

ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ВРАЖДЕБНОСТЬ И АГРЕССИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ (СООБЩЕНИЕ 1)

А.С. Белозёр

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Описаны материалы исследования, выполненного с целью изучения когнитивных и аффективных нарушений, рассматриваемых в качестве возможных предикторов враждебности и агрессии у женщин, страдающих раком яичников (РЯ). Исследование было выполнено с целью изучения показателей враждебности и агрессии и оценки их взаимосвязи с аффективными нарушениями и параметрами когнитивного функционирования у больных РЯ. Представлены и обсуждены результаты клиничко-психологического и психодиагностического обследования выборки 82 больных РЯ, находящихся на различных этапах лечения. Оценка психического состояния проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS); показатели качества жизни оценивались с помощью опросника EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем QLQ-OV28, специально адаптированным для больных РЯ. Для исследования когнитивной сферы использовалась шкала BACS, оценка выраженности агрессии и враждебности выполнена при помощи методики Басса – Дарки. Отдельное внимание уделено рассмотрению взаимосвязи между аффективными нарушениями и показателями агрессивности, враждебности и гнева. Полученные результаты были проинтерпретированы материалами выполненного однофакторного дисперсионного, корреляционного и линейного регрессионного анализа.

Показано, что аффективные нарушения у больных РЯ имеют высокий уровень распространенности. При этом аффективная симптоматика определялась как собственно проявлениями основного заболевания, так и когнитивными паттернами переработки информации, связанной с жизненной ситуацией пациенток и, в частности, с ситуацией заболевания. Установлено, что расстройства тревожного и депрессивного круга имеют различный характер влияния на параметры КЖ больных. Полученные данные могут быть использованы при выборе стратегии психокоррекционной работы в условиях стационара при работе с онкогинекологическими больными.

Ключевые слова: агрессия, враждебность, когнитивные нарушения, когнитивный дефицит, депрессия, тревога, рак яичников, аффективные нарушения, нейропсихология, нейропсихологическая диагностика.

Введение

Рак яичников (РЯ) является тяжелым, представляющим непосредственную угрозу жизни заболеванием; в 80 % зарегистрированных случаев заболевания оно выявляется на отдаленных стадиях развития процесса (Жордания, Хохлова, 2011). В структуре смертности женщин злокачественные новообразования яичника имеют не столь большую долю (5,6 %), причем РЯ становится причиной смерти женщин в прогрессирующем виде по мере увеличения их возраста: у лиц моложе 30 лет смертность вследствие этого заболевания составляет 4,2 %, у женщин в возрасте 40–49 лет – 7,7 % случаев летальности,

а в возрасте 50–59 лет – 8,3 % случаев (Каприн, Старинский, Петрова, 2017).

Согласно данным ряда исследований, онкологические больные, получающие химиотерапевтическое лечение (химиотерапию, ХТ), обнаруживают признаки когнитивных нарушений (КН), выявляемые на разных этапах заболевания (Asher, Myers, 2015; Correa, 2017). Такого рода изменения выявляются по основным показателям когнитивного функционирования: состояниям процессов памяти, внимания, исполнительных функций (англ. executive functions) и характеристикам скорости обработки информации. Наряду с собственно КН, больные РЯ более подвержены

формированию тревожных и депрессивных расстройств (Watts, 2015). Современные исследования показывают, что существует взаимосвязь между аффективными нарушениями (прежде всего тревогой и клинически выраженной депрессией), с одной стороны, и показателями враждебности и гнева – с другой (Абрамова, 2014; Гаранян, 2010).

В теоретическом плане важно подчеркнуть, что под агрессивностью чаще всего понимается свойство, качество личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, разворачивающихся в основном в области межличностного взаимодействия. При этом такого рода деструктивность может тем не менее проявляться в созидательной деятельности, потенцируя способность к устранению и разрушению препятствий, преодолению фрустрации. Считается, что агрессивность обладает качественной и количественной характеристикой и имеет различную степень индивидуальной выраженности: от пассивности, ведомости, конформности до конфликтности и неспособности на сознательную кооперацию и т. д. Важно, что сама по себе агрессивность не отражает уровень социальной опасности субъекта, во-первых, из-за отсутствия жесткой связи между агрессивностью и агрессией и, во-вторых, вследствие того, что не всегда акт агрессии принимает сознательно опасные и неодолимые формы. При этом деструктивная активность и агрессия не рассматривается как «злонамеренная активность», поскольку последняя определяется мотивом деятельности и системой ценностей, ради достижения которых разворачивается такая активность. В силу этого внешне действия могут быть сходны, но их мотивационные компоненты прямо противоположны.

Такое понимание лежит в основе разделения проявлений агрессии на два типа: мотивационную агрессию как самоценность и инструментальную агрессию как средство. В клинической практике выявление характеристик деструктивных тенденций позволяет прогнозировать возможность проявления открытой мотивационной агрессии.

Отдельный аспект этой проблемы связан с соотношением агрессивности и агрессии, с одной стороны, и враждебности – с другой. При этом враждебность как комплекс аффектов, включающий в себя эмоции гнева, обиды и отвращения, часто определяется как основа для агрессии. Вместе с тем враждебность (так

же, как и мотивация) не всегда приводит к формированию агрессивного поведения. Различные соотношения трех компонентов эмоций придают различные аспекты поведению в такого рода ситуациях.

