

## Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями

Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д.  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

**Резюме.** Изучалась сравнительная динамика клинико-психологических показателей у больных с первично диагностированными онкологическими заболеваниями, с которыми была проведена программа медико-психологической реабилитации, включавшая краткий курс групповой и индивидуальной когнитивной психотерапии, на этапе основного лечения после хирургического вмешательства. Результатом стали значимые по сравнению с контрольной группой изменения: снижение показателей ситуативной тревоги и депрессии, улучшение соматического самочувствия и качества жизни (эмоционального и социального функционирования), снижение показателей усталости, боли и улучшение аппетита. У пациентов, прошедших программу психотерапии, субъективно отмечалась лучшая переносимость физического дискомфорта, связанного с проводимой химио- и лучевой терапией.

**Ключевые слова:** психоонкология, онкопсихология, психотерапия в онкологии, психологическая реабилитация в онкологии, качество жизни, психологическая помощь.

### Analysis of the results of the program of cognitive psychotherapy to patients with cancer

N.V. Semenova, S.V. Lyashkovskaya, I.S. Lysenko, P.D. Chernov  
V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg

**Summary.** The dynamics of clinical and psychological indicators in patients with primary diagnosed oncological diseases, which was carried out a program of medical and psychological rehabilitation, including a short course of group and individual cognitive psychotherapy, at the stage of basic treatment after surgery. The result was significant compared to the control group changes: reduction of indicators of situational anxiety and depression, improvement of somatic well-being and quality of life (emotional and social functioning), reduction of fatigue, pain and improved appetite. Patients who underwent a program of psychotherapy, subjectively noted better tolerability of physical discomfort associated with the ongoing chemotherapy and radiation therapy.

**Key words:** psychooncology, oncopsychology, psychotherapy in cancer, psychological rehabilitation in oncology, quality of life, psychological help.

Необходимость включения психологической и психотерапевтической помощи в программу лечения и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями обоснована многочисленными исследованиями [1,2,3,4]. Однако актуальной научной задачей представляется разработка эффективных программ психотерапевтической помощи с учетом клинико-психологических особенностей онкологических больных на разных этапах основного лечения, с учетом различных клинических переменных. В настоящее время достаточно хорошо изучены особенности психических расстройств, возникающих в связи с онкологическим заболеванием [1,5,6]. Однако имеет смысл описание специфических мишеней психотерапии, которыми помимо тревоги и депрессии, могут быть ряд психологических и личностных характеристик [5,6,7]. Для практической работы психолога и психотерапевта в онкологическом учреждении необходимо обоснование эффективности конкретных методов (программ) психотерапии.

**Цель исследования.** Изучение динамики клинико-психологических показателей и ее специфики у пациентов с онкологическими заболева-

ниями при прохождении ими реабилитационной медико-психологической программы, разработанной с учетом клинических и психологических особенностей исследуемой группы, включающей сочетание групповой и индивидуальной когнитивной психотерапии, для оценки эффективности данной программы.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 75 женщин с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями. Средний возраст группы составил  $49,41 \pm 1,25$  лет. Из них 86,7% страдали злокачественными новообразованиями молочной железы, и 13,3% — опухолями других локализаций (кишечник, гинекологическая сфера, кожные покровы). Средняя длительность заболевания составила  $6,04 \pm 0,66$  месяцев. На момент обследования однократное хирургическое лечение проведено в 87% случаев, в 5% случаев операция не проводилась, в 8% было проведено более 1 хирургического вмешательства. Среди исследованных пациенток 88% получали химиотерапию, 53% лучевую терапию, 7% гормональную терапию, 5% — иную терапию (герцептин, таргетный препарат). Для обследования применя-

лись клинический, клинико-психологический и экспериментально-психологический методы.

