УДК 159.9

Марченкова Ольга Николаевна, студент, психолог,
Институт фундаментальной и прикладной психологии
Marchenkova Olga Nikolaevna, Student, psychologist,
Institute of Fundamental and Applied Psychology

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА НА ЭТАПАХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
DYNAMICS OF A PERSON'S PSYCHO-EMOTIONAL STATE ACROSS THE STAGES OF CANCER: A RETROSPECTIVE STUDY

Аннотация. В статье представлены результаты ретроспективного эмпирического исследования психоэмоционального состояния 15 человек на трех этапах онкологического заболевания по шкале PSS-10 и анкете. Значимых различий стресса не выявлено, но отмечена динамика переживаний. Описаны расхождение самоотчёта и наблюдаемого состояния (репрессивный копинг), избирательность отклика; предложены ориентиры сопровождения.

Abstract. The article presents the results of a retrospective empirical study of the psycho-emotional state of 15 people at three stages of cancer using the PSS-10 and a questionnaire. No significant differences in stress were found, but dynamics of experiences were noted. The study describes the discrepancy between self-report and observed state (repressive coping) and the selectivity of response; guidelines for support are proposed.

Ключевые слова: Психоэмоциональное состояние, онкологическое заболевание, воспринимаемый стресс, ретроспективное исследование, репрессивный копинг, психологическое сопровождение.

Keywords: Psycho-emotional state, cancer, perceived stress, retrospective study, repressive coping, psychological support.

Введение

Идея о связи психоэмоционального состояния и соматического здоровья имеет долгую историю: от трудов отечественных врачей XIX века – Н. И. Пирогова и В. М. Бехтерева [1, 2] – до современных мета-анализов на сотнях тысяч участников [3, 4]. Так, в мета-анализе К. Хьюз и соавторов показано, что у людей, переживших четыре и более типа неблагоприятного детского опыта, риск онкологического заболевания во взрослом возрасте значительно выше, чем у людей без такого опыта (отношение шансов – 2,31) [3]. Сегодня вопрос о том, может ли пережитый человеком психоэмоциональный опыт влиять на риск онкологического заболевания, уже не считается чисто теоретическим: получены статистически значимые данные о наличии связи. При этом важно отделять научно подтвержденное от популярных упрощений: речь идет не о конкретной причине, что «травма вызывает рак», а о том, что хронический стресс и неразрешенные психоэмоциональные нагрузки выступают одним из факторов риска и модификатором течения заболевания [4, 5].

Актуальность исследования определяется тремя обстоятельствами. Во-первых, онкологические заболевания, по данным Всемирной организации здравоохранения, остаются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в мире [6], а психологическое сопровождение признано неотъемлемой частью комплексной помощи. Во-вторых, понимание того, как меняется психоэмоциональное состояние человека на разных этапах болезни, дает практикующему психологу ориентиры для дифференцированного сопровождения. При этом этапы лечения и ремиссии изучены относительно хорошо [7, 8], тогда как период до

постановки диагноза в субъективном опыте самих людей представлен слабо, особенно на русскоязычной выборке. В-третьих, практическая ценность подобных исследований состоит в том, что знание типичных переживаний, ресурсов самообладания и защитных механизмов на каждом этапе болезни даёт практикующему психологу конкретные ориентиры для дифференцированного сопровождения – от выбора момента вступления в работу до распознавания людей, склонных скрывать реальный уровень дистресса.

Проблема исследования состоит в том, что субъективная динамика психоэмоционального состояния человека на этапах «до диагноза – лечение – ремиссия» остается слабо изученной.

Цель исследования – выявить особенности психоэмоционального состояния человека на этапах онкологического заболевания и описать его динамику для дальнейшего использования в психологическом сопровождении.

Объект исследования – психоэмоциональное состояние людей с онкологическим заболеванием, **предмет** – его динамика на этапах «до диагноза – лечение – ремиссия».

Гипотеза исследования состояла в том, что психоэмоциональное состояние человека на этапах онкологического заболевания имеет качественные различия, при этом для периода, предшествовавшего диагнозу, характерно наличие значимых психоэмоциональных нагрузок (хронического стресса, неразрешенных конфликтов, травматических событий).

