

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ*

Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина

Проблема связи между психикой и соматикой была поставлена уже во времена античной философии и до сих пор активно обсуждается в самых разных науках. Для современной психологии эта проблема остается одной из актуальных и требующих дальнейшего изучения. Наиболее очевидный, часто возникающий вопрос – определение системы предикторов успешной реабилитации человека после перенесенного заболевания и/или операции (Круглова, Щеглова, 2015; Щелкова, Еремина, 2015). На реабилитацию после болезни могут влиять появившиеся физические ограничения, эмоциональные нарушения, а при опухолях головного мозга – и когнитивные дисфункции (Зинченко, Первичко, Тхостов, 2014; Тарабрина, 2014; Тарабрина и др., 2010). Показано, что у пациентов с опухолями головного мозга снижается качество жизни и, в первую очередь, показатели ролевого и эмоционального функционирования (Перфильев и др., 2015). Кроме того, интенсивный стресс, который переживают пациенты в ситуации, когда им сообщают о диагнозе, приводит у части больных к отдаленным психологическим последствиям, в частности, к посттравматическому стрессу и сопутствующей ему психопатологической симптоматике (Тарабрина, Харламенкова, Никитина, 2015).

В 1994 г. в перечень травматических стрессоров, с высокой вероятностью вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), были включены угрожающие жизни болезни, которыми, в частности, являются онкологические заболевания (American Psychiatric Association., 1994). Первые исследования угрожающих жизни

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 14-06-00236а.

болезней как потенциальных стрессоров, способных вызвать ПТСР, проводились при изучении последствий различных соматических заболеваний, в том числе инфаркта миокарда и др. (Green et al., 1997), а также психологических последствий онкозаболеваний.

Специфика стрессора – опасного заболевания, 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). Сопутствующими переживаемому стрессу факторами могут быть наличие/отсутствие видимого послеоперационного дефекта (Сирота, Фетисов, 2014), страх рецидива болезни (McGinty et al., 2016), развитие различных психогенных расстройств (Тарабрина и др., 2010), а также такие позитивные тенденции, как, например, посттравматический рост (Coroia et al., 2016).

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), т. е. с травмой, полученной после рождения (Kangas, Williams, Smees, 2011). Проведя комплексное исследование больных с диагнозом «менингиома», авторы отмечают, что симптомы посттравматическо-

го стресса (posttraumatic stress symptoms – PTSS) и качество жизни (quality-of-life – QOL) (Kangas, Williams, Smee, 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, p. 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, p. 114).

Со ссылкой на различные научные публикации А. А. Лукшина с соавт. указывают 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, 2009); 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 и др., 2013). При неоперабельных менингиомах в настоящее время успешно применяется *комплекс лучевых методов*, которые до недавнего времени использовались при таких видах опухолей нечасто (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 и др., 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, как и при других опухолях (Лукшина, Ураков, Лошаков, 2011). Кроме неврологических симптомов, при менингиомах регистрируется высокий уровень психопатологической симптоматики, в том числе психопатоподобные изменения личности, аффективные расстройства, когнитивный дефицит и др. (Fotopoulou, Solms, Turnbull, 2004; Dijkstra et al., 2009), которые, в частности, зависят от латеральной локализации (Mainio et al., 2003). В работе А. А. Лукшиной с соавт. 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.), при этом неврологические симптомы появляются 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, Haque, 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 другие симптомы (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 старше 40 лет с психиатрическими симптомами или у некоторых пациентов со специфическими психиатрическими симптомами необходимо проверять возможное наличие мозговых новообразований, которые часто выступают весьма вероятной причиной подобных симптомов.

Корректная диагностика заболевания и сопутствующей ему психопатологической симптоматики недостаточна для адаптации пациентов после хирургической операции и лучевой терапии, для повышения качества жизни и восстановления физического и психического здоровья. 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 потребностей, которые раньше привычно удовлетворялись; у определенной части пациентов (у 16% выборки – Kangas, Williams, 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 опасных заболеваний и дифференциация характера этих последствий в зависимости от вида заболевания. Исследование проводится совместно с психиатрической группой НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко.

Цель исследования: выявить различия в психопатологической симптоматике, сопутствующей высокому уровню посттравматического стресса, при онкологических и неонкологических заболеваниях.

Объект исследования – респонденты среднего и старшего возраста с различными соматическими заболеваниями.

Предмет исследования – психопатологическая симптоматика при разном уровне посттравматического стресса у людей с онкологическими и неонкологическими заболеваниями.

Основная гипотеза: высокий уровень посттравматического стресса у людей, имеющих онкологические заболевания, сопровождается и более высокими показателями психопатологической

симптоматики, прежде всего, представленной триадой характеристик – враждебностью, фобической тревожностью и паранойяльными симптомами.

