

На правах рукописи

Хаин Алина Евгеньевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АДАПТАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ
МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ
КЛЕТОК У ПОДРОСТКОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

19.00.04 – Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург – 2018

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Холмогорова Алла Борисовна,
заведующая лабораторией клинической
психологии и психотерапии ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского»

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Абабков Валентин Анатольевич,
профессор кафедры медицинской психологии и
психофизиологии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный
университет»

**Официальные
оппоненты:** доктор психологических наук, доцент
Малкова Елена Евгеньевна,
профессор кафедры клинической психологии и
психологической помощи Института психологии
ФГБОУ ВО «Российский государственный
педагогический университет им. А.И. Герцена»

доктор медицинских наук, доцент
Городнова Марина Юрьевна,
профессор кафедры детской психиатрии,
психотерапии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова»

Защита состоится « ___ » _____ 2018 г. в _____ часов на заседании диссертационного
совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском государственном университете по
адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6, факультет психологии, ауд. 227.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-
Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб.,
д.7/9 и на сайте <https://disser.spbu.ru/>.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук



А.В. Трусова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Изучение психологических характеристик пациентов с различными соматическими заболеваниями и специфики адаптации к стрессу в процессе лечения является одним из важных направлений исследований в психосоматической медицине и клинической психологии (Анцыферова Л.И., 1995; Налчаджян А.А., 1988; Николаева В.В., 1987; Непомнящая Н.И., 1998; Исаев Д.Н., 2005; Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю., 2015; Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2015). В настоящее время достаточно широко изучены особенности адаптивного поведения в ситуациях угрозы здоровья и благополучия человека (Lazarus R., 1993; Китаев-Смык Л.А. 1983; Василюк Ф.Е., 1984; Ялтонский В.М., 1995; Нартова-Бочавер С.К., 1997). Психологическую адаптацию рассматривают как сложный системный процесс, задачам всестороннего изучения которого наиболее отвечает биопсихосоциальный подход (Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И., Березин М.А., 1997). Рядом авторов отмечается необходимость дальнейшего комплексного исследования взаимосвязи и взаимовлияния различных уровней, факторов адаптации (Исаева Е.Р., 2009; Суханов А.А., 2011; Завьялова Е.К., 2001; Мельникова Н.Н., 2002).

Последние десятилетия связаны с активным развитием психологических исследований в такой области, как онкология и онкогематология (Касимова Л.Н., Илюхина Т.В., 2007; Киян И.Г., 2003; Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н., 2016; Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., 2017; Николаева А.В., Малкова Е.Е., Жаринов Г.М., 2017). Международные онкологические и онкопсихологические организации ставят вопрос о необходимости разработки основанных на результатах исследований стандартов оказания психологической помощи в данной области (Holland et al., 2015). Одним из основных показателей психологической адаптации к лечению, который выделяется в современных зарубежных исследованиях, является эмоциональный дистресс (Abrams A.N. et al., 2016; Carlson L., Bultz B., 2003). Регулярная оценка дистресса рекомендована в современных руководствах по психологической помощи в детской онкологии / онкогематологии, наряду с оценкой боли (Holland et al., 2011; Wiener et al., 2014). Отмечается актуальность дальнейшего изучения особенностей адаптации на различных этапах и видах лечения, а также необходимость учета системных факторов, выделение не только субъективных, но и объективных критериев адаптации к стрессовой ситуации лечения жизнеугрожающих заболеваний (Holland J.C., 2001; Patenaude A.F., Kupst M.J., 2005).

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) – один из наиболее передовых методов терапии, дающих новую надежду на успешное лечение тем пациентам, онкогематологические заболевания которых прогрессируют или с высоким риском рецидивируют при проведении стандартного (химиотерапевтического) лечения. ТГСК является многокомпонентным, длительным лечением, сопряженным с большой долей неопределенности, признанием высоких рисков неблагоприятного исхода

заболевания, а также режимом изоляции и различными видами депривации, являясь одним из наиболее инвазивных и тяжелых не только в медицинском плане, но и в психологическом (Patenaude A.F., 1999; Phipps S., Dunavant M., 2004). Таким образом, условия ТГСК предъявляют высокие требования к адаптационным способностям пациента и его семьи, которые в свою очередь оказывают непосредственное влияние не только на психологическое благополучие, но и, опосредованно, на эффективность лечения в целом.

Степень разработанности проблемы. В настоящий момент в России существует недостаток исследований уровня, характеристик и динамики эмоционального дистресса детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями как субъективного критерия психологической адаптации к условиям стационарного лечения, в особенности к ТГСК. Одной из причин такого дефицита является высокая трудоемкость исследования, обусловленная ограничением доступа специалистов, в связи с большой опасностью дополнительных контактов для пациентов в условиях искусственного снижения иммунитета, а также необходимость строгого дозирования нагрузок во время лечения, ввиду общей астенизации пациентов, выраженности побочных эффектов терапии. Ограниченность числа ТГСК в России также создает трудности набора репрезентативных групп. Вместе с тем постепенно возрастает количество пациентов, направляемых на ТГСК, что впервые позволяет подойти к изучению различных психологических аспектов данного вида лечения, делая подобного рода исследования все более актуальными и востребованными для создания теоретически обоснованных программ психологического сопровождения.

Задача комплексного рассмотрения факторов адаптации к стрессу в ситуации лечения с позиций системного биопсихосоциального подхода особенно актуальна при исследовании детей и подростков (Холмогорова А.Б., 2002; Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Сирота Н.А., 1994; Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000; Куфтяк Е.В., 2010; Калинин Н.И., Малкова Е.Е., 2012). В существующих психологических исследованиях детей и подростков, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, следует отметить сравнительно малое количество работ, включающих в свой дизайн изучение особенностей адаптации как ребенка, так и его родителей, а также влияние на адаптацию к лечению системных факторов. Длительное нахождение пациентов в изоляции в асептическом боксе и последующий ограничительный режим ТГСК, зависимость от ухаживающего взрослого вступают в противоречие с задачами подросткового возраста, изменяют характеристики «социальной ситуации развития». Исследования влияния условий уникальной ситуации, связанной с организацией процесса ТГСК, индивидуальных и семейных факторов, обуславливающих адаптационные способности подростка, будут способствовать расширению представлений о ресурсах, факторах риска дезадаптации в условиях стресса, связанного с тяжелым лечением, для данного возраста.

Цель исследования: изучение влияния системы психологических факторов на процесс адаптации к лечению методом трансплантации

гемопозитических стволовых клеток (ТГСК) у пациентов подросткового возраста.

Задачи исследования

1. Провести теоретический и методологический анализ различных подходов к изучению психологической адаптации к болезни и лечению онкологических, онкогематологических заболеваний у детей и подростков, представить обзор основных результатов исследований.
2. Разработать методический комплекс для изучения системы психологических факторов адаптации к процессу ТГСК, выделить критерии психологической адаптации к ТГСК.
3. Провести сравнительное исследование эмоционального состояния, стратегий совладания и характеристик семейного функционирования у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.
4. Провести сравнительное исследование эмоционального дистресса пациентов на двух этапах ТГСК: этапе подготовке к трансплантации и этапе лечения в отделении ТГСК.
5. Провести сравнительный анализ взаимосвязей эмоционального дистресса, приспособления к требованиям лечения и индивидуальных факторов адаптации к лечению у подростков экспериментальной группы на двух этапах ТГСК.
6. Провести сравнительный анализ взаимосвязей эмоционального дистресса, приспособления к требованиям лечения и семейных факторов адаптации к лечению у подростков экспериментальной группы на двух этапах ТГСК.
7. Провести сравнительное исследование взаимосвязей характеристик семейной системы (структура, идеология, стиль эмоциональных коммуникаций), а также их связи со стратегиями совладания у подростков с онкогематологическими заболеваниями в процессе лечения методом ТГСК.
8. Выявить возможные предикторы трудностей психологической адаптации подростков к лечению методом ТГСК и сформулировать практические рекомендации для специалистов.

Объект исследования: комплекс индивидуальных и семейных психологических факторов, оказывающих влияние на адаптацию к лечению (ТГСК) пациентов подросткового возраста.

Предмет исследования: взаимосвязь системы психологических факторов (индивидуальных и семейных) адаптации к лечению методом ТГСК у пациентов подросткового возраста.