Теоретической основой исследования послужили: отечественная традиция целостного взгляда на взаимосвязь психического и соматического в здоровье человека; отечественные исследования психологического состояния и психологического благополучия онкологических больных [7, 8]; концепция неблагоприятного детского опыта (ACE) и мета-аналитические данные о его связи с онкологией [3, 4]; психонейроиммунологические модели влияния хронического стресса [5]; а также концепция репрессивного копинга [9] и дискуссионная концепция «типа личности С» (гипотетического профиля личности, склонной к подавлению негативных эмоций, который в психоонкологии рассматривают как возможный психологический фактор) [10].

Методы исследования

В исследовании применялся смешанный методологический подход, сочетающий количественные и качественные методы. Исследование носит эмпирический (поисковый) характер; его тип – ретроспективный: участники, находившиеся преимущественно в стадии ремиссии, оценивали свое психоэмоциональное состояние на предшествующих этапах болезни. Основным источником данных выступал самоотчет – оценка человеком собственного состояния по воспоминаниям, дополненный у части участников интервью с наблюдением.

Эмпирическую базу составили данные анкетирования 15 человек (12 женщин, 3 мужчины) в возрасте от 33 до 74 лет (средний возраст – 50,5 года). Локализация заболевания у участников различалась (молочная железа, кишечник, легкое, почка, лимфатические узлы, органы малого таза, кости таза, селезенка и др.). Четырнадцать участников на момент опроса находились в стадии ремиссии, один (респондент № 14) – в стадии активного лечения через 7 дней после постановки диагноза. Участие было добровольным; все респонденты дали информированное согласие; конфиденциальность обеспечивалась обезличиванием данных, результаты представлены в обобщённом виде.

Инструментарий включал два компонента. Первый – стандартизированная шкала воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale, PSS-10) [11] в русскоязычной адаптации [12], заполнявшаяся трижды в рамках одного анкетирования: участники, находившиеся в ремиссии, оценивали ретроспективно уровень стресса на этапах «до диагноза» и «лечение», а оценка на этапе «ремиссия» отражала их текущее состояние за последний месяц; суммарный балл

подсчитывался по стандартной процедуре с перекодировкой реверсивных пунктов (диапазон 0–40). Второй – авторская анкета, включавшая паспортную часть, блоки закрытых вопросов по трем этапам (порядковые шкалы и множественный выбор) и открытые вопросы. Кроме того, с 10 из 15 участников было проведено интервью, сопровождавшееся наблюдением за паравербальными (паралингвистическими) характеристиками речи – интонацией и тембром голоса, отражающими эмоциональные реакции участников; результаты наблюдения фиксировались в протоколе интервью и использовались при интерпретации ответов анкеты.

Количественные данные обрабатывались методами описательной статистики; с учетом малого объема выборки для сравнения трех связанных этапов применялся непараметрический критерий Фридмана с апостериорными попарными сравнениями по критерию Уилкоксона и поправкой Бонферрони; проверка нормальности распределения – по критерию Шапиро–Уилка, надежность шкалы – по коэффициенту α Кронбаха. Для проверки устойчивости результатов анализ был проведен без респондента № 14 (только участники в ремиссии, n = 14). Открытые ответы анализировались методом тематического анализа [13].

Результаты исследования

Формирование выборки и отклик. Приглашение к участию получили около 55 человек, доля заполнивших анкету составила примерно 27 %. Отказы носили неслучайный характер: около 27 человек, находившихся в период обращения в активном лечении, отказались от участия; еще 3 человека в стадии ремиссии отказались, около 10 – не ответили на приглашение. Поэтому в выборке лишь один участник в фазе активного лечения (7 %), и сведения об этом периоде получены преимущественно по воспоминаниям участников, находившихся в ремиссии.

Воспринимаемый стресс (PSS-10). Описательные статистики суммарного балла шкалы по трем этапам заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели воспринимаемого стресса (PSS-10) по этапам заболевания (n = 15)

Этап	M	SD	Me	Min–Max	α Кронбаха
До диагноза	14,3	8,3	14,0	2–29	0,87
Активное лечение	17,4	9,4	15,0	4–36	0,85
Ремиссия	12,1	4,5	13,0	2–17	0,38

Примечание: M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; Me – медиана; Min–Max – размах; диапазон шкалы 0–40 баллов. У респондента № 14 (начало лечения) показатель в столбце «Ремиссия» отражает текущее состояние, а не ремиссию; результаты анализа без этого респондента приведены ниже.

