

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-2-44-53

Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы

Васильева А.В.¹, Караваева Т.А.¹, Лукошкина Е.П.², Карпов А.О.³¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург,² ООО Многопрофильная клиника «Кадуцей»,³ ГБУЗ Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Резюме. В статье описываются результаты проведенного исследования факторов риска развития ПТСР на примере пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки. Представлены результаты сравнительного анализа социальных характеристик и особенностей развития среди пациентов с ПТСР и устойчивых к стрессу. Обнаружено, что в подгруппе пациентов с ПТСР предшествующие травматические события, связанные с физическим насилием, опытом развода, а также участия в ДТП встречались достоверно чаще. В результате проведения регрессионного анализа было выявлено, что на уровень выраженности ПТСР влияет совокупность следующих факторов: шкала «Конструктивное внешнее Я-отграничение» методики «Я структурный тест Аммона», общее значение показателя дисфункциональной вины методики «Модифицированная шкала вины», шкала «Риск» методики «Тест Жиснестойкости». Были выделены факторы риска развития ПТСР: сложности в установлении границ с окружающими, наличие дисфункциональной вины, тенденция к избеганию ошибок в противовес принятию риска, недостаточно сформированная личностная идентичность.

Ключевые слова: рак прямой кишки, колостома, социально — психологические факторы риска посттравматического стрессового расстройства, ПТСР, регрессионный анализ.

Socio-psychological risk factors for the development of posttraumatic stress disorder in patients with rectum cancer, who undergone colostomia

Vasileva A.V.¹, Karavaeva T.A.¹, Lukoshkina E.P.², Karpov A.O.³¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg² LLC Multidisciplinary clinic «Caduceus»³ Cancer Scientific Practical Center, Saint-Petersburg

Summary. The article describes the results of a study of risk factors for the development of PTSD in patients with rectum cancer, who underwent colostomia. The results of a comparative analysis of social characteristics and developmental peculiarities among patients with PTSD and stress-resistant patients are presented. It was found that in the group of patients with PTSD previous traumatic events related to physical violence, the experience of divorce, and participation in road accidents were more frequent. As a result of the regression analysis, it was revealed that the following factors affect the level of PTSD severity: the «Constructive external I-delineation» scale of the «I-structural test of Ammon», the value of the dysfunctional fault indicator of the «SGSS», the «Risk» scale of «The Hardness Lifestyle Test». Risk factors for the development of PTSD were identified: difficulties in establishing boundaries with others, the presence of dysfunctional guilt, the tendency to avoid mistakes instead of accepting risk, an insufficiently formed personal identity.

Key words: rectal cancer, colostomy, socio — psychological risk factors for posttraumatic stress disorder, PTSD, regression analysis.

В последнее время отмечается рост интереса к оценке психологического состояния у онкологических больных, формированию у них пограничных психических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Появилось много работ, указывающих, что онкологический диагноз является мощным стрессогенным фактором, приводящим к срыву адаптационных механизмов, истощению психо-

логических ресурсов психического и физического здоровья пациента [1, 5, 7, 13, 14, 15]. Зарубежные исследователи указывают на значимость преморбидных характеристик, наличие психотравмирующих ситуаций в анамнезе, отсутствие социальной поддержки, отягощенность наследственности психической патологией для развития коморбидного ПТСР при онкологических заболеваниях [11, 12, 15]. Однако, на сегодняшний момент в отече-

ственной литературе существует достаточно мало работ, посвященных этой теме [2, 4].

В ряде случаев пациенты скорее эго-синтонно (индивидуально приемлемо) относятся к развивающимся на фоне злокачественного процесса или в качестве индивидуально-психологической реакции на заболевание тревожно-депрессивным состоянием, вследствие чего не обращаются за специализированной помощью. Однако симптомы ПТСР, проявляющиеся в чувстве беспомощности, растерянности, вторгающихся пугающих образов, навязчивых переживаниях о прогрессировании заболевания могут в значительной степени влиять на совладание с онкозаболеванием. В частности, выбор пассивных копинг-стратегий может определять выбор стратегий избегания, отказных реакций, связанных с лечением онкозаболевания, а также в использовании алкоголя и бесконтрольном употреблении транквилизаторов с целью самомедикации [6].