Кроме того, считается, что враждебность связана прежде всего с теми или иными искажениями когнитивного функционирования. При этом не исключено, что формирующиеся вследствие болезни клинические феномены (в том числе и психопатологические) могут предопределять те или иные расстройства когнитивного функционирования – от нарушений собственно когнитивных процессов (памяти, внимания, мышления и т. п.) до когнитивных нарушений более высокого уровня организации (например, так называемый метакогнитивный, к которым можно отнести и враждебность как отражение измененных когнитивных схем вида «свой – чужой» и т. п.).

Таким образом, представляется, что клинически значимые аффективные феномены могут соотноситься с агрессивностью как диспозициональностью личности и агрессией как мотивационно-поведенческой ее характеристикой. С другой стороны, клинически значимые феномены когнитивных нарушений могут соотноситься с метакогнитивными искажениями, одним из проявлений которых является враждебность личности (Ениколов, 2007).

В любом случае считается, что аффективные нарушения в сочетании со снижением когнитивного функционирования, потенцируемые тем или иным уровнем агрессивности и враждебности, способны приводить к затруднениям в межличностном взаимодействии таких больных как со своими родственниками, так и с медицинским персоналом, оказывая в итоге негативное влияние на комплаентность пациенток и их отношение к лечению и жизни в целом.

В связи с вышеизложенным была сформулирована **цель** исследования: изучение когнитивных и аффективных нарушений у больных РЯ как возможных предикторов враждебности и агрессии в их актуальной жизненной ситуации.

Выборка исследования. В исследовании приняли участие 82 пациентки, имевшие на момент обследования гистологически верифицированный диагноз рак яичников (код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) – C.56). Средний воз-

раст участниц исследования составил 51,7 года ($\pm 11,4$). Основная часть выборки женщин имели высшее образование (58 пациенток, или 70,7 % численности выборки), оставшиеся 24 пациентки – среднее или незаконченное высшее образование. Проживали в браке на момент исследования 52 пациентки (63,4 % выборки), 30 пациенток (36,6 %) не имели постоянного партнера. Большинство женщин имели одного ребенка и более (66 пациенток, или 80,5 %). Продолжали работать на момент обследования, несмотря на наличие заболевания – 50 больных (61 % их численности). Прекратили трудовую деятельность 32 больные (39 %), при этом имели инвалидность 19 пациенток (23,2 %). В плане оценки уровня комплайентности пациенток выборки представляется важным, что 63 пациентки (76,8 % обследованной выборки) не оформляли инвалидность в связи с имеющимся у них заболеванием. По стадиям заболевания в соответствии с системой FIGO¹ выборка распределилась следующим образом: FIGO I – 21 пациентка, FIGO II – 10 пациенток, FIGO III – 40 больных и FIGO IV – 11 пациенток (25,6; 12,2; 48,8 и 13,4 % их выборки соответственно).

Материалы, методы и методики исследования

Для реализации цели исследования были использованы определенные психодиагностические методы и методики.

1. Стандартизованные по стимульному материалу и регистрации ответа клинические интервью:

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная Zigmond A.S. и Snaitth R.P. для скринингового выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики, характеризующаяся простотой применения и обработки, а также высокой дискриминантной валидностью в отношении как тревоги, так и депрессии. Методика содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания аффективной симптоматики. Как правило, бланк методики заполняется пациентами самостоя-

тельно, реже – клиницистом после беседы и опроса больного;

- шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale, MADRS), являющаяся более чувствительной (по сравнению с HADS) клинической шкалой, состоящей из 10 вопросов, оцениваемых в интервале от 0 до 6 баллов пропорционально нарастанию степени тяжести пациента. При этом градации психопатологического состояния, соответствующие четным значениям баллов, описаны в help-системе методики, а нечетные значения присваиваются в случае наличия промежуточных состояний. Шкала не градуирована, оценивается только общий балл, варьирующий от 0 до 60. Методика требует заполнения подготовленным специалистом, как правило, по итогам оценки состояния пациента во время клинического интервью, а не путем получения ответов на прямые вопросы. В отличие от HDRS, методика MARDS не оценивает ряд симптомов депрессии, но является более короткой, включающей в себя более регулярные ответы. В целом MARDS имеет статистическую надёжность в выборках с меньшим объёмом, что делает ее более удобной в клинической практике за счет снижения нагрузки на исследователя.

2. Показатели враждебности и агрессии у больных РЯ были изучены при помощи стандартизованного 75-пунктового опросника измерения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки (англ. Buss-Durkee Hostility Inventory, сокр. BDHI). Интерпретация полученных результатов проводилась на основе методических рекомендаций А.А. Хвана с соавт. (2005). При этом разделение понятий агрессии и враждебности по А. Бассу основано на представлении о последней как «...реакции, развивающей негативные чувства и негативные оценки людей и событий». Предложенная Арнольдом Бассом и Энн Дарки (Arnold H. Buss, Ann Durkee) классификация видов реакций представлена:

а) физической агрессией как использованием физической силы против другого;

б) косвенной агрессией как непрямо направленной на другого или ни на кого не направленной;

в) раздражением как готовностью к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении;

г) негативизмом как оппозиционной манерой в широком спектре поведения – от пас-

¹ Система FIGO (Figo Staging) – классификация, разработанная Международной федерацией акушерства и гинекологии для определения степени распространения злокачественных опухолей яичников, матки и шейки матки.