Эмпирические гипотезы:

1. Уровень психопатологической симптоматики у больных, имеющих в анамнезе онкологическое заболевание, ниже, чем у больных, имеющих другие тяжелые соматические заболевания (сердечно-сосудистые, заболевания ЖКТ и др.).
2. При высоком уровне посттравматического стресса различия между людьми с разными видами заболеваний в большей степени проявляются по показателям тревоги, депрессии и паранойяльным симптомам, причем профили респондентов с разными онкологическими заболеваниями оказываются схожими.
3. При сравнении респондентов с диагнозом «менингиома» с низким и высоким уровнями ПТС могут дополнительно появляться психотические симптомы.

Теоретическая значимость исследования состоит в выявлении у людей с разными видами тяжелых заболеваний общего и особенного в появлении сопутствующей посттравматическому стрессу психопатологической симптоматики, которая может усугублять как ПТС, так и соматическое состояние человека.

Участники исследования. В соответствии с программой эмпирического исследования были обследованы две группы респондентов. Объем выборки – 52 чел. (42 жен., 10 муж.).

Первая группа респондентов, условно обозначенная нами «*онкология А*»: пациенты после удаления менингиомы головного мозга от 6 месяцев до одного года назад. Объем выборки $n = 19$, 17 жен., 2 муж. в возрасте от 46 до 70 лет, средний возраст – 58 лет. У всех пациентов когнитивные функции нарушены минимально. Пациенты подписывали информированное согласие.

Вторая группа респондентов ($n = 33$ чел.) включает две подгруппы: первая подгруппа – «*онкология Б*» ($n = 12$ чел., 11 жен., 1 муж.) и вторая подгруппа – «*неонкология*» ($n = 21$ чел., 25 жен., 8 муж.) в возрасте от 55 до 78 лет, средний возраст – 65 лет. Группы различались по виду заболевания: «*онкология Б*» – опухолевые заболевания, исключая опухоли головного мозга; «*неонкология*» – опасные, но неонкологические заболевания (заболевания ЖКТ, сердечно-сосудистой и дыхательной системы и др.).

Из общей матрицы данных были исключены результаты респондентов 30–45 лет с целью контроля влияния переменной «возраст».

Контроль переменной «пол» также позволил учесть ее влияние. Поскольку группы «онкология А» и «онкология Б» в основном состоят из женщин, то полученные данные интерпретировали как данные женской выборки. В группе «неонкология» 1/3 часть выборки составили респонденты мужского пола. Проведенный анализ показал, что большинство мужчин этой выборки имеют низкие показатели по посттравматическому стрессу, поэтому сравнение данных разных групп с высокими показателями ПТС, которые были наиболее важны для исследования, были проведены в основном на женской выборке, что решило проблему контроля переменной «пол».

Сравнение небольших по объему групп позволяет считать настоящее исследование пилотажным.

Методики

1. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС, Impact of Event Scale, IES-R) – клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности (Тарабрина, 2001);
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R) создан Леонардом Дерогатисом (Derogatis, 1975), адаптирован Н. В. Тарабриной с соавт. (Тарабрина, 2001) – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Основные шкалы 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 тенденции – Paranoid Ideation (PAR), психотизм – Psychoticism (PSY) и три обобщенные шкалы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST);
3. Миссисипская шкала – гражданский вариант (МШ) (MS, Mississippi Scale), адаптирована Н. В. Тарабриной с соавт. (Тарабрина, 2007) – клиническая тестовая методика (Keane et al., 1987), изначально разработанная для диагностики ПТСР у военнослужащих, побывавших в зоне боевых действий. В 1995 г. разработан

- и опубликован гражданский вариант шкалы, валидизированный на выборке гражданских лиц с установленным диагнозом ПТСР;
4. Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire, LEQ) в адаптации Н. В. Тарабриной и др. основан на самоотчете и предназначен для оценки влияния на личность психических травм, предшествующих актуальной травме. Охватывая жизненный путь с раннего детства до настоящего момента, методика дает возможность определить степень влияния разных травматических событий на актуальное состояние человека (Тарабрина, 2007).

Для проверки выдвинутых гипотез использовался статистический пакет Statistica 6 – U-критерий Манна–Уитни и h-критерий Краскела–Уоллиса.

Анализ и обсуждение результатов

В данной статье представлена часть результатов двух крупных исследований, которые направлены на изучение посттравматического стресса и его психологических последствий. Анализ данных позволил особым образом объединить результаты, при соблюдении контроля, в данном исследовании таких латентных переменных, как «пол» и «возраст». В связи с тем, что изучаемые подгруппы являются частью выборок двух других более крупных исследований: «онкология А» – одного исследования, а «онкология Б» и «неонкология» – другого исследования, методики для изучаемых подгрупп были распределены особым образом.