Следует учитывать, что коморбидное психическое расстройство, в особенности ПТСР, проявляясь не только эмоциональными нарушениями, но и запуская каскад реакций гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси, может в значительной степени влиять на течение основного заболевания и общее состояние здоровья пациента. Таким образом, важной задачей в комплексном лечении пациентов со злокачественными заболеваниями становится своевременное выявление и терапия, включающая психофармакотерапию и психосоциальные интервенции коморбидного ПТСР (психоонкология книжка, ссылка).

В связи с вышесказанным особое значение приобретает выделение набора индивидуальных клиничко-психологических характеристик, указывающих в своей совокупности, что пациент со злокачественным новообразованием находится в группе риска развития ПТСР, этому и было посвящено наше исследование. В качестве группы для изучения были отобраны пациенты с широко распространенной локализацией онкологического заболевания — рака, после хирургического лечения и формирования колостомы. Одним из предполагаемых факторов, способных усугублять психологический дистресс в исследуемой группе больных, являлся калечащий характер операции — колостомии — которой подверглись все пациенты в выборке. Данное вмешательство приводит не только к изменению внешнего облика, но и несет за собой существенные ограничения в жизнедеятельности больных, снижает качество жизни что может усугублять последствия травмы.

На момент включения в исследования все пациенты находились в состоянии компенсации. В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница — не менее трех месяцев после проведения операции.

Критерии включения пациентов:

1. Подписание информированного согласия.

2. Дееспособные мужчины и женщины в возрасте 18-65 лет, свободно владеющие русским языком
3. Наличие онкологического заболевания прямой кишки
4. Пациенты, получившие в течении последних 3 месяцев хирургическое лечение с формированием колостомы по поводу рака прямой кишки
5. Суммарный балл по скрининговому опроснику ПТСР >6 Стабильное соматическое состояние

Критерии не включения пациентов:

1. Возраст менее 18 лет и более 65 лет
2. Наличие умеренных и выраженных когнитивных расстройств
3. Прогрессирование онкологического заболевания
4. Тяжелое нестабильное соматическое состояние
5. Отсутствие информированного согласия.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе проводился скрининг пациентов с помощью скринингового опросника ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002) с помощью которого методом сплошной выборки было скринировано 174 пациента с раком прямой кишки, получивших хирургическое лечение с формированием колостомы. В дальнейшем на основании результатов скрининга и экспертного клинического интервью для верификации диагноза ПТСР была сформирована группа для подробного исследования, в которую был включено 19 пациентов, завершивших лечение по поводу диагноза «рак прямой кишки», без отдаленных метастазов с формированием колостомы. Возраст обследуемых составил от 37 до 62 лет (средний возраст — $49,5 \pm 6,2$ г.). Пациенты, продемонстрировавшие признаки конструктивного совладания с онкозаболеванием были отобраны в группу сравнения, в которую вошли 22 человека.

Основной целью нашего исследования являлось изучение индивидуальных клиничко-психологических характеристик, влияющих на риск развития ПТСР у онкологических пациентов. Для этого на втором этапе исследования использовался клинический (клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-патогенетический) метод. С его помощью было возможно определить тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику, уточнить основные кластеры типичных для ПТСР симптомов. Следующей задачей стало выявить анамнестические психо-социальные особенности пациентов. Было разработано авторское структурированное анамнестическое интервью для оценки клинических, социальнo-демографических и психосоциальных характеристик больных.