Медицинская (клиническая) психология

сивного сопротивления до активного противодействия;

д) обидой как проявлением зависти и ненависти к другим за совершенные ими реальные или мнимые действия;

е) подозрительностью как проявлением недоверия и осторожности по отношению к другим вплоть до убеждения в том, что другие планируют или реально приносят вред;

ж) вербальной агрессией как выражением негативных чувств и по форме (вокализации), и посредством словесно оформленного содержания ответа (угрозы, оскорбления);

з) чувством вины как возможным убеждением человека в том, что он сам является «плохим» человеком, вызывающим ощущение угрызений совести.

3. В качестве индикаторов когнитивного функционирования были избраны показатели рабочей памяти и скорость обработки информации. При этом рабочая память рассматривалась как фрагмент когнитивной системы, позволяющей удерживать в сознании определенный объем постоянно и произвольно обновляемой информации и оперировать ею в течение определенного периода времени, необходимого для решения поставленной задачи. В свою очередь, скорость познавательной (когнитивной) обработки информации рассматривалась как когнитивная способность, опосредованная временем, необходимым человеку для решения поставленной задачи. Фактически основу этого показателя составляет скорость улавливания зрительной, слуховой, кинестетической и другой информации в совокупности с временем реагирования на неё. Другими словами, скорость обработки информации пред-

ставлена периодом времени между получением стимула и ответом на него.

Для исследования показателей когнитивного функционирования применялась Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (англ. Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). В оригинале методики стимульный материал представляет собой батарею из шести тестов, предъявляемых в определенном порядке. В описываемом исследовании параметры скорости обработки информации определялись с помощью субтеста семантической беглости, а характеристики рабочей памяти – по результатам субтеста «последовательность чисел».

4. Статистическая обработка полученных клинических и тестовых данных проводилась с помощью компьютерного пакета статистических программ SPSS ver. 20.0. Для сравнения среднегрупповых результатов в подгруппах групп использовалась процедура одновыборочного однофакторного дисперсионного анализа. Оценка достоверности взаимосвязей выполнена с помощью методов корреляционного анализа с расчетом значений коэффициентов линейной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена. Влияние переменных-предикторов оценивалось с помощью проведения линейного регрессионного анализа.

Результаты исследования

Анализ полученных данных свидетельствует, что у больных РЯ отмечаются более высокие по сравнению с нормативными данными показатели косвенной агрессии и чувства вины (табл. 1).

Таблица 1
Статистические данные по шкалам методики Басса – Дарки у пациенток, страдающих раком яичника

Шкала методики	Значения по шкале (в стенах)		Интерпретация
	X_{cp}	σ	
Физическая агрессия	2,11	1,55	Низкий уровень
Вербальная агрессия	3,69	1,99	Средний уровень
Косвенная агрессия	4,53	1,55	Повышенный уровень
Негативизм	2,39	2,26	Низкий уровень
Раздражительность	4,42	1,73	Средний уровень
Подозрительность	3,88	1,70	Средний уровень
Обида	3,95	2,46	Средний уровень
Чувство вины	4,89	2,08	Повышенный уровень
Индекс агрессии	3,39	1,48	Средний уровень
Индекс враждебности	3,97	1,68	Средний уровень

Примечание. Диагностические сырые баллы были преобразованы в стены, а затем интерпретированы согласно методическим рекомендациям А.А. Хвана с соавт. (2005).

Повышенный уровень косвенной агрессии, проявляющейся в ненаправленных на кого-либо персонально взрывах ярости, криков, свидетельствует о высоком уровне эмоционального напряжения у пациенток с РЯ. Низкие показатели физической формы агрессии и негативизма говорят о том, что для таких больных не характерно открытое проявление агрессии и оппозиционное поведение. Склонность к косвенной форме проявления агрессии в сочетании с повышенным чувством вины позволяет предположить наличие у обследованных пациенток депрессивных нарушений.

С целью независимой оценки вклада показателей враждебности и агрессии в структуру как депрессивных, так и тревожных расстройств было выполнено сравнительное изучение групп пациенток с аффективными нарушениями и без них.

Выделение в структуре сформированной выборки группы больных с депрессивными нарушениями было выполнено на основании данных по шкале MADRS. Характерно, что при обследовании пациенток с помощью клинической шкалы HADS не у всех из них обнаруживались расстройства депрессивного спектра. В то же время по итогам обследования по шкале MADRS такого рода нарушения выявлялись, что позволило рассматривать данные по этой шкале как более достоверные и лишенные влияния мотивационных искажений, встречающихся при самостоятельном оформлении пациентами бланка методики госпитальной шкалы HADS. В соответствии с дизайном исследования выборка страдающих

РЯ женщин была разделена на две подгруппы: пациентки с депрессивными проявлениями (критерий включения в подгруппу – значения общего балла по шкале MADRS более 15 баллов) и пациенток без признаков депрессии (критерий включения в подгруппу – значения общего балла по шкале MADRS 15 и менее баллов). Полученные в разделенных по этим критериям подгруппах данные в дальнейшем подвергались процедуре однофакторного дисперсионного анализа (табл. 2).

