

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

*На правах рукописи*

**Никитина Дарья Алексеевна**

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С  
УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология  
(психологические науки)

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:

Харламенкова Наталья Евгеньевна

доктор психологических наук, профессор

Москва – 2021

Оглавление	
Введение .....	4
Глава 1. Современное состояние исследований посттравматического стресса и особенностей совладания с ним при угрожающем жизни заболевании .....	16
1.1 Особенности стрессора высокой интенсивности «угрожающее жизни заболевание».....	16
1.2 Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика как психологические последствия воздействия стрессора высокой интенсивности.	30
1.3 Ресурсы совладания со стрессом у людей с угрожающим жизни заболеванием .....	50
Выводы по первой главе .....	59
Глава 2. Методика исследования .....	62
2.1 Обоснование релевантности диагностического инструментария. Методы статистической обработки данных .....	62
2.1.1 Методики .....	62
2.1.2 Методы статистической обработки.....	66
2.2 Исследовательская база .....	69
2.3 Этапы исследования.....	69
2.4 Обоснование использования ретроспективного анализа .....	71
2.5 Выборка исследования.....	72
2.5.1 Общая характеристика участников исследования .....	72
2.5.2 Контроль влияния латентных переменных .....	75
2.5.3 Выделение возрастных подгрупп .....	76
Глава 3. Результаты исследования .....	78
3.1 Анализ психотравмирующей ситуации, связанной с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома» .....	78

3.2 Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» в разных возрастных группах .....	93
3.2.1 Возрастные различия в уровне посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» .....	94
3.2.2 Посттравматический стресс и связанная с ним психопатологическая симптоматика, личностные особенности людей с диагнозом менингиома в среднем и старшем возрасте .....	108
3.3. Ресурсы совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания .....	123
Обсуждение результатов .....	143
Выводы .....	151
Заключение .....	152
Список литературы .....	154
Приложение .....	186

## **Введение**

### **Актуальность проблемы**

Статистика смертности от различных заболеваний (сердечно-сосудистых, инфекционных, и др.) растет с каждым годом (Hamilton, Hortobagyi, 2005). Значительное количество средств расходуется на медицинское обслуживание — диагностику, лечение, реабилитацию, на уход за больным после хирургической операции, купирование клинических симптомов рецидива онкологических заболеваний и т.д. Улучшение качества жизни, вопросы эффективного восстановления после тяжелой болезни до сих пор требуют особого внимания со стороны социальных и медицинских работников, других специалистов, государственных и общественных организаций.

Неуклонно растут показатели смертности от онкологических заболеваний, информация о которых постоянно обновляется и становится доступной населению. Осведомленность населения о высокой летальности от онкологических заболеваний формирует устойчивый стереотип эмоционального реагирования на сообщение о подобном заболевании. Часто оказывается, что эмоциональное состояние больного, доверие или недоверие врачам, способность здраво оценить ситуацию, уверенность в эффективности лечения, вносят не меньший вклад в показатели качества жизни пациента, чем медицинские процедуры и манипуляции. Данные различных исследований свидетельствуют о важности учета психологических особенностей больного, его настроения, готовности выполнять врачебные назначения и др. при проведении медицинского обследования и лечения (Дудниченко, 2003; Holland, Alici, 2010; Чулкова, 2017; Попов, Горохов, 2017; Менделевич, 2017; Абитов, Ильченко, Акбирова, 2018; Руднова, Корниенко, Игнатова, 2018; Андронникова, Радзиховская, 2019; Нелюбина, 2019; Кирюхина, Файрушина, Самигуллина и др., 2019; Воронцова, Евстафеева, Циринг, 2020 и др.).

Объединение усилий специалистов разного профиля в оказании профессиональной помощи пациенту встречается повсеместно, однако, в ряде случаев, например, при обследовании и лечении людей с диагностированной

опухолью головного мозга, большее внимание уделяется медицинским вопросам, что вполне оправдано сложностью хирургического вмешательства и рисками, сопутствующими данному заболеванию (Самойлов, 1986; Козлов, Голанов, Бочаров и др., 2010; Коновалов, Козлов, Черкаев и др., 2013; Бочаров, Ласунин, 2013; Гуляев, Белов, Петров и др., 2018 и др.); психологические проблемы изучаются реже и в меньшей степени (Kangas, Williams, Smees, 2012; Лукшина, Зайцев, Нагорская и др., 2015; Харламенкова, Зайцев, Никитина и др., 2018).

Важным остается вопрос, касающийся изучения острого стресса, вызванного сообщением о диагнозе, воспринимаемого как угроза жизни, а также отдаленных психологических последствий реакции на стресс, анализа специфики интенсивных переживаний в разных возрастных группах (Ганич, 2016). Одним из таких последствий является посттравматический стресс и сопутствующая ему психопатологическая симптоматика (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010). Показано при этом, что не у всех людей, переживших воздействие стрессора высокой интенсивности, наблюдается выраженный посттравматический стресс (Abitov, Sokolova, Aydarova et al., 2016). Данный факт делает актуальным изучение причин совладания с психологическими последствиями не только повседневного (Стрижицкая, 2016), но и травматического стресса (Тарабрина, Харламенкова, Быховец и др., 2016). Результаты настоящего исследования позволяют ответить на поставленные вопросы, а именно раскрыть специфику психологических механизмов переживания, вызванного стрессором высокой интенсивности, таким как угрожающее жизни заболевание («доброкачественная менингиома») с учетом уровня посттравматического стресса и различий, обусловленных возрастом.

**Теоретико-методологической основой** исследования являются: интегративный подход к изучению посттравматического стресса (Н.В. Тарабрина); междисциплинарный подход к диагностике и лечению неврологических заболеваний (А.Н. Коновалов); представление о влиянии тяжелых соматических заболеваний на психику человека (В.В. Николаева, Г.А. Арина, А.Ш. Тхостов и др.); представление о многофакторной детерминации, этиологии и течении

онкологических заболеваний (D.F. Cella, J.C. Holland и др.); принцип детерминизма и принцип субъектности (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская, В.В. Знаков, Е.А. Сергиенко), динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова); представление о формировании психической травмы в когнитивной психологии (Р. Янофф-Бульман).

**Цель** диссертационного исследования – изучить посттравматический стресс у людей разного возраста, имеющих заболевание, угрожающее жизни, оценив сопутствующую стрессу психопатологическую симптоматику и специфику ресурсов совладания.

В соответствии с данной целью были поставлены следующие **задачи**:

**Теоретические:**

- 1) Рассмотреть вопрос о специфике стрессовой ситуации, связанной с угрожающим жизни заболеванием, и выявить характеристики стрессора — постановка диагноза (информирование о диагнозе); показать особенности переживаний, возникающих при онкологических заболеваниях головного мозга.
- 2) Провести теоретический анализ психологических последствий, вызванных тяжелым опухолевым заболеванием, изучить эмоционально-личностные характеристики людей разного возраста, связанные с уровнем посттравматического стресса (ПТС) и психопатологической симптоматики.
- 3) Систематизировать теоретические представления о ресурсах совладания с тяжелой жизненной ситуацией, связанной с болезнью, рассмотреть специфику личностных черт, базисных убеждений, мотивационных предпочтений в разные периоды взрослости.

**Эмпирические:**

- 1) Определить особенности переживания ситуации, связанной с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома», систематизировать данные о психотравмирующем событии, полученные в ходе полуструктурированного

интервью, выделить типичные признаки стрессового события и совладания с вызванными им переживаниями на основе анализа представлений о психологической безопасности как имплицитной модели совладания с угрозой.

2) Провести анализ психологических последствий, связанных с заболеванием «доброкачественная менингиома» с учетом возрастной специфики, оценить уровень посттравматического стресса и выраженность сопряженной с ним психопатологической симптоматики.

3) Исследовать личностные особенности людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» с учетом уровня ПТС и возраста пациента.

4) Выявить общие особенности преодоления психологических последствий влияния стрессора в среднем и старшем возрасте на основе анализа базисных убеждений и мотивационных предпочтений.

5) Показать возрастные различия в базисных убеждениях и мотивационных предпочтениях как составляющих ресурсов совладания с психотравмирующей ситуацией.

**Теоретическая гипотеза исследования** заключается в предположении о том, что психологические последствия переживания угрожающего жизни заболевания проявляются типичными признаками посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, риск развития которых связан с дефицитом ресурсов совладания и возрастом человека, информированного о заболевании.

Теоретическая гипотеза конкретизирована в нескольких **эмпирических гипотезах:**

1. Сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности, при этом возможность контроля и социальная поддержка способствуют снижению уровня угрозы ситуации.

2. Психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим

жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом.

3. Вне зависимости от возраста такие личностные особенности как депрессивность, неуравновешенность, эмоциональная лабильность наблюдаются при высоком уровне посттравматического стресса, при этом возрастная специфика проявляется в спонтанной и реактивной агрессивности, невротичности у людей более старшего возраста.

4. Совладанию с ситуацией болезни способствуют убеждения личности в ценности Я и в возможности контроля происходящих событий, стойкость в достижении цели, стремление к автономии, которые, как показатели преодоления психологических последствий влияния стрессора, не зависят от возраста.

5. Базисные убеждения о справедливости мира и удаче, мотивация доминирования в ситуации совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания в разной степени ресурсны для людей среднего и старшего возраста.

**Предмет исследования:** посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика у людей разного возраста, имеющих заболевание, угрожающее жизни, в соотношении с ресурсами совладания.

**Объект исследования:** психологические последствия воздействия стрессора, связанного с известием об угрожающем жизни заболевании, у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» в возрасте 30-70 лет.

Для достижения поставленной цели исследования был использован следующий **комплекс методик:**

1. Методика ШОВТС (Impact of Event Scale — IES-R) автор М. Горовиц; адаптирована Н.В. Тарабриной с соавторами (Тарабрина, 2001).

2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) автор Л. Дерогати; адаптирована Н.В.



Тарабриной с соавторами (Тарабрина, 2001).

3. Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory – FPI), авторы: И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел; адаптирована А.А. Крыловым с соавторами (Крылов, Куликов, 1995).

4. Шкала базисных убеждений (World assumptions scale – WAS), автор Р. Янов-Бульман; адаптирована М.А. Падун, А.В. Котельниковой (Падун, Котельникова, 2008).

5. Список личностных предпочтений А. Эдвардса (Edwards Personal Preference Schedule – EPPS); адаптирована Т.В. Корниловой с соавторами (Корнилова, 1997).

6. «Анкета психологической безопасности», разработанная Н.Е. Харламенковой с коллективом соавторов (Харламенкова, 2015).

7. Методика «Самочувствие Активность Настроение» (САН), разработанная коллективом сотрудников Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (Доскин, Лаврентьева, Мирошников и др., 1973).

8. Полуструктурированное интервью. Составителями являются Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова, М.А. Падун, Л.Х. Ароян. Включает в себя ряд рекомендованных вопросов С. Квале (Квале, 2003).

9. В качестве анамнеза была собрана следующая информация: ФИО, возраст, контакты, диагноз, дата постановки диагноза, дата операции, название диагноза, название операции, уровень образования, социальное положение, семейное положение, наличие детей, родителей и их возраст, наличие инвалидности, психиатрического диагноза, проживание в семье или вне семьи, дополнительная информация, связанная с лечением, в частности, наличие сопутствующих заболеваний, прием лекарств, назначенные процедуры.

**Научная новизна исследования** определяется комплексным подходом к организации и проведению теоретико-эмпирического анализа посттравматического стресса у больных с диагнозом «доброкачественная менингиома», впервые осуществлённого на российской выборке. Исследование

позволило изучить специфику стрессора — угрожающее жизни заболевание, выявить особенности одного из основных стресс-продуцирующих факторов — сообщения о диагнозе (постановки диагноза), а также сопряженных с ним переживаний и представлений человека о возможностях редукции воспринимаемой угрозы. Установлено, что сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности. Согласно представлениям респондентов, т. е. имплицитной модели совладания с угрозой, снижению напряжения, вызванного сообщением о диагнозе «доброкачественная менингиома», способствуют контроль ситуации, достижение автономии, стремление к самореализации и самосохранению.

Системно изучены психологические последствия влияния стрессора на выборку людей среднего и старшего возраста с учетом эмоционально-личностных особенностей. Впервые показано, что сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома», вызывает у наиболее уязвимой части выборки высокий уровень посттравматического стресса и характерную для этого уровня психопатологическую симптоматику, при этом выявлены как общие закономерности сопряженности уровня ПТС и психопатологической симптоматики, так и особенности, обусловленные возрастом.

Обоснованы данные, согласно которым вне зависимости от возраста респондента интенсивный посттравматический стресс коррелирует с высокими значениями психопатологических симптомов. Наиболее существенный вклад в развитие ПТС делает паранойяльность, депрессивно-тревожное состояние, межличностная сензитивность. Возрастная специфика обнаружена в показателях соматизации, высокий уровень которых характерен для людей старшего возраста.

Установлено, что как в среднем, так и в старшем возрасте такие личностные особенности как депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность проявляются только при высоком уровне посттравматического стресса.

Дополнительно показано, что в среднем возрасте интенсивный посттравматический стресс связан с застенчивостью и низким уровнем общительности, а в старшем – с невротичностью.

Впервые обнаружено, что совладание с психологическими последствиями постановки диагноза «доброкачественная менингиома» основано на убеждении человека в ценности и значимости Я.

Конкретизировано, что для людей среднего возраста показателями преодоления психологических последствий влияния стрессора являются убеждение в возможности осуществлять контроль жизненных обстоятельств и уверенность в удаче, умение редуцировать чувство вины, социальная смелость и общительность; в старшем возрасте такими показателями являются низкий уровень невротичности и потребность в доминировании.

**Теоретическая значимость** исследования состоит в объяснении и обосновании специфики ситуации болезни, связанной с угрозой жизни и сопутствующих ей факторов. Показано, что по целому ряду признаков стресс, вызванный постановкой диагноза «доброкачественная менингиома», относится к переживаниям, обусловленным влиянием стрессоров высокой интенсивности; особенности стрессора определяются эндогенным характером угрозы и спецификой области повреждения.

Сделан вклад в теорию посттравматического стресса: показана важность возраста в понимании психологических последствий переживания угрожающего жизни заболевания. Ситуация заболевания препятствует процессу интеграции реальностей внутреннего и внешнего мира, что отражается на особенностях отношения к себе и миру. Механизм нарушения данной интеграции имеет как общие закономерности, так и закономерности, обусловленные возрастом. Наряду с этим, доказано, что различия в ресурсах совладания со стрессом определяются не только возрастом, но и типичным сочетанием симптомов посттравматического стресса, характерным для среднего и более старшего возраста. Вклад в психологию развития состоит в обосновании единства признаков

посттравматического стресса, личностных особенностей и психопатологических симптомов в оценке их изменения в возрастной перспективе.

**Практическая значимость работы** заключается в том, что полученные в исследовании результаты имеют значение для разработки индивидуальных программ психологической реабилитации больных с диагнозом менингиома с учетом их возраста. Исследование способствует выявлению групп риска, что позволяет наиболее точно оценить психотерапевтическую стратегию реабилитационных мероприятий. Для достижения этой цели психологу необходимы ориентиры, позволяющие точно определить «мишени» психологического вмешательства. Используемый в работе комплекс клинико-психологических и психометрических методов может быть рекомендован для проведения психологической диагностики группы пациентов с диагнозом менингиома.

#### **На защиту выносятся следующие положения**

1. Сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности, при этом возможность осуществлять контроль ситуации, достижение автономии, стремление к самореализации, самосохранению, социальная поддержка имплицитно рассматриваются как средства снижения уровня угрозы ситуации тяжелой болезни.

2. Психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса – вторжении, избегании, физиологической возбудимости, и вне зависимости от возраста в таких психопатологических симптомах как паранойяльность, депрессия, тревожность, межличностная сензитивность, при этом возрастная специфика обнаруживается в более высоких показателях вторжения, физиологической возбудимости и соматизации в старшем возрасте.

3. Вне зависимости от возраста при высоком уровне посттравматического стресса наблюдаются такие личностные особенности как депрессивность, эмоциональная лабильность и раздражительность, наряду с этим возрастная специфика проявляется в невротичности у людей более старшего возраста и в застенчивости, низком уровне общительности – в среднем.

4. Вне зависимости от возраста совладание с ситуацией болезни основано на убеждении субъекта в ценности Я как показателе устойчивости и целостности личности.

5. Базисные убеждения в контролируемости событий, удаче и такие личностные особенности как социальная смелость и общительность являются ресурсом совладания в среднем, а мотивация доминирования и низкая невротичность – в старшем возрасте.

**Соответствие паспорту научной специальности.** Работа соответствует тематике специальности 19.00.13 – психология развития, акмеология и направлена на изучение личности как активного субъекта собственного жизненного пути (см. п. 1.7 паспорта специальности) в условиях становления индивидуальности в период взрослости (см. п. 2.14 паспорта специальности) при влиянии ненормативных кризисов, в частности травматических (см. п. 1.5 паспорта специальности), с учетом анализа потенциала человека в зависимости от возрастного фактора (см. п. 2.15 паспорта специальности), а также особенностей психологической поддержки (см. п. 2.16 паспорта специальности).

**Этапы исследования.** Перед началом исследования осуществлялся отбор респондентов, в котором принимала участие группа психиатров ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко». Респондент подписывал информированное согласие на участие в исследовании. Первый этап исследования начинался после операции в день выписки пациента: проводилось полуструктурированное интервью, сбор анамнеза, использовалась методика САН. Второй этап начинался спустя три

месяца после постановки диагноза и не ранее чем через две недели после операции и включал проведение диагностического исследования и беседу с психологом.