Также использовался экспериментально-психологический метод, который включал в себя комплекс методик: 1. Шкала тяжести психосоциальных стрессов для взрослых (Каплан Г.И., Сэдок

Б.Дж., 1994) 2. Модифицированная шкала вины (SGSS, Marshall D. et al., 1994) 3. Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Расказова, 2006). 4. Я-структурный тест Аммона (Г. Аммон 1976, адаптация Ю. Я. Тупицин, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998). 5. Методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014) 6. Методика «Опыт близких отношений» (К. Бреннан и К. Фрейли, 2000; адап. Т.В. Казанцева, 2008).

Математико-статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с помощью стандартных методов математической статистики, включенных в статистический пакет SPSS 24.0 и Excel 2007. Результаты клинико-психологического интервью в группах пациентов сопоставлялись и оценивались с помощью анализа таблиц сопряженности и критерия χ^2 -Пирсона. Оценка различий между выборками по средним значениям психодиагностических методик проводилась при помощи критерия U-Манна-Уитни. Для исследования влияния независимых переменных (за которые были приняты результаты психодиагностического исследования) на зависимую (выраженность симптомов ПТСР), а также для оценки степени значимости для предсказания зависимой переменной, был проведен множественный регрессионный анализ.

Были проанализированы социальные характеристики пациентов и их соотношение в обеих группах. Данные уровня образования показали, что, не смотря на более высокий уровень образования группы пациентов с признаками ПТСР, статистически значимо эти группы не различаются. В то же время исследования, посвященные ПТСР при других онкологических заболеваниях с калечащими операциями показали, что пациенты с конструктивным совладанием с болезнью характеризовались значимо более высоким уровнем образования, что может быть связано с выбором наиболее эффективных копинг стратегий, реализуемых человеком для преодоления травматических событий [9,11].

Статистически значимых различий по показателям семейного положения между группами также не было выявлено: большинство пациентов обеих групп не имели партнера (14,6% одинокие; 26,8 % в разводе, 24,3% вдовство), у большинства пациентов нет детей (80,9%). Подавляющее большинство (58,5%) пациентов, принявших участие в исследовании, отрицают наличие конфликтов в своей семье. При этом в литературе встречается упоминание о взаимосвязи семейного положения и наличия социальной поддержки с уровнем выраженности ПТСР [16]. Количественное и процентное распределение числа пациентов с признаками ПТСР и устойчивых к стрессу в связи с социальными характеристиками представлены в табл. 1.

Анализ анамнестических данных пациентов, полученных в ходе авторского полуструктурированного интервью показал, что, несмотря на то, что большее количество пациентов с признаками

ПТСР воспитывались в неполных семьях, статистически значимо эти группы не различаются. При этом пациенты с признаками ПТСР достоверно чаще переживали физическое насилие в семье, как в отношениях между родителями, так и по отношению к пациенту в детском возрасте. В группе пациентов с клиническими признаками ПТСР не было ни одного случая развода родителей, и имеются значимые различия с группой пациентов, устойчивых к стрессу. Данные противоречивые результаты можно объяснить тем фактом, что наличие длительно существующих выраженных внутрисемейных конфликтов может выступать в качестве кумулятивной травмы, снижающей чувство базовой безопасности и ограничивающей вследствие недостаточного количества позитивных интроектов адаптивность личности. При этом ситуация развода в нуклеарной семье может обладать меньшей патогенностью при наличии надежных отношений.

Количественное и процентное распределение числа пациентов с признаками ПТСР и устойчивых к стрессу в связи с особенностями развития представлены в табл. 2.

В литературе, посвященной факторам риска развития ПТСР, предшествующие жизненные стрессовые события рассматриваются как значимый фактор риска для уязвимости к манифестации ПТСР. К примеру, анализ результатов исследования на пациентах с онкологическими заболеваниями молочной железы показал, что пациенты с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций переживали больше жизненных стрессов до заболевания, а влияющие пережитых травматических ситуаций на собственную жизнь они оценивают, как более значимое [10]. Таким образом, в качестве одной из задач исследования было изучение характеристик стрессовых и травматических событий пациентов обеих групп и их сравнительный анализ.