Внутренняя согласованность шкалы высока для этапов «до диагноза» (α = 0,87) и «лечение» (α = 0,85) и низка для ремиссии (α = 0,38) вследствие малой вариативности ответов. Распределение на всех этапах не отклонялось от нормального ($p > 0,05$). Критерий Фридмана не выявил статистически значимых различий между этапами: χ^2 (2) = 1,31; p = 0,52 (коэффициент конкордации Кендалла W = 0,04). Апостериорные попарные сравнения (Уилкоксон, $\alpha' = 0,017$) значимых различий также не показали (наименьшее значение p = 0,146 получено для пары «лечение – ремиссия»). Расхождение среднего и медианы на этапе лечения (17,4 и 15,0) объясняется правосторонней асимметрией распределения, обусловленной рядом высоких оценок, и не меняет общего вывода. При исключении респондента № 14 (n = 14) вывод не меняется: χ^2 (2) = 1,50; p = 0,47; попарные сравнения значимых различий также не показали (наименьшее p = 0,063 для пары «до диагноза – лечение», что выше порога 0,017).

Динамика переживаний. Качественный анализ преобладающих переживаний (вопросы с множественным выбором; таблица 2) выявил выраженную динамику. До постановки диагноза доминирует тревога (60 %), отмечаются также подавленность (33 %) и раздражение (27 %). В период активного лечения на первый план выходит надежда (67 %) наряду со страхом (47 %) и тревогой (40 %). В стадии ремиссии преобладают спокойствие и надежда (по 64 %), тогда как тревога почти исчезает (7 %).

Таблица 2

Преобладающие переживания по этапам заболевания: число респондентов (%)

Переживание	**До диагноза (n = 15)**	**Активное лечение (n = 15)**	**Ремиссия (n = 14)**
Тревога	9 (60 %)	6 (40 %)	1 (7 %)
Страх	3 (20 %)	7 (47 %)	0 (0 %)
Подавленность	5 (33 %)	5 (33 %)	0 (0 %)
Раздражение / гнев	4 (27 %)	2 (13 %)	0 (0 %)
Апатия	3 (20 %)	4 (27 %)	1 (7 %)
Спокойствие	5 (33 %)	6 (40 %)	9 (64 %)
Надежда	5 (33 %)	10 (67 %)	9 (64 %)

Примечание: допускался выбор нескольких вариантов, поэтому сумма по столбцу превышает 100 %; респондент № 14 (начало лечения) вопрос об этапе ремиссии не заполнял.

Субъективные причинные атрибуции. Шестеро респондентов из 15 (40 %) связывали свое заболевание с пережитым психологическим состоянием «во многом», еще двое (13 %) – «отчасти»; пятеро (33 %) отвечали «нет» или «скорее нет»; двое (13 %) затруднились с ответом. При этом о тяжелых событиях в период до диагноза сообщили 10 из 15 респондентов (67 %): пятеро – о нескольких, пятеро – об одном значимом. В открытых ответах часть участников прямо называла в качестве предшественников болезни хронический стресс, тяжелые события, подавленные эмоции и длительные рабочие перегрузки; другая часть, напротив, приписывала болезнь непсихологическим причинам (физической травме, экологии, образу жизни; респондент № 15 указал на «духовно-нравственный аспект»). Тематический анализ позволил выделить темы каузальных атрибуций, ресурсов совладания (семья, вера и позитивный настрой, активность, работа с эмоциями, проактивная позиция в диагностике и лечении), ориентации на будущее и запроса на психологическое сопровождение.

Феномен расхождения самоотчета и наблюдаемого состояния. Отдельно зафиксирован случай (респондент № 5), в котором крайне низкий балл PSS-10 в период до диагноза (2 из 40) сочетался с указанием на тяжелое событие и отсутствием заявленного эмоционального отклика. Такой профиль соответствует описанию репрессивного копинга – защитного стиля, при котором человек сообщает о низком уровне дистресса независимо от реальной нагрузки [14]. Поскольку специальные методики диагностики этого стиля (сочетание шкал тревожности и социальной желательности [9]) в исследовании не применялись, речь идет о признаках, требующих проверки, а не о диагностированном копинг-стиле. Сходный механизм мог проявиться и в отказах от участия: один участник в стадии ремиссии объяснил отказ нежеланием возвращаться к сознательно «отпущенным» переживаниям.