Прежде отметим особенности деления респондентов на подгруппы. Подгруппа «онкология А» представлена пациентами НИИ нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. Критерием отбора в подгруппу является: постановка диагноза «менингиома» различной локализации, с учетом наличия минимального когнитивного дефицита.

Подгруппы «онкология Б» и «не онкология» не являются пациентами НИИ нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. В основном эти данные были собраны на базе Объединенного санатория «Подмосковье» Управления делами Президента РФ («ОС Подмосковье» УДП РФ)*. Для создания данных подгрупп («онкология Б» и «неонкология») использовалась методика «Опросник травматических ситуаций» (Life Experience Questionnaire, LEQ). Критерием для выделения изучаемых подгрупп выступал шестнадцатый пункт методики,

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

в котором сформулирован вопрос о наличии опасного заболевания в анамнезе респондента. Таким образом, респонденты, указавшие какое-либо онкологическое заболевание, вошли в подгруппу «онкология Б», респонденты, указавшие другие, неонкологические заболевания, вошли в подгруппу «не онкология».

Для оценки посттравматических стрессовых реакций в подгруппе – «онкология А» была использована методика «ШОВТС», а в подгруппах «онкология Б» и «неонкология» – «Миссисипская шкала – гражданский вариант (МШ)». Отметим, что благодаря используемым методикам («ШОВТС» и «МШ») в трех изучаемых группах были выделены респонденты с низким и высоким уровнем ПТС. В группе – «онкология А» критерием деления выступало медианное значение шкалы интегральный показатель методики «ШОВТС» (Med = 26), а в группах «онкология Б» и «не онкология» – медианное значение общего балла методики «Миссисипская шкала – гражданский вариант» (Med = 86).

С целью исследования наличия психопатологических симптомов была использована методика «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R).

В соответствии с *первой гипотезой* предполагалось, что уровень психопатологической симптоматики у больных, имеющих в анамнезе онкологические заболевания, ниже, чем у больных, имеющих другие тяжелые соматические заболевания (сердечно-сосудистые, заболевания ЖКТ и др.). Используя критерий Краскела–Уоллиса были проведены статистические сравнения показателей всех шкал методики SCL-90-R, которые позволили выявить одно существенно важное различие по индексу наличного симптоматического дистресса (PSDI), $H = 7,89$, $p = 0,02$. Попарные сравнения трех групп по методике SCL-90-R показали, что между группами «онкология Б» и «неонкология» различий по психопатологической симптоматике не наблюдается; выявлены различия по шкалам межличностной сензитивности (INT), общему индексу тяжести (GSI) и индексу PSDI между группами «неонкология» и «онкология А» ($U = 126,0$, $p = 0,04$; $U = 122,0$, $p = 0,04$; $U = 106,0$, $p = 0,01$ соответственно). Между двумя группами респондентов, имеющих онкологические заболевания, различия выявлены по шкале тревожности (ANX) и индексу PSDI ($U = 61,5$, $p = 0,033$; $U = 60,0$, $p = 0,03$ соответственно). Общее направление различий, указывает на частичную верификацию первой гипотезы: наиболее высокие значения по шкалам выявлены у групп «неонкология» и «онкология Б»; показатели респон-

дентов группы «онкология А» оказались самыми низкими из всей выборки.

Незначительные различия по психопатологической симптоматике, полученные между тремя группами респондентов, по-видимому, связаны с тем, что для психологического исследования важна не сама по себе нозологическая единица, а отношение человека к болезни и влияние этого отношения на самочувствие и психологическое благополучие. В настоящей работе значительное внимание было уделено психологическим последствиям перенесенного человеком тяжелого и опасного для жизни заболевания. Одним из таких последствий является посттравматический стресс. Прежде чем проводить проверку второй и третьей гипотез исследования вся выборка в целом (n = 52) была разделена на подгруппы с низким (n = 25) и высоким (n = 27) уровнем ПТС (методики ШОВТС и МШ).

