТСР») выше показатели по всем шкалам опросника психопатологической симптоматики SCL-90-R по сравнению с группой «Нет ПТСР», и статистически выше показатели по шкалам «Соматизация», «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Тревожность», «Психотизм» по сравнению с группой «Частичное ПТСР».

По мнению Марии Кангас, Джанет Уильямс и Роберта Сми, уникальной группой пациентов является выборка больных с диагнозом опухоль головного мозга, так как, с одной стороны, она представляет собой часть группы онкологических больных, а с другой — больных с приобретенной мозговой травмой (acquired brain injury — ABI) [Kangas, Williams, Sme, 2011]. Проведя комплексное исследование больных с диагнозом «менингиома», авторы отмечают, что симптомы посттравматического стресса (posttraumatic stress symptoms — PTSS) и качество жизни (quality-of-life — QOL) [Kangas, Williams, Sme, 2012], а также выгода, которая извлекается от болезни (benefit finding — BF) практически не связаны с демографическими и медицинскими переменными. Кангас с соавт. подчеркивают, что отсутствие связи PTSS и QOL с клиническими характеристиками (в том числе и с латеральной локализацией

функций головного мозга) указывает на «важнейшую роль психологических параметров в адаптации к постановке диагноза и лечению по поводу доброкачественной менингиомы» [Kangas, Williams, Smee, 2012, с. 176]. Психологические переменные (депрессия, вторжение, избегание) также «более тесно связаны с поиском выгоды от болезни по сравнению с демографическими и медицинскими факторами» [Kangas, Williams, Smee, 2011, с. 114].

Со ссылкой на различные научные публикации А.А. Лукшина с соавторами указывает на то, что менингиомы относятся к группе опухолей оболочек мозга и составляют 13—26 % внутричерепных опухолей; частота заболевания — в среднем 3—8 случая на 100000 населения, нарастает с возрастом, достигая максимума у лиц 70—79 лет и чаще отмечается у женщин по сравнению с мужчинами — 2,2—2,7 к 1 [Лукшина и др., 2015]. В возрасте 85 лет и старше заболеваемость менингиомами достигает 46 на 100000 населения в год и более чем в 3 раза превышает заболеваемость глиомами [Коновалов и др., 2013].

*Хирургическое вмешательство* является одним из эффективных методов лечения больных менингиомами [Козлов, 1988; Коновалов и др., 2013]. Несмотря на эффективность оперативного вмешательства в последнее время все чаще встает вопрос не только о снижении послеоперационной летальности, но и о социально-трудовой адаптации (качестве жизни) оперируемых больных [Чудакова, 1994]; утверждается, что операция не должна приводить к дополнительной стойкой инвалидизации больного [Бочаров, 2011], ведь ее радикальность, а также злокачественность опухоли являются факторами, влияющими на рецидивирование менингиом [Коновалов, 2013]. При неоперабельных менингиомах в настоящее время успешно применяется *комплекс лучевых методов*, которые до недавнего времени использовались при таких видах опухолей не часто [Козлов и др, 2010]. Хирургическое и лучевое лечение показано при увеличении опухоли, при возникновении отека мозга, а также при появлении клинических симптомов. Допускается *выжидательная тактика*, если при случайно выявленных менингиомах не наблюдается перитуморозного отека мозга (отек вокруг опухоли) [Коновалов, 2013].

Клиническими симптомами менингиомы являются головная боль [Mascellino, Lay, Newman, 2001], слабость в конечностях, снижение зрения, тошнота, рвота, нарушения памяти. Эпилептические приступы при менингиомах наблюдаются так же, как и при других опухолях [Лукшина, Ураков, Лошаков, 2011]. Кроме неврологических симптомов при менингиомах наблюдаются психопатологическая симптоматика (например, психопатоподобные изменения личности, аффективные расстройства, когнитивный дефицит и др.) [Fotopoulou, Solms, Turnbull, 2004;

Dijkstra et al., 2009], которая в том числе зависит от латеральной локализации [Mainio, et al., 2003]. В работе А.А. Лукшиной с коллегами у пациентки с множественными менингиомами правого полушария: гигантской в задней трети фалькса, большой в височной области и трех небольших в лобной и теменной областях, первым симптомом заболевания стала головная боль, однако практически параллельно появились психопатологические симптомы: эмоциональная лабильность, личностные изменения, приведшие к семейному разладу, снижение критичности, трудности в ориентировке на местности, ослабление памяти и левостороннее зрительное невнимание [Лукшина и др., 2015].