Выполненный сравнительный анализ двух групп больных РЯ показал, что депрессивные больные РЯ статистически значимо отличаются по общему индексу выраженности враждебности. Следовательно, депрессивные нарушения у больных РЯ сопровождаются настороженностью по отношению к окружающим людям; пациентки могут воспринимать поступки других людей как потенциально опасные и испытывать недоверие к окружающим. Такой вывод обосновывается и выявленной тенденцией к статистически значимому отличию между группами по шкале «Подозрительность» ($p = 0,05$). Индекс враждебности больных РЯ с депрессивными нарушениями выходит за границы нормативных значений (шкальные значения в диапазоне 5–6 стенов свидетельствуют о повышенном уровне враждебности).

Сравнительный анализ результатов в двух подгруппах больных РЯ (подгруппы с выявленными с помощью госпитальной шкалы HADS тревожными нарушениями, установленными на основании значений 11 и более баллов по шкале тревоги HADS, и подгруппы

Таблица 2

Сравнительные данные по шкалам методики Басса – Дарки у пациенток с раком яичника в подгруппах, отличающихся наличием либо отсутствием депрессивных проявлений (на основании результатов однофакторного дисперсионного анализа)

Шкала методики	Значения среднеарифметического и стандартного отклонения ($\bar{x} \pm \sigma$) в подгруппах пациенток		Значимость различий, p
	без признаков депрессии	с признаками депрессии	
Физическая агрессия	2,13 ± 1,47	2,00 ± 2,00	0,79
Вербальная агрессия	3,55 ± 1,91	4,42 ± 2,27	0,17
Косвенная агрессия	4,47 ± 1,54	4,83 ± 1,59	0,46
Негативизм	2,24 ± 2,18	3,17 ± 2,62	0,20
Раздражительность	4,39 ± 1,73	4,58 ± 1,78	0,72
Подозрительность	3,71 ± 1,71	4,75 ± 1,36	0,05
Обида	3,73 ± 2,38	5,08 ± 2,64	0,08
Чувство вины	4,76 ± 2,01	5,58 ± 2,39	0,21
Индекс агрессии	3,29 ± 1,46	3,92 ± 1,51	0,18
Индекс враждебности	3,77 ± 1,67	5,00 ± 1,35	0,02*

Примечание. * – статистически достоверные различия на уровне $p < 0,05$.

без тревожных нарушений при значениях HADS < 11 баллов) позволяет обоснованно продемонстрировать статистически достоверные различия между среднегрупповыми данными показателей в отношении выраженности враждебности и агрессии (табл. 3).

Из представленных в табл. 3 данных следует, что наличие тревожного расстройства приводит к значимому повышению средних значений по всем шкалам, за исключением «Физической агрессии» и «Косвенной агрессии». Можно отметить, что более высокий уровень тревоги приводит к смещению показателей агрессии от низкого уровня значений в сторону нормативных показателей. Шкала «Чувство вины» является единственной, по которой при наличии тревожного расстройства наблюдаются более высокие значения показателей по сравнению с нормативными. Такого рода данные позволяют говорить о том, что пациенткам с РЯ с сопутствующими нарушениями тревожного круга свойственны деструктивные интрапунитивные аутоагрессивные реакции. Кроме того, пациенткам с высокими показателями по госпитальной шкале (≥ 11 баллов) свойственно значимо более высокие обобщенные индексы агрессии и враждебности.

Данные корреляционного анализа с расчетом значений коэффициента Пирсона подтверждают, что аффективные нарушения статистически значимо связаны с показателями агрессии. Оценка структуры взаимосвязи индексов агрессии и враждебности с аффективными показателями свидетельствует о том,

что первый индекс оказывается значимо взаимосвязанным с тревожными нарушениями ($r = 0,26$; $p \leq 0,05$), в то время как индекс враждебности обнаруживает положительную корреляцию как с тревожными ($r = 0,36$; $p \leq 0,01$), так и депрессивными нарушениями ($r = 0,26$; $p \leq 0,05$). Степень выраженности депрессии по шкале MADRS также значимо положительно коррелирует с повышенными показателями по шкале «Обида» ($r = 0,35$; $p \leq 0,01$). Повышение уровня тревоги по госпитальной шкале HADS у таких пациенток статистически значимо связано с повышением значений по шкалам «Раздражительность» ($r = 0,28$; $p \leq 0,05$), «Обида» ($r = 0,38$; $p \leq 0,01$), «Подозрительность» ($r = 0,28$; $p \leq 0,05$), «Чувство вины» ($r = 0,40$; $p \leq 0,01$). Полученные данные указывают на значимость тревожных нарушений в системе формирования агрессивных и аутоагрессивных форм поведения у больных РЯ, с одной стороны, и на влияние депрессивных нарушений в отношении формирования враждебности – с другой. Повышенный показатель чувства вины устойчиво коррелирует с тревожными нарушениями ($r = 0,40$; $p \leq 0,01$) по шкале HADS. Пациентки с РЯ в значительной степени испытывают недовольство в связи с убежденностью в неправомерности принятых ими ранее решений. Им также свойственна убежденность в совершенных ранее ошибках, реакция самообвинения как проявление скрытой формы агрессии. Сохранение при этом нормального уровня враждебности свидетельствует о том, что смещение будет происходить в сторону интериори-

Таблица 3

Сравнительные данные по шкалам методики Басса – Дарки у пациенток с раком яичника в подгруппах, отличающихся наличием либо отсутствием тревожных проявлений (на основании результатов однофакторного дисперсионного анализа)