Таблица 1

Статистические различия по уровню психопатологической симптоматики между группами с низким (группа 1, n = 25) и высоким (группа 2, n = 27) уровнями ПТС (U-критерий Манна-Уитни)

Показатели методики SCL-90-R	Группа 1 med	Группа 2 med	U	p-level
Соматизация (SOM)	0,7	1,8	202,5	0,01
Межличностная сензитивность (INT)	0,6	1,2	120,0	0,00
Обсессивность–компульсивность (O-C)	0,75	1,3	193,0	0,01
Депрессия (DEP)	0,4	1,2	137,0	0,00
Тревожность (ANX)	0,35	0,75	147,5	0,00
Враждебность (HOS)	0,3	0,5	198,0	0,01
Фобическая тревожность (PHOB)	0,0	0,6	140,5	0,00
Паранойальные тенденции (PAR)	0,35	0,85	136,0	0,00
Психотизм (PSY)	0,2	0,6	148,0	0,0001
Индекс общей тяжести (GSI)	0,4	1,0	138,0	0,00
Общее число утвердительных ответов (PTS)	30	55	147,0	0,00
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,3	1,85	163,0	0,0001

Примечание: U – критерий Манна-Уитни, p-level – уровень значимости, med – медианы.

Согласно таблице 1, подгруппы с низким и высоким уровнями ПТС различаются по всем шкалам методики SCL-90-R, что позволяет перейти к анализу данных на отдельных подгруппах респондентов (таблица 2).

Таблица 2
Распределение респондентов с низким и высоким ПТС по подгруппам

Группы	Низкий уровень ПТС	Высокий уровень ПТС
«Онкология А»	n = 9	n = 10
«Онкология Б»	n = 7	n = 5
«Неонкология»	n = 9	n = 12

Для проверки *второй гипотезы* о том, что при высоком уровне пост-травматического стресса различия между людьми с разными видами заболеваний в большей степени проявляются по показателям тревоги, депрессии и паранойяльным симптомам, причем профили людей с разными онкологическими заболеваниями оказываются схожими, с помощью критерия Краскела–Уоллиса сопоставили три подгруппы с низкими показателями ПТС, а также три подгруппы с высокими показателями ПТС. Интересно отметить, что ни по одному показателю психопатологической симптоматики различий в подгруппах с низким ПТС выявлено не было. Сравнение подгрупп с высокими показателями ПТС показало различия по шкале Депрессия ($H = 6,8, p = 0,03$).

Далее сравнение подгрупп в высокими ПТС проводили попарно. Следует отметить, что различия не выявлены между двумя подгруппами «онкология А» и «онкология Б» с высокими ПТС. Между группами «онкология Б» и «неонкология» с высокими ПТС выявлены различия по шкале Обсессивность–Компульсивность ($U = 11,5, p = 0,05$, медианы 1,0 и 1,9 соответственно). Получены различия между группами «онкология А» и «неонкология» (таблица 3).

Полученные данные частично подтверждают вторую гипотезу относительно того, что при высоком ПТС различия между группами наблюдаются по шкале депрессии. Также в соответствии с гипотезой показано, что профили онкологических больных разных групп («онкология А» и «онкология Б») статистически не различаются по психопатологической симптоматике. По данным исследования, люди, имеющие тяжелые неонкологические заболевания,

Таблица 3

Статистически значимые различия между подгруппами с высокими показателями ПТС групп «онкология А» и «неонкология» по психопатологической симптоматике

Показатели методики SCL-90-R	«Неонкология» med	«Онкология А» med	U	p-level
Депрессия (DEP)	1,6	0,7	20,0	0,01
Паранойяльные тенденции (PAR)	1,0	0,5	29,0	0,04
Психотизм (PSY)	0,8	0,35	28,5	0,04
Индекс общей тяжести (GSI)	1,2	0,5	27,0	0,03
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,85	1,3	26,0	0,03

в большей степени, чем респонденты с диагнозом «менингиома», переживают депрессивные состояния, страхи, связанные с повторением симптомов, рецидивом болезни, что, по-видимому, вызвано не только тяжестью самого заболевания, но и возрастом респондентов. Результаты также позволили обнаружить различия между онкологическими больными (исключая опухоли головного мозга) и группой больных, имеющих неонкологические заболевания по показателю Обсессивности–Компульсивности. Сходство профилей онкологических больных с высоким уровнем ПТС дало возможность провести дополнительный анализ данных: сравнение двух выборок с высоким ПТС – объединенную группу онкологических больных ($n = 15$) и больных с неонкологическими заболеваниями ($n = 12$). Различия приведены в таблице 4.

Данные таблицы 4 позволяют обсуждать вопрос о возможной специфике психопатологической симптоматики разных групп больных с высоким уровнем ПТС. Прежде всего, стоит обратить внимание на уровень депрессии и обсессивности–компульсивности, характерные для неонкологических больных. Психотические симптомы можно также принять во внимание, но в качестве дополнительных результатов, поскольку показатели данной шкалы оказались невысокими в обеих группах респондентов.