При сравнении обеих групп по наличию стрессовых событий, связанных с семейными отношениями, было обнаружено, что пациенты с ПТСР достоверно чаще переживали развод. Количественное и процентное распределение числа пациентов с признаками ПТСР и устойчивых к стрессу в связи с наличием стрессовых событий представлены в табл. 3.

При изучении типа (содержания) травматического события в исследуемых группах было обнаружено, что некоторые травматические события выявлялись статистически достоверно чаще. Так, пациенты с признаками ПТСР достоверно чаще переживали физическое насилие (в данном случае подразумеваются ситуации, представляющие реальную угрозу для жизни). Среди пациентов, страдающих ПТСР, также выявлено больше случаев транспортных катастроф в сравнении с респондентами подгруппы риска.

Изучение психических травм, связанных со смертью эмоционально значимых людей среди пациентов из двух групп не выявило статистически значимых различий. Обе выборки характеризуются

Характеристика		Пациенты без ПТСР		Пациенты с ПТСР		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Образование	Среднее	8	36,4	2	10,5	10	24,4
	Среднее профессиональное	2	9,1	3	15,8	5	12,2
	Незаконченное высшее	1	4,5	0	0	1	2,4
	Высшее	11	50	14	73,7	25	61,0
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=4,967; p=0,174$							
Семейное положение (n=42)	Одинок	3	13,6	3	18,8	6	14,6
	В гражданском браке	3	13,6	2	12,5	5	12,1
	В браке	6	27,3	3	18,8	9	21,9
	В разводе	6	27,3	5	31,2	11	26,8
	Вдова/вдовец	4	18,2	6	37,2	10	24,3
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=5,890; p=0,207$							
Дети	Есть	5	22,7	3	15,5	8	19,1
	Нет	17	77,3	16	84,5	33	80,9
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=0,186; p=0,980$							
Наличие конфликтов своей семье	Нет	13	59,0	11	57,8	24	58,5
	Редко	2	9,5	2	10,5	4	9,7
	Иногда	5	22,0	3	15,7	8	19,5
	Часто	2	9,5	3	15,7	5	12,3
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=2,368; p=0,500$							

ются наличием достаточно большого количества утрат близких людей, среди них: родителей, супруга, детей.

При сравнении обеих групп по наличию стрессовых событий, связанных с семейными отношениями, было обнаружено, что пациенты с ПТСР достоверно чаще переживали развод. При этом пациенты без признаков ПТСР отмечают у себя наличие травм, связанных с постоянными семейными конфликтами, которые не встречаются в группе пациентов с ПТСР. Количественное и процентное распределение числа пациентов с признаками ПТСР и устойчивых к стрессу в связи с наличием стрессовых событий представлены в табл. 3.

Изучение показателей жизнестойкости пациентов обеих групп не выявило статистически значимых различий. Несмотря на то, что в группе пациентов с ПТСР средний балл показателя жизнестойкости был несколько ниже, в целом показатели по всем шкалам обеих групп соответству-

ют нормативным значениям и указывают на наличие убеждений, способствующих эффективно-му совладанию. Для обеих групп пациентов характерно ощущение собственного контроля над происходящим и убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат. Группа пациентов с признаками ПТСР показывает несколько меньшие показатели по шкале «принятие риска», что указывает на некоторый недостаток готовности действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, стремление к комфорту и безопасности, тенденции к избеганию ошибок в противовес развитию за счет приобретенного опыта.

Был проведен сравнительный анализ средних значений, полученных в ходе психодиагностического исследования: анализ базовых личностных функций с помощью Я-структурного теста Аммона, особенности отношения к болезни с помощью методики болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014) и тип привязанности с помощью методики «Опыт близких отношений» (К.