**Эмпирическую базу** исследования составили пациенты с доброкачественной менингиомой. Основным критерием отбора являлось отсутствие у пациентов признаков когнитивного дефицита. Всего для участия в исследовании было отобрано 88 человек (в возрасте от 30 до 70 лет,  $med=54$ ; 78 женщин и 10 мужчин). Это – респонденты, принявшие участие в первом этапе исследования (использовали полуструктурированное интервью и методику САН); 65 человек приступили ко второму этапу, из которых 59 заполнили полный перечень методик. Исследование реализовано на базе Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Апробация работы.** Теоретические и эмпирические результаты исследования обсуждались на заседаниях лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН (2013-2015 гг.), заседаниях лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН (2015-2020 гг.). По результатам диссертационного исследования опубликовано 25 работ, в том числе 6 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК. Материалы исследования были представлены на следующих научно-практических конференциях: Всероссийской научной конференции «Естественно-научный подход в современной психологии» (Москва, 2014); Международном научном форуме молодых ученых «Наука будущего – наука молодых» (Севастополь, 2015); VI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего: междисциплинарный подход» (Москва, 2015); Всероссийской юбилейной научной конференции, посвященной 45-летию Института психологии РАН и 90-летию со

дня рождения Бориса Федоровича Ломова «Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития» (Москва, 2017); Международной конференции молодых ученых департамента психологии НИУ ВШЭ «PSY-Вышка: Актуальные проблемы психологической науки» (Москва, 2018); Всероссийской научной конференции, посвященной 85-летию со дня рождения А.В. Брушлинского и О.К. Тихомирова «Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности» (Москва, 2018); 16th ESTSS conference «Trauma in Transition: Building Bridges» (Rotterdam, 2019); Всероссийской научной конференции «Методология, теория, история психологии личности», посвященной 95-летию со дня рождения Л.И. Анцыферовой (Москва, 2019); XII Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica (Santander, 2019); VIII Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего» (Москва, 2019); 13th International Congress of Clinical Psychology (Santiago de Compostela, 2020).

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, обсуждения результатов, выводов, заключения, списка использованной литературы, приложения. Объем основного текста диссертации составляет 185 страниц и содержит 37 таблиц, 19 рисунков. Список литературы составил 296 наименований, из них 89 работ на английском языке.

## **Глава 1. Современное состояние исследований посттравматического стресса и особенностей совладания с ним при угрожающем жизни заболевании**

### **1.1 Особенности стрессора высокой интенсивности «угрожающее жизни заболевание»**

На сегодняшний день средняя продолжительность жизни человека по сравнению с началом XX века увеличилась до 77 лет. На данную тенденцию оказало влияние множество факторов – экономических, социальных, а также факторов, связанных с развитием медицины (Omodei, Fontana, 2011).

Однако, несмотря на совершенствование различных технологий, в том числе в области медицины, уровень смертности от тяжелых (угрожающих жизни) заболеваний по-прежнему остается высоким (Тришевская, Зубков, 2020).

Понятие «*угрожающее жизни заболевание*» используется в разных науках — в медицине, социологии, психологии и др. В области *медицины* данным понятием обозначают такое состояние организма, которое с высокой долей вероятности может привести к преждевременной смерти. Оно характеризуется расстройством жизненно важных функций, не компенсируется самостоятельно и без лечения приводит к инвалидности либо к гибели человека (Галюкова, 2009).

В *социологии* угрожающее жизни заболевание рассматривается с точки зрения влияния болезни на социальные условия жизни людей. Изучаются проблемы здоровья как больших (например, в случае пандемии), так и малых социальных групп. Анализируются показатели плотности населения, уровень трудоспособности, исследуются механизмы социальной адаптации пациента в обществе, включая показатели качества построения межличностных отношений на работе, в семье и др. Рассматриваются вопросы, связанные с возможностью оказания помощи больным, включая получение субсидий, льгот и материальной поддержки (Дмитриева, 2003).

В *психологии* угрожающее жизни заболевание трактуется как психотравмирующее событие, которое может вызывать серьезные



психологические проблемы, дезадаптацию личности, нарушения эмоциональных, когнитивных и других процессов (Тарабрина, Ворона, 2019; Харламенкова, 2020 и др.).

*Угрожающее жизни заболевание – это состояние организма, характеризующееся расстройством жизненно важных функций, не компенсируемое самостоятельно и при отсутствии лечения приводящее к снижению трудоспособности, к инвалидности или преждевременной смерти; вследствие постановки диагноза и сопутствующих ему факторов, свидетельствующих о серьезной угрозе здоровью, увеличивается вероятность переживания травматического стресса.*

При обследовании пациентов с угрожающим жизни заболеванием важными оказываются не только медицинские, но и психологические аспекты изучения состояния больного человека. Значимым становится рассмотрение объективных физических показателей, а также субъективных оценок степени угрозы жизни человека (Бахтояров, 2012; Солодухин, Серый, Яницкий и др., 2017; Дарижапова, Пономарев, 2018; Тарасова, 2018; Иосифян, Арина, Николаева, 2019; Когония, Нелюбина, Маркарова и др., 2019; Тхостов, Нелюбина, 2020).

Субъективная оценка степени угрозы жизни имеет комплексный характер и связана с переживаемой ситуацией. *Ситуация заболевания* может быть представлена как самостоятельное событие (Гусева, Барчина, 2015; Харламенкова, Воронцов, 2016), которое, в свою очередь, включает в себя такие этапы как появление первых симптомов, постановка диагноза, операция, постоперационное лечение, реабилитация и т.д. (Сизова, Циринг, 2019). Ситуация болезни имеет ряд характеристик, о которых речь пойдет далее.

Первой особенностью ситуации болезни является ее *продолжительный* характер. Человек ежедневно проживает тяжелую ситуацию заболевания, переживает по поводу трудностей и проблем, решение которых носит длительный характер. Нестабильная динамика первичных симптомов способствует тому, что обращение за медицинской помощью может откладываться на длительный срок, до появления более серьезных признаков заболевания, которые наступают

вследствие его прогрессирования. Нередко точная диагностика заболевания занимает много времени, особенно при неясной картине симптомов, сложных заболеваниях и наличии сопутствующих им проблем. В некоторых случаях предоперационный период связан с решением целого ряда важных задач — с поиском клиники, врачей, с прохождением дополнительного обследования и ожиданием его результатов, мониторингом плановой очереди на операцию и т.д. После операции наступает длительный период восстановления, при этом результат лечения может быть заметен не сразу (Чулкова, Моисеенко, 2009).

В качестве второй характеристики ситуации болезни можно выделить *неопределенный* характер ее течения. Неопределенность в ситуации болезни объясняется тем, что неизвестными остаются: исход каждого этапа болезни, время наступления видимого результата и его устойчивость. В последнем случае даже при оптимистичном прогнозе на выздоровление риск рецидива заболевания остается (Boyle, Droz, Jouanneau et al., 2008; Baumgarten, Quick-Weller, Gessler et al., 2018).

Третья характеристика ситуация болезни – ограниченная возможность ее *контроля* самим пациентом, без участия специалистов. Тяжелое заболевание вынуждает человека полагаться не на собственные силы и знания, а на мнение врачей, даже в тех случаях, когда пациент с недоверием относится к медицинским работникам или отрицает факт тяжести своего состояния. Следует отметить, что контроль течения болезни является сложной задачей даже для высококвалифицированных специалистов. Сложность состоит, во-первых, в том, что практически всегда существует альтернативный подход к лечению, при этом заранее оценить эффективность конкретной стратегии бывает сложно; во-вторых, стратегия и тактика лечения зависят от индивидуальных особенностей организма пациента и для их выбора может потребоваться экспертное мнение нескольких специалистов (Stam, Grootenhuis, Caron et al., 2006; Collett, Smith, Boulianne et al., 2020).

В качестве четвертой характеристики необходимо отметить наличие *ограничений*, которые возникают в жизни человека вследствие болезни. Обычно

такие переживания вызваны проблемами, которые появляются в период послеоперационной реабилитации. Заболевание снижает физическую и умственную активность человека (появляется усталость, недомогание, заторможенность, рассеянность и т.д.); многие привычные обязанности и заботы оказываются для него невыполнимыми. Пациент менее активно участвует в жизни семьи, общества и нуждается в постоянной заботе и поддержке. Осложнения или тяжелые последствия заболевания вынуждают пациента прервать свою трудовую деятельность вплоть до полного ее прекращения. Со временем меняется не только привычный распорядок дня, но и образ жизни, что негативно сказывается на психическом состоянии больного (Jacobsen, Andrykowski, 2015; Desautels, Savard, Ivers, 2018).

Дополнительная характеристика ситуации болезни связана с изменением представлений пациента о *будущем* (Lebel, Rosberger, Edgar et al., 2007; Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017). Показано, что для людей с тяжелым соматическим заболеванием характерна негативная оценка перспектив своей жизни; возникают ощущение невозможности планировать будущее самостоятельно и зависимость от планов других людей. Угроза носит хронический характер, вследствие чего восприятие жизненной перспективы закономерным образом искажается (Кадыров, Капустина, Эльзесер, 2020).

Говоря ранее о ситуации болезни, мы подчеркнули, что в целом она включает в себя период, предшествующий постановке диагноза, а также следующие за ним этапы – диагностирование заболевания, консервативное или хирургическое лечение, реабилитацию. В этом перечне этапов болезни *постановка диагноза* рассматривается нами в качестве *стрессора высокой интенсивности*: озвучивание диагноза, с одной стороны, “информирует” человека о характере и тяжести заболевания, а, с другой, – указывает на реальную угрозу его жизни.

В современной науке *постановка диагноза*, связанного с угрозой жизни, может быть включена в перечень *стрессоров* высокой интенсивности. Этот шаг оправдан тем, что получение информации о заболевании сопровождается страхом

смерти, переживанием беспомощности, ужаса, возникает угроза появления признаков посттравматического стресса разного уровня интенсивности (Mehnert, Lehmann, Koch, 2008; Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010).

Перечислим несколько *особенностей* рассматриваемого нами стрессора.

Постановка диагноза, свидетельствующего об угрозе жизни, относится к стрессорам высокой интенсивности *информационного типа* (Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017). Данный тип стрессора является информационным вследствие того, что угроза носит невидимый характер, и о ее особенностях человек узнает из разных источников (специальной литературы, медицинского заключения, беседы с врачами и др.) (Тарабрина, 2009). Казалось бы, именно первичные симптомы болезни должны явно свидетельствовать об угрозе здоровью. Во многом это действительно так. Тем не менее, хорошо известно, что при отсутствии квалифицированной диагностики человек склонен отрицать угрожающий характер симптоматики, считать свое состояние обратимым. Говоря об информационном типе угрозы, стоит принимать во внимание тот факт, что *известие* о заболевании, угрожающем жизни человека, основанное на профессионально проведенной диагностике, в большей мере, чем первичные симптомы, характеризуется высоким уровнем травматичности.

Еще одна особенность стрессора – *неожиданность* для человека получения информации о своем нездоровье (Чулкова, Моисеенко, 2009). Внезапность такого известия обусловлена тем, что до постановки диагноза физическое состояние может оцениваться как временное, связанное, например, с переутомлением. Сообщение о диагнозе правильно символизирует симптоматику и меняет эмоциональный настрой: состояние легкого беспокойства сменяется интенсивной тревогой и отчаянием (Иосифян, Арина, Николаева, 2019).

Другая особенность стрессора – *эндогенный* характер угрозы. Причиной угрозы жизни выступают не внешние условия окружающей среды, а нарушения в работе организма. Данные нарушения могут быть спровоцированы внешними факторами, однако, во-первых, так бывает не всегда; во-вторых, внешние факторы могут не нести прямую угрозу жизни человека. Следовательно, при рассмотрении

заболеваний корректнее выделять именно эндогенный характер угрозы жизни (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010).

Стрессор характеризуется также тем, что угроза является *неотделимой* от человека. При воздействии других стрессоров человек может уйти, скрыться от источника опасности. При заболевании избежать влияния стрессора невозможно, оно становится *неизбежным* (Тарабрина, 2014; Тарабрина, Ворона, 2019).

Дополнительно отметим, что при рассмотрении специфики анализируемого стрессора, связанного с диагностированием заболевания, важно учитывать, где располагается очаг болезни. *Область поражения* не всегда рассматривается при анализе специфики стрессора, сопряженного с болезнью. Необходимость учета этой переменной продиктована возможностью проведения более дифференцированной оценки уровня и характера стресса при локализации поражения в разных частях тела (Харламенкова, 2017).

Рассмотрев характеристики психотравмирующей ситуации и конкретного стрессора, следует проанализировать *переживания* человека, возникающие при столкновении с таким тяжелым жизненным событием и его проживанием.

Ранее было установлено, что получая известие о заболевании, которое угрожает жизни, человек испытывает *страх смерти*. В ситуации болезни такой страх соотносим с угрозой преждевременной гибели, с ожиданием развития болевого синдрома, с внезапностью ухода из жизни (An, Lo, Hales et al., 2018).

Ощущение *беспомощности* переживается пациентом вследствие того, что преодоление ситуации тяжелой болезни невозможно осуществить собственными усилиями, т.е. без дополнительной помощи со стороны специалистов. В такой ситуации человек вынужден полагаться на врачей, поэтому важным становится степень доверия пациента врачу, методам лечения; значимым является способность пациента принимать помощь (Huddleston, 1996; Данилов, 2014). Тем не менее, несмотря на оказываемую помощь, пациент продолжает чувствовать себя растерянным и бессильным (Чалая, Будза, Чалый, и др., 2020).

*Ужас*, который испытывают многие пациенты в момент постановки диагноза, сопряжен с неожиданностью полученного известия (Чулкова,

Моисеенко, 2009). Данное переживание может возникать и при подготовке к операции, на разных этапах лечения и др., однако, на сообщение о диагнозе пациенты, как правило, реагируют наиболее интенсивно (Sweeny, Christianson, McNeill, 2019).

Пациент испытывает *страх рецидива* заболевания, который обусловлен непостоянством положительного эффекта лечения, и способствует появлению *страха потери контроля* над ситуацией болезни. Развивается избыточная сензитивность к симптомам, напоминающим о болезни, гипернастороженность при отмене некоторых временных ограничительных рекомендаций лечащего врача и т.д. Может присутствовать беспокойство по поводу степени и адекватности контроля за процессом лечения со стороны специалистов (Manne, Myers-Virtue, Kissane et al., 2017). Нередко пациенты сталкиваются со *страхом последствий* заболевания, операции, который выражается, в том числе в виде *тревоги* по поводу *будущего* (Lebel, Rosberger, Edgar et al., 2007). В данном случае речь идет о физическом дефекте. Характер таких последствий может быть не всегда видимым для окружающих. Однако для пациента самый незначительный телесный дефект выступает в качестве постоянного психотравмирующего напоминания о болезни. Ситуация усугубляется в том случае, когда последствия носят видимый характер. Появляется *страх стигматизации*, усиливается ощущение собственной *неполноценности* (Jones, Nguyen, Benchimol et al., 2019).

Переживание разнообразных эмоций способствует тому, что появляется ощущение *зависимости* от окружения, острая потребность в поиске социальной поддержки (Дудниченко, 2003; Мирошкин, 2010; Перфильев, Разумникова, Егоров и др., 2015; Примакова, Дорохова, 2017). Многие пациенты беспокоятся о том, что могут *стать обузой* для близкого окружения. В свою очередь страх оказаться зависимым и беспомощным вызывает *чувство вины*. Пациент обвиняет себя в халатном отношении к здоровью, связывает свою болезнь с неправильным поведением, например, с излишним беспокойством в повседневной жизни, вредными привычками, склонностью к риску, бездумным самолечением (Freitas, Menezes, Santos et al., 2020; Siwik, Phillips, Zimmaro et al., 2021).

Дополнительно отметим, что степень продолжительности пребывания в психотравмирующей ситуации связывается некоторыми учёными с тенденцией появления более серьезных психологических проблем (Gold, Douglas Thomas, et al., 2012).

Важно дифференцировать *переживание* угрозы, которое может в той или иной степени быть вызвано психотравмирующей ситуацией, и *оценку* степени данной угрозы. Последняя не задана всецело психотравмирующей ситуацией, а соотносима с представлениями человека о психологической безопасности.

У людей, имеющих тяжелое заболевание, *психологическая безопасность*, с нашей точки зрения, проявляет свою специфику: на первый план может выступать такая оценка безопасности как *отсутствие угрозы здоровью*, которая близка по своей направленности к потребности в самосохранении. Наличие данных потребностей переживается как стремление к сохранению не только своего здоровья, но и жизни, а их реализация может быть сопряжена с определенными действиями пациента, а именно с осуществлением *самоконтроля*, *контроля ситуации*, включением в *борьбу*, обращением за *помощью* (Nikanov, Kaminsky, Rocheva 2008). Такие действия направлены на нивелирование факторов страха смерти и обретение состояния внутреннего спокойствия и равновесия (Харламенкова, 2015).

Следовательно, оценка степени угрозы сопряжена с представлениями человека о его способности противостоять психотравмирующему фактору, используя внешние и внутренние ресурсы. По этой же причине представление о психологической безопасности может быть соотнесено с понятием жизнестойкости человека (Харламенкова, 2019).

*Внутренними ресурсами* в контексте рассмотрения представлений о психологической безопасности могут выступать способности человека к *эмоциональному самоконтролю*; значимым становится *смирение*, поддержание *эмоционального спокойствия*, сохранение *надежды* на лучшее или *позитивного мышления* и *интереса* к другим сферам жизни, *переосмысление* жизненных *ценностей* (Maddi, 2002; Карпова, 2007).

В качестве другого внутреннего ресурса следует выделить способность к *контролю ситуации* с помощью различных *когнитивных ресурсов*, например, *обдумывания, прогнозирования*, обращения к своему жизненному *опыту* и т.д. В ситуации болезни человек испытывает потребность в том, чтобы быть информированным, способным тем самым контролировать ситуацию и влиять на нее. Информация может быть связана с заболеванием, его спецификой, рисками, темой лечения и реабилитацией, т.е. носить не только положительный характер, но и стрессующий. В этом случае значимым становится степень готовности принимать такую информацию, адекватно её интерпретировать и предпринимать корректные действия (Leydon, Boulton, Moynihan et al., 2000).

*Внешним ресурсом* выступает *социальная поддержка*. Она включает в себя оказание пациенту как профессиональной помощи (Корниенко, Четина, 2019), так и эмоциональной поддержки близким окружением (Дудниченко, 2003). Пациент нуждается в помощи на всех этапах ситуации болезни; первичной поддержкой, безусловно, является профессиональная, которая направлена на его лечение. Важным следует считать уровень профессионализма врачей, а также качество оснащённости лечебных учреждений, обеспечение комфортного пребывания человека в больнице. Все чаще профессиональная поддержка пациентов реализуется при участии психологов с целью нивелирования факторов риска появления дополнительных осложнений, полученных вследствие сильного эмоционального переживания данной тяжелой ситуации. Профессиональная психологическая помощь способствует поддержанию мотивации пациента на лечение. Значимой выступает поддержка, которая необходима пациенту в повседневной жизни, например, при самообслуживании, соблюдении распорядка дня. Немаловажной является материальная поддержка больных, например, получение льгот, субсидий. Последняя необходима практически всегда, поскольку лечение требует немалых денежных затрат. Заболевание ограничивает трудовую деятельность пациента, поэтому компенсация затрат посредством собственных материальных ресурсов не всегда ставится возможной. Дополнительно отметим, что оказываемая поддержка не должна нарушать



*личностные границы* пациента; важным является уважительное отношение к его интересам, потребностям, жизненной позиции и выбору (Killackey, Peter, Maciver et al., 2020).