С целью проверки третьей гипотезы и верификации данных о специфике психопатологической симптоматики при высоком ПТС у разных групп больных было проведено сравнение респондентов с низким и высоким уровнями ПТС в каждой из трех исходно выделенных групп.

Таблица 4

Статистически значимые различия между объединенной подгруппой онкологических больных с высокими показателями ПТС (n = 15) и подгруппой «неонкология» (n = 12) с высокими ПТС по психопатологической симптоматике

Показатели методики SCL-90-R	«Онкология» med	«Неонкология» med	U	p-level
Обсессивность–Компульсивность (О-С)	0,9	1,7	54,0	0,02
Депрессия (DEP)	0,7	1,6	40,0	0,02
Психотизм (PSY)	0,4	0,8	45,0	0,03
Индекс общей тяжести (GSI)	0,9	1,2	52,0	0,06*

Примечание. * – различия на уровне тенденции.

Результаты показывают определенные различия в симптоматике в группе с диагнозом «менингиома» («онкология А»), которые вследствие низкого профиля психопатологических симптомов в этой группе респондентов практически невозможно было выявить при проводимых ранее статистических сравнениях. Выявлены изменения в показателях *Депрессии*, *Фобической тревожности* и в меньшей степени *Психотизма*, которые имеют свою специфику по сравнению с группой «онкология Б» (таблица 5). Данные позволяют сделать вывод о подтверждении *третьей гипотезы*: при сравнении респондентов с диагнозом «менингиома» с низким и высоким уровнями ПТС могут дополнительно появляться психотические симптомы.

В группе респондентов, имеющих онкологические заболевания («онкология Б»), исключая опухоли головного мозга, изменения психопатологической симптоматики происходят по показателям

Таблица 5

Статистически значимые различия между респондентами с низкими и высокими показателями ПТС по психопатологической симптоматике в группе «онкология А»

Показатели методики SCL-90-R	Низкий ПТС med	Высокий ПТС med	U	p-level
Депрессия (DEP)	0,4	0,6	21,0	0,05
Фобическая тревожность (PHOB)	0,0	0,6	21,0	0,05
Психотизм (PSY)	0,1	0,3	20,0	0,041

Таблица 6

Статистически значимые различия между респондентами с низкими и высокими показателями ПТС по психопатологической симптоматике в группе «онкология Б»

Показатели методики SCL-90-R	Низкий ПТС	Высокий ПТС	U	p-level
Тревожность (ANX)	0,4	1,3	5,0	0,04
Враждебность (HOS)	0,35	0,85	2,0	0,01
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,3	1,5	5,0	0,04

Тревожности, Враждебности и Паранойяльных симптомов (таблица 6), которые в некоторой степени соответствуют триаде симптомов, выявленной при исследовании женщин с диагнозом «рак молочной железы» (Тарабрина и др., 2010).

Наибольшие различия по психопатологической симптоматике между респондентами с низким и высоким ПТС обнаружены в группе неонкологических больных, которые, как нам представляется, меньше склонны отрицать свои проблемы, связанные со здоровьем (таблица 7). Однако следует отметить, что часть этой выборки составляют мужчины, преимущественно с низким ПТС. Половые различия в показателях психопатологической симптоматики, выявленные нами на всей выборке в целом, были обнаружены по шкалам Соматизация, Обсессивность–Компульсивность, Депрессия, Тревожность, индексам GSI и PSDI (все показатели выше у женщин). В связи с этим с определенной осторожностью нужно оценивать демонстрируемые в таблице 7 различия по шкалам Соматизации, Депрессии, Тревожности и общим индексам. Изменения по шкале Обсессивности–Компульсивности следует признать достоверными, поскольку эти различия были показаны выше при сравнении объединенной группы онкологических больных и неонкологических больных с высоким уровнем ПТС. Как мы указывали, это в основном женские группы, поэтому высокие показатели О-С действительно типичны для неонкологических больных.

В целом, оценивая результаты группы «неонкология», отметим, что среди значительного количества различий также выделяется триада симптомов – *Обсессивность–Компульсивность, Депрессия и Паранойяльные симптомы*, причем различия по Депрессии требуют дополнительной проверки. Показатели по остальным шкалам либо невысоки (Тревожность, Фобическая тревожность, Психотизм), либо могут зависеть от влияния переменной «пол» (Соматизация).