Обследование пациентов включало следующие процедуры. В начале проводился скрининг на соответствие критериям включения в исследование: наличие впервые установленного в течение последнего года диагноза онкологического заболевания, возраст до 60 лет, подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Затем врач-психотерапевт проводил с пациентами консультацию, в процессе которой выявлялись клинико-анамнестические данные, наличие жалоб на свое психологическое состояние, отношение к болезни и лечению, психологические и личностные особенности, характер отношений с близкими людьми, способ переживания актуальной психотравмирующей ситуации, связанной с наличием онкологического заболевания. Затем клинический (медицинский) психолог проводил психодиагностическое обследование с применением психометрических методов для оценки выраженности психопатологических жалоб и объективизации симптоматического состояния (симптоматический опросник SCL-90-R), оценки уровня и структуры тревоги (Интегративный тест тревожности — ИТТ), выраженности астенического состояния (шкала астении), оценки суицидальных факторов (шкала суицидального риска ШСР). Для учета личностных характеристик была использована методика «Личностный дифференциал», адаптированная в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Наличие иррациональных установок, влияющих на возникновение стресса, оценивалось с помощью методики А. Эллиса. Адаптационные механизмы исследовались на основе анализа ведущих стратегий совладающего поведения по адаптированному в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева варианту теста Лазаруса. Также проводилась оценка показателей качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30. Для учета клинических и социально-психологических характеристик была разработана специальная анкета. Протокол исследования в рамках клинической апробации был одобрен Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Все пациенты на момент обследования находились на этапе специализированного лечения основного заболевания. Они проходили курсы химиотерапии и/или лучевой терапии, других видов специального лечения. Большинство пациентов прошли в течение предшествующих 3-х месяцев хирургическое лечение. Все пациенты имели 2-3 стадию онкологического заболевания и относительно хороший прогноз.

Далее в исследуемой группе проводилась процедура рандомизации с разделением на основную и контрольную группы. В основной группе оказалось 38 человек, в контрольной 37.

С основной группой проводилась психотерапевтическая программа, контрольная группа получала только основное онкологическое лечение.

Для статистического анализа были использованы методы описательной статистики, подсчитыва-

лись средние значения ( $M$ ) и стандартная ошибка среднего значения ( $m$ ). Группа больных с впервые диагностированными ЗНО, прошедшие программу психотерапии (основная группа) сравнивались с группой больных, не участвующих в программе психотерапии (контрольная группа) с помощью непараметрического  $U$ -критерия Манна-Уитни дважды — при включении в исследование и через 2 месяца. Для оценки динамики показателей в основной группе использовался критерий Вилкоксона. Статистический анализ осуществлялся с помощью статистического пакета SPSS 21.0. Результаты считались значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Из обобщения и анализа полученных нами клинико-психологических показателей в исследуемой группе (до участия в психотерапевтической программе) были сформулированы следующие задачи психологической помощи пациентам, проходящим лечение по поводу онкологического заболевания [7]. Первый блок задач связан с наличием психопатологической симптоматики и ряда жалоб на нарушенное психологическое состояние. Главными мишенями являются комплексы проявлений, связанные с тревогой и депрессией. Задачами в данном случае является развитие навыков распознавания эмоциональных реакций и их вегетативных проявлений и дифференциацию их от проявлений онкологического заболевания и побочных эффектов лечения, развитие навыков саморегуляции. Второй блок задач касается нарушений адаптации личности пациента к текущей ситуации, в первую очередь к своему онкологическому диагнозу и аспектам проводимого лечения. Мишенями психотерапевтических интервенций обоснованно могут быть личностные механизмы, поддерживающие адаптационный кризис: потеря иллюзии контроля, нарушение доверия к себе, к своему телу, когнитивные дисфункциональные установки, поддерживающие высокий уровень дистресса, нарушенные аспекты отношения к болезни и лечению, в частности, не соответствие оценок себя и своей болезни реальному положению дел, объективным фактам клинической реальности и врачебных прогнозов. Третий блок задач связан с нарушениями психосоциальной адаптации — склонности пациентов к социальному дистанционированию, вплоть до изоляции, нарушениям коммуникации с различными референтными группами.

В качестве основы психотерапевтической программы для работы с данной группой пациентов была выбрана когнитивная психотерапия, как краткосрочный метод, показавший высокую эффективность в преодолении тревоги и депрессии.

С пациентами основной группы была проведена психотерапевтическая программа, которая включала 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время — 60 минут) и 10 групповых психотерапевтических встреч (частотой 1 раз в неделю, вре-

мя—3 часа с перерывом в 15 минут). Число пациентов в группе—5–7 человек. Общее количество встреч—20.