Еще одним внешним ресурсом выступает *суверенность личностного психологического пространства* пациента<sup>1</sup>, что помогает человеку чувствовать себя более *автономным* даже в такой сложной жизненной ситуации (Нартова-Бочавер, Бочавер, Резниченко и др., 2018). Несмотря на то, что ситуация болезни делает вынужденным вторжение третьих лиц в личное пространство человека, такое вторжение должно осуществляться с его согласия, носить уважительный характер и оставлять право выбора.

Итак, угрожающее жизни заболевание является сложным многоаспектным стрессовым событием, при анализе которого значимым становится учет особенностей самой ситуации болезни, стрессора, переживаний пациента и того как соотносится степень угрозы жизни с представлением человека о психологической безопасности.

К угрожающим жизни заболеваниям принято относить *онкологию*, прежде всего, симптомы, вызванные злокачественными новообразованиями. Исключение доброкачественных новообразований из перечня заболеваний, угрожающих жизни, часто признается как неверное решение (Karasick, Mullan, 1974; Pasquier, Gasnier, Pasquier, 1986). Мы присоединяемся к этому мнению, считая, что определение, данное выше, применимо, в том числе к оценке состояния человека, имеющего доброкачественное новообразование. Это состояние также рассматривается как патологическое, некомпенсируемое самостоятельно и без лечения приводящее к инвалидности и преждевременной смерти.

Заболевание, причиной которого стало прогрессирование доброкачественного новообразования, характеризуется выделенными ранее особенностями психотравмирующей ситуации болезни, но имеет специфику,

---

<sup>1</sup> В данной работе мы не претендуем на полное раскрытие такого сложного конструкта как суверенность психологического пространства личности, концептуально исследованного С.К. Нартовой-Бочавер (см., например, Нартова-Бочавер, 2008).

обусловленную тем, где располагается очаг болезни (Kangas, Henry, Bryant, 2005; Gurevich, Devins, Rodin, 2002).

Одними из наиболее стрессовых событий является сообщение о наличии доброкачественной опухоли, расположенной в одном из отделов головного мозга. Сложность феноменологии заболевания «опухоль головного мозга» привлекает специалистов разных областей науки и практики. Такое внимание оправдано тем, что тенденция, связанная с увеличением опухолевых заболеваний головного мозга, отмечается, как в России, так и в других странах мира (Коновалов, Козлов, Черкаев и др., 2013).

С возрастом риск возникновения подобных заболеваний резко возрастает. В последние годы все чаще фиксируются случаи данного заболевания в пожилом возрасте (Дюшеев, 2000; Розуменко, 2002).

Одним из доброкачественных новообразований головного мозга является *менингиома* – опухоль паутинной мозговой оболочки. Термин «менингиома» был введен в 1922 году Харви Кушингом (H. Cushing) (Тиглиев, Олюшин, Кондратьев, 2001).

Менингиома бывает не только доброкачественной, но и атипичной (средняя степень злокачественности), анапластической (высокозлокачественной).

*Доброкачественная менингиома* рассматривается нами как *угрожающее жизни заболевание*. Приведем следующие аргументы в пользу данного высказывания. Первое. Даже медленное прогрессирование такого заболевания при отсутствии лечения ведет к значимому ухудшению состояния человека и угрожает его жизни. Второе. Не исключен риск того, что доброкачественная менингиома переродится в другую, т.е. уже агрессивную форму данного заболевания. Третье. Ухудшение состояния может возникать внезапно, т.к. менингиому редко выявляют на ранних стадиях заболевания: опухоль может не проявлять себя годами, при этом точная диагностика проводится только с помощью высокотехнологичной аппаратуры (МРТ, КТ, ПЭТ), которая практически не применяется в профилактических целях (Пронзелев, 1972; Камалова, 1994; Тиглиев, Олюшин, Кондратьев, 2001).

Бесконтрольное со стороны специалистов течение такого заболевания опасно для жизни пациента. В практике допустимы варианты наблюдения за опухолью без операционного вмешательства, но только в том случае, если такая тактика оправдана. При успешном лечении прогноз выздоровления оказывается благоприятным. Тем не менее, важно учитывать влияние множества факторов, таких как возраст пациента, размер и расположение опухоли, ее кровоснабжение, вовлечение соседних структур головного мозга, наличие предыдущих операций на мозге, включая проведение лучевой терапии (Коновалов, Козлов, Черкаев и др., 2013). Риск рецидива данного заболевания может оставаться (Тастанбеков, Тиглиев, Олюшин и др, 2002; Музлаев, Герасименко, Заболотских и др., 2016).

Анализ *ситуации болезни*, вызванной наличием у пациента *доброкачественной менингиомы*, оказывается по ряду характеристик схожим с другими заболеваниями, несущими угрозу жизни. Ими являются пролонгированный, неопределенный, слабоконтролируемый характер ситуации, ограничивающий деятельность человека и влияющий на его представления о будущем.

Подробнее остановимся на отдельных этапах течения заболевания.

Началом ситуации болезни выступают *первичные симптомы*. Сначала динамика симптомов может иметь слабо выраженный характер (появляются жалобы на быструю утомляемость, сонливость, рассеянное внимание, забывчивость, головные боли); затем наступает ухудшение состояния здоровья (снижается острота зрения, появляется ощущение странных запахов и др.). Однако, даже явные симптомы заболевания, например, эпилептические приступы, нарушения в работе анализаторов – органов зрения, слуха, обоняния, не всегда ассоциируются человеком с развитием тяжелого недуга (Бесташишвили, 1995; Mascellino, Lay, Newman, 2001; Долгов, Лешошко, Ишков, 2004; Narayan, Bir, Mohammed, et al, 2018). Более того, скоротечное развитие болезни не оставляет человеку времени разобраться в своем состоянии, поэтому в большинстве случаев постановка данного диагноза становится неожиданным известием.

Согласно современным данным, *сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома»* рассматривается как *стрессор высокой интенсивности*, вызывающий интенсивные эмоциональные переживания (Kangas, Henry, Bryant, 2005; Kangas, Williams, Smee, 2011; Kangas, Williams, Smee, 2012). Как и в случае любого другого угрожающего жизни заболевания данный стрессор является информационным, неожиданным, эндогенным, неотделимым, неизбежным. Его *специфика* определяется областью расположения опухоли, ее локализацией в головном мозге. В целом известие о наличии опухоли в головном мозге несет информацию о дисфункции органа, который ассоциируется пациентом со способностью быть и оставаться человеком, личностью, субъектом (Liaset, Kvam, 2018).

Следовательно, помимо *переживаний*, характерных для пациентов с другими тяжелыми заболеваниями, дополнительными могут быть: страх *потери идентичности*, страх появления *когнитивных дисфункций*, тревога по поводу *снижения критичности, самостигматизация* (Liaset, Kvam, 2018)

После диагностирования менингиомы встает вопрос о методах лечения (Whittle, Smith, Navoo et al., 2004), среди которых одним из наиболее радикальных является хирургическая *операция*. Врачи информируют пациента о возможных последствиях хирургического вмешательства, что указывает на наличие ограничений в контроле над течением болезни (Marosi, Hassler, Roessler et al., 2008; Nassiri, Price, Shehab et al., 2019).

Далее наступает длительный *период реабилитации*, включающий проведение периодической контрольной диагностики, обычно пугающей пациента своей неопределенностью.

При неблагоприятных результатах реабилитации, тактика лечения может быть изменена; назначается курс радиологии, который включает в себя болезненные процедуры, требует длительного восстановления. В первые месяцы реабилитации наблюдается выраженная слабость, частично сохраняется неврологическая симптоматика, что ведет к снижению уровня социального функционирования. Продолжительное время сохраняются парезы, асимметрия

лица, нарушения в работе анализаторов, что накладывает ограничения на социальную адаптацию и влияет на представление пациента о его будущем (Козлов, Голанов, Бочаров и др., 2010).

Анализ литературных данных показывает, что обследование людей, имеющих опухоль головного мозга, в большей мере сконцентрировано на проблемах, связанных с вопросами *нейрохирургии* (Куракина 2018; Ступак, Бузунов, Струц, и др., 2015), *медикаментозного сопровождения* пациента (Спирин, Кадашева, Михалкова, 2013), с *коррекцией физических дефектов* (Гуляев, Белов, Петров и др., 2018). По сравнению с психологическими работами (Kangas, Henry, Bryant, 2005; Kangas, Williams, Smee, 2011; Kangas, Williams, Smee, 2012; Харламенкова, Зайцев, Никитина и др. 2018), психиатрические (Никишина, Лазаренко, Петраш и др., 2016) и неврологические исследования (Густов, 2018) занимают лидирующие позиции. Часть исследований проводится на стыке медицины и психологии (Кислицын, Белко, 2013).

Несомненно, что сочетание разных методов лечения обеспечивает комплексную профессиональную и семейную поддержку пациента (Ткаченко, 2008; Чулкова, Пестерева, 2017), который испытывает потребность не только в медицинской, но и психологической помощи. Такой подход является более современным и адекватным представлению о болезни, которая проявляет себя на разных уровнях функционирования человека – соматическом, психологическом, социальном и духовном (Cella, Mahon, Donovan, 1990; Моисеенко, Чулкова, 2007; Holland, Alici, 2010).

Современные исследования показывают, что эффективность методов лечения зависит от учета разных факторов, в том числе от различий, обусловленных возрастом пациента, например, различий в отношении человека к болезни, обращении к внешним и внутренним ресурсам, в установках на восстановление после операции. Показано, например, что реакция на известие о тяжелом заболевании связана с системой ценностей, различающихся в детстве, юности и в период взрослости (Крайг, 2000), а разные психотравмирующие события могут по-особенному восприниматься ребенком, молодым человеком и

человеком пожилого возраста (Тарабрина, 2016; Харламенкова, Воронцов, 2016). Исследования детей с тяжелым заболеванием проводятся с учетом характера отношений в диаде родитель–ребенок (Дан, Харламенкова, 2015; Eskin, Snetkov, Dan et al., 2019; Жуков, Жарков, Митраков и др., 2019; Simpson, Kenny, Wilson et al., 2019; Rodríguez, Gulbas, Horner et al., 2019; Уткузова, Белоусова, Прусаков и др. 2019). У молодых людей показатели здоровья/болезни зависят от уровня социального функционирования (Леонова, Величковская, 2006; Асанова, Разумникова 2013; Сергиенко, 2016). Фактор нездоровья в пожилом возрасте существенно влияет на физическую, духовную активность субъекта. Важно понимать, что пожилому человеку бывает трудно дифференцировать симптомы, связанные с болезнью от оценки общего самочувствия, которое, как правило, ухудшается с возрастом (Heller, Ahern, Pringle et al., 2009; French, Sargent-Cox, Luszcz, 2012).

Постепенное обобщение данных о последствиях угрожающих жизни заболеваний, прежде всего, онкологических, способствовало развитию нового научного направления – онкопсихологии (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Пестерева, 2017; Чулкова, 2017), в рамках которого была подтверждена необходимость учета возрастных различий, специфики стрессоров, психотравмирующей ситуации, особенностей переживания и проживания человеком ситуации болезни. Систематизация теоретических и эмпирических данных открыла возможности для дальнейшего анализа посттравматического стресса и других последствий влияния угрожающего жизни заболевания на психику человека.

## **1.2 Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика как психологические последствия воздействия стрессора высокой интенсивности**

Психологические последствия влияния на человека стрессоров высокой интенсивности, в том числе угрожающего жизни заболевания, разнообразны. Основное внимание в диссертации уделено посттравматическому стрессу и

психопатологической симптоматике, а также связанным с ними эмоционально-личностным особенностям человека, имеющего в анамнезе угрожающее жизни заболевание.

В начале параграфа остановимся на сравнении понятий посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и посттравматический стресс (ПТС), затем рассмотрим психопатологические симптомы. Существенное внимание будет уделено эмоциональным переживаниям больного с диагностированной опухолью. Психологические последствия рассматриваются с учетом фактора возраста, который вносит весомый вклад в выраженность показателей психотравматизации больного (Nuttman-Shwartz, Dekel, Regev, 2015).

История исследования проблемы посттравматического стресса охватывает большой период времени, что отражено в современных работах, посвященных этой теме (Тарабрина, 2008; Харламенкова, 2017 и др.). Накопленные знания в данной области исследований способствуют постановке новых задач и обнаружению новых смыслов в понимании искомой проблемы (Тарабрина, Харламенкова, 2016; Падун, 2017; Казымова, Быховец, 2017; Щукина, 2017; Нартова-Бочавер, Бочавер, Резниченко и др., 2018; Сергиенко, Журавлев, Тарабрина и др., 2016; Strizhitskaya, Petrash, Savenysheva et al., 2019). Реалии окружающей действительности, изменение мира, появление новых стрессоров также вносят коррективы в разработку вопросов, связанных с посттравматическим стрессом. Системное понимание данной проблемы включает анализ не только самих стрессоров и их последствий, но и личностных особенностей субъекта жизни, специфики его опыта (Абульханова-Славская, 1981, 1999; Абульханова-Славская, Березина, 2001).

*Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)* – понятие, используемое в работах клинических психологов и психиатров. Его появлению предшествовала попытка дифференцировать влияние на человека разных типов стрессоров — повседневных и травматических, стремление систематизировать накопленное знание о психическом состоянии пострадавших (Тарабрина, 2008; Стрижицкая, 2016). Длительное изучение признаков адаптации и дезадаптации

людей, перенесших влияние травматических стрессоров, способствовало обобщению признаков психических состояний, свидетельствующих о наличии ПТСР (Тарабрина, 2001). Посттравматическое стрессовое расстройство было принято в 1980 году в качестве обоснованной, самостоятельной единицы измерения последствий воздействия психотравмирующих событий. Введение новой диагностической единицы в DSM-III с четко прописанными критериями оценки (на сегодняшний день диагностическое описание ПТСР зафиксировано в DSM и МКБ) привело к развитию соответствующих методов. Такие методы позволяют провести диагностику и изучить ПТСР как одно из психологических последствий воздействия стрессоров высокой интенсивности на человека. В 1985 году в США было создано Международное общество изучения травматического стресса (The International Society for Traumatic Stress Studies), в компетенцию которого входит исследование последствий посттравматического стрессового расстройства (Foa, Keane, Friedman et al., 2008). С 90-х годов XX века исследований, посвященных ПТСР, стало гораздо больше и не только в области клинической психологии, но и других областях психологического знания (Тарабрина, 2008). Появляются все новые специализированные научные издания: «Травматический стресс» (Journal of Traumatic Stress), «Психологическая травма: теория, исследование, практика, стратегии» (Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy) и др. Возникает множество дискуссий на эту тему (Холмогорова, Горчакова, 2013). С течением времени обращение к тематике ПТСР в различных странах стало вполне привычным (Figueira, da Lus, Braga et al., 2007).

*Посттравматический стресс (ПТС)* является сложной многоуровневой реакцией, которая носит комплексный характер. ПТС относится к предметной области психологии и позволяет анализировать разные по степени выраженности последствия воздействия стрессора высокой интенсивности. Исследования посттравматического стресса стали возможными благодаря вкладу Н.В. Тарабриной, которой был предложен интегративный подход, ориентированный на



анализ последствий психотравматизации разной степени интенсивности (Тарабрина, 2008).

Учет выраженности признаков посттравматического стресса позволяет, с одной стороны, выявить специфику каждого уровня ПТС, а, с другой, способствует обнаружению латентного течения посттравматического стресса на фоне отрицания его симптомов. По этой причине исследователями используется ряд дополнительных методов, с помощью которых появилась возможность проводить диагностику скрытых психологических проблем. Показано, что посттравматический стресс можно исследовать в системе психопатологических симптомов, интерпретируя последние в качестве маркеров актуального психического состояния личности (Харламенкова, 2020).

Благодаря разработке фундаментальных положений ПТС, сформулированных Н.В Тарабриной, развитие и систематизация научного знания в области изучения посттравматического стресса может быть продолжена. Программа исследования ПТС, представленная в работах Н.В. Тарабриной, продолжает реализовываться в Институте психологии Российской академии наук (Журавлев, Ушаков, 2011, с. 8).

*Психологические последствия* воздействия стрессора высокой интенсивности начинают проявлять себя в первые шесть месяцев с момента его влияния и не ранее, чем через три месяца после него (Тарабрина, 2009). По этой причине психологи, работающие в данной области, сталкиваются с проблемами, характерными для исследований типа постфактум: можно обнаружить последствия влияния стрессора, но практически невозможно оценить состояние респондента до его воздействия. Это значит, что вопрос о корректности вывода относительно прямого влияния стрессора на психику человека до некоторой степени остается открытым. Тем не менее, заключение о том, что проблема не может быть решена ни при каких допущениях, следует считать преждевременным. Вполне приемлемыми стали такие способы оценки состояния человека до момента воздействия стрессора как сбор анамнеза (Лещенко, 2009) и

ретроспективная оценка респондентом своего состояния в прошлом (Нуркова, 2004).

Говоря о временных характеристиках проявления признаков посттравматического стресса, логично поставить вопрос о влиянии *давности психотравмирующего события* на картину психотравматизации человека. Некоторые исследования показывают, что давность события не сопряжена с уровнем психотравматизации (Харламенкова, Воронцов, 2016). Такой вывод соответствует изучаемой нами проблеме психологических последствий влияния эндогенного стрессора. Психотравмирующая ситуация, связанная с болезнью, остается актуальной для человека в настоящем, ближайшем будущем и в отдаленной перспективе. Прогноз на выздоровление не всегда бывает окончательным, т.к. угроза рецидива может оставаться (Boyle, Droz, Jouanneau et al., 2008; Baumgarten, Quick-Weller, Gessler et al., 2018). Надо сказать, что подобные риски отмечаются и при доброкачественных опухолях (Музлаев, Герасименко, Заболотских и др., 2016; Тастанбеков, Тиглиев, Олюшин и др., 2002). В ряде исследований показано, что для людей, которым был поставлен диагноз, свидетельствующий об онкологии, риск развития симптомов посттравматического стресса на ранних стадиях заболевания составляет 3% (Green, Rowland, Krupnick, 1998). В результате длительного лечения более тяжелых форм заболевания данный показатель увеличивается до 45% (Gold, Douglas, Thomas, 2012).