Таблица 7

Статистически значимые различия между респондентами с низкими и высокими показателями ПТС по психопатологической симптоматике в группе «неонкология»

Показатели методики SCL-90-R	Низкий ПТС med	Высокий ПТС med	U	p-level
Соматизация (SOM)	0,8	1,5	16,0	0,01
Межличностная сензитивность (INT)	0,6	1,75	6,5	0,001
Обсессивность–компульсивность (О-С)	0,65	1,5	24,5	0,04
Депрессия (DEP)	0,5	1,6	6,5	0,001
Тревожность (ANX)	0,4	0,7	12,5	0,002
Фобическая тревожность (PHOB)	0,15	0,65	15,5	0,01
Паранойальные тенденции (PAR)	0,35	1,0	16,0	0,01
Психотизм (PSY)	0,2	0,75	14,0	0,004
Индекс общей тяжести (GSI)	0,5	1,2	11,5	0,002
Общее число утвердительных ответов (PTS)	30	55	14,0	0,004
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,45	1,9	9,0	0,001

Обобщая полученные данные, представим их в виде отдельной таблицы (таблица 8).

Основные результаты проведенного исследования состоят в подтверждении существующего мнения о важности оценки не самого по себе вида заболевания и, возможно, связанных с ним психопатологических симптомов, а опосредованной *уровнем посттравматического стресса* связи вида заболевания и психопатологической симптоматики. Ценность этого результата состоит не только в очередном подтверждении уже хорошо известного мнения («лечить не болезнь, а больного»), но и в спецификации полученного результата относительно психологии посттравматического стресса.

Логика проверки гипотез заключалась в сравнении трех групп респондентов с тяжелыми и опасными заболеваниями с учетом уровня ПТС. Сравнение проводилось таким образом, чтобы сначала сопоставить между собой подгруппы с низким уровнем ПТС и отдельно – подгруппы с высоким уровнем ПТС. Такое сравнение позволяло выявить различия между исходными группами – «онкология А»,

Таблица 8

Специфика психопатологической симптоматики
в разных группах респондентов с высоким уровнем ПТС

«онкология А» опухоль головного мозга (ГМ) – менингиома	«онкология Б» онкология, исключая опухоли ГМ	РМЖ рак молочной железы*	«не онкология» тяжелые соматические заболевания
Депрессия	Тревожность	Фобическая тревожность	Депрессия
Фобическая тревожность	Враждебность	Враждебность	Обсессивность–Компульсивность
Психотизм	Паранойяльные симптомы	Паранойяльные симптомы	Паранойяльные симптомы

Примечание. * – данные исследования, проведенного под руководством Н. В. Тарабриной (2010).

«онкология Б» и «неонкология», контролируя уровень влияния ПТС. Отсутствие различий между тремя группами с низким ПТС, по существу, уравнило респондентов этих групп по уровню тяжести психопатологических симптомов. Различия по психопатологической симптоматике между группами с высоким ПТС показали, каковы особенности этих симптомов у разных групп больных, психологически не справившихся со своими переживаниями по поводу болезни. Не выявлены различия между двумя группами онкологических больных, что позволило верифицировать вторую гипотезу. Наиболее высокий уровень симптоматики выявлен у группы людей с соматическими, неонкологическими заболеваниями. Этот результат показывает, что, возможно, данная группа респондентов переоценивает свои симптомы (самый высокий индекс PSDI), и одновременно указывает на специфику психопатологической симптоматики в данной группе. Это, прежде всего, Обсессивность–Компульсивность (в сравнении с группой «онкология Б»), Депрессия, Психотизм, Паранойяльность (в сравнении с группой «онкология А»).

Сравнение психопатологической симптоматики в трех группах респондентов с высоким уровнем ПТС, по существу, показало специфику группы неонкологических больных, но не выявило особенностей двух групп с онкологическими диагнозами. С целью проверки третьей гипотезы и определения специфики симптомов этих групп было осуществлено сравнение респондентов с низкими и высокими показателями ПТС в каждой исследуемой группе – «онкология А», «онкология Б», «неонкология». Проведенное сравнение подтвердило наличие в группе *соматических больных* Обсессивно-Компуль-

сивных, Депрессивных и Паранойяльных симптомов (таблица 8); до некоторой степени допустимо говорить и о психотической симптоматике (таблица 7). Полагаем, что различные соматические болезни (сердечно-сосудистой системы, ЖКТ и др.) ведут к фиксации на болезни (Обсессивность – Комппульсивность), к акцентированию соматических симптомов, что в определенной мере объясняется объективной необходимостью периодически наблюдаться у врача, принимать лекарства и др. Однако сопряженность Обсессивности–Компульсивности с Депрессией и Паранойяльными симптомами демонстрирует переоценку объективно необходимого комплаенса, которая происходит при высоком уровне посттравматического стресса у определенной части соматических больных. Ценность этого результата состоит не только в теоретическом, но и в практическом значении данных, в соответствии с которыми выявлена тенденция переоценки соматических симптомов в этой группе респондентов, сопряженная со страхом рецидива болезни, неуверенностью в результате лечения и одновременной сосредоточенностью на болезни.