Таблица 2							
Характеристика		Пациенты без ПТСР		Пациенты с ПТСР		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Состав Родительской семьи	Полная	16	72,7	11	57,9	27	65,9
	Родители в разводе	4	18,2	5	26,3	9	22,0
	Не полная	2	9,1	3	15,8	5	12,2
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=1,023$; $p=0,600$							
Конфликты в родительской семье	Нет	13	59,1	6	31,6	19	46,3
	Редко	1	4,5	3	15,8	4	9,8
	Иногда	4	18,2	8	42,1	12	29,3
	Часто	4	18,2	2	10,5	6	14,6
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=5,388$; $p=0,145$							
Физическое насилие в родительской семье	Нет	20	90,9	9	47,4	29	70,7
	Между родителями	1	4,5	8	42,1	9	22,0
	По отношению к ребенку	1	4,5	2	10,5	3	7,3
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=9,783$; $p<0,01$							
Развод родителей в детском возрасте	нет	18	81,8	19	100	37	90,2
	да	4	4	0	0	4	9,8
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=3,828$; $p<0,05$							
Подростковый возраст	С конфликтами	18	81,8	16	84,2	34	82,9
	Без конфликтов	4	18,2	3	15,8	7	17,1
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=0,041$; $p=0,839$							

Бреннан и К. Фрейли, 2000; адап. Т.В. Казанцева, 2008). Анализ полученных результатов позволил выделить характеристики, участвующие в последующем множественном регрессионном анализе.

В качестве зависимой переменной для проведения МРА была выбран балл, полученный пациентами по шкале скрининга ПТСР, при этом рассматривалось значение на шкале от 0 до 10, т.е. от минимального, что свидетельствует об отсутствии признаков ПТСР, до максимального, что соответствует наличию клинически выраженного ПТСР. В качестве независимых переменных были выбраны значения, полученные по всем шкалам психодиагностической части исследования.

Из нескольких моделей взаимосвязи исследуемых явлений для дальнейшего анализа была выбрана модель, включающая три переменных, оказывающих наибольшее влияние ($R^2=0,75$). Ука-

занное значение квадрата детерминации говорит о том, что модель может объяснить 75% дисперсии зависимой переменной, т.е. группы, к которой в итоге можно отнести пациента; стоит отметить, что данное значение является удовлетворительным показателем. Также данная модель характеризуется высоким значением F-критерия Фишера ($F=16,1$) и высоким уровнем значимости ($p<0,001$). В таблице 4 представлены коэффициенты для анализируемой модели.

Анализ модели позволяет увидеть, что на отнесение пациентов к той или иной группе влияет совокупность следующих факторов: значение по шкале «Конструктивное внешнее Я-отграничение» методики «Я структурный тест Аммона», общее значение показателя дисфункциональной вины методики «Модифицированная шкала вины», а также значение по шкале «Риск» методики «Тест

Характеристика		Пациенты без ПТСР N=22		Пациенты с ПТСР N=19		φ*эмп	p
		N	%	N	%		
Смерть	Отца	4	18,2	2	10,5	0,703	p>0,05
	Матери	1	4,5	3	15,8	1,238	p>0,05
	Обоих родителей	7	31,8	2	10,5	1,717	p<0,05
	Супруга	5	22,7	6	31,6	0,637	p>0,05
	Ребенка	2	9,1	1	5,3	0,479	p>0,05
Сексуальное насилие (изнасилование или попытка изнасилования)		1	4,5	3	15,8	1,238	p>0,05
Физическое насилие		1	4,5	5	26,3	2,068	p<0,05
Этнические	Статус беженца, вынужденное переселение	1	4,5	2	10,5	0,738	p>0,05
	Ностальгия	2	9,1	1	5,3	1,956	p>0,05
Семья	Постоянные семейные конфликты	3	4,5	1	0	2,415	p>0,05
	Развод	4	27,3	11	57,9	2,709	p<0,01
Вынужденное одиночество		3	13,6	3	15,8	0,194	p>0,05
Социальные травмы	Потеря работы	2	9,1	3	15,8	0,654	p>0,05
	Тяжелое материальное положение	1	4,5	3	15,8	1,238	p>0,05
Транспортные происшествия	ДТП	1	4,5	5	26,3	2,068	p<0,05