Психотерапевтическая работа включала психообразовательный блок о влиянии дисфункциональных когний (автоматических мыслей, негативных установок, долженствований, негативных Я-концепций) на восприятие ситуаций и возникновение ошибочных оценок и негативных переживаний, о значении эмоций в регуляции психических процессов и переживании стресса, об адаптивных и неадаптивных способах реагирования, о способах преодоления межличностных проблем. Второй этап предполагал обучение навыку отслеживания автоматических мыслей и промежуточных убеждений с помощью схемы «АВСД», повышение способности замечать в себе, наблюдать и дифференцировать эмоциональные реакции и состояния, а также телесные проявления переживаний, выработку навыка отличать эмоции от мыслей, мысли от поведения, эмоции от телесных ощущений, развивая также и общий уровень способности к рефлексии. Третий этап предполагал

освоение участниками навыков (техник) изменения выявленных дисфункциональных установок и направлен на работу с глубинными убеждениями и негативными я-концепциями (их изменение на адаптивные, реалистичные) и на поиск оптимальных решений в ситуациях, запускающих негативные переживания. Применялись различные техники контраргументации и конфронтации с негативными убеждениями. В групповой психотерапии когнитивного направления помимо специфических факторов, свойственных когнитивному методу, большое значение приобретали лечебные факторы групповой терапии, связанные с взаимодействием участников группы между собой.

**Оценка динамики психоэмоционального состояния пациентов основной группы после проведения реабилитационной медико-психологической программы.** После проведения реабилитационной программы пациенты прошли повторное психодиагностическое обследование. Результаты динамики показателей психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в основной группе представлены в табл.1.

**Таблица 1. Динамика психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вилкоксона	p
Соматизация (SOM) Норма 0,44±0,03	1,12±0,13	0,83±0,11	121,50	0,0026**
Обсессивность-компульсивность (O-C) Норма 0,75±0,04	1,14±0,12	0,79±0,10	87,50	0,0006**
Межличностная сензитивность (INT) Норма 0,66±0,03	1,05±0,11	0,67±0,08	113,00	0,0005**
Депрессия (DEP) Норма 0,62±0,04	1,32±0,11	0,76±0,11	71,50	<0,0001**
Тревожность (ANX) Норма 0,47±0,03	1,01±0,13	0,49±0,09	45,00	<0,0001**
Враждебность (ANG) Норма 0,60±0,04	0,68±0,08	0,45±0,06	105,00	0,0051**
Фобическая тревожность (PHOB) Норма 0,18±0,02	0,53±0,10	0,31±0,08	71,00	0,0046**
Паранойальные тенденции (PAR) Норма 0,54±0,04	0,72±0,11	0,47±0,08	105,00	0,0051**
Психотизм (PSY) Норма 0,30±0,03	0,64±0,08	0,39±0,08	101,50	0,0024**
Дополнительные пункты Норма 0,49±0,03	1,10±0,12	0,73±0,09	107,00	0,0011**
Общий индекс выраженности симптомов (GSI) Норма 0,51±0,02	0,99±0,09	0,62±0,08	72,00	<0,0001**
Индекс проявления симптоматики (PSI) Норма 21,39±2,02	49,03±3,38	37,87±3,65	72,50	0,0001**
Индекс симптоматического дистресса (PDSI) Норма 1,17±0,05	1,72±0,08	1,35±0,06	50,00	<0,0001**

Примечание: в таблице 1 и далее \*—уровень статистической значимости различий  $p < 0,05$ ; \*\*—уровень статистической значимости различий  $p < 0,01$ .

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, после прохождения реабилитационной программы отмечалось значительное снижение выраженности основных психопатологических жалоб (индекс GSY  $0,99 \pm 0,09$  в 1-м срезе и  $0,62 \pm 0,08$  во 2-м,  $p < 0,01$ ). Отмечалось снижение выраженности жалоб на тревогу, навязчивые мысли, а также трудностей в межличностном общении, в том числе враждебности и недоверия по отношению к окружающим, до уровня среднестатистической нормы. Значительно снизилась выраженность депрессивных жалоб. Вместе с тем, несмотря на значимое снижение дистресса в основной группе, сравнение с нормативными данными показывает наличие остаточной симптоматики, которая может рассматриваться как основная цель и мишени последующей медико-психологической помощи.