Менингиома может манифестировать психическими расстройствами (депрессия, мания, апатия, анозогнозия и др.), а неврологические симптомы могут появиться позже. В литературе описано достаточно много случаев постановки пациенту с опухолью головного мозга психиатрического диагноза — депрессивного расстройства [Mena, 1982; Greenberg, Mofson, Fink, 1988; Radzik, et al., 2009; Schwartz, Afejuku, Garlow, 2013], тревожного расстройства [Tsai, Huang, 2009; Assefa, Naque, Wong, 2012]; первично выявляется такая психопатология, как измененное состояние сознания, энцефалопатия, слабоумие, неспецифический психоз, бред с манией [Madhusoodanan, et al., 2015], панические атаки и деперсонализация [Ghadirian, Gautier, Bertrand, 1986] и др. [Oppler, 1950; Buchanan, Abram, 1975]. В подобных случаях пациентам назначается лечение, не соответствующее истинным причинам заболевания, а состояние продолжает ухудшаться. В связи с этим многие врачи и ученые сходятся во мнении, что у пациентов с психиатрическими симптомами старше 40 лет, или у иных пациентов со специфическими психиатрическими симптомами, необходимо проверять возможное наличие мозговых новообразований, которые часто выступают более чем вероятной причиной подобных симптомов.

Корректная диагностика заболевания и сопутствующей ему психопатологической симптоматики, тем не менее, недостаточна для адаптации пациентов после хирургической операции и лучевой терапии, для повышения качества жизни и восстановления физического и психического здоровья. Важно понимать, что у части пациентов и после оперативного вмешательства и последующего лечения может сохраняться высокий уровень депрессии, тревожности, появляться признаки посттравматического стресса [Тарабрина, 2014; Харламенкова, Никитина, 2014; Харламенкова, Тарабрина, Никитина, 2015]. Исследования показывают, что у пациентов продолжительно сохраняются различные проблемы: избегание социального общения, хроническая усталость, ощущение интеллектуального истощения, чувство фрустрации потребнос-

тей, которые раньше привычно удовлетворялись; у определенной части пациентов (у 16 % выборки согласно исследованию M. Kangas, J.R. Williams, R.I. Smee, 2012) регистрируются все признаки ПТСР — вторжение, избегание и физиологическое возбуждение, и они не зависят от медицинских и демографических переменных. Качество жизни пациентов с высоким уровнем ПТСР снижается, прежде всего, по таким параметрам как исполнительные функции (executive functioning), повышается спутанность/замешательство (confusion/bewilderment). Большинство пациентов с высоким уровнем ПТСР сообщили, что нуждаются в профессиональной поддержке из-за ощущения дистресса и страха прогрессирования или рецидива опухоли, и действительно обращаются за такой помощью [Kangas, Williams, Smee, 2012].

*Актуальным* представляется изучение психологических последствий влияния на человека такого события, как постановка диагноза «опухоль головного мозга» и их сопоставления с психологическими последствиями постановки диагноза «рак молочной железы» (РМЖ).

Исследование проводится сотрудниками лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН совместно с психиатрической группой НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

*Цель исследования* — выявить уровень и признаки посттравматического стресса, а также психопатологическую симптоматику у больных с диагнозом «менингиома» в постоперационном периоде и сопоставить их с признаками посттравматического стресса и психопатологии у больных РМЖ.

*Объект исследования* — уровень посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у пациентов.

Предмет исследования — специфика посттравматической и психопатологической симптоматики у пациентов, оперированных по поводу менингиомы.

*Гипотезы:*

1. Часть пациентов, оперированных по поводу менингиомы, имеет высокий уровень посттравматического стресса и выраженную психопатологическую симптоматику.

2. При сравнении пациентов с разными онкологическими заболеваниями с одним и тем же уровнем ПТСР психопатологические симптомы существенно не различаются.

Участники исследования. В соответствии с программой эмпирического исследования на первом этапе обследовано 32 пациента НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Из них 2-е мужчин и 30 женщин в возрасте от 27 до 67 лет. Средний возраст по выборке — 52 года. Пациенты, принявшие участие в исследовании, перенесли операцию по удалению

менингиомы не более чем за 7 дней до первой встречи. Все пациенты обследованы психиатром, который устанавливал выраженность когнитивных или психических дисфункций, т.е. проводил первичный отбор пациентов и подготавливал их к психологическому обследованию. На *первом этапе* проводилось полуструктурированное клиническое интервью длительностью 20—40 минут и предлагался опросник САН (самочувствие-активность-настроение). Все пациенты давали информированное согласие. На *втором* этапе использовался комплекс методов, направленный на диагностику уровня посттравматического стресса, психопатологической симптоматики и мотивационно-потребностной сферы пациентов. К настоящему моменту полностью обследовано 16 пациентов. Все пациенты женщины в возрасте от 30 до 60 лет.