Дополнительно следует отметить, что связь давности события и уровня психотравматизации может быть опосредована влиянием других переменных. В зависимости от используемого на определенном этапе реабилитации копинга, картина психологических последствий влияния стрессора становится менее однозначной (Вишнева, 2013).

Посттравматический стресс типично проявляет себя в виде отдельных групп симптомов: *избегания, вторжения и физиологической возбудимости*.

Для людей, переживающих ситуацию тяжелого соматического заболевания, картина данных симптомов выглядит следующим образом:

1. Симптом *избегания* проявляется в нежелании пациента вспоминать, а также говорить о ситуациях, которые прямо или косвенно связаны с заболеванием, или напоминают о нем. Обращение за профессиональной, в том числе психологической помощью может вызывать затруднения; появляется склонность к социальной изоляции.

2. Для симптоматики *вторжения* характерно наличие устойчивых ассоциаций между признаками физического недомогания и угрозой рецидива заболевания. Тематика снов совпадает с переживаниями психотравмирующего опыта болезни.

3. Симптом *физиологической возбудимости* проявляется в раздражительности, гневливости, признаках беспокойного и поверхностного сна. Присутствует настороженность и гипербдительность по отношению к разным аспектам лечения (Тарабрина, 2014; Тарабрина, Харламенкова, 2016; Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017).

С 2013 года в DSM-V был выделен еще один критерий ПТСР — *отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения*. Наряду с известными симптомами (психогенная амнезия, чувство оторванности, отчуждения и др.) в данную группу были отнесены негативные убеждения в отношении себя, других, мира, а также чувство вины (Молчанова, 2014).

Некоторые исследования показывают, что различия в выраженности отдельных симптомов посттравматического стресса способствуют появлению разнообразия в картине психологических последствий влияния стрессора. У пациентов с диагнозом «Рак молочной железы» (РМЖ) при сравнении групп, различающихся по степени выраженности симптомов избегания и физиологической возбудимости, обнаружены особенности эмоционального реагирования на травму. При доминировании симптомов избегания наблюдалась тенденция подавления эмоциональных реакций. Наличие у больных с диагнозом РМЖ высоких показателей вторжения проявлялось в более интенсивной актуализации в сознании различных аспектов травматического опыта (Тарабрина, Курчакова, 2007). Несмотря на полученные различия важно иметь в виду, что

выраженность отдельного симптома не всегда определяет специфику психотравматизации, поэтому для уточнения такой специфики необходимо учитывать ряд дополнительных параметров, к примеру, систему копингов (Харламенкова, Мустафина, Воронцов и др., 2015).

При рассмотрении проблемы посттравматического стресса выделяют определенные *группы риска* (Gurevich, Devins, Rodin, 2002).

Показано, что наиболее уязвимой частью населения является выборка женщин (Хажуев, 2013). Помимо учета половых особенностей анализируются гендерные различия, феминные и маскулинные черты личности (Войцех, Гальцев, 2009; Азарных, 2013).

В группу риска входят люди с низким уровнем материального достатка (Тарабрина, 2008). Отягощающим фактором выступает алкогольная или наркотическая зависимость (Bush, 2009). Кроме того, развитие посттравматического стресса само по себе способствует появлению разного рода зависимостей (Breslau, Davis, Schultz, 2003).

Продолжительное и интенсивное лечение, наличие рецидива заболевания или выраженного болевого синдрома повышает риск развития посттравматического стресса (Cella, Mahon, Donovan, 1990; Heim, Ehlert, Hanker, 1998). Такой же эффект можно наблюдать в случае, если в анамнезе указываются другие психотравмирующие события (Тарабрина, Генс, Коробкова и др., 2005; Anton, Tomanović, Mrdenović et al., 2011).

Кроме выделенных выше факторов, вклад в развитие симптомов посттравматического стресса делает *фактор возраста*. Следует учитывать общее состояние физического здоровья человека и особенности, выполняемых личностью социальных ролей, профессиональную занятость, динамику семейных отношений в их соотношении с фактором возраста. Возраст определяет специфику адаптации человека к изменяющимся условиям жизни (Ogle, Rubin, Siegler, 2013; Стрижицкая, 2017; Абитов, Ергунова, Городецкая, 2019).

Дискуссионным остается вопрос о понимании *причин* появления *психологических проблем* у людей, имеющих опухоль головного мозга. Прежде

всего, возникает необходимость в дифференциации психологических последствий, связанных с *органическим поражением мозга*, с одной стороны, и с *переживаниями* по поводу заболевания, с другой. Такая дифференциация важна, в том числе и для людей с диагнозом «менингиома».

Начнем анализ данного вопроса с изучения психологических последствий, обусловленных причинами органического характера. Важным является учет показателя «локализация опухоли».

В литературе встречаются несколько видов *типологии локализации* опухоли головного мозга – менингиомы. Изучение матриц роста менингиом, т.е. локализации исходного роста опухоли, является ключевым в вопросах успешной реабилитации пациента.

Первые попытки классификации менингиом приходятся на начало XX века. В основу более поздних классификаций положен принцип топографо-анатомического подразделения мозговых структур, предложенный в 1938 году Харви Кушингом и Луизой Айзенхардт (H. Cushing, L. Eisenhardt), в соответствии с которым выделили 14 видов локализации данной опухоли: опухоли малого крыла, парасагиттальные опухоли, опухоли задней черепной ямки, височной ямки, ольфакторной ямки, опухоли периторкулярные, серповидного отростка, тройничного узла, конвекситальные, супраселлярные, внутриорбитальные менингиомы, множественные менингиомы, менингиомы без прикрепления к твердой мозговой оболочке, менингиомы комбинированные с невриномой. Другая классификация менингиом предложена Гербертом Оливекруном (H. Olivecrona), который разделил субтенториальные и супратенториальные менингиомы. В 90-х годах XX века Джани Б. Бродак с коллегами (G.B. Bradac) описаны такие типы менингиом как менингиома передней черепной ямки, менингиома средней черепной ямки, менингиома задней черепной ямки, конвекситальные менингиомы, парасагиттальные менингиомы, внутрижелудочковые менингиомы, метастатические и эктопические менингиомы (Тиглиев, Олюшин, Кондратьев, 2001).

По данным некоторых исследований около 25% пациентов с опухолью головного мозга имеют психические расстройства (Chomskaya, 2005). В связи с этим еще раз подчеркнем важность дифференциации психических нарушений, вызванных влиянием травматического стрессора, от психических нарушений, обусловленных фактором органического поражения мозга.

На сегодняшний день большой вклад в оценку специфики *психических расстройств* при менингиоме внесен коллективом авторов под руководством доктора медицинских наук, профессора О.С. Зайцева (ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко Минздрава России).

Характер и локализация опухоли сопоставимы с эмоциональными нарушениями, а также кардинальными изменениями личности и когнитивных функций (Fotopoulou, Solms, Turnbull, 2004; Mainio, Hakko, Niemelä et al., 2003; Dijkstra, Nieuwenhuizen, Stalpers et al., 2009; De Baene, Rijnen, Gehring et al., 2019). Нарушения приводят к дисфункциям в различных сферах жизни, включая систему семейных отношений (Лукшина, Зайцев, Нагорская и др., 2015).

Риск развития нарушений в большей мере обусловлен не объемом опухоли, а степенью перифокального отека головного мозга. Однако отмечается, что размер опухоли более 4 сантиметров увеличивает риск развития нейрокогнитивного дефицита (Liouta, Koutsarnakis, Liakos et al., 2016), при которомотягчающим фактором становится возраст пациента; возможны и иные нарушения, в том числе психиатрического спектра (Ivanova, Efimova, Olyushin, 2018).

Наиболее сложные нарушения происходят при локализации опухоли в лобных долях. При этом пациенты с локализацией в правой лобной доле имеют более высокие риски развития психических нарушений по сравнению с пациентами с опухолью, расположенной в левой лобной доле.

Отмечается также, что пациенты с правосторонней локализацией опухоли более сензитивны, а левосторонней – экспансивны. Сензитивность проявляется в ранимости, гиперчувствительности к критике, застенчивости, стремлении к избыточному самоанализу, а экспансивность – в замкнутости, холодности,

нарушении межличностных отношений, стремлении отстаивать свою точку зрения даже вопреки здравому смыслу.

В зависимости от локализации опухоли для пациентов с диагнозом «менингиома» могут быть характерны эмоциональные нарушения, которые выражаются в полярных характеристиках, например в апатии (передняя левосторонняя локализация) – эйфории (передняя правосторонняя локализация); тревоге (задняя левосторонняя локализация) – тоске (задняя правосторонняя локализация). Дополним, что в целом для пациентов характерна повышенная тревожность, в норме регистрируемая лишь в предоперационный период (Лукшина, Зайцев, Нагорская и др., 2015).

Появление симптомов психических расстройств, личностных или поведенческих изменений может само по себе свидетельствовать о наличии опухоли головного мозга. В некоторых случаях симптомы указывают на первые клинические признаки развития опухолевого образования головного мозга, что правомерно и для менингиомы, которая нередко манифестирует психиатрическим расстройством (Lopez-Arteaga, 2018). По этой причине не исключена первичная ошибочная диагностика заболевания. В прошлом таким пациентам привычно ставился психиатрический диагноз, например, депрессивное (Radzik, Zawadzka, Leszek et al., 2009; Schwartz, Afejuku, Garlow et al. 2013) или тревожное расстройство (Tsai, Huang, 2009; Assefa, Haque, Wong et al. 2012), измененное состояние сознания, энцефалопатия, слабоумие, неспецифический психоз, бред с манией (Madhusoodanan, Patel, Reinharth et al., 2015). Ошибочная диагностика повышала риск ухудшения состояния больного, т.к. лечение было направлено на купирование симптомов, а не на устранение источника их появления.

Из всего сказанного следует, что для *психологических исследований* важным остается контроль такой переменной как «наличие или отсутствие у пациентов выраженного *когнитивного дефицита*», благодаря которому удастся избежать артефактных выводов. Для решения данной проблемы следует обратить внимание не только на современные классификации локализации менингиом, но и на такие параметры как левосторонняя или правосторонняя локализация, локализация в

передних или задних отделах головного мозга. *Существенное влияние* фактора локализации опухоли на признаки посттравматического стресса и личностные особенности *контролируется* тщательным отбором респондентов, который предполагает учет таких параметров как: размер опухоли, степень перифокального отека, расположение опухоли в лобных долях головного мозга.

В целом следует отметить, что для комплексного изучения больных с диагнозом «менингиома» необходимо придерживаться *междисциплинарного подхода* (Коновалов, Козлов, Черкаев и др., 2013). Работа с такими пациентами предполагает участие психолога, а также психиатра, нейропсихолога. На сегодняшний день принцип работы в команде соблюдается в ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко Минздрава России. Деятельность специалистов направлена на психологическую реабилитацию больных, которая способствует восполнению эмоционального и когнитивного дефицита; проводится ряд практических мероприятий, направленных на частичную адаптацию пациентов к жизни вне клиники (Найдин, Максакова, Кроткова и др., 2002).

Актуальность рассмотрения *психологических последствий* тяжелого заболевания, связанного с диагностированием опухоли головного мозга, продиктована запросами теории и практики обследования таких больных. В настоящий момент комплексных исследований, которые бы включали, наряду с изучением физических последствий заболевания, психические, крайне мало.

Согласно литературным данным постановка диагноза «менингиома» вызывает сильные эмоциональные переживания практически у всех пациентов, которым был поставлен подобный диагноз (Kangas, Williams, Smee, 2011; Kangas, Williams, Smee, 2012). Менингиома является тяжелым заболеванием, которое угрожает жизни человека; болезнь проявляет себя не только комплексом физических симптомов, но и совокупностью душевных и эмоциональных переживаний. В число таких переживаний входит чувство вины, уныние, тревога, депрессия и др. Негативный эмоциональный фон неблагоприятно влияет на



течение болезни (Low, Stanton, 2015; Trudel-Fitzgerald, Tworoger, Poole et al., 2018).

В контексте рассмотрения проблемы посттравматического стресса наиболее часто упоминается о таких *психопатологических симптомах* как *тревожность* и *депрессия* (Saha, Jakhar, Beniwal, 2013; Örnek, Buyuktortop-Gokcinar, Dag et al., 2014; Greene, Itzhaky, Bronstein et al., 2018). Подобная тенденция прослеживается и при изучении стрессоров высокой интенсивности, связанных с тяжелой болезнью (Assefa, Naque, Wong, 2012; Goebel, Mehdorn, 2013; Беляев, 2016; Пестерева, 2017; Чулкова, 2017 и др.). Симптомы *психотизма, паранойальности* упоминаются реже (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010). Для людей с тяжелым соматическим заболеванием характерны *соматизация, навязчивые страхи, враждебность, обсессивно-компульсивная симптоматика, межличностная сензитивность* (Хяникяйнен, Михайлов, Кручек и др. 2015).

В контексте рассмотрения ситуации болезни особое внимание ученых привлекает наличие у пациентов симптомов *соматизации*. Несколько определений соматизации приведены А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян (Холмогорова, Гаранян, 2000). В частности, дается определение Вильгельма Штекеля, согласно которому «соматизация – это телесные нарушения, возникающие как знак глубинного невроза (deep-seated neurosis) и прежде всего – расстройства осознания человеком собственного состояния» (Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 5). В психологии стресса соматизация трактуется в виде физических проявлений, возникающих в результате сильных эмоциональных переживаний, с которыми не удастся справиться на психологическом уровне (Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 6). Наличие или отсутствие признаков соматизации зависит от типа нервной системы человека. При слабом типе нервной системы риск появления признаков соматизации оказывается наиболее высоким (Оганов, Погосова, Колтунов и др., 2011). При тяжелом заболевании соматизация может иметь органическую природу и проявлять себя усилением симптоматики, сопровождаясь высокой тревогой. Колебания настроения, стресс, чувство беспокойства вызывают псевдореальные дискомфортные ощущения в

теле и в свою очередь — еще больше индуцируют тревогу. На этапе реабилитации это состояние вызывает страх рецидива заболевания или его обострения (Сидоренко, Фролов, Комиссарова и др., 2017; Акарачкова, Котова, 2017).

При тяжелом заболевании, угрожающем жизни, обнаруживаются признаки *депрессии*. Данные симптомы проявляются дисфорией и аффектом, например, отсутствием интереса к жизни или снижением мотивации, жизненной энергии, при этом окружающий мир воспринимается негативно, безрадостно. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о собственной неполноценности, ощущение изолированности от мира и др. Причин появления такого состояния может быть несколько. Одна из них состоит в том, что угрожающее жизни заболевание ассоциируется человеком с преждевременной смертью и вызывает глубокие переживания, указывающие на признаки экзистенциального кризиса. Другая причина связана с затяжным и истощающим характером болезни, с появлением депрессивного настроения, апатии, с потерей надежды. Болезнь неминуемо ограничивает человека в возможности делать выбор и действовать самостоятельно, ведет к вынужденной зависимости и снижению жизненного тонуса. Отметим, в том числе, что в процессе лечения сопутствующими факторами, ухудшающими состояние больного, становятся: избыточная погруженность в лечебные мероприятия, симптомы сниженной сенсорной чувствительности, физические дефекты (например, парезы), стигматизация и др., которые выступают маркером болезненного статуса пациента и не позволяют ему выйти за пределы психотравмирующей ситуации, чувствовать себя свободно, уверенно (Максимов, Веселова, Асеев, 2018; Семенченя, Макиенко, 2018).

Для людей, имеющих в анамнезе тяжелое заболевание, характерно проявление *депрессии*, сопряженной с *повышенной тревожностью* (Жукова, Ширнина, Газиев и др., 2016; Андронникова, Радзиховская, 2019; Кирюхина, Файрушина, Самигуллина и др., 2019). Под тревожностью следует понимать состояние нервозности, которое включает в себя ощущение внутреннего напряжения, паники, нередко сопровождается дрожью в теле. Признаками

тревожности являются чувство опасения и страха, ощущение надвигающейся угрозы. Такое состояние закономерно образом проявляет себя в ситуации осознания больным невозможности контролировать процесс выздоровления в полной мере, поскольку известно, что даже при успешном на первый взгляд лечении остается риск ухудшения здоровья, есть опасность возникновения рецидивов заболевания (Солопова, Идрисова, Макацария и др., 2017). В психологии выделяют несколько типов тревожности: личностную и ситуативную (Быховец, Падун, 2019). Ученые отмечают, что личностная тревожность может быть полезна и способствовать ранней диагностике заболевания; ситуативная тревожность нежелательным образом влияет на настроение больного, усиливая негативные эмоциональные переживания по поводу болезни (Жукова, Ширнина, Газиев и др., 2016).

При выраженной склонности к ситуативной тревожности возникает риск развития *фобической тревожности*. Такой тип тревожности определяется как стойкая реакция страха (иррациональная и неадекватная) на определенные, стимулы, напоминающие психотравмирующее событие, его аспекты, которые объективно могут оставаться нейтральными. Особенность данной реакции состоит еще и в том, что она формирует у человека избегающий стиль поведения. Пациент, демонстрирующий высокий уровень беспокойства, старается придерживаться тактики игнорирования врачебных назначений, например, приема лекарств и т.д., появляется сильный страх перед возможными последствиями болезни и ее рецидивом, который в действительности оказывается беспочвенным (Баянкулов, 2017; Ткаченко, Подвязников, Мудунов и др., 2019; Шематонова, 2020).

Высокий уровень тревоги отражается и на построении межличностных отношений, появляется *межличностная сензитивность*. При рассмотрении ее в качестве психопатологического симптома следует понимать, что она определяется такими чувствами человека к себе как неполноценность, неадекватность. В ситуациях сравнения себя с другими людьми, а также в процессе межличностного общения появляются дискомфорт, беспокойство, что

выражается, в том числе в самоосуждении. Высокий уровень сензитивности сопровождается повышенной чувствительностью к мнению или оценкам других людей, сказывается на отношении с миром и нередко препятствует принятию социальной поддержки, особенно тогда, когда она направлена на коррекцию эмоционального состояния пациента, т.е. носит оценочный характер (Щербакова, Барденштейн, Аверьянова, 2015; Михрячева, Макиенко, 2016; Максимов, Веселова, Асеев, 2018; Максимов, Асеев, Веселова и др., 2019; Ткаченко, Подвязников, Мудунов и др., 2019).