Результаты исследования динамики выраженности показателей интегративного теста тревожности представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, в наибольшей степени положительная динамика была отмечена в показателях ситуативной тревожности. Так, статистически значимо снизились эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты и общая ситуативная тревожность. Важно отметить, что к концу проведения реабилитационной программы большинство показателей ситуативной тревожности соответствовали нормативным значениям и не превышали уровень в 4 балла.

Показатели личностной тревожности не обнулили за период проведения программы статистически достоверной динамики, что вполне объяснимо необходимостью более длительного срока для формирования личностных изменений. В контрольной группе по всем шкалам методики статистически значимые изменения отсутствовали.

Оценка когнитивного аспекта личности по результатам теста А. Эллиса (табл.3) позволила выявить динамику представленности у пациентов исследуемой группы иррациональных когнитивных установок, имеющих тесную связь с наличием так называемой негативной аффективности, которая проявляется в частоте переживания таких состояний как тревога и депрессия.

До участия в психологической реабилитационной программе у пациентов выявлялись выраженные признаки наличия дезадаптивных иррациональных установок мышления, т.е. представления пациента о себе, о мире и окружающих характеризовались высоким уровнем катастрофизации, большим количеством нереалистичных долженствований в отношении себя, также отличались от нормативных показатели долженствования в отношении других, оценочной позиции в межличностных отношениях и общей фрустрационной толерантности. Наличие иррациональных типов мышления создавали основу для поддержания выраженного дистресса при переживании обстоятельств жизни и как следствие — снижение фрустрационной толерантности.

После завершения программы результаты теста А. Эллиса показали изменение иррациональных установок у большинства пациенток в сторону снижения вероятности возникновения и развития дистресса. В большинстве случаев отмечалась редукция установок, направленных на катастрофизацию и долженствование в отношении себя. Показатели шкал оценочной установки и фрустрационной толерантности достигли нормативных значений.

Показатели признаков астении по методике ШАС в основной группе (норма до 50 баллов) существенно снизились по сравнению с аналогичными показателями до прохождения психологической реабилитационной программы пациентами исследуемой группы и составили в среднем  $14,32 \pm 1,65$ , по сравнению с первоначальным средним показателем  $24,49 \pm 2,1$  ( $T=58,50$ ;  $p < 0,01$ ), что свидетельствует об уменьшении выраженности астенических компонентов общего психического и физического состояния.

Показатели методики «Личностный дифференциал» не проявили существенной динамики, то есть указывали на устойчивые характеристики личности, которые были свойственны обследованным. Данные качества являлись внутриличностными факторами, влияющими на эффективность реабилитации и учитывались при оказании психотерапевтической помощи.

Ниже представлены результаты сравнения копинг-механизмов у пациентов основной группы до и после участия в программе. Отмечалась положительная динамика механизмов совладания со стрессом у онкологических больных в процессе реабилитации, и повышение их адаптационных ресурсов (табл. 4).

До прохождения реабилитационной программы больным с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями было свойственно в наибольшей степени реагирование по типу уклонения и избегания в совладающем со стрессом поведении. Личностные переживания отрицались, отмечались игнорирование причин стресса и неоправданные ожидания. Данные особенности проявлялись и в отношении к заболеванию и участию в лечебном процессе, так, пациенты могли уклоняться от ответственности за свое здоровье и не предпринимать действий по разрешению возникших трудностей. При этом эмоциональное напряжение сохранялось и могло проявляться в отдельных всплесках тревоги и раздражения. Данный способ преодоления стресса может быть адаптивным только в случае острой и кратковременной стрессогенной ситуации, но при длительном стрессе является значительным препятствием для его преодоления.

Проблемно-ориентированное поведение было выражено в меньшей степени, так, например, планирование решения проблемы принимало значения близкие к низким (от 0 до 40). Так что адаптивность преодоления стресса в результате была снижена.