В настоящей работе представлена часть полученных в ходе диагностики результатов.

Для сравнения использовались данные, полученные группой исследователей под руководством Н.В. Тарабриной на выборке женщин ( $n = 75$ ), прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной железы» I—III стадий, без отдаленных метастаз. Возраст респондентов от 38 до 72 лет [Тарабрина и др., 2010].

## Методики

*Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale — IES-R)* в адаптации Н.В. Тарабриной (2007).

*Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R)*, создан Леонардом Дерогатисом (Derogatis, 1975), адаптирован Н.В. Тарабриной с коллегами [Derogatis, 1975].

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета STATISTIKA 7.0 (для сравнения изучаемых показателей в группах испытуемых использовался U-критерий Манна-Уитни).

## Результаты

Признаки посттравматического стресса оценивались по методике ШОВТС. Сопоставление данных по интегральному показателю (ИП) этой методики, который высоко коррелирует с уровнем ПТСР, позволило разделить выборку на две группы. В первую группу, названную условно «группа с высоким Интегральным показателем», вошли пациенты, у которых значение по данной шкале варьируется от 32 до 58 и выше ( $n = 9$ ). Во вторую группу, условно названную «группа с низким Интегральным показателем», вошли пациенты, у которых значение по данной шкале варьируется от 25 и ниже до 31 ( $n = 7$ ). Далее было проведено со-

поставление показателей ШОВТС с данными, полученными в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН при изучении ПТС у больных РМЖ [Тарабрина и др., 2010 ; Тарабрина, 2014]. Основным результатом этого исследования было разделение изученной выборки больных РМЖ на три группы: с высоким — РМЖ «ПТСР», средним — «Частичное ПТСР» и низким уровнем — «Нет ПТСР». Результаты сравнения показали, что в первую группу пациентов с диагнозом «менингиома» вошли респонденты, у которых уровень ПТС соотносим с результатами групп РМЖ «Частичное ПТСР» и РМЖ «ПТСР», во вторую группу вошли пациенты, показатели которых соотносимы с данными группы РМЖ «Нет ПТСР».

Статистический анализ различий между двумя группами пациентов, прооперированных по поводу менингиомы, по уровню выраженности признаков ПТСР (U-критерий Манна-Уитни) показал, что для группы с высокими значениями по интегральному показателю методики ШОВТС характерны и более высокие значения по таким признакам как вторжение ( $U_{Эмп} = 8$ ;  $U_{кр} = 12$ ;  $U_{Эмп} < U_{кр}$ ,  $p = 0,013$ ), избегание ( $U_{Эмп} = 3$ ;  $U_{кр} = 12$ ;  $U_{Эмп} < U_{кр}$ ,  $p = 0,002$ ), физиологическая возбудимость ( $U_{Эмп} = 9,5$ ;  $U_{кр} = 12$ ;  $U_{Эмп} < U_{кр}$ ,  $p = 0,019$ ), при этом различия по признаку «избегание» оказались наибольшими.

Сравнение этих двух групп пациентов с диагнозом «менингиома» по уровню выраженности психопатологической симптоматики не позволило выявить статистически значимые различия по шкалам методики SCL-90-R. Однако в ходе визуального сравнения профилей больных, оперированных по поводу менингиомы и разных групп респондентов, прежде всего групп РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР» и РМЖ «Частичное ПТСР», было обнаружено, что данные больных с диагнозом «менингиома» по своему профилю (методика SCL-90-R) практически идентичны данным группы РМЖ «Частичное ПТСР».

Учитывая схожесть результатов двух групп пациентов с диагнозом «менингиома» по результатам методики SCL-90-R, было принято решение на этом этапе исследования не делить выборку больных с диагнозом «менингиома» на отдельные подгруппы, а квалифицировать ее как группу Менингиома «Частичное ПТСР» (МЕН «Частичное ПТСР») (табл. 1).

Статистический анализ данных показал, что по методике ШОВТС различаются подгруппа РМЖ «ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР» (табл. 2). Различия выявлены по всем показателям методики. Закономерным оказалось сходство РМЖ «Частичное ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР» (табл. 3), что подтвердило наше первичное визуальное сравнение этих групп. Отсутствие различий у группы РМЖ «Нет ПТСР» и

Таблица 1

**Показатели шкал вторжение, избегание, физиологическое возбуждение и интегральный показатель методики ШОВТС в группах РМЖ «Частичное ПТСР», РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР»**

Шкалы ШОВТС	РМЖ «ПТСР», n = 18	РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	РМЖ «Частичное ПТСР», n = 26	МЕН «Частичное ПТСР», n = 16
	Me	Me	Me	Me
Вторжение	16,5	7,5	11,0	10,0
Избегание	22,5	10,0	13,0	14,5
Физиологическая возбудимость	13,5	3,5	7,0	7,5
Интегральный показатель	57,0	22,0	35,0	32,0

Me — медиана; n — число испытуемых в группе.