Гипотезы исследования

1. Ситуация лечения методом ТГСК, в сравнении с лечением при проведении химиотерапии, является не только объективно, но и субъективно более стрессогенной и сопровождается повышением уровня эмоционального дистресса, более выраженными трудностями совладания у подростков экспериментальной группы, по сравнению с группой, проходящей химиотерапевтическое лечение.

2. Динамика эмоционального дистресса в процессе ТГСК характеризуется увеличением уровня субъективного дискомфорта, при этом уровень эмоционального дистресса на этапе подготовки к трансплантации является одним из предикторов эмоционального дистресса в процессе лечения.

3. Значимыми факторами, оказывающими влияние на эмоциональный дистресс и уровень приспособления подростков в процессе ТГСК, будут такие индивидуальные факторы, как субъективная оценка стрессового события, стратегии совладания.

4. Значимыми факторами, оказывающими влияние на эмоциональный дистресс и уровень приспособления подростков в процессе ТГСК, будут такие семейные факторы, как эмоциональный дистресс ухаживающего родителя, особенности его совладания и приспособления к требованиям ситуации лечения, а также характеристики семейного функционирования (идеология, структура, коммуникация, предыдущий стрессовый опыт, связанный с болезнью и лечением).

Теоретико-методологическую базу исследования составили фундаментальные положения культурно-исторического подхода о социальной ситуации развития (Выготский Л.С., 2005; Божович Л.И., 2008) и основном содержании кризисов развития в условиях соматического заболевания (Николаева В.В., 1987), комплексный, междисциплинарный подход к исследованию (Ананьев Б.Г., 1980), биопсихосоциальная модель психических расстройств (Карвасарский Б.Д., 1982; Мухамедрахимов Р.Ж., 1999; Холмогорова А.Б., 2002). Теоретической основой работы послужили теории стресса и адаптации (Lazarus R.S., Folkman S., 1984; Абабков В.А., Перре М., 2004) и когнитивно-поведенческая концепция совладающего поведения личности (Lazarus R.S., 1993; Анцыферова Л.И., 1994; Исаева Е.Р., 2009; Крюкова Т.Л., 2008), а также четырехаспектная модель анализа семейной системы (Холмогорова А.Б., 2002), модели жизнестойкости и адаптации семьи по отношению к стрессу (McCubbin H.I., 1997; Walsh F., 2012).

Научная новизна исследования. В исследовании впервые последовательно реализован биопсихосоциальный подход к изучению психологической адаптации к стрессу как многоуровневому, динамическому процессу в условиях лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток на двух этапах терапии с помощью специально выделенных критериев. Проанализирована связь интрапсихического (психологического) и интерпсихического (социально-психологического) уровней психологической адаптации у подростков, проходящих лечение, и их родителей (матерей). Обоснована и впервые применена оценка эмоционального дистресса как внутреннего критерия психологической адаптации, отражающего уровень субъективного психологического комфорта в стрессовой ситуации лечения.

Теоретическая значимость исследования. С опорой на биопсихосоциальный подход исследована взаимосвязь индивидуальных и семейных факторов адаптации к одному из современных, передовых методов лечения онкогематологических заболеваний. Обоснована необходимость комплексного подхода к проблеме изучения адаптации к стрессу в условиях

жизнеугрожающих заболеваний и процесса ТГСК. Результаты проведенного исследования впервые на российской выборке позволяют уточнить характеристики и динамику эмоционального дистресса подростков с онкогематологическими заболеваниями в процессе ТГСК.

Практическая значимость исследования. Впервые проведено психологическое исследование на российской выборке подростков с онкогематологическими заболеваниями, проходящих лечение в отделениях ТГСК, и ухаживающих за ними родителей. Описан психологический аспект современного и активно развивающегося вида лечения, выделены критерии адаптации к данному виду терапии онкогематологических и других заболеваний. Полученные результаты стали основой для составления эмпирически обоснованных программ психологического сопровождения пациентов и ухаживающих за ними родителей в процессе лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Проведена пилотная адаптация «Шкалы эмоционального дистресса» (DRS) для пациентов подросткового возраста.

Методы исследования. Выбор методик определялся предметом, целями и задачами исследования. Комплекс методов включает в себя тестовые и клиничко-психологические методы исследования индивидуальных характеристик адаптации пациентов подросткового возраста, а также влияния на адаптацию психологического состояния и индивидуальных особенностей ухаживающих за ними родителей (матерей), функционирования семейной системы.

Материал исследования. Исследование проведено в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ. Материалы исследования составили данные обследования 116 испытуемых. В экспериментальную группу, обследованную на двух этапах трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, было отобрано 56 человек: подростков с онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними родителей (матерей). Контрольную группу составили 60 человек: подростков с онкогематологическими заболеваниями, проходящих химиотерапевтическое лечение, и их матерей. Программа исследования включала в себя изучение индивидуальных и семейных факторов психологической адаптации подростков, их взаимосвязей.

Положения, выносимые на защиту

1. ТГСК является объективно и субъективно более стрессовым видом лечения, в сравнении с химиотерапией, и сопровождается более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги, сужением репертуара продуктивных стратегий совладания подростков, изменениями во взаимоотношениях в диаде подросток – ухаживающий родитель (мать), характеристиках семейного функционирования.
2. К индивидуально-психологическим факторам, обуславливающим психологическую адаптацию подростков к ТГСК, относятся: отсутствие оценки трансплантации как неизбежной угрозы или потери здоровья и жизни, более

широкий репертуар продуктивных стратегий совладания, способность опираться на различные виды поддержки (духовная, профессиональная, социальная).

3. К семейным факторам психологической адаптации подростков к ТГСК относятся: 1) индивидуально-психологические характеристики ухаживающих матерей (хорошая способность к эмоциональной регуляции, оценка стрессовой ситуации как новой возможности и вызова); 2) характеристики семейного функционирования (семейная сплоченность, ценности взаимной поддержки, доверие членам семьи и окружающим, принятие и открытость в выражении эмоций при высоких стандартах эмоциональной регуляции, меньшая представленность в семейном опыте травматических переживаний, связанных с лечением).

4. Рассмотрение психологической адаптации подростков к стрессу в условиях ТГСК как динамического, многоуровневого процесса, обусловленного взаимосвязью характеристик стрессовой ситуации, комплекса индивидуально-психологических и семейных факторов, выделение внешнего (уровень приспособления к требованиям среды) и внутреннего (субъективный уровень эмоционального дистресса) критериев позволяет определять предикторы дезадаптации на основании биопсихосоциального подхода, создавать и развивать комплексные научно обоснованные программы психологического сопровождения данного вида лечения.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечивается теоретико-методологической обоснованностью программы исследования, использованием комплекса методов, адекватных его предмету, гипотезам и задачам, сочетанием качественного и количественного анализа данных, тщательным подбором репрезентативных выборок.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты исследования докладывались на 10th SIOP Asia Congress (2016), конференции «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн)» (2016), Межрегиональном совещании НОДГО (2017), XI Международном симпозиуме «Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Генная и клеточная терапия» (2017), IV Международной научно-практической конференции «Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика» (2017), 19th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy (2017). По теме диссертации опубликовано 10 работ. Среди них 4 в изданиях, входящих в перечень ведущих рецензируемых журналов, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России.

Объем и структура диссертационной работы. Диссертация состоит из введения, 3 глав, заключения и выводов, списка литературы из 161 наименования, из них 60 на иностранном языке, 1 приложения. Текст диссертации изложен на 177 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность комплексного подхода к

изучению факторов адаптации к заболеванию и лечению в детской гематологии / онкологии в особой стрессовой ситуации ТГСК; формулируются объект, предмет, цель и задачи исследования; выдвигаются гипотезы; освещается научная новизна, практическая и теоретическая значимость работы; раскрываются ее теоретико-методологические основания. Представлены положения, выносимые на защиту, сведения об апробации результатов исследования.