**Таблица 2. Динамика характеристик тревожности по методике ИТТ в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До, (M±m)	После, (M±m)	T-критерий Вилкоксона	p
Ситуативная тревожность	5,46±0,39	3,51±0,44	37,00	<0,0001**
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	3,97±0,43	2,16±0,31	16,00	0,0001**
Астенический компонент тревожности (АСТ)	5,95±0,45	5,03±0,42	157,50	0,0761
Фобический компонент (ФОБ)	4,46±0,45	3,59±0,43	110,00	0,0962
Тревожная оценка перспективы (ОП)	6,51±0,33	4,59±0,40	69,00	0,0001**
Социальные реакции защиты (СЗ)	4,92±0,46	3,97±0,44	115,00	0,0451*
Личностная тревожность	7,57±0,33	6,95±0,40	96,00	0,0736
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	7,46±0,31	6,84±0,33	116,50	0,1340
Астенический компонент тревожности (АСТ)	6,43±0,39	6,81±0,34	184,00	0,6653
Фобический компонент (ФОБ)	5,78±0,44	5,92±0,38	129,50	0,5581
Тревожная оценка перспективы (ОП)	7,49±0,32	6,70±0,44	112,00	0,1068
Социальные реакции защиты (СЗ)	5,68±0,39	5,30±0,46	168,00	0,4255

Примечание: нормой являются значения от 0 до 4 стандартных балла.

**Таблица 3. Динамика показателей рациональности мышления и выраженности неадаптивных иррациональных установок по методике А. Эллиса в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вил- коксона	p
Катастрофизация (обратная шкала)	17,38±0,66	19,7±0,61	137,00	0,0103*
Долженствование в отношении себя (обратная шкала)	16,08±0,67	19,76±0,64	65,50	<0,0001**
Долженствование в отношении других (об- ратная шкала)	18,32±0,64	19,49±0,53	173,50	0,1443
Оценочная установка (обратная шкала)	18,78±0,61	21,41±0,64	85,00	0,0008**
Фрустрационная толерантность	19,27±0,48	21,41±0,62	124,50	0,0053**

Примечание: чем меньше значение показателя, тем выраженнее иррациональность мышления; значения более 21 балла — отсутствие иррациональных установок и высокая фрустрационная толерантность (норма).

**Таблица 4. Динамика стратегий совладающего со стрессом поведения по методике ССП в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вил- коксона	p
Конфронтация	45,97±1,37	46,86±1,33	105,50	0,3229
Дистанцирование	49,32±1,58	51,54±1,73	177,00	0,1641
Самоконтроль	48,57±1,63	47,73±1,64	205,50	0,5787
Поиск социальной поддержки	49,81±1,47	52,73±1,43	125,00	0,0270*
Принятие ответственности	46,92±1,87	43,86±1,73	171,00	0,0820
Бегство-избегание	51,89±1,69	48,11±1,91	205,00	0,0443*
Планирование решения проблемы	43,70±1,52	47,89±1,70	114,50	0,0089**
Положительная переоценка	47,59±1,57	49,35±1,53	186,50	0,2281

Примечание: среднестатистическая норма от 40 до 60.

После прохождения реабилитационной программы пациентки чаще стали обращаться за помощью и поддержкой к окружающим, они стали в большей степени ориентированы на взаимодействие с другими людьми, стали чаще обращаться за рекомендациями к специалистам, стали чаще обсуждать свои переживания с близкими людьми. Это повысило адаптивные возможности за счет использования внешних ресурсов. При этом активность поведения по типу ухода и избегания решения проблемы значительно снизилась и перестала преобладать в профиле совладающего поведения. Также больные достоверно чаще стали применять целенаправленный анализ ситуации и планирование собственных действий для разрешения трудностей.

Большинство показателей опросника качества жизни EORTC-QLQ-C 30 показали статистически достоверное улучшение в ходе реализации реабилитационной программы (табл. 5).

Наиболее выраженной положительная динамика была отмечена в таких показателях как эмоциональное функционирование и общее состояние здоровья и качество жизни. Не было получено статистически значимого улучшения по шкале физического функционирования и по отдельным показателям физиологических симптомов — одышки и бессонницы. Важно отметить, что среди соматических симптомов наиболее выраженным улучшением качества жизни отмечалось в показателях усталости, боли и снижения аппетита.

В показателях шкалы суицидального риска, представленных в таблице 6, в основной группе до участия в реабилитационной программе преобладали антисуицидальные тенденции, так что общий показатель шкалы имел отрицательное значение).