МЕН «Частичное ПТСР» также было ожидаемым, поскольку обследуемая выборка характеризуется менее выраженным ПТС по сравнению с пациентами с РМЖ (табл. 4). Одна тенденция, тем не менее, все-таки была обнаружена: это более высокие показатели физиологической возбудимости в обследуемой группе (МЕН «Частичное РМЖ»).

Таблица 2

**Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R**

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «ПТСР», n = 18	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
<b>Шкалы ШОВТС</b>					
Вторжение	391,5	203,5	67,5	2,6	0,008**
Избегание	396,0	199,0	63,0	2,8	0,005**
Физиологическая возбудимость	391,0	204,0	68,0	2,6	0,009**
Интегральный показатель	400,5	194,5	58,5	2,9	0,003**
<b>Шкалы SCL-90-R</b>					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	399,5	195,5	59,5	2,8	0,004**



Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «ПТСР», n = 18	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Соматизация	370,5	224,5	88,5	1,8	0,05*
Обсессивно-компульсивное расстройство	393,0	202,0	66,0	2,6	0,007**
Межличностная сензитивность	388,0	207,0	71,0	2,5	0,012*
Депрессия	402,5	192,5	56,5	3,1	0,003**
Тревожность	407,0	188,0	52,0	3,1	0,002**
Враждебность	71,0	224,0	88,0	1,9	0,05*
Фобическая тревожность	365,5	229,5	93,5	1,7	0,08
Паранойяльные симптомы	355,5	239,5	103,5	1,3	0,17
Психотизм	395,5	199,5	63,5	2,7	0,006**

U — критерий Манна-Уитни; \* — значимость различий на уровне  $p < 0,05$ ; \*\* — значимость различий на уровне  $p < 0,01$ ; n — число испытуемых в группе.

Сравнение между собой подгрупп РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР», РМЖ «Частичное ПТСР» [Тарабрина и др., 2010, с. 93] показало, что пациенты с диагнозом «рак молочной железы» из подгрупп «ПТСР» и «Нет ПТСР» различаются по всем показателям выраженности психопатологических симптомов, измеряемых по методике SCL-90-R, кроме фобической тревожности (слабые различия) и паранойяльных симптомов. При сравнении групп «ПТСР» — «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» были выявлены только некоторые группы симптомов.

При сравнении больных с высоким уровнем ПТСР (пациенты с диагнозом «рак молочной железы») и больных, оперированных по поводу менингиомы, результаты которых, как было установлено выше, оказались идентичными по признакам ПТСР группе РМЖ «Частичное ПТСР» (табл. 2), статистически значимые различия были получены по соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, психотизму и общему индексу тяжести симптомов (GSI). Различия не выявлены по показателям фобической тревожности и паранойяльности. Идентичные данные были получены при сравнении подгрупп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» на выборке больных с РМЖ [Тарабрина и др., 2010, с. 95]. Все показатели выше в группе РМЖ «ПТСР».

Таблица 3

**Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «Частичное ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R**

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Частичное ПТСР», n = 26	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
<b>Шкалы ШОВТС</b>					
Вторжение	763,0	365,0	229,0	0,43	0,67
Избегание	747,5	380,5	244,5	0,08	0,94
Физиологическая возбудимость	726,0	402,0	230,5	-0,40	0,69
Интегральный показатель	757,5	370,5	234,5	0,30	0,76
<b>Шкалы SCL-90-R</b>					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	767,0	361,0	225,0	0,54	0,61
Соматизация	755,5	372,5	236,5	0,2	0,81
Обсессивно-компульсивное расстройство	741,0	387,0	245,0	-0,06	0,95
Межличностная сензитивность	752,0	376,0	240,0	0,16	0,87
Депрессия	762,5	365,5	229,5	0,4	0,67
Тревожность	798,0	330,0	194,0	1,2	0,23
Враждебность	778,5	349,5	213,5	0,7	0,45
Фобическая тревожность	788,0	340,0	204,0	0,9	0,33
Паранойяльные симптомы	763,5	364,5	228,5	0,4	0,67
Психотизм	762,5	365,5	229,5	0,4	0,69

U — критерий Манна-Уитни; \* — значимость различий на уровне  $p < 0,05$ ; \*\* — значимость различий на уровне  $p < 0,01$ ; n — число испытуемых в группе.