Высокий уровень переживаний может способствовать развитию *психотизма*. Данный психопатологический симптом характеризуется такими поведенческими признаками, как недостаток реалистичности, негибкость, проблемы саморегуляции, конфликтность, неконтактность. Появляется эгоцентризм, желание уединиться, нечуткость к другим. Склонность к самоизоляции, избеганию общения с другими людьми вызвана стремлением ограждать себя от дополнительных переживаний, нивелировать или предупреждать их с помощью защитных форм совладания с трудностями, которые, однако, не являются адаптивными (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Ткаченко, Подвязников, Мудунов и др., 2019).

В ситуации тяжёлой болезни у некоторых пациентов регистрируется наличие не только депрессивно-тревожного состояния, но и депрессии, сопровождающейся *враждебностью*. Враждебность характеризуется негативным аффектом, включающим мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями состояния злости, агрессии, раздражительности, гнева. Ощущение обиды, негодования, ярости не позволяет пациенту адекватно воспринимать собственное состояние, в том числе нарушается восприятие окружающей действительности. Последнее способствует тому, что враждебность начинает проявляться не только по отношению к болезни или в целом к себе, но и к окружающим людям, их действиям (Шаназаров, Кокошко, Жусупова, 2011).

Смежным с враждебностью является встречаемый в литературе *паранойяльный* тип отношения к болезни. Паранойяльность проявляется

наличием проективных мыслей, которые характеризуются наряду с враждебностью – подозрительностью, страхом потери личностной независимости, автономии; при этом взгляд на себя и на окружающий мир носит иллюзорный, необъективный, негативный характер. Преобладает стратегия отрицания факта болезни или стремление к усилению контроля, что сказывается, в том числе на взаимоотношении с социумом. Пациент считает, что действия других людей несут вред его здоровью, а оказываемая помощь деформирует его личностные границы (Бергфельд, 2017).

Амбивалентное состояние, например, депрессия на фоне гипертревожности и раздражительности, враждебности, при свойственном пациенту стремлении к контролю и саморегуляции, часто проявляется комплексом *обсессивно-компульсивных* реакций или выражается в соматизации, о которой речь шла выше. Компульсии отражаются в мыслях, импульсах, действиях и воспринимаются как непреодолимое, навязчивое состояние. Они представляют собой деструктивную форму редукции психического напряжения. Разрушающий характер компульсивного поведения до некоторой степени осознается человеком. Индивид воспринимает данное поведение как чуждое ему, но, несмотря на это, оказывается неспособным что-либо изменить. При наличии комплекса амбивалентных симптомов, что также может свидетельствовать о непринятии ситуации болезни, эффективная саморегуляция, осуществляемая самостоятельно, без обращения к социальной поддержке, преобразуется в различные формы ритуальных, циклически повторяющихся действий или навязчивых мыслей (Тарабрина, Ворона, 2019)

Описанные выше симптомы имеют разную степень интенсивности, которая обусловлена, в том числе и *фактором возраста*. Скорее всего, это связано с тем, что с возрастом психоэмоциональное состояние больного становится более лабильным; появляется риск невротизации, психотизма, паранойяльности, депрессии и др. (Оганезова, Барышникова, Белоусова, 2016; Вологодина, Минько, Крылова и др., 2016; Стилиди, Котюкова, Лядов, 2017). Показано, например, что в пожилом возрасте депрессия диагностируется в 36%-60% случаев (Лебедева,

Семке, 2005; Катаева, 2006; Hosseinian, Tagharrobi, Sharifi, 2008). Признаки соматизации усиливаются вследствие неэффективной проработки последствий психической травматизации (Соловьев, Новикова, Местечко, 2013; Беялов, 2016); появляются симптомы соматизированной депрессии, что сопряжено с ощущением нехватки физических ресурсов для борьбы с болезнью (Оганезова, Барышникова, Белоусова, 2016). Восполнение дефицита ресурсов становится возможным при обращении за помощью (Тарабрина, Харламенкова, 2016; Кукшина, Котельникова, Тихонова и др., 2016).

Следует подчеркнуть, что интенсивность развития психопатологической симптоматики может быть обусловлена не только возрастом, но и *индивидуальными особенностями* человека, например, особенностями его личности.

В современных исследованиях выделяют несколько личностных черт, затрудняющих реабилитацию пациента и характеризующихся достаточной устойчивостью, что позволяет рассматривать их в качестве возможных предпосылок развития психической травматизации (Stanton, Rozek, Stasik-O'Brien et al., 2016; Kopala-Sibley, Klein, Perlman et al., 2017).

Известно, что ситуация болезни является тяжелым жизненным испытанием, которое требует от человека проявления стойкости, терпимости, гибкости, эмоциональной устойчивости и т.д. (Циринг, Евстафеева, 2020). Состояние ипохондрии, нетерпимость, пессимистичность, необоснованное беспокойство, апатия, неконтактность и др., свойственные конкретному человеку, наряду с переживанием травматического стресса, способствуют усилению психопатологических симптомов (Athanasoulia, Ising, Pfister et al., 2012; Assefa, Haque, Wong, 2012; Goebel, Mehdorn, 2013; Shimizu, 2015; Yang, 2016; Трошин, Мочаева, 2017 и др.).

Замечено, что личностные особенности, обостряющие психическое состояние человека, подверженного травматическому стрессу, причиной которого стало угрожающее жизни заболевание, чаще всего проявляют себя либо в виде аффективных реакций на стрессор, т.е. *раздражительности*, либо в виде

повышенного беспокойства, т.е. *тревожности*. *Депрессивность* также рассматривается в качестве устойчивой личностной особенности, провоцирующей появление психопатологической симптоматики (Assefa, Haque, Wong, 2012; Goebel, Mehdorn, 2013; Shimizu, 2015; Yang, 2016).

Дополнительно к перечисленным выше личностным характеристикам следует отнести *невротичность* (низкий уровень самоуважения, вегетативные проблемы, возбудимость, чувство незащищенности) и *застенчивость* (робость, избегание контактов, сензитивность к оценочным суждениям) (Щербакова, Барденштейн, 2015; Михрячева, Макиенко, 2016; Максимов, Веселова, Асеев, 2018; Максимов, Асеев, Веселова и др., 2019).

Еще раз подчеркнем, что данные характерологические черты могут способствовать развитию (либо просто быть сопряженными) с психопатологическими симптомами (Максименко, 2017; Зураева, Джелиева, 2018; Стрижицкая, 2019 и др.).

Преобладание депрессивно-тревожных черт в профиле личности, например, неуверенность в себе, ощущение внутреннего дисбаланса, потеря гармонии, подавленное настроение (*депрессивность, невротичность, застенчивость*) способствуют нарастанию *гиперсензитивности* к оценкам референтной группы. Подобная сверхчувствительность искажает информацию, полученную от значимой группы, и не позволяет интерпретировать ее правильно. Переживание неполноценности и уязвимости, а нередко и стигматизированности способствует развитию изолированного стиля поведения, крайней степенью которого является *психотизм* (Williamson, Ostroff, Haque et al., 2020; Canzona, Ledford, Fisher et al., 2018).

Выраженная склонность к *раздражительности* на фоне *депрессивности* с высокой долей вероятности повышает риск развития симптома *враждебности*, крайней степенью которого выступает *паранойальность*. Состояние нетерпимости на фоне апатии создает впечатление безысходности происходящего события, человек ощущает себя “загнанным в угол”, начинает мыслить иррационально, считая, что весь мир в целом настроен против него, а действия

людей направлены на нанесение еще большего вреда (Grassi, Murri, Riba et al., 2020; Мирзоян, 2020).

Наличие амбивалентных черт в профиле личности, например, склонности к беспокойству на фоне пессимизма или апатии на фоне нетерпимости и требовательности к себе, и др. (депрессивность–невротичность и депрессивность–раздражительность) не позволяют человеку эмоционально правильно отреагировать переживаемый стресс, провоцируя появление признаков компульсии, соматизацию, ипохондрию, психогенный болевой синдром, паранойяльность (Sauer-Zavala, Wilne, Barlow, 2017; Бурчинский, 2019).

При изучении людей, имеющих угрожающее жизни заболевание, реже упоминается такая личностная черта как *агрессивность*. Несмотря на это важность включения ее в анализ состоит в том, что в случае заболевания, типичная для человека склонность к агрессии имеет тенденцию трансформироваться во враждебность, направленную на себя (Рагозинская, 2015).

Согласно проведенному анализу, отдельные личностные характеристики – невротичность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность, застенчивость, агрессивность рассматриваются нами в качестве возможных *предпосылок* появления психопатологических симптомов. Представляется, что данные характеристики до некоторой степени являются устойчивыми и, скорее всего, сопутствуют переживаниям, которые возникают в ответ на воздействие интенсивного стрессора. Тяжелое жизненное событие может выступать в качестве триггера, который способствует акцентуации некоторых личностных черт человека при их наличии в преморбиде (Stanton, Rozek, Stasik-O'Brien et al., 2016; Kopala-Sibley, Klein, Perlman et al., 2017).

В зависимости от возраста в ситуации болезни можно ожидать проявление личностных черт, связанных с эмоциональной лабильностью (например, депрессивностью, тревожностью, напряженностью), со снижением коммуникативности (общительности, открытости), самоконтролем (Головей, Стрижицкая, Криулина, 2014). Трудности в осуществлении самоконтроля



пожилыми людьми нередко выражаются в виде реактивной или спонтанной агрессивности.

Таким образом, угрожающее жизни заболевание как стрессор высокой интенсивности сопровождается переживанием травматического стресса, который приводит к ряду психологических последствий – посттравматическому стрессу и психопатологической симптоматике.

Показано, что люди, имеющие в анамнезе тяжелое заболевание, нередко испытывают затруднения в принятии ситуации собственной болезни (Чулкова, Пестерева, 2010; Зураева, Джелиева, 2018), а также в принятии себя (Корниенко, 2014; Максименко, 2017; Стрижицкая, 2019). Отмечается, что у некоторых пациентов наблюдается снижение позитивной оценки собственной личности (Орлова, 2014), появляются чувства беспомощности (Сирота, Московченко, 2014), зависимости (Новикова, 2020), вины (Блинова, Пчелинцева, 2020), истощения ресурсности (Гапонова, 2020), трудности в саморегуляции (Попов, Чулкова, 2017; Benjamin, Bossarte, Guha et al., 2021).

Под влиянием болезни меняется отношение к себе, а также отношение к миру, появляются навязчивые страхи, подозрительность, враждебные иррациональные убеждения (Мирзоян, 2020). Коммуникация и стремление к построению продуктивных отношений с социумом становятся более проблематичными (Grassi, Murri, Riba et al., 2020), оценочные суждения воспринимаются болезненно (Дейнека, 2020).

Полученные данные свидетельствуют, в том числе о необходимости создания более корректных методов оказания профессиональной помощи людям, имеющим угрожающее жизни заболевание, которые будут иметь комплексный характер. Комплексность такого подхода состоит в качественном медицинском обслуживании и в привлечении специалистов психотерапевтического и психиатрического профиля (Гарганеева, 2009).

### **1.3 Ресурсы совладания со стрессом у людей с угрожающим жизни заболеванием**

Исследования отечественных и зарубежных ученых в области посттравматического стресса показывают, что не у всех людей, переживших воздействие стрессора высокой интенсивности, наблюдаются соответствующие симптомы. Ставится вопрос о том, почему так происходит и с чем это может быть связано. В данном параграфе будут рассмотрены возможности человека, переживающего тяжелую жизненную ситуацию, связанную с болезнью, направленные на преодоление негативных последствий воздействия стрессора. Ресурсность человека соотносится нами с базисными убеждениями, мотивационными предпочтениями, а также с некоторыми личностными особенностями.

Иногда может складываться такое впечатление, что разрушительное влияние стрессора безусловно, что под его воздействием человек склонен занимать в отношениях со средой исключительно пассивно-оборонительную позицию. Однако наличие данных о том, что при воздействии стрессора высокой интенсивности не у всех людей возникают психологические проблемы, ставит под сомнение данное утверждение. С нашей точки зрения трудная жизненная ситуация не лишает субъекта возможности справиться с ней; поле возможностей и право выбора всегда остается за человеком.

Сказанное выше можно соотнести с позицией А.В. Брушлинского относительно интерпретации механизма обратной связи и принципа сигнальности (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, Н. Винер), как «всеобщего “механизма” управления, регуляции, детерминации» (Брушлинский, 2003, с. 120). В данном контексте А.В. Брушлинский указывает, во-первых, на то, что механизм обратной связи может быть использован для объяснения явлений, в которых изначально заложено желаемое, а во-вторых, что «на высших уровнях бытия... нет сигналов, сигнальных раздражителей... которые прямо и однозначно “удостоверяли” бы адекватность или неадекватность человеческой деятельности... Решающая роль

принадлежит здесь его [человека] мировоззрению, его морально-политическому облику» (там же, с. 129–130). Данное положение является фундаментальным для понимания различий в реагировании людей на одно и то же травматическое событие.

С позиции субъектно-деятельностного подхода разнообразие переживаний одного и того же стрессового события объясняется наличием у разных людей потребностей, установок, мотивации, в целом по Рубинштейну – внутренних условий, предполагающих вариативность в интерпретации событий, явлений окружающей действительности (Рубинштейн, 2000), а также изменение личностной позиции в зависимости от контекста ситуации (Попов, Устин, 2016).

Жизнедеятельность следует понимать как непрерывный процесс развития и совершенствования личности, как единство опосредования своего будущего и прошлого настоящим, что обусловлено, не только внешними обстоятельствами, но и внутренними условиями (Абульханова-Славская, 1981). Представление о личности как об «относительно самостоятельном и активном компоненте более широких систем» основано на положении о том, что это – сложный, иерархически организованный субъект, который развивается диахронически (Анцыферова, 1982, с. 140; Анцыферова, 2004). Л.И. Анцыферова писала о специфике характера отношений между компонентами личностной структуры и об их разнообразии, что позволяет личности быть пластичной и адаптироваться к различным жизненным ситуациям, включая экстремальные условия среды. Личность сохраняет за собой право корректировать жизненный стиль, преодолевая собственную неполноценность (Адлер, 2002), является активным творцом жизни, осуществляя движение к совершенствованию через преодоление преград, страданий и неудач (Олпорт, 2002; Роджерс, 1994).

В ряде исследований активность личности описывается через единство субъективности и *мотивации* (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская, Т.Н. Березина, А. Адлер), где наивысшей степенью, по мнению некоторых ученых, выступает самоактуализация (Maslow, 1969). Следует добавить, что система жизненных отношений выступает динамическим целым,

которое анализируется и сопоставляется с внутренними моделями потребностей и ценностями личности (Абульханова-Славская, 2001). Угрожающее жизни заболевание как тяжелое жизненное событие меняет систему жизненных отношений, “перестраивает” потребностно-мотивационную сферу личности.

Представляется, что, такие изменения не всегда могут быть негативными; некоторые мотивационные тенденции выступают ресурсом совладания личности со стрессом высокой интенсивности.

Одним из важных ресурсов является положительный настрой на борьбу с последствиями заболевания, который сопровождается *мотивацией достижения цели* и *стойкостью* в осуществлении задуманного (Евстафеева, Циринг, 2020). Мотивация достижения связана с ориентацией пациента на успех в преодолении ситуации болезни. Такая мотивация указывает на наличие готовности человека к активным действиям. Стойкость в достижении задуманного проявляется иначе: она свидетельствует о терпении пациента, проявлении последовательности в реализации действий, например, при соблюдении предписаний врача; о вариативности поведения, например, при смене тактик лечения и др.

По некоторым данным *потребность в агрессии* также может стимулировать человека на борьбу с жизненными проблемами (Корнилова, Парамей, Ениколопов, 1995). Важно при этом знать, что у тяжелобольного человека агрессия может трансформироваться в самоагрессию, которая скорее препятствует, нежели способствует эффективному совладающему поведению (Рагозинская, 2015).

Еще одной тенденцией, представляющей собой мотивационный ресурс, может быть умение *справляться с чувством вины*. Способность к преодолению вины сказывается на положительной самооценке человека; косвенно снижается тревога по поводу оценочных суждений со стороны общества; пациент чувствует себя менее стигматизированным, он в большей степени ощущает свою готовность к включению в процесс реабилитации (Орлова, 2014; Блинова, Пчелинцева, 2020).

В ситуации болезни значимым становится стремление к *самопознанию* (Щукина, 2017). Рассматривая данную направленность в качестве ресурса,

следует учитывать особенности ее проявления. Известно, что высокий уровень стремления к самопознанию может, с одной стороны, проявляться избыточной саморефлексией, тревогой по поводу несоответствия реального Я собственным ожиданиям. В.В. Знаков пишет, что самопонимание, или взгляд на себя со стороны, сопровождается опасностью, которая заключается в десубъективизации; находясь в позиции стороннего наблюдателя человек способен объективировать реальность и тем самым дистанцироваться от проблем, признавая, что не может с ними справиться (Знаков, 2002). С другой стороны, именно стремление к самопознанию в ситуации болезни помогает человеку принять себя, сформировать более рациональный взгляд на мир, построить зрелую систему отношений с ним, задуматься о правильности выбранной стратегии жизненного пути и т.д.