Шкала методики	Значения среднеарифметического и стандартного отклонения ($x_{cp} \pm \sigma$) в подгруппах пациенток		Значимость различий, p
	без признаков тревоги	с признаками тревоги	
Физическая агрессия	2,03 ± 1,44	2,40 ± 1,96	0,42
Вербальная агрессия	3,44 ± 1,80	4,67 ± 2,41	0,03*
Косвенная агрессия	4,37 ± 1,51	5,13 ± 1,60	0,09
Негативизм	2,03 ± 1,83	3,80 ± 3,19	0,01*
Раздражительность	4,19 ± 1,61	5,33 ± 1,91	0,02*
Подозрительность	3,68 ± 1,67	4,67 ± 1,63	0,04*
Обида	3,51 ± 2,28	5,67 ± 2,47	0,00**
Чувство вины	4,51 ± 2,04	6,40 ± 1,50	0,00**
Индекс агрессии	3,20 ± 1,36	4,13 ± 1,73	0,03*
Индекс враждебности	3,64 ± 1,59	5,27 ± 1,39	0,00**

Примечание: * – статистически достоверные различия на уровне $p < 0,05$; ** – статистически достоверные различия на уровне $p < 0,01$.

зации аффективного напряжения в виде аутоагрессивных реакций с выраженным тревожно-депрессивным компонентом.

В рамках публикуемых материалов исследования представляется важным проследить взаимосвязь между объективными нейрокогнитивными показателями больных РЯ, с одной стороны, и показателями агрессии и враждебности – с другой. Предполагалось, что когнитивные нарушения у таких больных могут повышать риск направленного вовне агрессивного поведения либо косвенных аутоагрессивных интрапунитивных реакций (обида и вина). Корреляционный анализ выявил наличие значимых взаимосвязей между выраженностью показателей враждебности/агрессии и когнитивными нарушениями. Обнаруживается значимая отрицательная корреляция между показателем рабочей памяти (тест «Последовательность чисел») и отдельными формами агрессивного поведения, отраженными в показателях по шкалам «Вербальная агрессия» ($r = -0,36$; $p \leq 0,01$) «Раздражительность» ($r = 0,24$; $p \leq 0,05$), а также обобщенным индексом агрессии ($r = -0,24$; $p \leq 0,05$). Одновременно присутствует значимая положительная корреляция между скоростью обработки информации («Тест речевой беглости») и показателем «Физической агрессии» ($r = 0,26$; $p \leq 0,05$), а также обобщенным индексом агрессии ($r = 0,31$; $p \leq 0,01$). По данным корреляционного анализа, пациентки с РЯ, у которых прослеживается снижение рабочей памяти, более ярко проявляют вербальную агрессию и раздражительность в адрес других людей. В то же время пациентки с более высокими показате-

лями речевой беглости были более склонны к физической агрессии.

С целью проверки гипотезы о возможном влиянии КН на показатели враждебности и агрессии у больных РЯ был выполнен линейный регрессионный анализ (ANOVA). При оценке его результатов было установлено, что значимые модели сформировались для обоих когнитивных показателей – рабочей памяти и речевой беглости. Было установлено, что совместное влияние предикторов «рабочая память» и «речевая беглость» объясняют 16 % дисперсии показателя обобщенного индекса агрессии, а также 19 % разброса значений показателя вербальной агрессии, 16 и 15 % дисперсии показателей «Раздражительность» и «Обида» соответственно. Стандартизованный отрицательный по знаку коэффициент корреляции Бета для рабочей памяти и положительный – для речевой беглости свидетельствует о том, что при снижении рабочей памяти и одновременном улучшении показателей вербальной беглости поведение больных РЯ становится более агрессивным. При этом пациентки проявляют преимущественно вербальную форму агрессии при одновременном проявлении раздражения и высказывании обиды на окружающих (табл. 4).

Обсуждение результатов

Необходимо обратить внимание на то, что основу полученных в исследовании эмпирических данных составили результаты обследования по методике А. Басса и А. Дарки, теоретическая основа которой во многом опеределяется бихевиоральным подходом авторов. Считается, что методика выделяет два

Таблица 4

Показатели регрессионной модели влияния когнитивных нарушений на характеристики агрессии и враждебности пациенток с раком яичника

Зависимая переменная	Предикторы для данной модели	
	Рабочая память	Речевая беглость
Индекс агрессии	$\beta = -0,30$; $p \leq 0,01$	$\beta = 0,34$; $p \leq 0,01$
	Обобщенный R_2 для данной модели = 0,16	
Вербальная агрессия	$\beta = -0,42$; $p \leq 0,01$	$\beta = 0,25$; $p \leq 0,05$
	Обобщенный R_2 для данной модели = 0,19	
Раздражительность	$\beta = -0,32$; $p \leq 0,01$	$\beta = 0,33$; $p \leq 0,01$
	Обобщенный R_2 для данной модели = 0,16	
Обида	$\beta = -0,35$; $p \leq 0,01$	$\beta = 0,24$; $p \leq 0,05$
	Обобщенный R_2 для данной модели = 0,15	