Интересно заметить, что при сравнении подгруппы пациентов с РМЖ «Частичное ПТСР» и группы пациентов МЕН «Частичное ПТСР» различий по психопатологической симптоматике не было выявлено ни по одной шкале SCL-90-R (табл. 3). Этот результат указывает на то, что больные, оперированные по поводу менингиомы, представляют собой небольшую, но достаточно гомогенную группу. Их показатели кардинально отличаются от подгруппы РМЖ «ПТСР» и идентичны показате-

лям подгруппы РМЖ «Частичное ПТСР». Далее было проведено сравнение этой группы с подгруппой пациентов с диагнозом РМЖ без выраженных симптомов посттравматического стресса («Нет ПТСР») (табл. 4). Сравнение показало наличие небольших различий, которые были получены по отдельным показателям — межличностной чувствительности, враждебности и общему индексу тяжести симптомов. Эти данные совпадают с результатами сравнения Н.В. Тарабриной с коллегами подгруппы пациентов с диагнозом «рак молочной железы» — «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» за исключением того, что в исследовании Тарабриной с коллегами различия между подгруппами были выявлены и по тревожности — шкалы «Тревожность» ( $p < 0,05$ ) и «Фобическая тревожность» ( $p < 0,01$ ). Авторы объясняют различия между подгруппой «ПТСР», с одной стороны, и «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР», с другой, по уровню симптомов соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики, депрессии и психотизма тем, «что более низкий уровень этих симптомов косвенно свидетельствует о более успешной внутренней переработке опыта, связанного с болезнью» [Тарабрина и др., 2010, с. 97].

Таблица 4

**Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «Нет ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R**

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
<b>Шкалы ШОВТС</b>					
Вторжение	514,0	389,0	163,0	-1,17	0,24
Избегание	508,0	395,0	157,0	-1,32	0,19
Физиологическая возбудимость	489,5	413,5	138,5	-1,8	0,07
Интегральный показатель	503,5	399,5	152,5	-1,44	0,15
<b>Шкалы SCL-90-R</b>					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	479,0	424,0	128,0	-2,1	0,04*
Соматизация	539,5	363,5	188,5	-0,5	0,62
Обсессивно-компульсивное расстройство	489,0	414,0	138,0	-1,8	0,07
Межличностная чувствительность	477,0	426,0	126,0	-2,1	0,03*
Депрессия	506,5	396,5	155,5	-1,4	0,18

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Тревожность	535,0	368,0	184,0	-0,6	0,54
Враждебность	478,5	424,5	127,5	-2,1	0,04*
Фобическая тревожность	493,5	409,5	142,5	-1,9	0,09
Паранойяльные симптомы	488,5	414,5	137,5	-1,8	0,07
Психотизм	501,0	402,0	150,0	-1,5	0,14

U — критерий Манна-Уитни; \* — значимость различий на уровне  $p < 0,05$ ; \*\* — значимость различий на уровне  $p < 0,01$ ; n — число испытуемых в группе; Z имеют отрицательные значения, т.е. медианы в группе Мен «Частичное ПТСР» выше, чем в группе РМЖ «Нет ПТСР».

Полученные в исследовании данные позволяют сделать вывод, что первая гипотеза подтверждается частично: небольшая часть пациентов с диагнозом «менингиома» имеет высокий уровень ПТС, однако вследствие малочисленности этой группы сравнение уровня психопатологической симптоматики не позволило обнаружить различия между подгруппами пациентов с разным уровнем ПТС с диагнозом «менингиома», поэтому эта часть гипотезы не подтвердилась.

Вторая гипотеза о том, что уровень психопатологической симптоматики не различается у пациентов с разными онкологическими заболеваниями и одним и тем же уровнем ПТСР, подтвердилась прежде всего при сравнении данных пациентов с диагнозом РМЖ «Частичное ПТСР» и диагнозом МЕН «Частичное ПТСР».

### Обсуждение результатов и выводы

Проведенное нами исследование, объектом которого стали пациенты, оперированные по поводу менингиомы, показало, что у части исследуемой выборки в постоперационном периоде наблюдается высокий уровень ПТС. Было показано, что подгруппы пациентов с высоким и низким уровнем интегрального показателя методики ШОВТС статистически значимо отличаются по таким признакам ПТС как вторжение, избегание, физиологическая возбудимость. Сравнение подгрупп по психопатологической симптоматике не позволило выявить различия по шкалам SCL-90-R.

Решение о сопоставлении данных группы пациентов с диагнозом «менингиома» с пациентами с диагнозом «рак молочной железы» возникло при выявлении визуального сходства профилей психопатологи-

ческой симптоматики группы РМЖ «Частичное ПТСР» и обследуемой группы. Подтверждение этого сходства было получено путем попарного сравнения результатов по методике ШОВТС и SCL-90-R пациентов с диагнозом «менингиома» и трех подгрупп пациентов с РМЖ («ПТСР», «Частичное ПТСР», «Нет ПТСР»).