Другим важным ресурсом может выступать стремление к самостоятельности, поддержанию *автономии* (Трофимова, 2012). Ощущение автономии для человека, переживающего ситуацию тяжелого заболевания, важно потому, что оно позволяет чувствовать себя более здоровым, полноценным, свободным, независимым. Данное стремление способствует “выходу” личности за пределы психотравмирующего события, которое, казалось бы, ведет к вынужденной зависимости, беспомощности (Сирота, Московченко, 2014; Новикова, 2020). Эта мотивация позволяет человеку чувствовать себя более ресурсным и способствует реализации избирательности в принятии социальной поддержки. Следует сказать, что стремление к автономии это – не только способность отвечать за себя (Э. Фромм), способность принимать самостоятельные решения (А. Маслоу), и т.д., но и то, что, в современной науке называется суверенностью. Суверенность означает побудительную силу, например, «стремление к жизни» (Э. Фромм), «экзистенциальный тонус» (Д.А. Леонтьев), «способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство» (С.К. Нартова-Бочавер), «способность менять себя» и отношение к другим (В.Е. Клочко), «самополагание» (Д.Ю. Дорофеев) (Трофимова, 2012, с. 65). Представляется, что с возрастом подобные ценности

приобретают особую значимость; человек начинает наиболее остро чувствовать свою уязвимость при наличии угрожающего жизни заболевания. В связи с этим, говоря о возрастных различиях в мотивационной направленности личности, следует сказать, что в целом для людей старшего возраста типично стремление к выходу из положения тотальной зависимости (Богданова, 2019); такое стремление может выражаться потребностью в *доминировании*, отстаиванию своего мнения.

Перейдем к рассмотрению личностных особенностей, которые по нашему предположению сопряжены с ресурсностью человека в ситуации болезни. Ими могут быть склонность к *экстернальности* или *интернальности*, а также *открытость* в отношении себя и мира.

Говоря об *экстернальности* и *интернальности*, следует отметить, что при их рассмотрении, важно учитывать возраст человека. В более *молодом* возрасте преобладает склонность к *экстернальности*. Человек проявляет максимум притязаний, который не всегда обусловлен внутренней мотивацией. Для *среднего* возраста характерно выраженное стремление к самосовершенствованию, которое основывается на углубленном самоанализе. В *старшем* возрасте *интернальность* сопровождается поиском внешних источников ресурса, включая стремление к социальной поддержке (Кулешова, Стрижицкая, 2008). Согласно другим исследованиям, люди *старшего поколения* имеют более сформированную структуру самоотношения и чаще задумываются о смысле жизни, что помогает им нивелировать страх и тревогу, тогда как *молодые люди* более тревожны, склонны к избеганию неудач и испытывают выраженную потребность в самозащите, подвержены влиянию оценочных суждений (Знаков, 2002).

Сопоставляя представленные точки зрения, отметим, что для старшего поколения ресурсом совладания выступает склонность к эмоциональной стабильности, самоуважению, вере в собственные силы, опыт, т.е., как нам думается, выраженное стремление к *интернальности*. Для людей среднего возраста весомым становится проявление социальной смелости, активности в социальном взаимодействии, т.е. – склонность к *экстернальности*.

Обратимся к анализу еще одной личностной особенности – *открытости*.

Включенность в социальные отношения возможна благодаря тому, что личность является открытой системой. Такое понятие сформировалось в персонологии (Г. Оллпорт), гуманистической психологии (К. Роджерс), и в настоящее время используется в современной науке.

Понимание феномена личности как открытой системы в контексте проблемы трудных жизненных событий включает анализ способностей человека к преодолению, преобразованию, переосмыслению возникших обстоятельств, проявлению мудрости. Показатель открытости рассматривается исследователями как фактор адаптации, т.е. как общесистемный показатель возможности саморазвития и способности к самоорганизации (Galazhinskiyj, 2001; Бокова, 2014; Боженкова, Бохан, 2019), принятию себя (Щукина, 2016). Открытость опыту даже в трудной жизненной ситуации, позволяет осмыслить и более полно понять себя и внешний мир, при поддержании равновесия и внутренней целостности (Рохлин, 1970). Последнее во многом связано с умением доверять значимому окружению (Алисов, Подымова, 2011; Русина, 2012). Доверие значимым людям и доверие себе расширяет возможности человека в обращении к внешним ресурсам с целью поиска опоры не только на себя, но и на других людей.

Способность к доверительному взгляду на мир и позитивное отношение к себе во многом связаны с *базисными убеждениями* человека, о которых речь пойдет далее.

Концепт «базисные убеждения» был описан Р. Янофф-Бульман в рамках когнитивной теории психической травмы, с целью обозначения особого личностного ресурса, который обеспечивает возможности принятия определенных стратегий в условиях постоянно изменяющейся среды. В базисных убеждениях находят отражение негативные и позитивные оценки «картины мира».

В психологии посттравматического стресса анализу базисных убеждений человека также уделяют особое внимание. Ряд исследований показывает что, несмотря на устойчивость базисных убеждений, условия экстремальной ситуации могут способствовать их изменению (Janoff-Bulman, 1992; Падун, Котельникова

2008; Падун, Котельникова 2012; Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Рагозинская, 2015; Пономарева, Циринг, 2019; Силенина, 2019 и др). Истоки данного механизма лежат в исследованиях когнитивных моделей ПТСР. М. Хоровитц писал, что «застревание» человека в психотравмирующем событии происходит вследствие того, что опыт травмы не включен в когнитивную схему индивида. Ментальная переработка психической травмы в данном случае затруднена. Травма выступает как актуальное состояние человека, соотносимое им с прошлым опытом (Horowitz, 1986). Преодоление травмы в этом случае осуществляется благодаря трансформации уже имеющихся схем, базисных убеждений. Согласно М.А. Падун, после воздействия стрессора высокой интенсивности картина мира никогда не остается прежней. Базисные убеждения претерпевают качественные изменения, восстанавливаясь лишь до определенного уровня (Падун, 2017). Существуют данные о том, что характер базисных убеждений существенно влияет на процесс реабилитации пациента. Негативные убеждения свидетельствуют обычно о нехватке внутренних ресурсов для совладания с психотравмирующим событием; позитивные убеждения выступают мощным ресурсом реализации совладающего поведения.

В качестве ресурсов совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания следует рассмотреть базисные убеждения, связанные с представлением личности *о себе* (Образ Я, Удача), а также отражающие представление о возможности разумного контроля обстоятельств жизни. Выбор данных базисных убеждений оправдан тем, что в ситуации болезни именно они выступают мишенями для воздействия подобного стрессора высокой интенсивности.

В качестве примера можно привести данные некоторых исследований.

Так, выявлено, что при высоком ПТС наблюдается и более выраженное негативное *представление о себе*, особенно при наличии в анамнезе стрессора «угрожающее жизни заболевание» (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Рагозинская, 2015), а также представление о себе как о *невезучем* человеке (Важенин, Циринг, Миронченко и др., 2019). В ситуации болезни человек нередко



испытывает ощущение неполноценности, чувствует вину, интерпретируя заболевание как фатальное событие. В свою очередь сохранение позитивного Образа Я, надежды на благоприятный исход событий, что также соотносимо с представлением о везении, позволяет принять ситуацию болезни, проявить терпимость к временным ограничениям, сохранить здравомыслие по отношению к трудностям, увидеть новые возможности собственного развития как личности.

В зависимости от степени выраженности переживаний по поводу болезни наблюдаются различия в представлении о возможности осуществлять *контроль* происходящих событий. Объективными условиями сложности реализации контроля являются следующие особенности ситуации болезни: (1) постановка диагноза может носить внезапный характер, (2) после длительного периода ремиссии опухолевые заболевания могут рецидивировать, (3) при наличии незлокачественного новообразования риски перерождения опухоли в злокачественную остаются (Ворона, 2005). Однако есть и причины субъективного характера. Представляется, что при совладании с угрожающим жизни заболеванием, важным оказывается поддержание пациентом своей активности в процессе реабилитации посредством осуществления рационального и вариативного контроля. Актуальным становится проявление тактической и стратегической гибкости при сохранении веры в многообразие возможностей даже в таких тяжелых жизненных обстоятельствах.

*Возрастные различия* в представлении о себе и о мире у людей, имеющих тяжелые соматические заболевания, обусловлены различиями в ценностях и смысложизненных ориентациях (Сахарова, 2012; Хван, 2015).

У пациентов *среднего возраста* часто наблюдается рассогласование в оценках субъективной картины мира: окружающий мир ими воспринимается как доброжелательный, но несправедливый, неконтролируемый; они могут оценивать своя Я позитивно, но считать себя при этом менее удачливыми (Силенина, 2019).

Для людей *старшего возраста* характерна *негативная картина* базисных убеждений, которая, по мнению некоторых авторов, формируется под влиянием социальных оценок и стигматизации (Боженкова, 2016). Согласно другому

мнению, люди пожилого возраста, оценивающие себя субъективно моложе, чувствуют свою полезность и значимость, позитивно относятся к другим людям. По этой причине включение в систему переменных не только хронологического, но и субъективного возраста человека может существенно изменить представление о базисных убеждениях, как молодых, так и пожилых людей (Сергиенко, 2016).

Сказанное выше свидетельствует о том, что психологическое благополучие пациентов с тяжелым заболеванием связано с мотивацией к выздоровлению, позитивным самоотношением, ощущением контроля ситуации. Для совладания с психологическими последствиями тяжелой жизненной ситуации важным становится принятие себя, а также открытость миру (Магомед-Эминов, 2014). Одним из проявлений открытости миру является умение пациента принимать внешнюю поддержку. Готовность принять помощь отражается в стремлении к выздоровлению и способности конструктивного взаимодействия с врачом (Huddleston, 1996; Watters, Feldman, Schoetz, 2007; Данилов, 2014; Jacobsen, Andrykowski, 2015; Desautels, Savard, Ivers, 2018; Корниенко, Четина, 2019). Отказ пациента от социальной поддержки и стремление полагаться только на себя существенно затрудняет процесс реабилитации (Gurevich, Devins, Rodin, 2002; Bush, 2009; Васильева, Караваева, Лукошкина и др., 2018).

В заключение данного параграфа отметим, что актуализация ресурсов совладания в ситуации болезни опосредована личностными особенностями, базисными убеждениями и мотивацией пациента. Люди старшего возраста, успешно справившиеся с последствиями влияния стрессора, характеризуются стремлением к доминированию, тем самым поддерживая оптимальный уровень автономии, сохраняя веру в себя и в собственные ресурсы. Для людей молодого возраста важна открытость социальной поддержке; ощущение автономности соотносится субъектом с собственной успешностью и конкурентоспособностью.

Важно подчеркнуть, что принятие социальной поддержки не должно вести к нарушениям личностных границ пациента. Человеку необходимо чувствовать свободу и личностную значимость даже в ситуации болезни. Ощущение

внутренней уверенности пациента в методах лечения, а также доверительное отношение к врачу является основой полноценной реабилитации. Оптимальным условием считается наличие положительного настроя, ощущение включенности в ситуацию, проявление стойкости в стремлении к выздоровлению.

Значимым становится понимание личности как открытой системы в контексте проблемы трудных жизненных событий, которая включает анализ способностей человека к преодолению, преобразованию, переосмыслению возникших обстоятельств, проявлению мудрости, включая активность и действенную позицию самого человека. Последнее становится невозможным без самопринятия, связанного, в том числе с убеждениями в доброжелательности внешнего мира, его невраждебности, контролируемости.

### **Выводы по первой главе**

На основе проведенного анализа литературы было дано определение угрожающего жизни заболевания. Показано, что это такое состояние организма, которое не компенсируется самостоятельно, без лечения ведет к преждевременной гибели и вызывает стресс разного уровня интенсивности. Установлено, что данное определение применимо и к заболеваниям с диагностируемыми доброкачественными новообразованиями.

Угрожающее жизни заболевание включает: ситуацию заболевания, стрессор, переживания человека, оценку степени угрозы. Последнее соотносимо с представлениями пациента о психологической безопасности, которая связана с темой отсутствия угрозы здоровью, самоконтролем, контролем ситуации, принятием социальной поддержки, т.е. с представлениями о внутренних (например, эмоциональные, интеллектуальные), и внешних ресурсах. Ситуация болезни включает такие этапы как: появление первых симптомов, постановка диагноза, лечение, реабилитация; характеризуется: пролонгированностью, неопределенностью, слабоконтролируемостью; ограничивает деятельность человека, влияет на будущее; переживается такими эмоциями как: страх смерти (мучительная, внезапная, преждевременная), беспомощность, ужас, страх

рецидива, страх потери контроля (избыточная сензитивность к симптомам, гипербдительность в отношении лечения), страх последствий, тревога за будущее, страх стигматизации, ощущение неполноценности, ощущение зависимости, страх стать обузой, вина.

В качестве стрессора нами был рассмотрен один из этапов ситуации болезни – постановка диагноза, связанного с угрозой жизни. Выделены характеристики стрессора. Показано, что это стрессор информационного типа, который является для человека неожиданным, эндогенным, неотделимым, неизбежным; специфичен в зависимости от расположения очага заболевания, задает контекст ситуации болезни.

Установлено, что «доброкачественная менингиома» является угрожающим жизни заболеванием, которое без лечения и наблюдения со стороны специалистов представляет опасность для жизни. Постановка диагноза «доброкачественная менингиома» является стрессором высокой интенсивности, который проявляет особенности, характерные для угрожающего жизни заболевания (в том числе схожими оказываются характеристики ситуации болезни) и специфицируется расположением очага заболевания. Дополнительными переживаниями пациента с таким диагнозом могут быть: страх потери идентичности, страх нарастания когнитивных дисфункций, тревога по поводу снижения критичности к собственному психическому состоянию.

Актуальность изучения проблемы психологических последствий тяжелой болезни продиктована дефицитом исследований, проводимых в этой области знания, необходимостью придерживаться междисциплинарного и комплексного подходов к реализации реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома».

Остро значимым становится учет возрастных особенностей переживания данного события. Показано, что с возрастом риск развития тяжелых психологических последствий переживания воздействия стрессора высокой интенсивности увеличивается. Психоэмоциональное состояние больного становится более лабильным, появляется риск невротизации, психотизма,

паранойяльности, депрессии и др., наблюдается склонность к соматизации, регистрируются трудности, возникающие в процессе коммуникации.

Результативность совладания с переживаниями, вызванными угрожающим жизни заболеванием во многом обусловлена спецификой личностных черт, базисных убеждений, мотивации. Возрастные особенности совладания проявляются в том, что люди старшего возраста характеризуются стремлением к использованию собственных ресурсов, а люди молодого возраста в большей степени ориентированы на внешние оценки; для них важно ощущение сохранения конкурентоспособности, уверенности в себе.

Результаты анализа механизмов посттравматического стресса позволяют сделать вклад в разработку теоретических, методологических и практических аспектов проблемы. Особо важным является прогностический аспект исследования, включающий выявление групп риска. Своевременная профессиональная психологическая помощь пациенту позволяет избежать более трудоемкой работы с глубокими психическими деформациями, крайне негативно переживаемыми как самим больным, так и его ближайшим окружением – родными и близкими людьми.

## Глава 2. Методика исследования

### 2.1 Обоснование релевантности диагностического инструментария.

#### Методы статистической обработки данных

##### 2.1.1 Методики

С целью анализа психологических последствий угрожающего жизни заболевания был применён комплекс диагностических методик. Психодиагностический комплекс включал методики на оценку выраженности посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, а также оценку эмоционально-личностных особенностей пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома».

1. Методика «ШОВТС» (*Impact of Event Scale — IES-R*) была использована для оценки выраженности уровня психотравматизации. Методика содержит такие субшкалы как: вторжение, избегание, физиологическая возбудимость. ШОВТС позволяет сделать заключение об общем уровне психотравматизации респондента на основе вычисления Интегрального показателя. Создателем оригинальной версии является М. Горовиц. В первоначальный вариант входила оценка симптомов вторжения и избегания, значительно позже Д. Вейс предложил усовершенствовать данный диагностический инструмент, добавив шкалу «физиологическая возбудимость». В отечественной психологии методика адаптирована Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001).

2. Методика «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (*Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R*) применялась для оценки психопатологических симптомов. Предполагается, что психопатологическая симптоматика сопровождает посттравматический стресс. Используемый опросник включает в себя следующие шкалы: соматизация, межличностная сензитивность, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльность, психотизм. Методика позволяет сделать вывод об общей тяжести симптомов. Для этого предусмотрен подсчет индекса «Общий индекс

тяжести симптомов» (GSI). Определяется уровень симптоматического дистресса, подсчитывается «Индекс наличного симптоматического дистресса» (PSDI). Предусмотрен подсчет общего количества утвердительных ответов (PST), который является вспомогательным приемом для расчёта некоторых индексов, описанных выше. Методика была создана Л. Дерогатисом с соавторами для оценки психических нарушений, включая оценку динамики данных нарушений после психотерапевтического воздействия. В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия, авторами которой являются Н.В. Тарабрина с коллегами (Тарабрина, 2001).

3. «Фрайбургский личностный опросник» (*Das Freiburger Personlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory – FPI*) использован с целью анализа личностных особенностей пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома». Методика позволяет провести диагностику определенных личностных свойств, которые имеют весомое значение, как для процесса регуляции поведения, так и для процесса социальной адаптации в целом. Опросник содержит 12 шкал, каждая из которых имеет одноименное с диагностируемой личностной чертой название: невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, застенчивость, открытость, экстраверсия-интроверсия, эмоциональная лабильность, маскулинность-феминность. Первая версия опросника имела 4 формы и была создана немецкими психологами Фаренбергом, Заргом и Гампелом в 1963 году. С того времени данный диагностический инструмент был несколько раз валидизирован и стандартизован. Русскоязычная версия появилась в 1989 году (форма В) и была создана А.А. Крыловым с соавторами, именно этот вариант был использован в настоящем исследовании (Крылов, Куликов, 1995).