Обсуждение

Полученные данные дают на гипотезу двойственный ответ. В части, проверяемой шкалой PSS-10, гипотеза не подтвердилась: различия незначимы, а наиболее высокий средний

уровень стресса приходится на этап активного лечения, а не на период до диагноза. Вместе с тем частота выбора переживаний и открытые ответы указывают на качественные различия состояния между этапами, что согласуется с первой частью гипотезы. Вторая часть гипотезы – о значимых психоэмоциональных нагрузках до диагноза – получила частичную поддержку: о тяжелых событиях в этот период сообщили 10 из 15 участников. Однако без контрольной группы нельзя утверждать, что такие события у заболевших встречаются чаще, чем у здоровых людей, поэтому данный результат описывает субъективный опыт участников, а не причинную связь.

Центральным результатом является расхождение между стандартизированной шкалой и рассказами самих участников. Оно может объясняться тремя обстоятельствами: ретроспективным характером оценки, подверженной сглаживанию и переосмыслению; возможным защитно-избегающим (репрессивным) стилем совладания у части участников; селективностью выборки, из которой практически выпали люди в остром периоде лечения. Все три фактора предположительно действуют в сторону занижения измеряемого стресса. Для практики из этого следует, что одна шкала самоотчета может недооценивать реальный дистресс, а смешанный дизайн позволяет увидеть то, чего не показывает количественная часть.

Ограничения. Малый объем выборки (n = 15) и ее поисковый характер не позволяют экстраполировать результаты на генеральную совокупность. Выборка преимущественно женская (12 из 15 участников), что ограничивает перенос выводов на мужчин. Отклик был низким и неслучайным, что смещает выборку в сторону благополучно адаптировавшихся респондентов в ремиссии; отказы в период активного лечения могли быть обусловлены как психологическими причинами, так и физическим состоянием. Данные ретроспективны и подвержены ошибке припоминания. Контрольная группа отсутствовала; специальные методики диагностики копинг-стилей не применялись; интервью с наблюдением проведено не со всеми участниками (10 из 15). Авторская анкета психометрически не валидизирована; результаты по этапу ремиссии интерпретируются с осторожностью из-за низкой согласованности шкалы ($\alpha = 0{,}38$).

Практические рекомендации. На основе полученных данных для практикующих психологов, сопровождающих онкологических больных, могут быть предложены следующие ориентиры:

- дифференцировать сопровождение по этапам болезни, опираясь на типичный эмоциональный фон каждого периода: тревогу – до диагноза, сочетание надежды и страха – в период лечения, спокойствие с остаточным страхом рецидива – в ремиссии;
- опираться на надежду как на активный ресурс совладания в период лечения, подкрепляя ее конкретной, личностно значимой целью (возвращение к близким, к родительской роли, к значимому делу), которая придает лечению смысл и поддерживает мотивацию к выздоровлению;
- не принимать низкий уровень заявленного дистресса за подлинное благополучие: результаты шкал самоотчета целесообразно сопоставлять с беседой и наблюдением, в том числе за паравербальными проявлениями (интонацией, тембром голоса, паузами). При этом защиту следует уважать и не принуждать человека, сознательно «отпустившего» болезнь, возвращаться к тяжелым переживаниям;
- бережно работать с чувством вины и самообвинением («болезнь из-за того, что много работала»), не подкрепляя научно не обоснованную идею прямой психологической причинности болезни, но и не обесценивая переживание человека;
- опираться на естественные ресурсы самого человека – семью, веру, значимые жизненные цели, готовность занимать активную позицию в диагностике и лечении, – помогая ему задействовать собственные опоры, а не привносить их извне;

- обеспечивать доступность психологической помощи уже на этапе диагностической неопределенности, что согласуется с данными об эффективности раннего психологического сопровождения онкологических пациентов и их близких [8, 15].

Обобщенно ориентиры по этапам заболевания представлены в таблице 3.