Отсутствие различий по психопатологической симптоматике между пациентами с диагнозом «менингиома» и подгруппой РМЖ «Частичное ПТСР» подтверждают предположение о том, что обследуемая группа по своим особенностям в большей степени характеризуется частичным ПТСР. Возможно, это связано со спецификой заболевания и с мощнейшими психологическими защитами, что, безусловно, должно быть проверено на большей по объему выборке (данное исследование продолжается).

Отличие группы с диагнозом «менингиома» от подгруппы РМЖ «ПТСР» по тем же шкалам, что и при сравнении этой подгруппы с подгруппой РМЖ «Частичное ПТСР», подтверждает сходство реакций больных с разными онкологическими заболеваниями на болезнь. При частичном ПТСР это менее выраженные враждебность, подозрительность, страх потери независимости, а также стремление к изоляции, уединению, обособлению, чем при высоком ПТСР. Выявленные особенности указывают на изменение в социальной позиции личности, которые вызваны причинами соматического характера (появлением различных дефектов, прежде всего, лица), а также психологическими причинами (страхом рецидива болезни, чувством потери самостоятельности). Сравнение результатов настоящего исследования с данными, полученными коллективом авторов [Тарабрина и др., 2010] позволяет на этом этапе работы выделить особенности, характерные для обеих групп больных — пациентов с диагнозами РМЖ и менингиома. Группа пациентов с диагнозом «менингиома», имея в целом симптомы частичного ПТСР, также существенно отличается по психопатологической симптоматике от подгруппы РМЖ «ПТСР». Отличие по показателям межличностной сензитивности и враждебности от подгруппы РМЖ «Нет ПТСР» показывает, что чувствительность пациентов, оперированных по поводу менингиомы, к качеству социальных контактов, по-видимому, остается ключевой психологической проблемой, которая связана не только с внешними дефектами лица, но и с тревогой по поводу сохранности когнитивных функций.

### **Вывод**

У части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга — менингиомы, появляются признаки посттравматического стресса, которые в основном характеризуются ча-

стичным ПТСР. Этот вывод подтверждается схожестью обследуемой группы по психопатологическим симптомам с пациентами с группой РМЖ, имеющими частичное ПТСР, и отличием обследуемой группы от пациентов с РМЖ, имеющих высокий и низкий уровень посттравматического стресса.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Бочаров А.А.* Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий при больших и гигантских парасагиттальных менингиомах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011.
- Козлов А.В.* Результаты хирургического лечения внутричерепных менингиом (продолженный рост и прогнозирование). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1988.
- Лукшина А.А., Ураков С.В., Лошаков В.А.* Психические нарушения при внутримозговых опухолях височных долей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 7. С. 25—29.
- Лучевые методы в лечении внутричерепных менингиом: история и современность // Вопросы нейрохирургии / А.В. Козлов, А.В. Голанов, А.А. Бочаров, Н.В. Ласунин. 2010. № 1. С. 58—61.
- Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова, М.А. Падун, Н.Е. Шаталова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
- Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и перспективы // Вопросы нейрохирургии / А.Н. Коновалов, А.В. Козлов, В.А. Черехаев, В.Н. Шиманский, С.В. Тяншин, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин, А.В. Голанов, Г.Л. Кобяков, Л.В. Шишкина, М.В. Рыжова, Д.А. Гольбин, М.В. Галкин, А.А. Бочаров, Н.В. Ласунин. 2013. № 1. С. 12—23.
- Психопатологические проявления множественных менингиом правого полушария // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика / А.А. Лукшина, О.С. Зайцев, И.А. Нагорская, Д.Ю. Усачев, В.А. Лукшин. 2015. Т. 7. № 2. С. 22—27.
- Тарабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007.
- Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Журнал консультативной психологии и психотерапии. 2014. № 1. С. 40—63.
- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.* Психологические последствия влияния на человека опасного для жизни заболевания: анализ случая // Естественнонаучный метод в современной психологии / Под ред. В.А. Барабанщикова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2014. С. 873—879.
- Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., Никитина Д.А.* Метод триад при психологическом исследовании сложных объектов // Экспериментальная психология (в печ.).