Первая глава «Теоретические модели и современные эмпирические исследования психологической адаптации к заболеванию и лечению у пациентов с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями» посвящена аналитическому обзору основных теоретических подходов и данных существующих эмпирических исследований психологической адаптации к стрессу у пациентов с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями. Представлены основные понятия классических и современных моделей стресса и адаптации (Lazarus R.S., Folkman S., 1984; Абабков В.А., Перре М., 2004; Крюкова Т.Л., 2008; Исаева Е.Р., 2009; Krohne H.W., 2000), идеи которых оказали значимое влияние на развитие системных многофакторных концепций психической нормы и патологии (Холмогорова А.Б., 2013). Проанализирована логика развития классических подходов к изучению адаптации (Rosenberg A.R. et al., 2014; Phipps S., Peasant C., Barrera M. et al., 2012; Hobfoll, 1989; Lazarus R.S., 1993; Krohne H.W., 2000), особое внимание уделено изменениям представлений о роли семьи в адаптационном процессе (McCubbin H.I., McCubbin M.A. et al., 1997; Walsh F., 2012; Сирота Н.А., 1994; Куфтяк Е.В., 2012; Холмогорова А.Б., 2002). Отдельный параграф посвящен описанию социальной ситуации развития, новообразований и задач подросткового возраста (Выготский Л.С., 2005; Божович Л.И., 2008; Толстых Н.Н., Прихожан А.М., 2016; Кле М., 1991).

В главе рассмотрены подходы к определению структуры, *критериев и факторов* психической адаптации с позиций биопсихосоциального подхода. За основу методологии исследования берется определение психической адаптации как целостной системы, состоящей из взаимосвязанных уровней, подчеркивается динамический характер адаптационного процесса (Березин Ф.Б., 1988; Березин М.А., 2004; Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010). По результатам анализа современных концепций адаптации выделены связанные с нею *индивидуальные и семейные факторы* (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2004; Сирота Н.А., 1994; Куфтяк Е.В., 2012; Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б., 2014; Robinson K.E. et al., 2007; Packman W.S. et al., 2010; Walsh F., 2012). Описаны два основных *критерия* адаптированности / дезадаптированности – внешний (объективный) и внутренний (субъективный) (Мельникова Н.Н., 2004; Исаева Е.Р., 2009). Обосновывается использование субъективно оцениваемого уровня эмоционального дистресса в качестве внутреннего критерия адаптации, что позволит сопоставить полученные результаты с современными зарубежными психоонкологическими исследованиями (Падун М.А., Загрязская Е.А., 2002; Phipps S. et al., 2004, 2005; Dunavant et al., 2004; Patel S.K. et al., 2011).

Рассмотрена специфика психологической адаптации детей и подростков с онкологическими, онкогематологическими заболеваниями. В исследованиях отмечается кризисная природа стрессовой ситуации, связанная с жизнеугрожающим характером данных заболеваний, а также вклад в травматические переживания высокой доли неопределенности, изоляции, большого числа неприятных и болезненных ощущений, изменений внешности в процессе длительного лечения (Николаева В.В., 1995; Тхостов А.Ш., 1980; Урядницкая Н.А., 1998; Кудрявицкий А.Р. с соавт., 2006; Клипина Н.В., Ениколопов С.Н., 2016; Patenaude A.F., 1990; Holland J.C. et al., 2015).

Приводятся результаты современных зарубежных психологических исследований детей и подростков с онкологическими / онкогематологическими заболеваниями, в которых изучается связь эмоционального дистресса с различными факторами: длительностью стационарного лечения, приверженностью лечению, качеством жизни и удовлетворенности ею, предшествующим опытом, совладающим поведением, а также уровнем социальной поддержки, психологическим состоянием родителей (Carlson L., Bultz B., 2003; Holland J., Alici Y., 2010; Jobe-Shields L. et al., 2009). Подчеркивается актуальность исследования системных семейных факторов адаптации (Robinson et al., 2007; Varni J.W. et al., 1996).

В главе также представлены психологические аспекты стрессовой ситуации лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и результаты существующих исследований. Описываются различные этапы трансплантации, дискутируется вопрос выделения факторов, прогнозирующих динамику адаптации в процессе ТГСК. Отмечается отсутствие исследований на российской выборке. Дан обзор результатов изучения эмоционального дистресса и других психологических характеристик адаптации детей и подростков на различных этапах трансплантации (Rodrigue J.R. et al., 1997; Barrera M., Atenafu E., 2008). Описаны связи индивидуальных характеристик психологической адаптации родителей и характеристик семейного функционирования (семейная сплоченность, высокий уровень взаимной поддержки, низкая конфликтность, открытые и честные коммуникации) с улучшением адаптации пациентов к ТГСК (Packman W. et al., 2010; Rodrigue J.R. et al., 1997; Vrijmoet-Wiersma C.M.J. et al., 2009; Jobe-Shields L. et al., 2009; Phipps S. et al., 2005; Ho S. et al., 2002).

Во второй главе «Материал и методы исследования» поставлена проблема и описаны программа, эмпирическая база исследования, обоснован методический аппарат, даны количественные, социодемографические и клинические характеристики групп.

Материал исследования. В исследовании приняли участие две группы испытуемых: подростков и их родителей. Исходя из теоретического положения о динамическом характере процесса адаптации, для проверки гипотезы о влиянии на адаптацию особенностей стрессовой ситуации, а также для решения задач выделения факторов риска и устойчивости к стрессовой ситуации ТГСК проведено обследование экспериментальной группы (пациентов с онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними родителей –

матерей) на двух этапах ТГСК. Первый этап исследования (Т1) был проведен во время подготовки к трансплантации (за 1-2 недели до ТГСК). Второй этап (Т2) – во время активной фазы лечения в условиях стерильного бокса (через 3-4 недели после ТГСК). Также изучение специфики стрессовой ситуации ТГСК и ее влияния на процесс адаптации дополнило исследование контрольной группы, куда вошли пациенты той же нозологии, получающие химиотерапевтическое лечение, и ухаживающие за ними матери.

Исследование проводилось на протяжении 5 лет в связи с трудоемкостью процесса набора репрезентативных групп, обусловленной спецификой соматического состояния пациентов, условий лечения, относительно малым числом ТГСК. На первом этапе было обследовано 150 человек – подростков и ухаживающих за ними матерей. Финальная выборка ($N = 116$) сформирована на основании рекомендаций врача относительно возможности участия во всех этапах исследования, выравнена по социально-демографическим характеристикам, диагнозу (онкогематологические заболевания), качеству заполнения анкет и опросников (таблица 1).

Таблица 1 – Социально-демографические и клинические характеристики респондентов

Испытуемые ($N = 116$)	Экспериментальная группа ($N = 56$)	Контрольная группа ($N = 60$)
Кол-во / % общей выборки		
Пол		
Подростки	М: 16 / 57,1%, Ж: 12 / 42,9%	М: 16 / 53,3%, Ж: 14 / 46,7%
Родители	Ж: 28 / 100%	Ж: 30 / 100%
Возраст		
Подростки	11–14 лет: 17 / 60,7% 15–18 лет: 11 / 39,3%	11–14 лет: 18 / 60% 15–18 лет: 12 / 40%
Родители	31–53 лет	34–61 лет
Семья		
Полная	16 / 57,1%	16 / 53,3%
Неполная	12 / 42,9%	14 / 46,7%
Образование родителя		
Высшее	12 / 42,9%	14 / 46,7%
Среднее специальное	9 / 32,1%	11 / 36,6%
Среднее	7 / 25%	5 / 16,7%
Диагноз		
Острый миелобластный лейкоз	13 / 46,4%	10 / 33,3%
Острый лимфобластный лейкоз	12 / 42,9%	11 / 36,7%
Ювенильный миеломоноцитарный лейкоз	2 / 7,1%	2 / 6,7%
Лимфома Ходжкина	–	5 / 16,7%
Лимфома Беркита	–	2 / 6,7%
Миелодиспластический синдром	1 / 3,6%	–

В экспериментальную группу, обследованную на двух этапах ТГСК, было отобрано 56 человек: 28 пациентов 11–18 лет ($M = 14.25$, $SD = 2.20$; М: 57,1%, Ж: 42,9%) и 28 их матерей ($M = 41.12$, $SD = 5.65$). Контрольную группу составили 60 человек: 30 пациентов, проходящих химиотерапевтическое лечение ($M = 13.71$, $SD = 2.12$; М: 53,3%, Ж: 46,7%), и 30 их матерей ($M = 41.22$, $SD = 6.22$).

Основными исследуемыми индивидуальными факторами психологической адаптации стали субъективная оценка стрессового события и

совладающее поведение. Основными исследуемыми семейными факторами адаптации подростков стали характеристики психологической адаптации ближайшего окружения (ухаживающий родитель – мать), а также выделенные на основе подходов Волш Ф. и Холмогоровой А.Б. характеристики семейного функционирования: семейная структура, идеология, стиль семейных коммуникаций. Среди дополнительных факторов были выделены: предшествующий стрессовый опыт, система базовых убеждений родителя.