вида поведенческой реакции: внешнюю, состоящую в открытом проявлении негативного отношения (которую А. Басс и называет собственно «агрессией»), и внутреннюю – устойчивую негативную, недоверчивую позицию по отношению к окружающему миру, называемую «враждебностью». Враждебность отражает систему представлений человека об окружающем его мире (Ениколопов, 2011). Анализ шкальных данных позволил оценить не только склонность к агрессии, но и формы ее проявления. Большой интерес представляет изучение феноменов, связанных с чувством вины, выражающим возможное наличие угрызений совести, а также идей собственной виновности и греховности. Для этой группы испытуемых повышение показателей по данной шкале являлось индикатором наличия клинически выраженной депрессии. В ходе исследования было обнаружено, что страдающие раком яичника пациентки имеют повышенные показатели косвенной агрессии. Снижение способности к самоконтролю у онкогинекологических больных при повышенной агрессивности и враждебности отмечается в ряде работ других исследователей, направленных на изучение совладающего поведения у женщин с постовариоэктомическим синдромом (Сирота, 2014; Ясько, 2009). В частности, отмечается, что больные РЯ используют менее эффективные стратегии совладания с болезнью. Повышенная косвенная агрессия может рассматриваться как одно из проявлений неэффективной стратегии социального взаимодействия.

Пациентки с РЯ имеют повышенные показатели по индексу вины, что является отражением депрессивного фона переживаний. Согласно имеющимся в литературе данным, чувство вины и стыда являются наиболее распространенными негативными эмоциями, переживаемыми больными депрессией. При этом депрессивные больные не склонны к прямым проявлениям агрессии, однако отличаются высокой степенью враждебности, применяя по отношению к окружающему миру негативную систему оценок (Суровцева, Лебедева, 2015). Поскольку аффективные нарушения выявляются у больных РЯ на всех стадиях лечения (Watts, 2015), можно предполагать, что чувство вины является важным предиктором депрессивных нарушений. Поэтому больные, высказывающие идеи виновности, должны стать объектом более при-

стального наблюдения медицинского персонала. Нарастание негативного аффекта (депрессии) может иметь внешнее проявление в форме более выраженной гневливости и враждебности (Абрамова, Кузнецова, 2014). По мнению некоторых авторов, пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами характеризуются значимо более высокими показателями раздражения, враждебности, косвенной агрессии и аутоагрессии, испытывают более интенсивный гнев в адрес окружающих, чем здоровые испытуемые. Вместе с тем, они одновременно стремятся контролировать открытое проявление агрессии (Гаранян, 2010), что также находит подтверждение в описываемом исследовании, поскольку повышение косвенной агрессии у страдающих онкогинекологическими заболеваниями женщин сочетается со сниженными показателями физической агрессии и негативизма. Полученные данные можно интерпретировать как отражение стремления пациенток контролировать свои негативные эмоции, а также как свидетельство наличия «патопластической модели» сочетания личностных нарушений и депрессии.

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют, что тревога и депрессия у пациенток с РЯ значимо взаимосвязаны с показателями враждебности и агрессии. Однако представляется важным обратить внимание на следующее принципиальное различие: враждебность у больных РЯ формируется как результат депрессивных переживаний (в структуру которых входят негативные эмоции типа обиды и чувства вины); в то время как тревога стимулирует открытые формы агрессии, проявляющиеся наряду с повышенной раздражительностью, подозрительностью, а также обидчивостью и чувством вины. Полученные данные совпадают с результатами клинической беседы: в процессе взаимодействия пациентки с РЯ зачастую выражали идеи собственной виновности в развитии текущего заболевания («не обследовалась вовремя», «не была достаточно внимательной к себе и близким», «совершила что-то плохое в прошлом»), а также говорили об ощущении несправедливости жизни («почему я?»). Такого рода сочетание чувств вины и обиды является маркером аффективных расстройств у этой группы больных.

Анализ регрессионных моделей, построенных на основе полученных в исследовании данных, позволяет сделать вывод о том, что изученные когнитивные домены (рабочая па-

мять и речевая беглость) являются важными предикторами открытого проявления агрессии. Последняя может выражаться в форме негативных вербально оформленных высказываний в адрес окружающих, в повышенной раздражительности и обидчивости. Несмотря на то, что в отдельных публикациях по этой проблеме указывается на наличие взаимосвязи между враждебностью и когнитивными процессами (Ениколопов, Садовская, 2000), анализ литературы не позволяет выявить исследования, посвященные взаимосвязи между когнитивными нарушениями и показателями агрессии у онкологических больных. Вместе с тем эта тема обсуждается в отношении больных шизофренией; полученные результаты говорят о том, что снижение рабочей и слухоречевой памяти у таких больных наряду со снижением показателей проблемно-решающего поведения (исполнительная функция) являются наиболее распространенными предикторами проявления агрессии (Ahmed, 2018). Наряду с вербальной и физической агрессией больные шизофренией, склонные к агрессивному поведению, демонстрируют выраженный негативный аффект и снижение результатов по большинству показателей когнитивного функционирования.

До настоящего времени враждебность и агрессия преимущественно рассматривались как психологические предикторы возникновения психосоматических нарушений, как факторы риска снижения комплаентности лечению и неблагоприятного течения различных соматических заболеваний, включая онкологические (Сильченко, 2015). Выполненное исследование позволяет говорить о том, что когнитивный дефицит способствует неэффективной регуляции аффективного состояния и приводит к повышению враждебности и агрессии у больных РЯ. Дальнейшие исследования в этой области необходимы для выяснения конкретного вклада изучаемых феноменов в особенности повседневного функционирования пациенток с онкологическими заболеваниями.

Литература

1. Абрамова, А.Ф. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности / А.Ф. Абрамова, С.О. Кузнецова, С.Н. Ениколопов, А.В. Разу-

мова // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология*. – 2014. – № 2. – С. 75–89.

2. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Н.Г. Гаранян. – М., 2010.

3. Ениколопов, С.Н. Враждебность и проблема здоровья человека / С.Н. Ениколопов, А.В. Садовская // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. – 2000. – № 10.

4. Ениколопов, С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии / С.Н. Ениколопов // *Трудный пациент. Журнал для врачей*. – 2007.

5. Ениколопов, С.Н. Методы исследования агрессии в клинической психологии / С.Н. Ениколопов // *Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. Научное издание. Коллективная монография по проблемам диагностики в медицинской психологии, статьи подготовлены к открытию Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. Москва, 23 сентября 2011 г. под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной*. – М., 2011. – 270 с.

6. Жордания, К.И. Ранний рак яичников: наш взгляд на проблему / К.И. Жордания, С.В. Хохлова // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2011. – № 3. – С. 56–64.

7. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова / МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – М., 2017. – 250 с.

8. Сильченко, И.В. Агрессивность и враждебность в этиопатогенезе психосоматических заболеваний / И.В. Сильченко // *Известия Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины*. – 2015. – № 2 (89). – С. 46–50.

9. Сирота, Н.А. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонская // *Медицинская психология в России*. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 10.

10. Суровцева, А.К. Агрессивные и враждебные тенденции у больных депрессивными расстройствами / А.К. Суровцева, Е.В. Лебедева // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – 2015. – Вып. 17. – С. 204–207.

11. Хван, А.А. Стандартизированный опросник измерения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки: методические рекомендации / А.А. Хван, Ю.А. Зайцев, Ю.А. Кузнецова; Кузбасская государственная педагогическая академия. Факультет педагогики и психологии Лаборатория психологических исследований. – Кемерово, 2005. – 69 с.

12. Ясько, Б.А. Совладающее поведение женщин репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения / Б.А. Ясько, Л.В. Покуль, Л.А. Коломиец, И.Д. Евтушенко // Материалы конференции. Сибирский онкологический журнал. – 2009. Приложение № 2. – С. 236.

13. Ahmed, A.O. Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia? / A.O. Ahmed, J. Richardson, A. Buckner et al. // *Psychiatry Res.* – 2018. – 259. – P. 350–357.

14. Asher, A. The Effect of Cancer Treatment on Cognitive Function / A. Asher, J.S. Myers // *Clinical Advances in Hematology & Oncology.* – 2015. – Vol. 13 (7). – P. 441–450.

15. Correa, D.D. Brain structure and function in patients with ovarian cancer treated with first-line chemotherapy: a pilot study / D.D. Correa, J.C. Root, M. Kryza-Lacombe et al. // *Brain Imaging and Behavior.* – 2017. – Vol. 11. – P. 1652–1663.

16. Schagen, S.B. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high dose chemotherapy on cognitive function / S.B. Schagen, H.L. Hamburger, M.J. Muller et al. // *Journal of Neurooncology.* – 2001. – Vol. 51(2). – P. 159–65.

17. Watts, S. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates / S. Watts, P. Prescott, J. Mason et al. // *BMJ Open.* – 2015. – № 5. – P. 1–10.

Белозёр Анна Сергеевна, аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), anna.belozer@gmail.com

Поступила в редакцию 15 января 2019 г.

DOI: 10.14529/psy190107

AGGRESSION AND HOSTILITY IN OVARIAN CANCER PATIENTS AS THE CONSEQUENCE OF AFFECTIVE AND COGNITIVE DISORDERS (PART 1)

A.S. Belozher, anna.belozher@gmail.com
St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

Ovarian cancer is associated with affective and cognitive disorders which may have negative impact on the quality of life (QOL) and the social functioning of this group of patients. The current study has been completed to evaluate hostility and aggression in ovarian cancer patients and their relationship with the affective disorders and cognitive deficit. Histologically confirmed ovarian cancer patients (N = 82) were assessed with regard to demographical and clinical parameters, QOL, psychological distress (anxiety and depression) and cognitive functioning and their impact on the level of hostility and aggression. The following methods have been applied HADS, MADRS; EORTC QLQ-C30 / OV28, BACS, Bass-Darkey questionnaire. Data analysis has been completed by means of ANOVA, correlation and linear regression analysis. The current study has demonstrated that ovarian patients have statistically significant elevation of implicit aggression and feelings of guilt. While depression is significantly associated with hostile attitude, the increased anxiety impacts both hostility and aggression. Lineal regression analysis demonstrates that two cognitive domains (verbal memory and verbal fluency) are responsible for elevated aggressive behavior.

Combination of affective disorders (depression and anxiety) and cognitive deficit may reduce the ability to control aggressive behavior and hostile reactions in ovarian cancer patients.

Keywords: aggression, hostility, ovarian cancer, depression, anxiety, cognitive deficit, cognitive disorders, affective disorders, neuropsychology, neuropsychological assessment.