- Чудакова И.В. Качество жизни больных зрелыми немозговыми интракраниальными опухолями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 ed.) / Washington, DC. 1994.
- Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala // *Neurocase*. 2012. Vol. 18, N 2. Pp. 91—94.
- Buchanan D.C., Abram H.S. Psychotic behavior resulting from a lateral ventricle meningioma: A case report // *Diseases of the Nervous System*. 1975. Vol. 36, N 7. Pp. 400—401.
- Derogatis L.R. The SCL-90-R / Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report // *Neuropsychologia*. 2004. Vol. 42, N 6. Pp. 727—744.
- Ghadirian A.M., Gautier S., Bertrand S. Anxiety attacks in a patient with a right temporal lobe meningioma // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1986. Vol. 47, N 5. Pp. 270—271.
- Greenberg L.B., Mofson R., Fink M. Prospective electroconvulsive therapy in a delusional depressed patient with a frontal meningioma: A case report // *The British Journal of Psychiatry*. 1988. Vol. 153. Pp. 105—107.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // *Brain Impairment*. 2011. Vol. 12, N 2. P. 105—116.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // *Applied Research in Quality of Life*. 2012. Vol. 7, N 2. Pp. 163—182.
- Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / M. Dijkstra, D. van Nieuwenhuizen, L.J.A. Stalpers, M. Wumkes, M. Waagemans, W.P. Vandertop, J.J. Heimans, S. Leenstra, C.M. Dirven, J.C. Reijneveld, M. Klein. 2009. Vol. 80, N 8. Pp. 910—915.
- Mascellino A.M., Lay C.L., Newman L.C. Stabbing headache as the presenting manifestation of intracranial meningioma: A report of two patients // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001. Vol. 41, N 6. Pp. 599—601.
- Mena C. Presentacion y discusion del caso de la paciente M. E. D., HC No. 44216, Servicio de la Sala «Concha Garcia» // Presentation and discussion of the case history of patient MED / *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*. 1982. Vol. 23, N 2. Pp. 291—302.
- Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry* / S. Madhusoodanan, S. Patel, J. Reinharth, A. Hines, M. Serpe. 2015. Vol. 27, N 2. Pp. 126—133.
- Oppler W. Manic psychosis in a case of parasagittal meningioma // *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1950. Vol. 64. Pp. 417—430.
- Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J. Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54, N 2. Pp. 187—191.

- The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatrics Polska* / J. Radzik, A. Zawadzka, J. Leszek, M. Mis, A. Druszcz. 2009. Vol. 6, N 3. Pp. 135—139.
- The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / A. Mainio, H. Hakko, A. Niemela, T. Tuurinkoski, J. Koivukangas, P. Rasanen. 2003. Vol. 74, N 9. Pp. 1278—1282.
- Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33, N 6. Pp. 1082—1083.

## THE LEVEL OF POST-TRAUMATIC STRESS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MENINGIOMA AFTER SURGICAL TREATMENT<sup>2</sup>

*N.V. TARABRINA, N.E. KHARLAMENKOVA, D.A. NIKITINA*

The article is devoted to the empirical study of specificity and posttraumatic psychopathology in patients were operated for meningiomas. Subjects: 16 patients with meningiomas (women aged from 27 to 67 years, the average age is 52). The survey was conducted 6 months after surgical treatment in Burdenko Research Institute of Neurosurgery. Methods: Impact of Event Scale — IES-R; Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R. Results: Some patients who were undergone surgery for benign brain tumor (i.e. meningioma) have signs of post-traumatic stress; their availability indicates on partial PTSD. This conclusion is supported by the similarity between the surveyed group of psychopathological symptoms and patients with breast cancer and partial PTSD, and by the difference between the surveyed group and patients breast cancer and high and low levels of post-traumatic stress. The empirical research has been continuing.

**Keywords:** oncopsychology, traumatic stress, post-traumatic stress, meningioma, psychological consequences of experienced stress.

- Bocharov A.A.* Optimizatsiia diagnosticheskikh i lechebnykh meropriyatii pri bol'shikh i gigantskikh parasagittal'nykh meningiomakh. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2011.
- Kozlov A.V.* Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniia vnutricherepnykh meningiom (prodolzhennyi rost i prognozirovaniie). Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moscow, 1988.
- Lukshina A.A., Urakov S.V., Loshakov V.A.* Psikhicheskies narusheniia pri vnutrimozgovykh opukholiakh visochnykh dolei. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2011. T. 111. № 7. Pp. 25—29.

---

<sup>2</sup> The investigation is supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 14-06-00236a).