Таблица 3

Ориентиры психологического сопровождения по этапам заболевания

Этап	**Преобладающие переживания (данные исследования)**	**Акценты работы психолога**
До диагноза	тревога (60 %), подавленность (33 %), раздражение (27 %); о тяжелых событиях сообщили 67 %	доступность помощи в период обследования; снижение тревоги неопределенности; бережное прояснение пережитых событий без поиска «виновника» болезни
Активное лечение	надежда (67 %), страх (47 %), тревога (40 %)	опора на надежду и личностно значимую цель; работа со страхом; краткие, ненагружающие формы поддержки
Ремиссия	спокойствие и надежда (по 64 %), тревога (7 %)	поддержка адаптации и собственных ресурсов; бережная проверка страха рецидива; уважение к защитному «отпусканию» пережитого

Выводы

1. По количественному показателю PSS-10 значимых различий воспринимаемого стресса между этапами заболевания не выявлено; в этой части гипотеза не подтвердилась.
2. Качественно выявлена последовательная динамика переживаний (тревога → надежда и страх → спокойствие и надежда), что согласуется с предположением о качественных различиях состояния между этапами; о тяжелых событиях до диагноза сообщили 10 из 15 участников.
3. Обнаружено расхождение между стандартизированной шкалой и рассказами самих участников, которое может быть обусловлено ретроспективностью оценки, защитным стилем совладания и селективностью выборки; это расхождение – основной содержательный результат, подтверждающий ценность выбранного смешанного анкетирования (сочетания шкалы, анкеты и интервью с наблюдением).
4. Паттерн отказов от участия сам по себе является значимыми данными, который может отражать защитно-избегающие тенденции (наряду с физическим состоянием в период лечения) и указывать на ограничения ретроспективного самоотчета.
5. Результаты имеют поисковый характер и требуют проверки на большей выборке в проспективном исследовании, охватывающем все три периода заболевания.
6. Практическая значимость исследования для психологического сопровождения онкологических больных состоит в том, что оно дает практикующему психологу ориентиры для дифференцированной по этапам работы (таблица 3): понимание типичных переживаний каждого периода, опору на надежду и личностно значимую цель как ресурс совладания в период лечения, а также настороженность в отношении защитного (репрессивного) стиля, при котором человек может скрывать подлинный уровень дистресса. В совокупности это позволяет выстраивать более точную, бережную и своевременную психологическую поддержку.

Список литературы:

1. Пирогов Н. И. Собрание сочинений: в 10 т. Т. 6: Начала общей военно-полевой хирургии. Ч. 1. – М.: Историко-литературный журнал «Странникъ», 2022. – 588 с.

2. Бехтерев В. М. Внушение и его роль в общественной жизни. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

3. Hughes K., Bellis M. A., Hardcastle K. A. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis // Lancet Public Health. – 2017. – Vol. 2, No. 8. – P. e356–e366.

4. Hu Z., Kaminga A. C., Yang J., Liu J., Xu H. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: a systematic review and meta-analysis // Child Abuse & Neglect. – 2021. – Vol. 117. – P. 105088.

5. Reiche E. M., Nunes S. O., Morimoto H. K. Stress, depression, the immune system, and cancer // Lancet Oncology. – 2004. – Vol. 5, No. 10. – P. 617–625.

6. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Soerjomataram I., Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2024. – Vol. 74, No. 3. – P. 229–263. – DOI: 10.3322/caac.21834.

7. Тарабрина Н. В., Ворона О. А., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 175 с.

8. Мустафин Р. Н., Калюжный Е. А. Психологическое благополучие больных злокачественными новообразованиями // Клиническая и специальная психология. – 2024. – Т. 13, № 3. – С. 23–52. DOI: 10.17759/cpse.2024130302.

9. Weinberger D. A., Schwartz G. E., Davidson R. J. Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress // Journal of Abnormal Psychology. – 1979. – Vol. 88, No. 4. – P. 369–380.

10. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model // Cancer Surveys. – 1987. – Vol. 6, No. 3. – P. 545–567.

11. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. – 1983. – Vol. 24, No. 4. – P. 385–396.

12. Абабков В. А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О. В., Горбунов И. А., Капранова С. В., Пологаева Е. А., Стуклов К. А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып. 2. – С. 6–15.

13. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology // Qualitative Research in Psychology. – 2006. – Vol. 3, No. 2. – P. 77–101.

14. Pedersen A. F., Zachariae R. Cancer, acute stress disorder, and repressive coping // Scandinavian Journal of Psychology. – 2010. – Vol. 51, No. 1. – P. 84–91.

15. Костина Н. И., Кропачева О. С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4 (спецвыпуск 1). – С. 59–63.