References

1. Abramova A.F., Kuznetsova S.O., Enikolopov S.N., Razumova A.V. [Specificity of Manifestations of Aggressiveness in Patients with Depression of Different Nosological Affiliation, Severity and Duration]. *The Moscow University Herald. Series 14. Psychology*, 2014, no. 2, pp. 75–89. (in Russ.)
2. Garanyan N.G. *Perfektsionizm i vrazhdebnost' kak lichnostnye faktory depressivnykh i trevozhnykh rasstroystv. Avtoref. dokt. diss.* [Perfectionism and Hostility as Personal Factors of Depressive and Anxiety Disorders]. Moscow, 2010, 42 p.
3. Enikolopov S.N., Sadovskaya A.V. [Hostility and the Problem of Human Health]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named by S.S. Korsakov]. 2000, vol. 100, no. 7, pp. 59–64. (in Russ.)
4. Enikolopov S.N. [Psychology of Hostility in Medicine and Psychiatry is a Difficult Patient]. *Zhurnal dlya vrachey* [Journal for Doctors]. 2007, no. 1, pp. 18–22. (in Russ.)
5. Enikolopov S.N., Zvereva N.V. (Ed.), Roshchinoy I.F. (Ed.) *Metody issledovaniya agressii v klinicheskoy psikhologii* [Research Methods of Aggression in Clinical Psychology]. *Diagnostika v meditsinskoy psikhologii: traditsii i perspektivy* [Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Perspectives]. Moscow, 2011. 270 p.
6. Zhordania K.I., Khokhlova S.V. [Early Ovarian Cancer: our View of the Problem]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy* [Tumors of the Female Reproductive System]. 2011, no. 3, pp. 56–64.
7. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 godu (zabolevaemost' i smertnost')* [Malignant Neoplasms in Russia in 2015 (Morbidity and Mortality)]. Moscow, *MNIOI im. P.A. Gertsena, filial FGBU "NMIRTS" Minzdrava Rossii* [Moscow Research Institute of Oncology, PA Herzen – branch of the Federal Research Center of Radiology Research Center of the Ministry of Health of Russia], 2017. 250 p.
8. Sil'chenko I.V. [Aggression and Hostility in the Etiopathogenesis of Psychosomatic Diseases]. *Izvestiya gomel'skogo gosudarstvennogo universiteta im. F. Skoriny* [News of the Gomel State University named after F. Skaryna]. 2015, no. 2 (89), pp. 46–50. (in Russ.)
9. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskaya A.V. [The Coping Behavior of Women with Cancer of the Reproductive System]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2014, vol. 6, no. 1, pp. 10. (in Russ.)
10. Surovtseva A.K., Lebedeva E.V. [Aggressive and Hostile Tendencies in Patients with Depressive Disorders]. *Aktual'nye voprosy psikiatrii i narkologii* [Actual Problems of Psychiatry and Narcology]. 2015, vol. 17, pp. 204–207. (in Russ.)
11. Khvan A.A., Zaytsev Yu.A., Kuznetsova Yu.A. *Standartizirovannyi oprosnik izmereniya agressivnykh i vrazhdebnykh reaktsiy A.Bassa i A.Darki (metodicheskie rekomendatsii)* [Standardized Questionnaire for Measuring Aggressive and Hostile Reactions of A. Bass and A. Darka (Methodical Recommendations)]. *Kuzbasskaya gosudarstvennaya pedagogicheskaya akademiya Fakul'tet pedagogiki i psikhologii Laboratoriya psikhologicheskikh issledovaniy* [Kuzbass State Pedagogical Academy Faculty of Pedagogy and Psychology Laboratory of Psychological Studies]. Kemerovo. 2005. 69 p.
12. Yas'ko B.A., Pokul' L.V., Kolomiets L.A., Evtushenko I.D. *Sovladayushchee povedenie zhenshin reproduktivnogo vozrasta posle protivopukhlevogo lecheniya* [The Coping Behavior of Women of Reproductive Age after Anticancer Treatment]. *Materialy konferentsii. Sibirskiy onkologicheskii zhurnal* [Conference Proceedings. Siberian Oncology Journal]. 2009, no. 2, 236 p.
13. Ahmed A.O., Richardson J., Buckner A., Romanoff S., Feder M., Oragunye N., Ilnicki A., Bhat I., Hoptman M.J., Lindenmayer J.P. Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia? *Psychiatry Res.*, 2018, 259, pp. 350–357. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.11.003.
14. Asher A., Myers J.S. The Effect of Cancer Treatment on Cognitive Function. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 2015, vol. 13 (7), pp. 441–450.

15. Correa D.D., Root J.C., Kryza-Lacombe M., Mehta M., Karimi S., Hensley M.L., Relkin N. Brain structure and function in patients with ovarian cancer treated with first-line chemotherapy: a pilot study. *Brain Imaging and Behavior*. 2017, vol. 11, pp. 1652–1663. DOI: 10.1007/s11682-016-9608-4.

16. Schagen S.B., Hamburger H.L., Muller M.J. et al. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high dose chemotherapy on cognitive function. *Journal of Neurooncology*. 2001, vol. 51(2), pp. 159–65. DOI: 10.1023/A:1010635229762.

17. Watts S., Prescott P., Mason J., McLeod N., Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2015, no. 5, pp. 1–10. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007618.

Received 15 January 2019

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Белозёр, А.С. Влияние аффективных и нейрокогнитивных нарушений на враждебность и агрессию у больных раком яичников (сообщение 1) / А.С. Белозёр // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2019. – Т. 12, № 1. – С. 71–82. DOI: 10.14529/psy190107

FOR CITATION

Belozer A.S. Aggression and Hostility in Ovarian Cancer Patients as the Consequence of Affective and Cognitive Disorders (Part 1). *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2019, vol. 12, no. 1, pp. 71–82. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy190107