Для реализации биопсихосоциального подхода к изучению психической адаптации проведено исследование адаптации к ТГСК с точки зрения внешнего и внутреннего критериев, что позволяет оценить взаимовлияние ее внутриспсихического (психологического) и социально-психологического уровней. Внутренним критерием психологической адаптации (субъективный уровень психологического благополучия) в исследовании является субъективный уровень эмоционального дистресса. Внешним критерием психологической адаптации – уровень приспособления к требованиям среды (лечения), который оценивался экспертами (врач).

Методы исследования. Методический комплекс состоял из 10 методик, а также клинико-психологических обследований пациентов и их матерей (полуструктурированные интервью) для исследования субъективной оценки стрессовой ситуации, прошлого опыта, связанного с болезнью и лечением; структурированного интервью врача для оценки приспособления к требованиям лечения по выделенным экспертами критериям. Используемые *методики* можно разделить на три блока. **I блок** составили методики изучения эмоционального дистресса, характеристик эмоционального состояния: 1) «Шкала оценки дистресса» (DRS) *подростков, родителей* (Patel S., 2011), адаптация Никольской Н.С., Хаин А.Е. и др. (Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A. et al., 2017); 2) «Опросник детской депрессии» (Kovacs M., 1992), адаптация Воликовой С.В., Калины О.Г., Холмогоровой А.Б. (2013); 3) «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), разработан Вассерманом Л.И., Бизюком А.П., Иовлевым Б.В. (2005); 4) Симптоматический опросник SCL-90-R (Derogatis L., 1977), адаптация Тарабриной Н.В. (2001).

II блок составили методики оценки индивидуальных факторов адаптации: 1) стратегии совладания *подростков* – «Юношеская копинг-шкала» (ЮКШ), разработанная Фрайденберг Э., Льюисом Р. (Frydenberg E., Lewis R., 1993), адаптация Крюковой Т.Л. (2002); 2) стратегии совладания *родителей* – COPE (Carver C., Scheier M., Weintraub J., 1989), адаптация Иванова П.А., Гаранян Н.Г. (2010); 3) система убеждений ухаживающего *родителя* – шкала базисных убеждений Янов-Бульман (Janoff-Bulman R., 1989), адаптация Падун М.А., Котельниковой А.В. (2007); 4) субъективная оценка ТГСК – полуструктурированное интервью *подростка и родителя*, методика «Оценка жизненных событий» (ALE) (Ferguson E., Matthews G., Cox T., 1999), на российской выборке применялась при исследовании аффективных расстройств в ФГБНУ НЦПЗ РАМН (Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Романов Д.В., Захарова Н.В., 2014).

III блок составили методики оценки семейных факторов адаптации: 1) «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3, разработан Олсоном Д.Х. (Olson D.H., 1985), адаптация Перре М. (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2006); 2) опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК), разработан Холмогоровой А.Б., Воликовой С.В. (2016).

Для математико-статистической обработки данных были использованы методы непараметрической статистики: для сравнения двух независимых выборок применен критерий Манна – Уитни при достоверном уровне вероятности различий, для сравнения двух связанных выборок – критерий Уилкоксона, для проверки связи между показателями выборки применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для анализа предикторов – парный и множественный линейный регрессионный анализ (p значение t -критерия < 0.05). Статистический анализ данных проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20 и Excel XP.

В третьей главе «**Результаты эмпирического исследования индивидуальных и семейных факторов адаптации к лечению методом ТГСК подростков с онкогематологическими заболеваниями**» представлены результаты исследования связей характеристик стрессовой ситуации, а также системы психологических факторов с адаптацией к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у подростков с онкогематологическими заболеваниями.

В параграфе 3.1 представлены результаты сравнительного исследования эмоционального состояния, стратегий совладания и характеристик семейного функционирования у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.

Таблица 2 – Сравнительные характеристики эмоционального состояния подростков в процессе ТГСК и подростков в процессе химиотерапевтического лечения

	Экспериментальная группа (ТГСК)		Контрольная группа (Химиотерапия)		Достоверность различий
	М	SD	М	SD	
Общий балл DRS	4.7	2.56	2.69	2.66	0.003**
CDI					
Негативное настроение	52.38	10.71	53.82	8.43	0.12
Межличностные проблемы	56.71	3.27	56.54	7.23	0.09
Неэффективность в школе	43.14	3.62	52.71	6.50	0.02*
Ангедония	56.67	3.02	53.73	5.73	0.49
Негативная самооценка	49.52	1.94	48.13	3.52	0.08
Общий балл CDI	53.14	2.64	52.62	5.82	0.12
ИТТ					
Эмоциональный дискомфорт	4.68	2.30	3.24	2.12	0.02*
Астенический компонент	6.50	2.24	4.73	2.54	0.006**
Фобический компонент	4.36	2.30	3.09	2.47	0.051
Тревожная оценка перспектив	4.04	2.70	3.51	2.19	0.57
Социальные реакции защиты	4.73	2.55	4.67	2.61	0.93
Общий балл ИТТ	5.09	2.11	3.72	2.28	0.02*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (критерий Манна – Уитни)

Средние показатели уровня эмоционального дистресса подростков в

экспериментальной группе выше 4 баллов, что свидетельствует об умеренном уровне дистресса, тогда как у пациентов контрольной группы уровень дистресса можно охарактеризовать как легкий (Patel et al., 2011). При использовании «Шкалы оценки дистресса» в качестве инструмента для оценки общего уровня эмоционального благополучия и потребности в психологической помощи в онкологическом стационаре принято выделять группу пациентов, отмечающих баллы 4 и выше (Abrams A.N. et al., 2016). Таким образом, результаты подтверждают особую актуальность оценки потребности в психологической помощи и доступности консультаций специалистов психосоциальных служб для пациентов ТГСК. Сравнительное исследование эмоционального дистресса на этапе лечения в экспериментальной и контрольной группах подтвердило гипотезу о значимо более высоком уровне дистресса у подростков ($U = 249.000$; $p = 0.003$) и ухаживающих за ними родителей ($U = 237.500$; $p = 0.006$) в процессе лечения в экспериментальной группе, в сравнении с контрольной.

Исследование эмоционального дистресса было дополнено изучением уровня и особенностей депрессивных и тревожных переживаний подростков контрольной и экспериментальной групп (таблица 2). Уровень депрессивной симптоматики в обеих группах соответствует среднему: подростки экспериментальной группы ($53,2 \pm 12,1$), контрольной группы ($52,6 \pm 10,2$) (Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Калина О.Г., 2013). Наибольшее значение в обеих группах получено по таким параметрам опросника, как: а) *межличностные проблемы*, проявляющиеся в негативизме, протестном, агрессивном поведении; б) *ангедония* – характеризующая уровень истощаемости, астенизации; в) *негативное настроение* – общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности. Значимое различие получено по параметру *неэффективность в школе* ($U = 219.00$; $p = 0.023$). У подростков контрольной группы, проходящих химиотерапевтическое лечение, эти показатели выше ($52,7 \pm 10,1$), что может быть обусловлено тем, что пациенты экспериментальной группы могли не отмечать наличие проблем в обучении в связи с перерывом в школьных занятиях в условиях лечения в отделениях ТГСК.

Результаты оценки показателей тревожности согласуются с результатами оценки уровней эмоционального дистресса. Для подростков экспериментальной группы характерен, в целом, умеренный уровень тревожности, тогда как для подростков контрольной группы характерен, в целом, низкий уровень. Обнаружены значимые различия по таким показателям, как: *эмоциональный дискомфорт* – $U = 233.500$; $p = 0.024$; *астенический компонент* – $U = 204.00$; $p = 0.006$; *общий балл* $U = 234.00$; $p = 0.024$, – которые оказались выше у подростков экспериментальной группы, проходящих лечение методом ТГСК. В структуре тревожности подростков экспериментальной и контрольных групп преобладает *астенический компонент*, свидетельствующий о выраженности усталости, пассивности, быстрой утомляемости. Данное состояние может быть связано как с проявлением основного заболевания, так и с побочными эффектами лечения. Значимое увеличение в экспериментальной группе

показателя по шкале «эмоциональный дискомфорт» и общего уровня тревожности в целом свидетельствуют о наличии более выраженного эмоционального напряжения, неудовлетворенности жизненной ситуацией, элементов ажитации у подростков в процессе ТГСК, в сравнении с подростками, проходящими химиотерапевтическое лечение.

Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального дистресса, депрессии и тревоги в экспериментальной и контрольной группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Корреляции дистресса (DRS) подростков с показателями депрессии (CDI) и тревоги (ИТТ) в экспериментальной (Т1; Т2) и контрольной группах (Т2)

	DRS – «Шкала оценки дистресса» (балл)		
	Экспериментальная группа		Контрольная группа
CDI	T1 (до лечения)	T2 (лечение)	T2 (лечение)
Негативное настроение	0.586**	0.797**	0.108
Межличностные проблемы	0.117	0.632**	0.263
Неэффективность	-0.029	0.093	-0.065
Ангедония	0.497**	0.790**	0.358*
Негативная самооценка	0.180	0.625**	-0.126
Общий балл CDI	0.457*	0.792**	0.150
ИТТ	T1	T2	T2
Эмоциональный дискомфорт	0.593**	0.731**	0.402*
Астенический компонент	0.244	0.273	0.466**
Фобический компонент	0.257	0.490*	0.304
Тревожная оценка перспектив	0.518**	0.664**	0.244
Социальные реакции защиты	0.008	0.417	0.070
Общий балл ИТТ	0.601**	0.743**	0.516**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (коэффициент корреляции Спирмена)

Полученные результаты демонстрируют, что в стрессовой ситуации трансплантации субъективное ощущение эмоционального дискомфорта (дистресс) значимо положительно коррелирует с тревожно-фобическими переживаниями, негативной оценкой собственной эффективности в целом. Чем выше дистресс подростков в процессе ТГСК, тем больше также выражены негативизм и проблемы в межличностном взаимодействии. Тогда как в процессе химиотерапевтического лечения эмоциональный дистресс положительно коррелирует с истощением, астенизацией.

Данные сравнительного исследования стратегий совладания подростков экспериментальной и контрольной групп с помощью методики «Юношеская копинг-шкала» (ЮКШ) представлены на рисунке 1.

Результаты исследования совладающего поведения продемонстрировали выбор подростками обеих групп различных, порой конфликтных копинг-стратегий. В стрессовой ситуации химиотерапевтического лечения подростки контрольной группы предпочитали использовать такие стратегии, как: *решение проблем, чудо, позитивный фокус, отвлечение, активный отдых*. В стрессовой ситуации ТГСК подростки экспериментальной группы предпочитали использовать такие стратегии, как: *чудо, позитивный фокус, отвлечение, духовность*. Обращает на себя внимание потребность в поддержании оптимистического настроя, надежде, более пассивная позиция,

предположительно связанная с возрастанием ощущения неопределенности и угрозы у подростков экспериментальной группы.

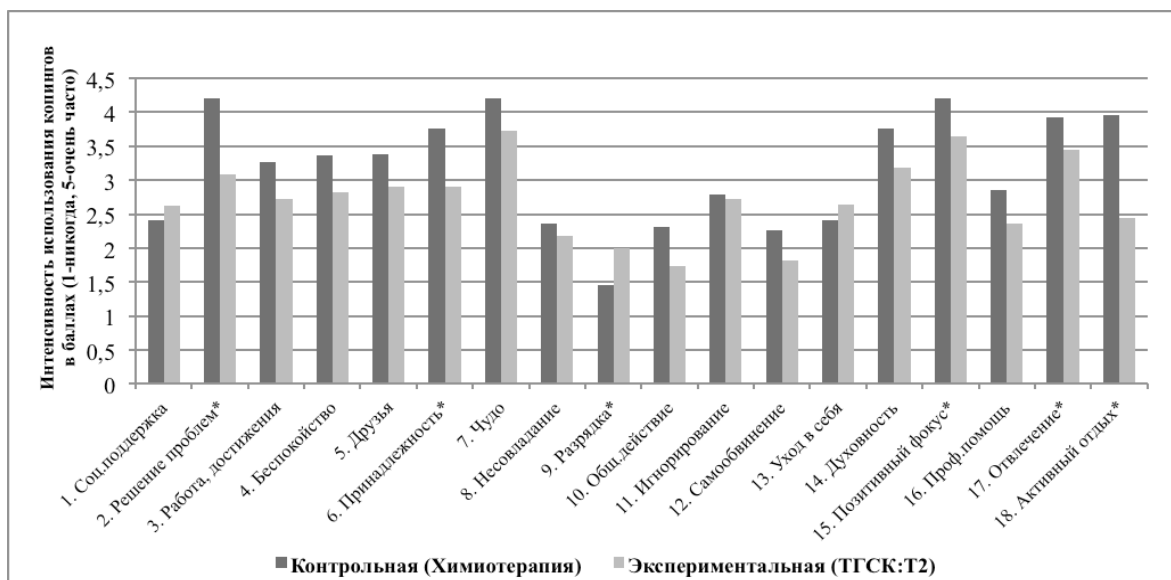


Рисунок 1 – Интенсивность использования подростками различных стратегий совладания на химиотерапевтическом лечении и в процессе ТГСК

Обнаружены значимые различия в использовании стратегий совладания подростками в стрессовых ситуациях ТГСК и химиотерапевтического лечения. Подростки контрольной группы более активно используют такие стратегии совладания, как: *решение проблем* ($U = 68.000$; $p = 0.002$), *принадлежность* ($U = 68.000$; $p = 0.002$), *вера в чудо* ($U = 103.500$; $p = 0.046$), *позитивный фокус* ($U = 82.500$; $p = 0.008$), *активный отдых* ($U = 45.000$; $p = 0.000$), *отвлечение* ($U = 91.000$; $p = 0.017$). Меньше используется одна из неэффективных стратегий совладания – *разрядка* ($U = 103.500$; $p = 0.048$). Данные различия могут быть связаны как с нарастанием истощения ресурсов совладания на фоне лечения в отделениях ТГСК, которому в большинстве случаев предшествуют другие виды лечения, дефицитом доверия и уверенности в успехе терапии в связи с прошлым негативным опытом, возросшей неопределенностью стрессовой ситуации, так и условиями лечения, которые делают использование различных ресурсов, связанных с общением, отвлечением на различные виды активности, менее доступными.

Данные сравнительного исследования не продемонстрировали значимых различий между такими параметрами, как *сплоченность* и *гибкость* семейной структуры, в экспериментальной и контрольной группах (FACES-3). Средние баллы показателей *сплоченности* в экспериментальной (30.58 ± 6.63) и контрольной (32.64 ± 5.34) группах находятся на границе между высоким и чрезмерно высоким уровнем, для которого характерна сфокусированность на внутрисемейных интересах, высокая степень взаимозависимости, слабость границ между отдельными членами семьи при более жестких внешних границах. Полученные в исследовании результаты согласуются с данными исследований семейной системы подростков с онкологическими заболеваниями

на российской выборке (Болдинова М.Н., Геронимус И.А., Коган-Лернер Л.Б., 2013). У подростков с онкологическими заболеваниями отмечаются изменения семейной структуры, проявляющиеся, в первую очередь, в изменении дистанции в сторону симбиотических отношений с родителями. Средние баллы показателей «гибкости» (адаптивности) в обеих группах находятся между умеренным и высоким уровнями ($\text{Э}: 39,33 \pm 5,97$; $\text{К}: 38,45 \pm 7,71$) и свидетельствуют о демократичном стиле руководства, способности семей к достаточно сбалансированному типу отношений, учитывающему мнение и позиции различных ее членов.