Жизнестойкости». При этом наибольший вклад в общую прогностичность оказывает переменная «Внешнее Я-отграничение» ($\beta = -0.935$; $p < 0.001$), следом по значимости идет показатель дисфункциональной вины ($\beta = 0,863$; $p < 0.001$); меньшую значимость несет переменная принятие риска ($\beta = -0.405$; $p = 0,026$).

С учетом того, что максимальным значениям независимой переменной соответствовала максимальная выраженность ПТСР, мы можем интерпретировать полученные в ходе МРА результаты следующим образом: чем ниже показатель «Конструктивное внешнее Я-отграничение» и «Принятие риска» с одновременным повышением по шкале дисфункциональной вины, тем больше вероятность наличия у пациента симптомов ПТСР.

Снижение показателя по шкале Конструктивное внешнее Я-отграничение говорит о менее гибкой границе между своим «Я» и другими людьми, меньшей способности представлять свои эмоции и интересы другим людям, принимать самостоятельные решения, усваивать новый опыт. Я-отграничение рассматривается как одна из основных функций, регулирующих отношения. Таким образом, в стрессовой ситуации оно определяет способность обращаться за помощью, использовать других людей в качестве социального ресурса, разделяя с ними свои страхи и опасения

без угрозы потерять внутриличностные границы за счет выражения интенсивных аффектов. Снижение по данной шкале может быть представлено в двух вариантах: либо чрезмерной закрытости, отчужденности, либо в обратном случае, когда границы проницаемы и имеются трудности в дифференцировании себя от других людей. Поскольку конструктивное внешнее Я-отграничение предполагает способность вовремя от времени открывать свои физические и психические границы для получения нового жизненного опыта и последующей его интеграции в собственной личности, снижение по данной шкале косвенно указывает на снижение адаптационного потенциала личности.

Повышение по шкале дисфункциональной вины говорит о склонности пациентов испытывать стойкое выраженное чувство вины, связанное с переживанием болезни, близкими и семейными отношениями, прошлым опытом; что соответствует предыдущим исследованиям, в которых указывается, что вина может занимать значительную роль в развитии ПТСР (McNally R.J., 2003; Александровский Ю.А., 2007, Решетников М.М., 2005; Колов)

Снижение показателя «Принятия риска» отражает недостаток готовности действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, стремление к комфорту и безопасности, тенденцию к избега-

Таблица 3							
Характеристика		Пациенты без ПТСР		Пациенты с ПТСР		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Смерть	Отца	4	18,2	2	10,5	6	14,6
	Матери	0	0	3	15,8	3	7,3
	Обоих родителей	7	31,8	2	10,5	9	22,0
	Супруга	5	22,7	6	31,6	11	26,8
	Ребенка	2	9,1	0	0	2	4,9
	Нет	4	18,2	6	31,6	10	24,4
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=8,763; p=0,119$							
Участие в боевых действиях	В зоне ведения боевых действия	1	4,5	0	0	1	2,4
	Нахождение в заложниках	1	4,5	0	0	1	2,4
	Нет	20	90,9	19	100	39	95,1
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=1,816; p=0,403$							
Сексуальное насилие	Изнасилование или попытка изнасилования	1	4,5	3	15,8	4	9,8
	Нет	21	95,5	16	84,2	37	90,2
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=1,464; p=0,226$							
Физическое насилие	да	1	4,5	5	26,3	6	14,6
	нет	21	95,5	14	73,7	35	85,4
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=3,828; p<0,05$							
Этнические	Статус беженца, вынужденное переселение	0	0	2	10,5	2	4,9
	Ностальгия	2	9,1	0	0	2	4,9
	Нет	20	90,9	17	89,5	37	90,2
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=4,045 ; p=0,132$							
Характеристика		Пациенты без ПТСР		Пациенты с ПТСР		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Семья	Постоянные семейные конфликты	3	4,5	0	0	1	2,4
	Развод	4	27,3	11	57,9	17	41,5
	Нет	15	68,2	8	42,1	23	56,1
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=4,405; p<0,05$							
Вынужденное одиночество	да	3	13,6	3	15,8	6	14,6
	нет	19	86,4	16	84,2	35	85,4
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=0,038; p=0,846$							