После завершения всех мероприятий психологической реабилитационной программы значительно снизились переменные факторы суици-

**Таблица 5. Динамика качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30 в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вил-коксона	p
Общее состояние здоровья и уровня качества жизни	50,45±3,15	64,19±3,03	86,00	0,0005**
Физическое функционирование	74,96±2,58	77,84±2,52	132,00	0,1709
Рольное функционирование	64,86±3,92	74,77±3,39	68,00	0,0333*
Когнитивное функционирование	66,22±4,16	77,48±3,83	81,00	0,0164*
Эмоциональное функционирование	59,23±3,89	78,38±3,42	42,00	0,0001**
Социальное функционирование	63,06±4,34	77,03±3,95	80,50	0,0158*
Усталость	54,65±3,95	42,34±3,47	90,50	0,0012**
Боль	37,39±4,4	22,07±3,82	57,50	0,0009**
Тошнота/Рвота	23,42±4,26	11,71±3,35	71,50	0,0143*
Одышка	20,72±4,35	19,82±3,53	127,50	0,7495
Бессонница	41,44±4,73	36,94±5,13	62,00	0,3061
Снижение аппетита	25,23±5,07	10,81±3,43	16,50	0,0077**
Запор	23,42±4,26	10,81±2,9	51,00	0,0250*
Диарея	17,12±4,21	7,21±2,29	16,50	0,0427*
Финансовые трудности	43,24±4,45	31,53±4,65	47,50	0,0318*

**Таблица 6. Динамика факторов суицидального риска по шкале ШСР до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До M±m	После M±m	p
Постоянные факторы суицидального риска	0,19±0,08	0,16±0,07	1
Переменные факторы суицидального риска	1,00±0,19	0,32±0,10	0,0002**
Антисуицидогенные факторы	5,59±0,29	6,81±0,22	<0,0001**
Общая оценка суицидального риска	-4,41±0,40	-6,32±0,25	<0,0001**

дального риска, преимущественно за счет снижения таких показателей как «категоричность мышления», «непереносимость фрустрации» и «неразрешенность кризиса». Повысился показатель выраженности антисуицидогенных факторов, в большей степени за счет повышения частоты таких пунктов как «наличие источников поддержки», «надежды на улучшение ситуации» и «творческие планы». Общая оценка суицидального риска изменилась от  $-4,41 \pm 0,40$  до  $-6,32 \pm 0,25$  баллов ( $p < 0,0001$ ).

**Сравнение основной и контрольной групп** после завершения эксперимента с помощью U-критерия Манна-Уитни показало ряд значимых различий. Так, у пациенток основной группы индекс выраженности симптоматического дистресса (PDSI) был значимо ниже чем в контрольной группе ( $1,31 \pm 0,06$  и  $1,60 \pm 0,10$  соответственно ( $U=364,50$ ;  $p=0,02$ )). Показатель эмоционального дискомфорта (в структуре ситуативной тревожности) в основной группе составил  $2,19 \pm 0,33$ , в контрольной  $4,20 \pm 0,50$ , что говорит о более низкой эмоциональной напряженности у пациенток основной группы ( $U=318,50$ ;  $p < 0,01$ ). Значения выраженности иррациональных установок в основной и контрольной группах составили: катастрофизация —  $19,54 \pm 0,63$  и  $17,57 \pm 0,52$  соответственно ( $U=384,50$ ;  $p=0,03$ ), долженствования в отношении себя —  $19,62 \pm 0,65$  и  $17,00 \pm 0,41$  соответственно ( $U=346,00$ ;  $p=0,01$ ), показатель самооценки и рациональности мышления —  $21,30 \pm 0,66$  и  $18,90 \pm 0,68$  соответственно ( $U=365,50$ ;  $p=0,02$ ), фрустрационная толерантность —  $21,30 \pm 0,63$  и  $19,50 \pm 0,53$  соответственно ( $U=391,00$ ,  $p=0,04$ ). Это указывает на более высокую самооценку и рациональность мышления у пациенток основной группы после завершения программы, у них менее выражена склонность к чрезмерному обобщению, категоричность мышления, пациентки более реалистично оценивают свои возможности и более стрессоустойчивы.