4. Методика «Шкала базисных убеждений» (*World assumptions scale – WAS*) была использована с целью анализа специфики базисных убеждений. Методика включает в себя такие шкалы как: образ Я, доброжелательность окружающего мира, справедливость, удача, убеждение о контроле. Была разработана Ронни

Янов-Бульман для оценки основных когнитивных концепций базисных убеждений личности, которые представляют собой глобальные имплицитные представления о себе и о мире негативного или позитивного характера. В настоящем исследовании использовалась адаптированная версия М.А. Падун, А.В. Котельниковой (Падун, Котельникова, 2008). Данную методику респондент заполнял дважды. Применение методики включало анализ актуальной и ретроспективной оценок. Для первого заполнения инструкция была сформулирована следующим образом: *Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями, и обведите кружком соответствующую цифру напротив каждого из них: 1 — совершенно не согласен; 2 — не согласен; 3 — не совсем согласен; 4 — в общем-то, согласен; 5 — согласен; 6 — полностью согласен.* Для повторного заполнения инструкция была сформулирована иначе: *Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями, и обведите кружком соответствующую цифру напротив каждого из них: 1 — совершенно не согласен; 2 — не согласен; 3 — не совсем согласен; 4 — в общем-то, согласен; 5 — согласен; 6 — полностью согласен. Пожалуйста, ответьте так, как бы вы ответили до постановки диагноза.*

5. «Список личностных предпочтений» А. Эдвардса (Edwards Personal Preference Schedule — EPPS) был выбран с целью оценки специфики мотивационных предпочтений у пациентов с диагнозом «менингиома». Методика А. Эдвардса включает следующие шкалы, которые представлены такими мотивационными предпочтениями как: мотивация достижения, любовь к порядку, автономия, самопознание, доминирование, чувство вины, стойкость в достижении, агрессия. Использовалась версия в адаптации Т.В. Корниловой с соавторами (Корнилова, 1997; Корнилова, Парамей, Ениколопов, 1995). Данная методика также была предъявлена респонденту дважды, но с разной инструкцией. В первый раз респондент делал выбор, основываясь на своем текущем состоянии. Пример инструкции: *Вам необходимо выбрать одно из двух утверждений, наиболее характерное для Вас на данный момент.* Второй раз респондента



просили сделать выбор, основываясь на субъективном представлении о себе в прошлом, т.е. до постановки диагноза. Пример инструкции: *Вам необходимо выбрать одно из двух утверждений, наиболее характерное для Вас до постановки диагноза.*

Использование ретроспективного анализа субъективных оценок человеком себя в прошлом, также как и в случае с предыдущей методикой, продиктовано ограничениями исследований постфактум (подробнее см. 2.4).

6. «*Анкета психологической безопасности*» применялась для диагностики представлений о психологической безопасности людей с диагнозом «доброкачественная менингиома». Анкета разработана Н.Е. Харламенковой с коллективом соавторов. Анкета включает 60 дескрипторов, которые ассоциируются с представлениями о психологической безопасности. В инструкции спрашивается: в какой степени слово дескриптор может быть соотнесен с безопасностью. Для оценки предложена шкала от +2, что соответствует ответу «абсолютно соотносится», до -2, что соответствует ответу «абсолютно не соотносится» (Харламенкова, 2015).

7. Методика «*Самочувствие Активность Настроение*» (САН) была выбрана для анализа того, как пациент с данным диагнозом субъективно воспринимает свое состояние: физическое и эмоциональное. «САН» является разновидностью опросников, направленных на оценку состояний и настроений. Имеет шкалы, соотносимые с аббревиатурой названия и переменными, на измерение которых она направлена: самочувствие, активность и настроение. Кроме данных показателей предусмотрен подсчет общего балла. Разработана коллективом сотрудников Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (Доскин, Лаврентьева, Мирошников и др., 1973). Методика была использована дважды: через несколько дней после операции и через несколько недель после выписки пациента из больницы.

8. Помимо тестовых методик был проведен сбор данных по анамнезу (8.2), в том числе проведено полуструктурированное интервью (8.1).

8.1 *Полуструктурированное интервью* было разработано сотрудниками лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях. Составителями являются Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е, Падун М.А., Ароян Л.Х. Структура интервью была направлена на оценку общего самочувствия пациента, его эмоционального состояния после операции; переживаемых чувств на момент постановки диагноза; особенностей восприятия своей болезни, включая возможные причины болезни; внутренних и внешних ресурсов для совладания с ситуацией; характера взаимодействия с врачом; представления о будущем. Включает в себя ряд рекомендованных вопросов С. Квале (Квале, 2003).

8.2 *Дополнительная информация*: ФИО; возраст; контакты; диагноз; дата постановки диагноза; дата операции; название диагноза; название операции; уровень образования; социальное положение; семейное положение; наличие детей и их возраст; наличие родителей их возраст; информация об обращении к психиатру; наличие инвалидности; проживание в семье или вне семьи; дополнительная информация, связанная с лечением, в частности, наличие сопутствующих заболеваний, прием лекарств, назначенные процедуры.

### **2.1.2 Методы статистической обработки**

С целью статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 10; SPSS Statistics. Достоверность научных результатов обеспечивалась адекватностью применяемых методов и методик, анализом и проверкой полученных данных с помощью различных статистических процедур, на уровне значимости  $p < 0,05$ .

В качестве критериев были выбраны:

*Критерий Манна-Уитни (U)* для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню исследуемого признака.

Статистические гипотезы:

$H_0$ : Уровень признака в группе «А» не отличается от уровня признака в группе «В»

$H_1$ : Уровень признака в группе «А» отличается от уровня признака в группе «В»

*Критерий Краскела-Уоллиса (H)* для сравнения нескольких выборок по уровню исследуемого признака.

Статистические гипотезы:

$H_0$ : Между выборками существуют лишь случайные различия по уровню исследуемого признака.

$H_1$ : Между выборками существуют неслучайные различия по уровню исследуемого признака.

*Коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $R_s$ )* для определения тесноты (силы) и направления корреляционной связи между изучаемыми признаками;

Статистические гипотезы:

$H_0$ : отсутствует линейная связь между изучаемыми признаками

$H_1$ : присутствует линейная связь между изучаемыми признаками

*Критерий Вилкоксона (T)* для проверки достоверности сдвигов в уровне изучаемого признака.

Статистические гипотезы:

$H_0$ : Между выборками существуют лишь случайные сдвиги по уровню исследуемого признака.

$H_1$ : Между выборками существуют неслучайные сдвиги по уровню исследуемого признака.

*Дискриминантный анализ* был использован для анализа того, какие переменные наилучшим образом дискриминируют группы в зависимости от уровня ПТС. Использован канонический дискриминантный анализ (англ. Canonical discriminant analysis, CDA). Представлен анализ переменной-классификатора («независимая») – Интегральный показатель методики ШОВТС (ИТ). Приведен анализ ее близости к нормальному распределению, осуществлена нормализация (см. Приложение 2, Рис. 1 и Рис. 2). Представлена оценка нормальности распределений ИТ и ИТ после нормализации по критерию Колмогорова-Смирнова (см. Приложение 2, Табл. 1). Показаны результаты теста

на равенство ковариационных матриц (см. Приложение 3, Табл. 1). Приведена оценка значимости характеристик дискриминантной функции (см. Приложение 3, Табл. 2). Представлена таблица значений коэффициентов переменных, с которыми они вошли в дискриминантную функцию (см. Приложение 3, Табл. 3); а также таблица значений коэффициентов корреляции между переменными, вошедшими в дискриминантную функцию и стандартизованной дискриминантной функцией (см. Приложение 3, Табл. 4). Показаны значения функции для центроидов разделенных групп (см. Приложение 3, Табл. 5). Представлены распределения значений дискриминирующей функции для двух групп (см. Приложение 3, Рис.1). Приведены результаты эффективности процедуры дискриминантного анализа (см. Приложение 3, Табл. 6).

*Регрессионный анализ* был использован для анализа зависимости величины исследуемых переменных и уровня выраженности посттравматического стресса у пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома».

Представлен многомерный линейный регрессионный анализ (канонический) с пошаговым включением переменных (см. Приложение 4). Приведено описание и результаты оценки модели (см. Приложение 4, Таб. 1 и Таб. 2), показаны характеристики остатков (см. Приложение 4, Рис. 1 и Рис. 2), анализ значимости переменных в модели (см. Приложение 4, Таб. 3).

Представлен многомерный линейный регрессионный анализ (канонический) с пошаговым исключением переменных (см. Приложение 5). Приведено описание и результаты оценки модели (см. Приложение 5, Таб. 1 и Таб. 2), показаны характеристики остатков (см. Приложение 5, Рис. 1 и Рис. 2), анализ значимости переменных в модели (см. Приложение 5, Таб. 3).

*Критерий Джонкхиера-Терпстра (Jonckheere-Terpstra Test)* применялся для выявления тренда изменения анализируемых характеристик в зависимости от возраста и посттравматического стресса.

*Кластерный анализ* – использовался метод К-средних (K-means), который был применен для группировки наиболее предпочитаемых дескрипторов слов-

ассоциаций с психологической безопасностью в кластеры (методика «Анкета психологической безопасности»).

Обработка результатов включала применение *описательной статистики* исследуемых переменные в группах, а именно: медиана (med); мода (mod); минимум (min); максимум (max); дисперсия (D).

## **2.2 Исследовательская база**

Настоящее исследование было проведено на базе Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Результаты данного исследования представляют часть научного проекта, который был осуществлен в рамках договора между Институтом психологии РАН и НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко.

## **2.3 Этапы исследования**

Перед началом исследования осуществлялся отбор респондентов (см. подробнее 2.5), который был реализован при участии группы психиатров (психиатра А.А. Лукшиной; психиатра А.Н. Кормилицыной) НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко, под руководством О.С. Зайцева – психиатра, врача высшей категории, доктора медицинских наук, профессора, главного научного сотрудника, руководителя группы психиатрических исследований.

*Первый этап* исследования проводился после операции в день выписки пациента.

Перед началом беседы респондент подписывал информированное согласие на участие в исследовании. Информированное согласие включало описание целей исследования, области применения полученных результатов, гарантировало конфиденциальность полученной информации, гарантировало получение обратной связи по индивидуальным результатам и при необходимости

безопасность выхода из исследования на любом его этапе. На протяжении всего исследования пациент имел право обращаться к психологу за помощью и информацией. При отказе подписать информированное согласие пациент не привлекался к участию в исследовании.

С каждым респондентом была проведена индивидуальная беседа и диагностика.

На первом этапе проводилось полуструктурированное интервью, сбор анамнеза (включая информацию, полученную от пациента, а также общие данные, которые были предоставлены лечащим врачом, в частности точное название диагноза, название операции, сопутствующее лечение), а также методика САН. Интервью было реализовано в форме устной беседы; методика САН также заполнялась устно. Исследование проводилось в Центре нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко, в палате и по длительности занимало от 40 до 90 минут. При сильной утомляемости пациента первый этап дробился на короткие сеансы, с перерывами на 20 минут. Исследование приостанавливалось, если пациенту требовалось уйти на перевязку или на медицинский осмотр. В конце беседы оговаривалась дальнейшая форма взаимодействия между психологом и пациентом: общение по телефону, личная встреча, общение по переписке или комбинированный вариант взаимодействия.

*Второй этап* начинался спустя три месяца после постановки диагноза и не ранее чем через две недели после операции. Второй этап включал проведение диагностического исследования и беседу с психологом, включая эмоциональную поддержку. Диагностика с помощью используемых методов проводилась при личной встрече с психологом (для жителей Москвы и Московской области, включая другие близлежащие города), а также дистанционно: по электронной почте, путем беседы по телефону, при использовании современных средств связи (для жителей отдалённых городов). После завершения работы с методиками (т.е. приблизительно через неделю) пациент получал обратную связь в виде краткой беседы по полученным результатам. После завершения данного этапа за пациентом оставалось право обратиться к психологу за информацией и

эмоциональной поддержкой. Приведем перечень используемых методик на данном этапе работы в порядке их предъявления респонденту: Самочувствие Активность Настроение (САН); ШОБТС (Impact of Event Scale — IES-R); Шкала базисных убеждений (World assumptions scale – WAS) – актуальное состояние; «Список личностных предпочтений» А. Эдвардса – актуальное состояние; Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory – FPI); Анкета психологической безопасности; Шкала базисных убеждений (World assumptions scale – WAS) – ретроспективная оценка; «Список личностных предпочтений» А. Эдвардса – ретроспективная оценка. Перечень методик и их последовательность не менялась. Методики, которые включали оценку своего состояния до и после диагноза, были разделены между собой и предъявлялись через интервал в три методики. Заполнение методик (всего 9 шт.) занимало 180 минут; при необходимости процесс был разделен на три этапа по 60 минут каждый.

## **2.4 Обоснование использования ретроспективного анализа**

Использование ретроспективного анализа получило достаточно широкое применение в области психологических исследований. Данный анализ основывается на субъективной оценке респондентом своего состояния до воздействия предполагаемого стимула. Ретроспективный анализ уходит своими корнями в теорию квазиэксперимента. Особо актуальным становится использование ретроспективного анализа в исследованиях, где перед учеными встает задача оценки состояния респондента до и после воздействия предполагаемого стимула. В психологии посттравматического стресса особенность дизайна эксперимента имеет свою специфику в связи с тем, что исследование проводится после воздействия стрессора. Перед исследователями часто встают такие вопросы, которые делают актуальным использование ретроспективного анализа. Данный анализ целесообразно применять для оценки степени и специфики психологических последствий воздействия стрессора.

Анализ последствий с учетом сопоставления актуальной и ретроспективной оценок позволяет дополнительно контролировать валидность полученного результата.

## **2.5 Выборка исследования**

В пункте 2.3 было указано, что отбор респондентов осуществлялся при участии группы психиатров. Рассмотрим подробнее используемые *критерии отбора* респондентов для участия в исследовании.

В качестве *потенциальных респондентов* рассматривались люди, которым был поставлен диагноз «доброкачественная менингиома». Основным критерием отбора являлось наличие минимального когнитивного дефицита.

*Исключались респонденты* с другими видами опухолей, в том числе злокачественными; пациенты с признаками когнитивного дефицита. В выборку не вошли пациенты, у которых опухоль была локализована в лобных долях, пациенты, которые обращались по поводу заболевания менингиомы повторно, а также те, у которых были обнаружены множественные менингиомы, пациенты, которые имели тяжелый анамнез по другим сопутствующим заболеваниям.

Всего к участию в исследовании было отобрано 88 человек (в возрасте от 30 до 70 лет,  $med=54$ ; 78 женщин и 10 мужчин). Это – респонденты, принявшие участие в первом этапе исследования (прошли интервью с психологом и заполнили методику САН); 65 человек приступили ко второму этапу (из которых 59 заполнили полный перечень методик).

Таким образом, из 88 человек – 29 человек не приступили ко второму этапу или прошли его частично по таким причинам как: осложнения после операции, которые стали наблюдаться после выписки; начало прохождения курса интенсивного лечения, в частности радиологии.

### **2.5.1 Общая характеристика участников исследования**

Выборка представлена пациентами с диагнозом «доброкачественная менингиома». Все пациенты получили заключение о доброкачественной природе



опухоли по результатам гистологического исследования. Ниже будет приведён перечень формулировок встречаемых диагнозов: парасагиттальная менингиома средней трети верхнего сагиттального синуса и фалькса справа; петрокливальная менингиома справа; менингиома задней поверхности пирамиды височной кости справа; менингиома задней поверхности пирамиды височной кости слева; менингиома поперечного синуса и намета мозжечка; менингиома основания передней черепной ямки; менингиома верхушки пирамиды височной кости справа; менингиома левой половины задней черепной ямки; менингиома бугорка турецкого седла; менингиома ольфакторной ямки; менингиома левой височной доли; менингиома медиальных отделов крыльев основной кости слева; менингиома медиальных отделов крыльев основной кости справа; менингиома крыльев основной кости слева; менингиома намета и задней поверхности височной кости справа; менингиома намета мозжечка; менингиома передней черепной ямки справа; менингиома передней трети нижнего сагиттального синуса и фалькса; менингиома средней черепной ямки слева; менингиома бугорка турецкого седла (с ростом влево); менингиома правой теменной области.

Общие данные по респондентам (n=88; возраст от 30 до 70 лет, med=54; 78 женщин и 10 мужчин) представлены в таблице №1.

Таблица 1. Основные демографические данные респондентов с диагнозом  
«доброкачественная менингиома»

Категория вопроса	Категория ответа	Количество ответов по выборке в процентах n=88
<b>Образование</b>	Высшее	49%
	Среднее	50%
	Нет	1%
<b>Социальное положение</b>	Рабочий	13%
	Служащий	44%
	Безработный	10%
	Инвалид	1%
	Пенсионер по старости	32%
<b>Семейное положение</b>	Не женат (не замужем)	1%
	Женат (замужем) первый брак	61%
	Повторный брак	7%
	Разведен (а)	15%
	Сожительство	5%
	Вдовец (вдова)	11%
<b>Обращение к психиатру (в анамнезе)</b>	Да	5%
	Нет	95%
<b>Наличие инвалидности</b>	Нет	90%
	Инвалид 3 гр.	5%
	Инвалид 2 гр.	5%
<b>Наличие детей</b>	Нет	12%
	Один	34%
	Двое	41%
	Трое и больше	13%
<b>Возраст детей</b>	от	1 года
	до	47 лет
<b>Наличие родителей</b>	Нет	46%
	Одна мать	30%
	Один отец	8%
	Отец и мать	15%
	Отчим (и мать)	1%
<b>Проживание в семье</b>	Живет один	13%
	Живет в семье	87%

Таким образом, как видно из таблицы 1 практически все респонденты имеют образование не ниже средне-специального. Больше половины опрошенных работают (специальности очень вариативны и включают как занятие физическим, так и интеллектуальным трудом), часть получает пенсию по старости, небольшое количество респондентов является безработным (в основном это женщины,

которые воспитывают детей и ведут домашнее хозяйство). Поскольку выборка представлена респондентами от 30 лет, студентов выявлено не было, в том числе тех, кто в момент обследования проходил бы курсы повышения квалификации или получал дополнительное образование. Большая часть респондентов имеет партнера, т.е. находится в официальных или неофициальных семейных отношениях, а также проживает в семье. Отсутствие партнера (по причине развода или смерти супруга или супруги и др.) указывалось не всегда. Фиксировалась информация о наличии или отсутствии детей, в том числе приемных детей или детей от предыдущих браков. Возраст детей респондентов варьировался в большом диапазоне. Практически в равном процентном соотношении находятся ответы на вопрос о наличии или отсутствии родителей. В основном все респонденты отмечают, что ранее не обращались к психиатру; небольшой процент положительных ответов включает такие причины обращения к психиатру как послеродовая депрессия; случаи депрессии, вызванной потерей близкого человека, оказались единичными. Большая часть респондентов не имеет инвалидности.

Добавим, что выборка была представлена респондентами, проживающими в разных регионах России, для которых русский язык был родным.

## **2.5.2 Контроль влияния латентных переменных**

### ***Локализация опухоли***

Для предварительного контроля влияния переменной «локализация опухоли» – на результаты исследования было выделено четыре группы сравнения (n=65). Сравнивались респонденты с учётом расположения менингиомы в передних (например, менингиома передней черепной ямки, височной доли и др.), задних отделах головного мозга (например, менингиома задней черепной ямки, намета мозжечка и др.), а также правосторонней и левосторонней локализации.