- Luchevye metody v lechenii vnutricherepnykh meningiom: istoriia i sovremennost'. Voprosy neirokhirurgii / A.V. Kozlov, A.V. Golanov, A.A. Bocharov, N.V. Lasunin. 2010. № 1. Pp. 58—61.
- Onkopsikhologiia: posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy / N.V. Tarabrina, O.A. Vorona, M.S. Kurchakova, M.A. Padun, N.E. Shatalova. Moscow: Izd-vo "Institut psikhologii RAN", 2010. 175 p.
- Problema meningiom: analiz 80-letnego materiala Instituta neirokhirurgii im. N.N. Burdenko i perspektivy. Voprosy neirokhirurgii / A.N. Kononov, A.V. Kozlov, V.A. Cherekaev, V.N. Shimanskii, S.V. Taniashin, V.N. Kornienko, I.N. Pronin, A.V. Golanov, G.L. Kobiakov, L.V. Shishkina, M.V. Ryzhova, D.A. Gol'bin, M.V. Galkin, A.A. Bocharov, N.V. Lasunin. 2013. № 1. Pp. 12—23.
- Psikhopatologicheskie proiavleniia mnozhestvennykh meningiom pravogo polusharii. Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika / A.A. Lukshina, O.S. Zaitsev, I.A. Nagorskaia, D.Iu. Usachev, V.A. Lukshin. 2015. T. 7. № 2. Pp. 22—27.
- Tarabrina N.V. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / Moscow: Izd-vo "Kogito-Tsentr", 2007.
- Tarabrina N.V. Posttravmaticheskii stress u bol'nykh ugrozhaiushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniiami. Zhurnal konsul'tativnoi psikhologii i psikhoterapii. 2014. № 1. Pp. 40—63.
- Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Psikhologicheskie posledstviia vliianiia na cheloveka opasnogo dlia zhizni zabolevaniia: analiz sluchaia. Estestvenno-nauchnyi metod v sovremennoi psikhologii / Pod red. V.A. Barabanshchikova. Moscow: Izd-vo "Institut psikhologii RAN". 2014. Pp. 873—879.
- Kharlamenkova N.E., Tarabrina N.V., Nikitina D.A. Metod triad pri psikhologicheskom issledovanii slozhnykh ob"ektov. Eksperimental'naia psikhologiia (v pech.).
- Chudakova I.V. Kachestvo zhizni bol'nykh zrelymi vnemozgovymi intrakranial'nymi opukholiami. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moscow, 2009.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 ed.) / Washington, DC. 1994.
- Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdale. Neurocase. 2012. Vol. 18, № 2. Pp. 91—94.
- Buchanan D.C., Abram H.S. Psychotic behavior resulting from a lateral ventricle meningioma: A case report. Diseases of the Nervous System. 1975. Vol. 36, № 7. Pp. 400—401.
- Derogatis L.R. The SCL-90-R / Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report. Neuropsychologia. 2004. Vol. 42, N 6. Pp. 727—744.
- Ghadirian A.M., Gautier S., Bertrand S. Anxiety attacks in a patient with a right temporal lobe meningioma. Journal of Clinical Psychiatry. 1986. Vol. 47, N 5. Pp. 270—271.
- Greenberg L.B., Mofson R., Fink M. Prospective electroconvulsive therapy in a delusional depressed patient with a frontal meningioma: A case report. The British Journal of Psychiatry. 1988. Vol. 153. Pp. 105—107.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing. Brain Impairment. 2011. Vol. 12, № 2. Pp. 105—116.

- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I.* The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma. *Applied Research in Quality of Life*. 2012. Vol. 7, N 2. Pp. 163—182.
- Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / M. Dijkstra, D. van Nieuwenhuizen, L.J.A. Stalpers, M. Wumkes, M. Waagemans, W.P. Vandertop, J.J. Heimans, S. Leenstra, C.M. Dirven, J.C. Reijneveld, M. Klein. 2009. Vol. 80, № 8. Pp. 910—915.
- Mascellino A.M., Lay C.L., Newman L.C.* Stabbing headache as the presenting manifestation of intracranial meningioma: A report of two patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001. Vol. 41, № 6. Pp. 599—601.
- Mena C.* Presentacion y discusion del caso de la paciente M. E. D., HC No. 44216, Servicio de la Sala "Concha Garcia" . Presentation and discussion of the case history of patient MED / *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*. 1982. Vol. 23, N 2. Pp. 291—302.
- Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review. *Annals of Clinical Psychiatry* / S. Madhusoodanan, S. Patel, J. Reinharth, A. Hines, M. Serpe. 2015. Vol. 27, N 2. Pp. 126—133.
- Oppler W.* Manic psychosis in a case of parasagittal meningioma. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1950. Vol. 64. Pp. 417—430.
- Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J.* Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54, N 2. Pp. 187—191.
- The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties. *Psychogeriatrics Polska* / J. Radzik, A. Zawadzka, J. Leszek, M. Mis, A. Druszcz. 2009. Vol. 6, N 3. Pp. 135—139.
- The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / A. Mainio, H. Hakko, A. Niemela, T. Tuurinkoski, J. Koivukangas, P. Rasanen. 2003. Vol. 74, N 9. Pp. 1278—1282.
- Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33, N 6. Pp. 1082—1083.