Группа *онкологических больных* (исключая опухоли ГМ, «онкология Б») по своей симптоматике практически идентична группе больных с диагнозом РМЖ (Тарабрина и др., 2010)*; выявлены такие симптомы, как тревожность, враждебность и паранойяльность. «Содержание этой симптоматики у больных часто связано со спецификой заболевания: калечащей операцией, страхом рецидивов заболевания, боязнью оценки окружающих» (Тарабрина и др., 2010, с. 93). Теоретически группа женщин с РМЖ является частью группы «онкология Б», и в этом смысле настоящие данные подтверждают полученные ранее Н. В. Тарабриной с соавт. результаты исследования психологии посттравматического стресса у больных с диагнозом «рак молочной железы». Тревожно-враждебная симптоматика и страхи, связанные с рецидивом заболевания, показывают, в чем именно с психологической точки зрения уязвима данная группа респондентов. Это, прежде всего, своеобразное отрицание проблем, которое проявляется в тенденции проецировать на внешний мир свои переживания (выраженная враждебность), в неспособности справиться со страхами и тревогой.

Сравниваемые нами эмпирически группы с соматическими и онкологическими («неонкология» и «онкология Б») заболеваниями и теоретически группа с диагнозом РМЖ сходны по выражен-

* Различия выявлены в степени тревожности у респондентов с РМЖ – фобическая тревожность (РНОВ), у обследуемой группы респондентов – тревожность (АНХ).

ности Паранойяльных симптомов, но различаются в проявлении Депрессии, Враждебности и Тревоги, а также в отрицании заболевания (в виде проекции на внешний мир своих чувств) или, наоборот, в фиксации на нем. Исследуемая нами группа больных с диагнозом «менингиома» («онкология А») занимает в этом сравнении свое особое место.

Описывая профиль психопатологических симптомов группы *онкологических больных с диагнозом «менингиома»* («онкология А»), мы, прежде всего, должны остановиться на низких показателях этого профиля, в частности, и низких показателях индекса PSDI. Полученные результаты предположительно указывают на своеобразное для этой группы отношение к своему заболеванию. Если, как было показано выше, в группе онкологических больных («онкология Б») выражена проекция переживаний на внешний мир, то в данной группе респондентов наблюдается либо слабое осознание своего состояния (болезни), либо ее отрицание, в принципе характерные для людей, имеющих такой диагноз (Тхостов, 1984). Некоторые из симптомов, специфичных для этой группы, – Депрессия, Фобическая тревожность и Психотизм – обнаружены в профилях двух других групп респондентов, однако в таком именно сочетании они встречаются только в этой группе. Специфическим является, с одной стороны, сниженный уровень настроения – Депрессия, а с другой, высокий уровень психической активности – Психотизм. Полученные данные подтверждают описанные в научной литературе факты о том, что многим пациентам, которым был поставлен диагноз «менингиома», ранее ставились психиатрические диагнозы «психоз», «депрессия» и др. Характерные для этой группы психопатологические симптомы в определенной мере обусловлены объективно регистрируемыми у этих больных астенией и эпилептическими приступами. Тем не менее объективная (неврологические симптомы) и психологическая (посттравматический стресс) картина заболевания не совпадают. По данным настоящего исследования у больных, оперированных по поводу диагноза «менингиома» при высоком уровне ПТС регистрируется триада симптомов (Депрессия, Фобическая тревожность, Психотизм), которая показывает специфику отношения к болезни (неосознание или отрицание симптомов), а также искажение реальности, которое, по-видимому, происходит вследствие неприятия своей болезни.

В заключение отметим, что психологические последствия воздействия на человека опасного заболевания, конечно, обусловлены влиянием целой системы факторов, среди которых переменные

«пол» и «возраст» вносят свой вклад в понимание природы изучаемых явлений. Кроме того, не следует исключать из этой системы факторов уникальность личностных особенностей и жизненный опыт человека, которые при проведении в дальнейшем основного исследования психологических последствий влияния на человека тяжелых соматических заболеваний предполагается так или иначе учитывать. Подчеркивая важность результатов настоящего исследования, отметим, что все группы заболеваний имеют высокий уровень опасности, причем респонденты с различными диагнозами используют разные приемы защиты от негативных переживаний, тем самым показывая, что не только опасность заболевания, но и его характер имеют значение для прогнозирования отдаленных последствий влияния на человека угрожающей жизни болезни.