Результаты сравнительного исследования семейных коммуникаций (СЭК) у подростков с онкогематологическими заболеваниями демонстрируют более активное использование таких стилей, как *индуцирование тревоги*, *фиксация на негативных переживаниях*, *сверхвключенность*, в сравнении с условно здоровыми подростками, а также юношами и девушками с низким уровнем социальной тревожности (Краснова В.В., Холмогорова А.Б., 2011; Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б., 2015). Общий уровень выраженности выделенных стилей отношения к эмоциям в семье, стиля эмоциональной регуляции в контрольной группе (Подростки: 49.52 ± 8.12 ; Родители: 50.15 ± 10.47) соотносится с уровнем в семьях с низкой социальной тревожностью, тогда как в экспериментальной группе (Подростки: 52.35 ± 8.79 ; Родители: 58.85 ± 9.28) уровень скорее соотносится с выраженностью дисфункциональных стилей коммуникации в семьях с высоким уровнем социальной тревожности. Обнаружены значимые различия в использовании стилей эмоциональных семейных коммуникаций в экспериментальной и контрольной группах. Общий балл по методике СЭК (вариант родителя) значимо выше в экспериментальной группе ($U = 248.000$; $p = 0.003$), отличается выраженность использования различных стилей: возрастает *сверхвключенность*, *индуцирование тревоги*, *фиксация на негативных переживаниях* в диаде ребенок – родитель, более востребованным становится стремление *демонстрировать внешнее благополучие* и высокие стандарты и требования к совладанию со стрессом (*перфекционизм*). Данные различия косвенно свидетельствуют о большем напряжении адаптивных механизмов в стрессовой ситуации ТГСК, в сравнении с ситуацией химиотерапевтического лечения. Восприятие ситуации ТГСК как более угрожающей, изменившиеся требования к подростку и ухаживающему родителю, связанные с постоянным отслеживанием изменений состояния и тщательным уходом, могут способствовать актуализации большей взаимозависимости и включенности в эмоциональное состояние ребенка в диаде подросток – родитель (мать), выстраиванию более жестких внешних границ в семейной системе. Полученные результаты интересны для дальнейшего исследования связей характеристик стрессовых ситуаций и актуализации различных стилей семейных эмоциональных коммуникаций, влияния опыта ТГСК на дальнейшее развитие подростков.

Параграф 3.2 посвящен описанию результатов исследования эмоционального дистресса у подростков в экспериментальной группе на двух этапах – этапе подготовки к трансплантации и этапе активного лечения в

отделении ТГСК. Результаты показали, что эмоциональный дистресс подростков значимо выше на этапе лечения, по сравнению с этапом подготовки к ТГСК ($z = -2.992$; $p = 0.003$), возрастая от легкого к умеренному уровню (рисунок 2).

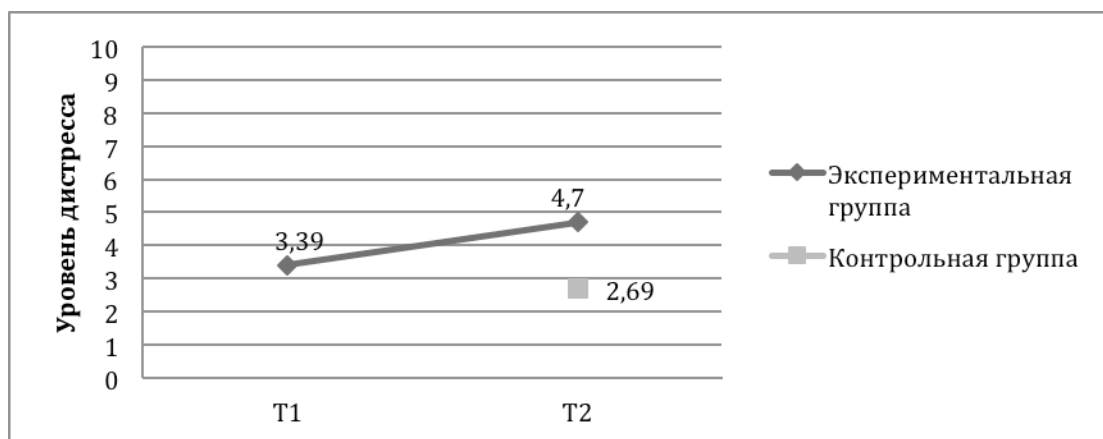


Рисунок 2 – Динамика уровней эмоционального дистресса подростков в процессе ТГСК (этапы подготовки – Т1 и лечения – Т2), а также соотнесение с уровнем дистресса подростков контрольной группы

Обнаружена значимая положительная корреляция между уровнями эмоционального дистресса подростка на двух этапах исследования ($r = 0.679$; $p = 0.000$). В Списке проблемных областей «Шкалы оценки дистресса» (DRS) нами были проанализированы блоки эмоциональных и физических проблем как показавшие значимую связь с уровнем дистресса по результатам проведенной апробации (Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A. et al., 2017). Результаты исследования демонстрируют значимые положительные корреляции между выраженностью эмоциональных и физических проблем в Списке проблемных областей «Шкалы оценки дистресса» (DRS) как на этапе подготовки ($r = 0.486$; $p = 0.001$), так и на этапе лечения ($r = 0.748$; $p = 0.000$). На этапе подготовки к трансплантации наибольшее число пациентов отмечает у себя наличие таких эмоциональных проблем, как *беспокойство* (61,5%), *скука* (53,85%), *нервозность* (34,78%), *грусть* (30,7%). На этапе лечения наибольшее число пациентов отмечает у себя наличие таких эмоциональных проблем, как *скука* (73,9%), *грусть* (43,48%), *беспокойство* (43,48%), *одиночество* (39,13%), *раздражительность* (39,12%). При исследовании значимых различий было обнаружено, что на этапе подготовки к ТГСК больший процент пациентов отмечает наличие у себя таких эмоциональных проблем, как *беспокойство*, *страх* ($p < 0.05$), что может быть связано с тревогой ожидания начала лечения. На этапе лечения в отделении значимо возрастает наличие таких проблем, как *грусть*, *раздражительность*, *чувство одиночества*, *скуки* ($p < 0.05$), что может быть связано с особыми условиями лечения (изоляция, большее число ограничений, повышенный контроль).

В параграфе 3.3 представлен сравнительный анализ результатов исследования приспособления к требованиям лечения и эмоционального дистресса, их взаимосвязей с индивидуальными факторами адаптации в процессе ТГСК.

При анализе результатов особенностей субъективной оценки ТГСК отмечается противоречивое, смешанное отношение к трансплантации у большинства подростков. Отношение к ТГСК преимущественно как к полезному, волнующему событию, бросающему вызов, присутствует у 55,8% подростков, 40,4% подростков склонны оценивать ТГСК как утрату надежды на успешное лечение, печальное и невыносимое событие, 3,8% подростков склонны оценивать ТГСК преимущественно как угрожающее, пугающее событие.

Так же, как при сравнительном исследовании стратегий совладания подростков экспериментальной и контрольной групп (параграф 3.1), обращает на себя внимание дробность, нередко противоречивость стиля совладания, одновременное включение как продуктивных, так и непродуктивных стратегий. На этапе подготовки к трансплантации подростками наиболее часто используются такие стратегии, как *решение проблем, отвлечение, работа и достижения, чудо*. На этапе лечения на ведущие места выходят такие стратегии, как *чудо, позитивный фокус*, а также *отвлечение* и *духовность*. Исследование не продемонстрировало значимых различий в использовании стратегий совладания пациентами экспериментальной группы на двух этапах ТГСК. Однако можно отметить меньшее число активных, продуктивных копинг-стратегий. На втором этапе исследования (в процессе лечения) пациенты больше нуждаются в поддержании оптимистического взгляда на ситуацию, надежде на лучшее, духовной опоре, а также сознательной блокировке существующих проблем (стратегии совладания *позитивный фокус, духовность, чудо, игнорирование*).

Уровень приспособления к требованиям ситуации (лечению) исследовался с помощью структурированного интервью по выделенным экспертами критериям. Интервью с экспертами (врачами отделений трансплантации гемопоэтических стволовых клеток) позволило выделить следующие критерии приспособления к ситуации лечения (ТГСК): 1) выполнение основных правил и требований, связанных с питанием и гигиеной; 2) своевременность и качество информирования врача об изменениях состояния пациента; 3) конструктивность, последовательность во взаимоотношениях с персоналом. В ходе исследования в структурированном интервью лечащим врачом выделенные критерии оценивались по шкале от 1 до 5.