В основной группе признаки астении (ШАС) после реабилитационной программы составили  $14,27 \pm 1,64$  баллов, в контрольной  $22,23 \pm 2,66$ , что свидетельствует о меньшей выраженности астенических компонентов общего психического и физического состояния у пациенток основной группы ( $U=357,50$ ,  $p=0,01$ ). Общее состояние здоровья и уровня качества жизни в основной группе составило  $64,41 \pm 3,01$ , в контрольной  $51,94 \pm 3,57$ , что отражает наличие более лучшего самочувствия и общего состояния здоровья у пациенток основной группы ( $U=329,00$ ,  $p < 0,01$ ). Показатель выраженности усталости в основной группе составил  $42,64 \pm 3,54$ , боли  $22,52 \pm 3,94$ , в контрольной группе: выраженность усталости  $55,19 \pm 4,60$  ( $U=410,50$ ,  $p=0,06$ ), боли  $35,56 \pm 4,71$  ( $U=379,50$ ,  $p=0,02$ ), это свидетельствует о лучшем соматическом состоянии группы, прошедшей реабилитационную программу. Переменные факторы суицидального риска в основной группе ( $0,30 \pm 0,09$ ) также были ниже после реабилитационной программы, чем в контрольной группе ( $1,27 \pm 0,26$ ) при  $U=320,50$ ,

$p < 0,01$ . Антисуицидогенные факторы в основной группе ( $6,81 \pm 0,22$ ) после реабилитации были выше, чем в контрольной группе ( $5,77 \pm 0,35$ ) при  $U=391,00$ ,  $p=0,03$ . Общая оценка суицидального риска в основной группе ( $-6,32 \pm 0,25$ ) была ниже, чем в контрольной группе ( $-4,20 \pm 0,50$ ) при  $U=304,00$ ,  $p < 0,01$ , что свидетельствует о снижении вероятности суицида у пациенток прошедших реабилитационную медико-психологическую программу.

### Обсуждение результатов и выводы

Обобщая полученные данные, можно сказать, что предложенная нами программа психотерапевтической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на этапе активного основного лечения, показала свою эффективность при сравнении результатов в основной и контрольной группах. Стоит отметить, что динамика клинико-психологических показателей в основной группе имела свою специфику.

В наибольшей степени за два месяца, в течение которых пациенты участвовали в психотерапевтической работе, изменились те показатели, которые связаны с актуальным реагированием: снизилась ситуативная тревожность, выраженность тревоги и депрессии в актуальном состоянии и в целом уменьшился эмоциональный дискомфорт, уменьшилась тревожная оценка перспективы, пациенты стали более реалистично смотреть на себя и обстоятельства жизни.

В эмоциональной сфере изменения касались актуального психологического напряжения, преимущественно за счет того, что пациенты перестали избегать признавать и чувствовать свои переживания, перестали бояться разделять их с другими людьми, стали более позитивно относиться к себе, снизили уровень требований и долженствований.

На поведенческом уровне пациенты стали легче взаимодействовать с окружающими, проявлять больше активности в отношении своего лечения и в целом заботы о себе.

В когнитивном плане, на который прицельно направлен метод когнитивной психотерапии, пациенты стали проявлять меньше паттернов дисфункционального мышления (по результатам теста А. Эллиса). За счет этого, они стали более реалистично воспринимать себя и свои обстоятельства, стали меньше испытывать нереалистичных ожиданий, стали больше соотноситься с актуальной действительностью.

Предложенная программа оказалась достаточно эффективной для преодоления межличностных проблем, что проявилось в снижении межличностной тревожности, повышении способности обращаться за поддержкой, большей ориентации на взаимодействие с людьми, в целом улучшилось социальное функционирование (что было заметно в результатах методик «Качество жизни», «Интегративный тест тревожности», «Способы совладающего поведения»).

Интересно, что из симптоматических улучшений после прохождения психотерапевтической программы было заметным не только снижение тревоги и депрессии, но также улучшилось соматическое состояние — так, значительно снизился показатель по шкале соматизации в SCL-90-R, среди соматических симптомов наиболее выраженным улучшение качества жизни отмечалось в показателях усталости, боли и снижения аппетита. Пациенты отмечали, что гораздо легче переносили физический дискомфорт, связанный с проводимой химиотерапией и лучевой терапией.