Исследования

Социальные травмы	Смена работы со снижением социального статуса	1	4,5	0	0	1	2,4
	Потеря работы	2	9,1	3	15,8	5	12,2
	Тяжелое материальное положение	1	4,5	3	15,8	4	9,8
	Нет	18	81,8	13	68,4	31	75,6
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=2,802; p=0,423$							
Транспортные происшествия	Автомобильная	0	0	5	26,3	5	12,2
	На общ. транспорте	1	4,5	0	0	1	2,4
	Нет	21	95,5	14	73,7	35	85,4
Количество в группе (n)		n=22		n=19		n=41	
$\chi^2=7,219; p<0.05$							

Таблица 4

Включенные переменные	Нестандартизованные		Стандартизованные	t	p
	B	Стандартная ошибка	β (beta)		
(Константа)	1,446	0,733		0,701	0,494
Конструктивное внешнее Я-отграничение	-0,149	0,023	-0,935	-6,526	0,000
Вина	0,356	0,072	0,863	4,928	0,000
Принятие риска	-0,217	0,088	-0,405	2,464	0,026

нию ошибок в противовес развитию за счет приобретенного опыта.

Полученная в ходе МРА модель требует дальнейшего уточнения при увеличении выборки, однако уже может быть использована с прогностической целью для своевременного выявления пациентов группы риска развития ПТСР и формирование психотерапевтических мишеней для работы с ними.

На сегодняшний день негативное влияние психического расстройства, в том числе ПТСР, на течение онкологического заболевания не вызывает сомнения. Однако требуются дополнительные исследования для определения факторов, способствующих появлению стрессовых расстройств у онкологических больных. Известно, что реакция на воздействие стрессоров может быть различной в зависимости от личностных характеристик пациентов, их жизненных установок и ценностей, возраста, семейного статуса и является интегративным ответом на когнитивную оценку и эмоциональную значимость того или иного аспекта психотравмирующей ситуации заболевания.

В сравнительном исследовании пациентов с онкологией прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы, были выделены следующие факторы риска развития ПТСР: сложности в установлении границ с окружающими, наличие дисфункциональной вины, тенденция к избеганию ошибок в противовес принятию риска, недостаточно сформированная личностная идентичность. В отношении предшествующих жизненных стрессов, пациенты обеих групп различаются по типам травмирующих событий, однако в целом обе выборки характеризуются достаточно большим количеством травм.

В заключение можно утверждать, что сформированная при помощи МРА модель может рассматриваться в качестве пилотной и может быть уточнена на большей выборке, однако она уже может применяться с прогностической целью для выявления группы риска развития ПТСР у онкологических больных.

Литература

1. Караваева Т.А., Васильева А.В., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Лукошкина Е.П., Беляев А.М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных // Вопросы онкологии. — 2016. — №2. — С. 355-360.
2. Лукошкина Е.П., Т. А. Караваева, А. В. Васильева Этиология, эпидимология и психотера-