Литература

- Бочаров А. А. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий при больших и гигантских парасагиттальных менингиомах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011.
- Зинченко Ю. П., Первичко Е. И., Тхостов А. Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 5. С. 31–42.
- Козлов А. В. Результаты хирургического лечения внутричерепных менингиом (продолженный рост и прогнозирование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1988.
- Козлов А. В., Голанов А. В., Бочаров А. А., Ласунин Н. В. Лучевые методы в лечении внутричерепных менингиом: история и современность // Вопросы нейрохирургии. 2010. № 1. С. 58–61.
- Коновалов А. Н., Козлов А. В., Черкаев В. А., Шиманский В. Н., Тянешин С. В., Корниенко В. Н., Пронин И. Н., Голанов А. В., Кобяков Г. Л., Шишкина Л. В., Рыжова М. В., Гольбин Д. А., Галкин М. В., Бочаров А. А., Ласунин Н. В. Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко и перспективы // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. 2013. № 1. С. 12–23.
- Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю. Информативность психологических характеристик больных ИБС для прогноза возвращения к труду после коронарного шунтирования // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2015. № 3 (9). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 12.03.2016).

- Лушкина 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.
- Лушкина А. А., Зайцев О. С., Нагорская И. А., Усачев Д. Ю., Лукшин В. А.* Психопатологические проявления множественных менингиом правого полушария // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Т. 7. № 2. С. 22–27.
- Перфильев А. М., Разумникова О. М., Егоров В. Н., Ступак В. В.* Особенности качества жизни у пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга // Нейрохирургия. 2015. № 1. С. 23–28.
- Сирота Н. А., Фетисов Б. А.* Особенности совладающего поведения женщин, больных раком молочной железы, с внешне видимым послеоперационным дефектом и при его отсутствии // Клиническая и медицинская психология: исследования, образование, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 3 (5). С. 7. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 20.05.2016).
- Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
- Тарабрина Н. В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2007.
- 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.
- Тарабрина Н. В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Журнал консультативной психологии и психотерапии. 2014. № 1. С. 40–63.
- Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А.* Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у больных, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3. С. 32–49.
- Тхостов А. Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1984. № 12. С. 1839–1884.
- Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А.* Психологические последствия влияния на человека опасного для жизни заболевания: анализ случая // Естественно-научный метод в современной психологии / Под ред. В. А. Барabanщикова. 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. 2015. Т. 8. №3. С. 37–46.
- Чудакова И. В. Качество жизни больных зрелыми немозговыми интракраниальными опухолями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
- Щелкова О. Ю., Еремина Д. А. Психосоциальные и клинические факторы когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2015. №3 (8). С. 156–172.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th 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. V. 18. №2. P. 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. V. 36. №7. P. 400–401.
- Coroiu A., Körner A., Burke S., Meterissian S., Sabiston C. Stress and post-traumatic growth among survivors of breast cancer: A test of curvilinear effects // International Journal of Stress Management. 2016. V. 23 (1). P. 84–97.
- Derogatis L. R. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Dijkstra M., van Nieuwenhuizen D., Stalpers L. J. A., Wumkes M., Waagemans M., Vandertop W. P., Heimans J. J., Leenstra S., Dirven C. M., Reijneveld J. C., Klein M. Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma // Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2009. V. 80. №8. P. 910–915.
- Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report // Neuropsychologia. 2004. V. 42. №6. P. 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. V. 47. №5. P. 270–271.
- 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 / Ed. by J. P. Keane. N. Y.: The Guilford Press, 1997.
- 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. V. 153. P. 105–107.
- Kangas M., Williams J. R., Smee R. I.* Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial well-being // *Brain Impairment*. 2011. V. 12. №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. V. 7. №2. P. 163–182.
- Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., Hines A., Serpe M.* Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry*. 2015. V. 27. №2. P. 126–133.
- Mainio A., Hakko H., Niemelä A., Tuurinkoski T., Koivukangas J., Räsänen P.* The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2003. V. 74. №9. P. 1278–1282.
- 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. V. 41. №6. P. 599–601.
- McGinty H. L., Small B. J., Laronga C., Jacobsen P. B.* Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors // *Health Psychology*. 2016. V. 35 (1). P. 1–9.
- Mena C.* Presentación y discusión del caso de la paciente M. E. D., HC No. 44216, Servicio de la Sala “Concha García”: Presentation and discussion of the case history of patient MED // *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 1982. V. 23. №2. P. 291–302.
- Oppler W.* Manic psychosis in a case of parasagittal meningioma // *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1950. V. 64. P. 417–430.
- Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., Miś M., Druszcz A.* The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatrics Polska*. 2009. V. 6. №3. P. 135–139.
- 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. V. 54. №2. P. 187–191.
- 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. V. 33. №6. P. 1082–1083.