Важно отметить, что позитивные изменения проявились и в отношении к заболеванию и участию в лечебном процессе. Пациенты стали меньше уклоняться от ответственности за свое здоровье и стали больше предпринимать действий по разрешению возникших трудностей. Отношение к заболеванию и лечению стало более осознанным и ответственным.

Однако, краткосрочность и прицельная направленность психотерапевтической программы преимущественно на механизмы адаптации отразилась на том, что некоторые устойчивые личностные характеристики не подверглись суще-

ственному изменению (например, тревожность как черта личности, склонность к психосоматическому реагированию). Для их коррекции требуется более длительная психотерапия. Также не все симптоматические показатели (SCL-90-R) достигли нормативных значений, что связано с наличием у некоторых пациентов более глубокого нарушения адаптации и большей выраженностью психопатологических проявлений. Это также требует дополнительных усилий для их преодоления.

**Заключение.** Таким образом, можно утверждать, что применение сочетания краткосрочной индивидуальной и групповой когнитивной психотерапии улучшает показатели психологической адаптации личности и адаптации к болезни и процессу лечения у пациентов с первично диагностированными онкологическими заболеваниями на этапе после хирургического лечения и продолжения основного лечения в амбулаторном режиме. При этом следует учитывать, что для пациентов с большей выраженностью психопатологической симптоматики требуется дополнительная помощь врача-психотерапевта, возможно с применением психофармакотерапии.

## Литература

1	Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Р.П., Сергеев А.С. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) // Сибирский онкологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 40-43.	Komkova EP, Magarill YuA, Kokorina NP, Sergeev AS. Neuropsychic disorders in cancer patients (treatment and rehabilitation aspects). <i>Sibirskij onkologicheskij zhurnal</i> . 2009; 2: 40-43. (in Rus.)
2	Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1. — С. 40-63.	Tarabrina NV. Posttraumatic stress among cancer patients. <i>Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija</i> . 2014; 1: 40-63. (in Rus.)
3	Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Вагайцева М.В., Карицкий А.П., Демин Е.В., Федорова В.В., Кондратьева К.А., Пестерева Е.В., Беляев А.М. Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация // Вопросы онкологии. — 2017. — Том 63, № 2. — С. 316-319.	Chulkova VA, Semiglazova TYu, Vagaitseva MV, Karitsky AP, Demin EV, Fedorova VV, Kondratieva KA, Pestereva EV, Belyaev AM. Psychological rehabilitation and screening of emotional stress in cancer patients. <i>Voprosy onkologii</i> . 2017; Vol. 63 (2): 316-319. (in Rus.)
4	Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. — 2015. — № 2. — С.180-184.	Karitsky AP, Chulkova VA, Pestereva EV, Semiglazova TYu. Rehabilitation of a cancer patient as basis for improving the quality of his life. <i>Voprosy onkologii</i> . 2015; 2: 180-184. (in Rus.)
5	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. 355-359.	Karavaeva TA, Vasileva AV, Semiglazova TJu, Karitsky AP, Lukoshkina EP, Beljaev AM. Anxiety disorders algorithm in cancer patients. <i>Voprosy onkologii</i> . 2016; 2: 355-359. (in Rus.)



6	Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. // Вопросы онкологии. — 2016. — Том 62, № 6. — С. 774-783.	<i>Lukoshkina EP, Karavaeva TA, Vasileva AV. Etiology, epidemiology and psychotherapy of comorbid psychiatric disorders in cancer patients. Voprosy onkologii. 2016; Vol. 62 (6): 774-783. (in Rus.)</i>
7	Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — № 1. — С. 33-41.	<i>Semenova NV, Lyashkovskaya SV, Lysenko IS, Chernov PD. Clinical and psychological characteristics of patients with oncological diseases during the period of active specialized treatment in connection with the problems of psychotherapy. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2018; 1: 3-10. (in Rus.)</i>

**Сведения об авторах**

**Семенова Наталия Владимировна** — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: nvs@bekhterev.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Ляшковская Светлана Владимировна** — к.м.н., младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: sl\_dok@mail.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Лысенко Ирина Сергеевна** — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: neolira@yandex.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Чернов Павел Дмитриевич** — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: chernovpsy@gmail.com. SPIN-код: 8823-1802.