- ния сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. — *Вопросы онкологии*. — 2016. — №6. — С.774-784.
3. Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Московченко Д.В., Сирота Н.А. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников. — *Вопросы онкологии*. — 2013. — №59. — С.1225.
 4. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями / Т. А. Караваяева, А. В. Васильева, Е. П. Лукошкина // *Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство* / А.М. Беляев и др. / под ред. А. М. Беляева и др. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии», 2017. — Гл. 10. — С. 228-241.
 5. Сидоров П. И. , Соловьев А. Г. , Новикова И. А. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / под ред. П. И. Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ, — 2006. — 568 с
 6. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. — 2014. — № 4. — С. 86-91.
 7. Смудевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. — М. — 2011. — 720с.
 8. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2014. — № 1. — С. 9-13.
 9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер. — 2001. — 272с.
 10. 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. — 175с.
 11. Abbey G, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. - *Psychooncology*. — 2015. — Vol.24. — P.371-381.
 12. Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues// *Psychosomatics*. — 2002. — Vol.43. — P.259-281.
 13. Kangas M. DSM-5 trauma and stress related disorders: implications for screening for cancer-related stress. — *Front Psychiat*. — 2013. — Vol.4. — P.122.
 14. Mehnert A, Koch U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. — *Psychooncology*. — Vol.16. — P.181-188.
 15. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. — *Psychol Bull*. — Vol.129. — P.52-73.

References

1. Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V., Semiglazova T.U., Karickij A.P., Lukoshkina E.P., Belyaev A.M. / *Algoritm diagnostiki trevozhnyh rasstrojstv nevrologicheskogo urovnya u onkologicheskikh bol'nyh*. // *Voprosy onkologii*. — 2016. — №2. — S.355-360.
2. Lukoshkina E.P., T. A. Karavaeva, A. V. Vasil'eva *Etiologiya, ehpidiologiya i psihoterapiya sopustvuyushchih psihicheskikh rasstrojstv pri onkologicheskikh zabolovaniyah*. *Voprosy onkologii*. — 2016. — №6. — S.774-784.
3. Olejnikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., Moskovchenko D.V., Sirota N.A. *Diagnostika posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u bol'nyh rakom yaichnikov*. — *Voprosy onkologii*. — 2013. — Vol.59. — P.1225.
4. *Razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u pacientov s onkologicheskimi zabolovaniyami* / Т. А. Караваяева, А. В. Васильева, Е. П. Лукошкина // *Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство* / А.М. Беляев и др. / под ред. А. М. Беляева и др. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». — 2017. — Гл.10. — С.228-241.
5. Sidorov P. I. , Solov'ev A. G. , Novikova I. A. *Psihosomaticheskaya medicina: rukovodstvo dlya vrachej* / pod red. P. I. Sidorova. — М. : MEDpress-inform. — 2006. — 568s.
6. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. *Psihodiagnostika straha progressirovaniya zabolovaniya: rezul'taty aprobacii russkoyazychnoj versii oprosnika straha progressirovaniya zabolovaniya* // *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. — 2014. — № 4. — S.86-91.
7. Smulevich A.B. *Psihicheskie rasstrojstva v klinicheskoy praktike*. — М. — 2011. — 720s.
8. Tarabrina N.V. *Posttravmaticheskij stress u bol'nyh ugrozhayushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolovaniyami*. // *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. — 2014. — № 1. — S.9-13.
9. Tarabrina N.V. *Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa* — SPb: Piter. — 2001. — 272s.
10. Tarabrina N.V., Vorona O. A., Kurchakova M.S., Padun M. A., SHatalova N.E. *Onkopsihologiya: posttravmaticheskij stress u bol'nyh rakom molochnoj zhelezy* / М.: Изд-во «Институт психологии РАН». — 2010. — 175с.

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Каравалева Татьяна Артуровна — д.м.н., руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: tania_kar@mail.ru

Лукошкина Екатерина Павловна — клинический психолог, ООО многопрофильная клиника «Кадуцей». E-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Карпов Антон Олегович — клинический психолог, СПб ГБУЗ КНПЦСВМП(о) Клинический Научно Практический Центр Современных Видов Медицинской Помощи (онкологический), E-mail: KRPV@mail.ru