В целом, оценивая уровень приспособления подростков к требованиям ситуации ТГСК, врачи отметили, что 25% подростков исследуемой группы справляются с требованиями отлично, 50% – хорошо, 21,4% – удовлетворительно, 3,6% скорее не справляются. Результаты корреляционного анализа показали значимую положительную корреляцию между уровнями приспособления к лечению и эмоционального дистресса у подростков в процессе ТГСК ($r = 0.544$; $p = 0.007$), т. е. высокие показатели дистресса коррелируют с более выраженными трудностями приспособления. Значимых корреляций между уровнями дистресса и приспособления у родителей не выявлено. Взаимосвязь эмоционального дистресса подростка и уровня его приспособления к требованиям лечения подтверждает данные исследований

эмоциональной регуляции у детей и подростков, свидетельствующие о преобладании в этом возрасте эмоциональных реакций на стресс, склонности к непосредственному отреагированию эмоционального состояния в поведении и коммуникации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993; Лебединский В.В., 2003; Куфтяк Е.В., 2012).

Результаты корреляционного исследования подтвердили наличие значимых взаимосвязей между эмоциональным дистрессом и субъективной оценкой стрессового события: DRS(T1)/ *угроза* ($r = 0.397^*$), DRS(T2)/ *угроза* ($r = 0.695^{**}$), *утрата* ($r = 0.659^{**}$); совладающим поведением у пациентов подросткового возраста: DRS(T1)/ *беспокойство* ($r = 0.682^*$), *несовладание* ($r = 0.794^{**}$), *работа и достижения* ($r = -0.755^*$), *позитивный фокус* ($r = -0.736^*$), *активный отдых* ($r = -0.755^*$); DRS(T2)/ *беспокойство* ($r = 0.752^*$), *активный отдых* ($r = -0.736^*$). Субъективная оценка стрессового события как угрожающего или предваряющего потерю, дефицит продуктивных стратегий совладания значимо взаимосвязаны с эмоциональным дистрессом в процессе ТГСК, являясь факторами риска дезадаптации.

Параграф 3.4 посвящен анализу адаптации подростка к стрессовой ситуации лечения (ТГСК) с позиций системного подхода к исследованию семьи. Результаты сравнительного исследования демонстрируют более высокий уровень дистресса ухаживающих родителей (матерей), превышающий уровень дистресса пациентов на обоих этапах трансплантации (T1: 6.83 ± 2.54 ; T2: 6.00 ± 2.47), что, возможно, связано с большим осознанием родителем жизнеугрожающего характера актуальной ситуации лечения. Уровни дистресса матерей квалифицируются как умеренные, на границе с высокими, что является, в соответствии с современными стандартами, показанием к дополнительной психологической поддержке (Abrams A.N. et al., 2016).

Результаты корреляционного анализа параметров эмоционального дистресса в контрольной ($r = 0.368$; $p = 0.035$) и экспериментальной группах (T1: $r = 0.408$; $p = 0.039$) подтверждают гипотезу о значимой взаимосвязи подросткового и родительского дистресса. Отсутствие корреляции дистресса подростка и родителя на этапе активного лечения в отделениях ТГСК (T2) может быть обусловлено повышением контроля родителем за своим эмоциональным состоянием, а также различиями в условиях стрессовой ситуации для пациента и родителя (уровень изоляции, особенности физического состояния). Обнаружена также значимая положительная корреляция между уровнем приспособления к требованиям лечения у подростков и ухаживающих за ними родителей (матерей) ($r = 0.643$; $p = 0.001$), а также взаимосвязи эмоционального дистресса и приспособления к требованиям лечения подростка с характеристиками адаптации ухаживающего родителя и семейного функционирования.

Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального дистресса и выделенных характеристик семейного функционирования демонстрируют взаимосвязь повышения эмоционального дистресса пациентов с выраженностью предыдущего травматического опыта лечения (T2: $r = 0.664^*$), снижением семейной *сплоченности* (T1: $r = -0.411^*$; T2: $r = -$

0.462*) и *гибкости* (Т1: $r = -0.474^*$), трудностями принятия и возможности открытого выражения эмоций в семье (Т1: $r = 0.510^{**}$). Чем больше ухаживающий родитель (мать) уделяет внимание контролю за собственными импульсивными действиями (Т2: $r = -0.423^*$), а также предъявляет высокие стандарты совладания с трудностями в целом (Т2: $r = -0.462^*$), тем ниже эмоциональный дистресс подростка на этапе лечения (ТГСК).

Уровень приспособления к требованиям лечения у подростков, по результатам исследования, в большей степени, чем эмоциональный дистресс, коррелирует с индивидуальными характеристиками адаптации родителя: оценкой стрессовой ситуации как *угрозы* ($r = 0.463^*$) и *утраты* ($r = 0.450^*$), копингом *сдерживание* ($r = -0.519^*$) и системными семейными характеристиками – семейная идеология *индуцирование недоверия к окружающим* ($r = 0.461^*$), стиль коммуникаций *критика* ($r = 0.509^*$).

Результаты исследования не показали прямой взаимосвязи характеристик базисных убеждений (ШБУ) ухаживающих за пациентами матерей с уровнями дистресса и способности к приспособлению к требованиям лечения – как их собственными, так и подростков. Однако обнаружены значимые корреляции между стратегиями совладания подростков и базисными убеждениями родителей, а также большое число корреляционных связей между стратегиями совладания подростков экспериментальной группы и выделенными системными характеристиками семейного функционирования. Полученные данные могут дополнить понимание вклада в формирование и выбор стратегий совладания подростков характеристик семейной системы и детско-родительских отношений (Урядницкая Н.А., 1998; Куфтяк Е.В., 2012) и будут перспективны для дальнейшего исследования.

В параграфе 3.5 представлены результаты парного и множественного линейного регрессионного анализа, позволяющие выявить предикторы дезадаптации подростков в процессе лечения методом ТГСК. Проведенный парный линейный регрессионный анализ позволяет говорить о дистрессе подростков ($b = 0.935$; $p = 0.001$) и их матерей ($b = 0.586$; $p = 0.002$) на этапе подготовки, оценке подростком ситуации ТГСК как *угрозы* ($b = 1.841$; $p = 0.001$), параметрах *сплоченности* ($b = -0.181$; $p = 0.014$) и *гибкости* ($b = -0.182$; $p = 0.029$) семейной системы как о предикторах эмоционального дистресса подростка на этапе интенсивного лечения. Уровень приспособления к требованиям лечения оказался более значимо обусловлен семейными факторами адаптации, в сравнении с уровнем эмоционального дистресса. Предикторами уровня приспособления к требованиям лечения у подростков, по результатам регрессионного анализа, являются такие родительские и системные семейные факторы, как: уровень приспособления родителя ($b = 0.761$; $p = 0.001$), оценка родителем ТГСК как *угрозы* ($b = 0.769$; $p = 0.018$) или *утраты* ($b = 0.552$; $p = 0.022$), стратегия совладания *сдерживание* ($b = -0.382$; $p = 0.039$), а также выраженность такого стиля семейной коммуникации, как *критика* ($b = 0.261$; $p = 0.049$).

Результаты множественного линейного регрессионного анализа продемонстрировали, что основными предикторами дистресса подростков в

процессе ТГСК являются: дистресс подростков на этапе подготовки к трансплантации, а также субъективная оценка ими ТГСК как *угрозы* ($p < 0.001$), основными предикторами уровня приспособления подростков в процессе ТГСК являются: уровень приспособления ухаживающего родителя, оценка родителем ТГСК как *угрозы* ($p < 0.001$).

При **обсуждении результатов** проанализирована связь полученных данных с данными предыдущих исследований. Результаты описывают взаимосвязь и влияние различных факторов на процесс адаптации, подтверждают важный вклад индивидуальных, родительских и системных семейных факторов в процесс адаптации подростка к стрессу, связанному с жизнеугрожающим заболеванием и лечением.

Сформулированы **практические рекомендации** по психологическому сопровождению процесса лечения методом ТГСК как ситуации повышенного риска нарушений психологической адаптации пациентов подросткового возраста с онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними родителей (матерей). Обоснована необходимость применения системного семейного подхода в психологическом сопровождении лечения. Отмечена важность психологической поддержки на этапе подготовки к ТГСК в связи с высоким дистрессом родителей пациентов, а также вкладом предтрансплантационного дистресса подростков и родителей в дистресс подростков в процессе лечения, значимостью для последующей адаптации формирующегося на данном этапе субъективного отношения к ТГСК. Предтрансплантационное обследование позволит выявить семьи с более высоким риском трудностей психологической адаптации в процессе лечения, сформировать для них задачи дополнительной психологической поддержки и сопровождения. Особое внимание стоит уделить семьям: с нарушениями циркуляции информации о заболевании и лечении; конфликтным, противоречивым отношением к ТГСК; наличием опыта длительного лечения, который субъективно оценивается как травматичный; присутствием в семейной идеологии склонности не доверять окружающим, дефицитом опыта конструктивных, помогающих отношений в стрессовых ситуациях; запретом на свободное выражение эмоций со стороны ребенка, склонностью критично оценивать его поведение и способности; дефицитом продуктивных, активных стратегий совладания, сплоченности и гибкости семейной системы. Результаты исследования подтвердили, что диагностика эмоционального дистресса с помощью «Шкалы оценки дистресса» (DRS) является удобным и надежным методом выявления пациентов с риском более высокого дистресса на этапе лечения и возникновения трудностей приспособления к условиям ТГСК, выполнения необходимых медицинских рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Эмоциональное состояние подростков в процессе лечения методом ТГСК, в сравнении с эмоциональным состоянием подростков в процессе химиотерапевтического лечения, характеризуется значимо более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги. Эмоциональный дистресс

- подростков в процессе ТГСК положительно коррелирует с негативной оценкой подростком собственной эффективности в целом, ощущением угрозы, тревогой, касающейся будущих перспектив лечения, негативизмом и агрессивностью в межличностном взаимодействии, тогда как в процессе химиотерапевтического лечения возрастание эмоционального дистресса положительно коррелирует с нарастанием истощения, астенизацией.
2. Ситуация лечения методом ТГСК, в сравнении с ситуацией химиотерапевтического лечения, способствует актуализации большей взаимозависимости и включенности в эмоциональное состояние в диаде подросток – мать, выстраиванию более жестких внешних границ с внешним окружением, что отражает кризисность стрессовой ситуации лечения методом ТГСК и оказывает влияние как на семейную систему в целом, так и на характеристики «социальной ситуации развития» пациентов подросткового возраста.
 3. Уровень эмоционального дистресса подростков экспериментальной группы значительно возрастает на этапе лечения (ТГСК), более высокий уровень дистресса на этапе подготовки к трансплантации коррелирует с более высоким дистрессом на этапе лечения. Существует значимая положительная корреляция между трудностями приспособления к требованиям лечения и более высоким эмоциональным дистрессом у подростков в процессе ТГСК.
 4. Совладающее поведение подростков в процессе лечения методом ТГСК, в сравнении с совладанием у подростков, находящихся на химиотерапевтическом лечении, характеризуется снижением репертуара более зрелых, продуктивных стратегий совладания, значимо более частым использованием непосредственного отреагирования эмоционального напряжения в поведении. Субъективная оценка подростком лечения методом ТГСК как угрожающего или предваряющего потерю, использование таких непродуктивных стратегий совладания, как *несовладание*, *беспокойство*, значимо коррелируют с возрастанием показателей эмоционального дистресса, являясь факторами риска дезадаптации.
 5. В стрессовой ситуации ТГСК характеристики адаптации родителя являются одними из ведущих факторов адаптации пациентов подросткового возраста: обнаружена значимая положительная корреляция между уровнем приспособления к требованиям лечения у подростков и ухаживающих за ними родителей (матерей), а также уровнями дистресса подростков и их матерей на этапе подготовки к трансплантации. Субъективная оценка родителем стрессового события как *угрозы* или *утраты* надежды коррелирует с более высоким уровнем трудностей приспособления, тогда как использование стратегии совладания, направленной на *сдерживание* импульсивных реакций, коррелирует с более низким уровнем дистресса и трудностей приспособления у подростков экспериментальной группы.
 6. В адаптацию подростка к лечению методом ТГСК важный вклад вносят системные характеристики семейного функционирования: высокий уровень

сплоченности способствует улучшению психологической адаптации как пациента, так и ухаживающего за ним родителя, являясь одним из ресурсов адаптации, тогда как длительный предшествующий опыт лечения, который оценивается в семье как тяжелый и травматичный, дисфункциональные стили семейных коммуникаций и особенности семейной идеологии (элиминирование эмоций, критика, фиксация на негативных переживаниях, индуцирование недоверия к окружающим), напротив, являются факторами риска повышения уровня дистресса и нарушений приспособления к требованиям ситуации лечения.

7. Выявлены взаимосвязи используемых подростками в стрессовой ситуации ТГСК стратегий совладания и характеристик функционирования семейной системы: в семьях с меньшей сплоченностью, присутствием в семейной идеологии недоверия к окружающим, а также неуверенности в способности оказывать влияние на события своей жизни, запретом на выражение негативных эмоций подростки чаще используют непродуктивные стратегии совладания (*беспокойство, несовладание*); в семьях с большей сплоченностью и гибкостью семейной системы, большим доверием к собственным силам и доброжелательности окружающих, при отсутствии сверхвключенности родителей в жизнь детей, подростки занимают более активную позицию в процессе лечения, чаще используют продуктивные стратегии совладания (*решение проблем, работа и достижения, активный отдых*), социальную и профессиональную поддержку (стратегии *друзья, профессиональная помощь*).
8. Основными предикторами трудностей психологической адаптации к лечению методом ТГСК является высокий уровень дистресса как у подростков, так и ухаживающих родителей (матерей) на этапе подготовки к ТГСК, склонность оценивать предстоящую трансплантацию скорее как несущую угрозу, чем новую возможность, что важно учитывать при составлении индивидуальных программ психологического сопровождения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Хаин А.Е.** Психосоциальная адаптация к лечению у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями / А.Е. Хаин, Н.В. Клипинина, А.Р. Кудрявицкий, Н.С. Никольская, Е.А. Стефаненко, М.А. Евдокимова // **Вопросы гематологии/онкологии и иммунологии в педиатрии.** – 2014. – № 4. – С. 56–63.
2. **Хаин А.Е.** Психологические аспекты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей / А.Е. Хаин // **Консультативная психология и психотерапия.** – 2015. – Т. 23. – № 1. – С. 116–125.
3. **Хаин А.Е.** Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток / А.Е. Хаин // **Консультативная психология и психотерапия.** – 2017. – Т. 25. – № 2. – С. 94–114.

4. **Хаин А.Е.** Семейные факторы психологической адаптации к стрессу в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у подростков и ухаживающих за ними матерей / А.Е. Хаин, А.Б. Холмогорова // Вестник РГГУ. Психология. Педагогика. Образование. – 2017. – № 4. – С. 97–119.
5. *Хаин А.Е.* Уровень и динамика дистресса в семейной системе у пациентов подросткового возраста, проходящих лечение в отделении трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) / А.Е. Хаин, А.Б. Холмогорова, Т.В. Рябова // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова. – М.: Институт психологии РАН, 2016. – 496 с. – С. 215–241.
6. *Хаин А.Е.* Особенности дистресса детей и ухаживающих взрослых во время лечения онкологических заболеваний / Е.А. Стефаненко, Н.С. Никольская, А.Е. Хаин и др. // Сборник материалов VI Межрегионального совещания НОДГО «Перспективы детской гематологии-онкологии – мультидисциплинарный подход» (4–7 июня 2015 г. Москва). – М.: НОДГО, 2015. – 112 с. – С. 93.
7. *Хаин А.Е.* Исследование эмоционального дистресса у подростков в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток / А.Е. Хаин // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн): Материалы научно-практической конференции с международным участием (29-30 ноября 2016 г., Москва) / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – 391 с. – С. 367–370.
8. *Khain A.Ye.* To the justification of the investigational approach to factors of psychological adjustment to hematopoietic stem cell transplantation in pediatric oncology/hematology / A.Ye. Khain // 10th SIOP Asia Congress (May 25-28, 2016, Moscow, Russia): Abstract book. – Moscow: The Russian Journal of pediatric hematology and oncology, 2016. – 188 p. – P. 145.
9. *Khain A., Kholmogorova A.* Psychological adjustment of adolescents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in Russia: Personal, parental and family factors // Psycho-Oncology. – 2017. – Vol. 26 (S3). – P. 110. – DOI: 10.1002/pon.4476.
10. *Khain A.* Initial validation of the distress rating scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers / E. Stefanenko; N. Nikolskaya; A. Khain; N. Klipinina; T. Riabova; A. Smirnov; E. Shutkova; A. Balakhneva // Psycho-Oncology. – 2017. – Vol. 26 (S3). – P. 150. – DOI: 10.1002/pon.4476.