Анализ, проведенный с помощью Н-критерия Краскела-Уоллиса, не показал различий между выделенными подгруппами ( $p > 0,07$ ) по анализируемым в диссертации переменным, в связи с чем дополнительное деление выборки с

учетом локализации опухоли применятся не будет. Различия в подгруппах, полученные с помощью U критерия Манна-Уитни, представлены в соответствующих разделах анализа результатов в качестве описания частных случаев.

### ***Пол***

В выборку вошло небольшое количество респондентов мужского пола, поэтому было принято решение о контроле данной переменной. Были сопоставлены данные, подсчитанные на всей выборке и на ее части (только женской выборке). Сопоставление полученных данных между собой не выявило статистически значимых различий.

### ***COVID-19***

4 человека из выборки были опрошены в период пандемии COVID-19. В связи с этим было принято решение о дополнительном контроле данной переменной (риск инфицирования COVID-19). Дополнительно были просчитаны все результаты без людей, подверженных риску заражения COVID-19, и проведено сопоставление с результатами, полученными при включении данных этих респондентов в анализ – различия не выявлены.

### **2.5.3 Выделение возрастных подгрупп**

Возрастной диапазон обследуемой выборки составил 30-70 лет (med=54; mod=58). Выборка респондентов в основном охватывает период зрелости, хронологические рамки которого достаточно условны – от завершения юности и до начала периода старения. Ряд авторов предлагает разные варианты возрастной периодизации. Э. Эрикссон выделил раннюю (20-40/45 лет), среднюю (40/45-60 лет) и позднюю зрелость (свыше 60 лет). Дж. Биррен выделяет раннюю зрелость (17-25 лет), зрелость (25-50 лет) и позднюю зрелость (50-75 лет). Ю.Б. Бромлей описывает раннюю (21-25 лет), среднюю (25-40 лет), позднюю зрелость (40-45 лет) и предпенсионный возраст (55-65 лет), являющийся переходным к старости (Недбаева, 2015).

Зрелость в психологической науке представляет наиболее продолжительный по хронологии период онтогенеза, который соотносится с тенденцией человека к достижению наивысшего развития своих интеллектуальных, духовных, а также физических способностей.

Жизненный путь личности включает в себя, в том числе и тяжелые экстремальные жизненные ситуации. В психологии посттравматического стресса есть данные о том, что переживание воздействия стрессоров высокой интенсивности опосредовано разными факторами, одним из которых является возраст. Когда стрессором высокой интенсивности является болезнь, фактор возраста становится еще более весомым. Предполагается, что люди пожилого возраста являются более уязвимыми. Происходит это по причине того, что число психотравмирующих событий в жизни увеличивается. В тоже время внутренние ресурсы, направленные на преодоление тяжелых психотравмирующих событий, могут быть истощены (Харламенкова, 2016).

В настоящем исследовании были выделены две возрастные группы (от 30 до 54 и от 55 до 70 лет). Основанием деления выборки по возрасту стали данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и возрастная периодизация по Д.Б. Бромлею: в первую группу вошли 37 человек (в возрасте от 30 до 54; med=46; mod= 54), а во вторую группу – 28 человек (в возрасте от 55 до 70; med=61; mod= 58).

## Глава 3. Результаты исследования

### 3.1 Анализ психотравмирующей ситуации, связанной с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома»

Угрожающее жизни заболевание принято рассматривать в качестве стрессора высокой интенсивности (Дан, Харламенкова, 2015; Иосифян, Арина, Николаева, 2019; Тарабрина, Ворона, 2019; Евстафеева, Циринг, 2020 и др.). Несомненно, что такое психотравмирующее событие меняет привычный уклад жизни человека, его отношение к себе и миру в целом. На основе литературного анализа работ отечественных и зарубежных исследователей в параграфе 1.1 были выделены характеристики ситуации, связанной с болезнью, в том числе особенности стрессора – постановка диагноза, а также, переживания людей по поводу этой ситуации, их представления о психологической безопасности.

В данном параграфе рассмотрены результаты интервью, проведенного с пациентами, а также данные методики САН и Анкеты психологической безопасности. Проверяется *первая гипотеза* о том, что сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности, при этом возможность контроля и социальная поддержка способствуют снижению уровня угрозы ситуации.

Результаты, полученные с помощью *полуструктурированного интервью*, проведенного на первом этапе исследования (n=88), представлены в Табл. 2. Результаты интервью позволяют оценить общую специфику психотравмирующего события, включая осознаваемые респондентом трудности, и его возможности саморегуляции. Интервью включало в себя вопросы, которые объединялись по отдельным категориям.

Таблица 2. Результаты интервью (n=88)

<b>Категория вопроса</b>	<b>Ответы</b>	<b>Количество ответов</b>	<b>Процент ответов по выборке, где 88 чел. = 100%</b>
<b>Давность диагностирования болезни к моменту операции</b>	Диагноз поставлен менее года назад	88	100 %
<b>Переживаемые чувства на момент постановки диагноза</b>	Страх смерти	52	59 %
	Страх операции	50	57%
	Страх по поводу появления когнитивных дисфункций	47	53%
	Беспомощность	32	36 %
	Отчаяние	27	31 %
	Стресс	59	67 %
<b>Внешние ресурсы</b>	Родственники	86	98 %
	Друзья/коллеги (социальное окружение)	36	41 %
	Врачи	62	70 %
	Примеры других больных, успешно справившихся с болезнью	20	23 %
	Информация в Интернете о заболевании	20	23 %
<b>Внутренние ресурсы</b>	Принятие любого результата как приемлемого	15	17 %
	Оптимизм, в связи с успешными примерами лечения болезни	32	36 %
	Уход от проблемы	41	47 %
	Позитивное мышление	58	66 %
	Деструктивное поведение	11	12 %
	Религия	17	19 %

Категория вопроса	Ответы	Количество ответов	Процент ответов по выборке, где 88 чел. = 100%
	Попытка контролировать ситуацию	43	49 %
	Чувство нужности другим	31	35 %
<b>Взаимоотношения с врачом</b>	Доверительные отношения	71	81 %
	Отношения как к квалифицированному специалисту	80	91 %
	Недоверие к профессионализму врача	5	6 %
	Недостаток внимания со стороны врача	8	9 %
<b>Представление о том, что стало причиной болезни</b>	Травмы в прошлом	28	32 %
	«Грехи» прошлого	11	12 %
	Стресс	34	39 %
	Не дают объяснения	17	19 %
	Физиологические изменения	30	34 %
<b>Планирование будущего</b>	Возвращение к прошлому распорядку	40	45 %
	Желание восстановиться, чтобы не стать обузой	33	37 %
	Новое увлечение	28	32 %
	Желание восстановиться, чтобы скрыть внешние последствия болезни	49	56 %
	Нет плана	8	9 %

В результате обработки данных выявлено, что у всех респондентов *давность* постановки диагноза не превышает одного года.

Вспоминая о моменте постановки диагноза, многие пациенты продолжали испытывать сильные *эмоции*, не могли сдержать слез. Большинство респондентов



пережило тяжелый *стресс*. Кроме стресса наблюдались такие реакции на психотравмирующее событие как *состояние оглушенности* и *дереализация*.

Больше половины пациентов испытывали *страх*, в том числе страх смерти, страх перед операцией, страх снижения когнитивных функций и в целом страх потери себя как личности. Отметим, что в отличие от других страхов, наличие тревоги по поводу появления когнитивных дисфункций не упоминается в исследовании людей с иными угрожающими жизни заболеваниями (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010). Такой результат может указывать на определенную специфику переживаний людей с диагнозом «доброкачественная менингиома». В процессе интервью респонденты объясняли наличие подобного переживания тем, что опухоль «расположена в голове», а также появлением сопутствующего страха стать обузой для близкого окружения, страхов потери себя как личности и отвержения со стороны других людей (страх стигматизации). Пациенты сообщали о наличии устойчивой потребности в самотестировании, часто обращались к другим людям для того, чтобы справиться с сомнениями, вызванными неуверенностью в себе. Подобные переживания возникали вследствие нарастающей тревоги, вызванной угрозой потери критичности к собственному психическому состоянию.

Треть респондентов столкнулась с переживанием *отчаяния* и *беспомощности*. В основном это люди, испытавшие затруднения в поиске подходящей клиники, врачей. В качестве наиболее частых комментариев, сопутствующих ответу на вопрос о переживаемой эмоции, можно было услышать такие слова: «остался один на один с болезнью», «мне никто не может помочь» и др. Отчаяние и беспомощность сопровождалось мыслями о том, что из-за болезни включенность в трудовую деятельность может быть ограничена и временная нетрудоспособность закономерным образом приведет к стагнации карьерного роста, финансовым трудностям и вынужденной зависимости от других людей.

При ответе на вопрос о том, что именно *помогло справиться* с психотравмирующим событием, большая часть респондентов указывала на значимость для них *социальной поддержки*. В данном случае наиболее весомым

оказывалась помощь близкого окружения, в основном семьи (отца, матери, супруга, супруги, детей). Часть респондентов признавалась в том, что не все родственники знают об их заболевании. Например, от данной информации пытались оградить мать или отца пожилого возраста. Некоторые респонденты сообщали, что испытывают пред ними чувство вины.

К ресурсам совладания с тяжелой жизненной ситуацией большинство респондентов относило профессиональную поддержку, помощь *врача*, к которому чаще всего относились с чувством доверия. Друзья также являлись ресурсом совладания со сложившейся ситуацией. В данной категории упоминаются *близкие друзья*, т.е. те люди, к которым респондент испытывал доверительное отношение. Эмоциональное отношение к рабочему коллективу было менее позитивным вследствие опасения респондента, связанного со страхом осуждения и стигматизации. Респонденты переживали по поводу того, что могут потерять работу по причине их неспособности выполнять поставленные задачи.

Четверть респондентов указывала на ресурсность ряда *информационных источников*. В частности, практически все респонденты признавались в том, что искали информацию о своем заболевании в Интернете; многие просматривали примеры видео с демонстрацией операции. В большинстве случаев респонденты говорили о том, что поиск информации вызывал у них дополнительный стресс. Несмотря на это, небольшая часть пациентов отмечала, что поиск информации в Интернете стал для них ресурсом совладания; информация помогала преодолеть негативные переживания и давала надежду на благоприятный исход. Мощным ресурсом выступала информация о других больных, успешно справившихся с болезнью.

В качестве *внутренних ресурсов* упоминались мысли и убеждения, которые помогали совладать с психотравмирующим опытом. Большинство респондентов указывало на ресурсность *позитивного мышления*. Для таких людей ситуация заболевания помогла посмотреть на мир другими глазами, а оптимистичное настроение открыло новые возможности для принятия своей болезни и регуляции негативного аффекта.

Почти половина респондентов сообщала о попытках избегания мыслей о случившемся, *вытеснения негативных чувств*. Во многих семьях не было принято разговаривать о ситуации, связанной с болезнью. Респондент старался занять себя какими-то делами, не связанными с заболеванием, т.е. как-то переключить свое внимание на другие проблемы. Некоторые респонденты упоминали, о том, что перед операцией решились на путешествие. Схожей категорией ухода от проблемы стало деструктивное проявление данной тенденции, которая выражалась в избегании эмоциональных переживаний с помощью различных психоактивных веществ, включая алкоголь, курение.

Небольшое количество респондентов упоминало про готовность смиренно *принять любой результат* как приемлемый исход ситуации. Такая категория ответов была характерна для верующих людей. Респонденты, которые выделяли религию в качестве внутреннего ресурса, воспринимали ситуацию заболевания как жизненный опыт, позволяющий более глубоко понять причины своих поступков.

Практически половина респондентов указывала на ресурсность *контроля* над ситуацией, связанной с заболеванием. Несмотря на то, что течение заболевания невозможно точно спрогнозировать, включенность человека в процесс лечения, его активная позиция (выполнение предписаний, обсуждение хода лечения и др.) способствовала поддержанию оптимального уровня контроля и более успешной реабилитации.

Для трети респондентов важным оказывалось *ощущение нужности другим* людям – родным и близким, детям, супругу или супруге, родителям, внукам; многие упоминали о своей востребованности на работе.

Респондентов спрашивали *о причинах* возникновения данного заболевания. По их мнению, такими причинами были психологические проблемы (стресс на работе, потеря близких, финансовые трудности, проблемы в семье) или проблемы физического характера (ушибы, падение, отравление вредными веществами, тяжелая работа и др.). Для женской части выборки были характерны ответы, связанные с физиологическими изменениями организма, которые обычно

наступают во время беременности, климакса и др. Отдельная часть респондентов находила в заболевании философский смысл, рассматривая его как испытание.

У многих респондентов *жизненная перспектива* соотносилась с реабилитационными мероприятиями. Такие планы касались, в том числе поиска возможности справиться с последствиями операции, например, с видимыми физическими дефектами. Мотивацией восстановления после операции было желание больного не стать обузой для близкого окружения и общества в целом. Некоторые респонденты сообщали о намерении вернуться к *прежнему образу жизни*. При этом другая часть респондентов была готова *изменить свою жизнь кардинально*.

Подводя некоторые итоги, отметим, что ситуация постановки диагноза рассматривается респондентами в качестве стрессового психотравмирующего события. Выявлено, что ресурсы совладания с психотравмирующей ситуацией могут различаться, но все они в той или иной степени обусловлены спецификой заболевания. Некоторые из названных ресурсов являются адаптивными, другие – носят деструктивный характер, препятствующий успешной реабилитации пациента. Результаты интервью показали, что ситуация заболевания затрагивает все сферы жизни человека (семейные и социальные отношения, отношение к себе и самопонимание).

Ситуация заболевания вызывает у пациентов негативные переживания. Однако некоторые респонденты сообщают о том, что видят в тяжелой жизненной ситуации опыт, пережив который можно лучше понять себя и выстроить более целесообразные, зрелые отношения с миром.

Социальная поддержка, которую пациент готов принять, должна внушать доверие, быть профессиональной, включать эмпатию. Пациент готов принимать помощь от квалифицированных специалистов, или значимого окружения, которому он склонен доверять. Принятию социальной поддержки может препятствовать свойственный данным пациентам страх стигматизации. По этой причине открытость миру и новому опыту нередко носит затруднительный характер.

В тяжелой жизненной ситуации важным оказывается ощущение собственной нужности и значимости, компетентности и востребованности и, в целом, принятие себя. Такие ощущения помогают человеку сохранить оптимальный уровень автономности в ситуации болезни, тотально не зависеть от других.

Для пациентов характерно стремление контролировать ситуацию, что вызвано спецификой стрессора, возникновение и течение которого практически невозможно точно прогнозировать.

Отвлечение от ситуации болезни для одной части пациентов носит положительный характер и позволяет поддерживать жизненный тонус, редуцировать напряжение. Другая часть пациентов, отвлекаясь от ситуации болезни, отрицает ее. Последнее может способствовать появлению негативных психологических последствий.

Взгляд в будущее во многом опосредован прошлым опытом и интенсивностью переживания ситуации заболевания. Болезнь рассматривается либо как переломный жизненный момент, благодаря которому можно изменить вектор жизни и систему приоритетов, либо как отягчающее жизненное событие, несущее дополнительные трудности или негативные изменения.

Анализ субъективной оценки *самочувствия, активности и настроения* проводился с помощью методики САН: через несколько дней (1 тестирование) и через несколько недель после операции (2 тестирование) (Табл. 3).

Таблица 3. Субъективная оценка респондентами своего самочувствия, активности и настроения через несколько дней (1 тестирование) и через несколько недель после операции (2 тестирование)

Шкалы методики САН	Н набл.	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум
1 тестирование					
Самочувствие	65	49	51	29	66
Активность	65	44	45	20	63
Настроение	65	60	62	35	70
Общее состояние	65	5	5	4	6
2 тестирование					
Самочувствие	65	52	53	29	70
Активность	65	48	50	21	70
Настроение	65	57	57	12	70
Общее состояние	65	5	5	3	7

*Первое тестирование* самочувствия, активности и настроения было проведено через несколько дней после операции (3-6 дней). В среднем тестирование проходило на четвертый-пятый день после хирургического вмешательства.

Результаты показывают, что после операции показатели самочувствия (Med=51) и настроения (Med=62) пациентов находятся в пределах нормы, а показатели активности – на границе нормы (Med=45). У части пациентов выявлены низкие значения по шкалам опросника САН, свидетельствующие о том, что физическое и эмоциональное состояние является неблагоприятным.

*Второе тестирование* было проведено через несколько недель (3-4 недели) после выписки пациента.

Проведенный анализ различий между первым и вторым тестированием (Т критерий Вилкоксона на уровне значимости  $p < 0,05$ ) показал изменение показателей активности (шкала «Активность»  $T=503,5$ ;  $p=0,01$ ), но не выявил различий по показателям настроения (шкала «Настроение»  $T=670$ ;  $p=0,2$ ) и самочувствия (шкала «Самочувствие»  $T=573$ ;  $p=0,07$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на улучшение физического состояния, эмоциональный фон остается в пределах нормы, но не улучшается. Данный результат может быть связан с пролонгированным характером

психотравмирующей ситуации, а, возможно, и с развитием посттравматического стресса.

Говоря об оценке степени угрозы ситуации болезни и представлений пациента о своей безопасности, обратимся к результатам, полученным с помощью **«Анкеты психологической безопасности»**.

Представление о психологической безопасности как имплицитной модели совладания с угрозой в психологии посттравматического стресса сопряжено с пониманием того, какие *ресурсы* способен использовать человек в тяжелой жизненной ситуации. Стоит подчеркнуть, что оценка степени угрозы соотносима, в том числе и с поиском средств, позволяющих справиться с возникшими трудностями. При этом ресурсы могут рассматриваться человеком как конструктивные, однако их эффективность не всегда может соответствовать реальности. Так, реакция избегания в одних случаях позволяет переключиться на решение новых жизненных задач, а, в других, игнорировать ситуацию болезни. Следует предположить, что для людей с угрожающим жизни заболеванием, в частности опухолью головного мозга, представление о психологической безопасности будет иметь свою специфику.

Анкета содержит 60 дескрипторов, которые представлены словами-ассоциациями, имеющими отношение к психологической безопасности.

Перед началом статистического анализа оценки по каждому дескриптору были просуммированы. Для более детального анализа данных были отобраны дескрипторы, суммарное значение баллов по которым превышало значение медианы, рассчитанной по всем 60 переменным ( $Me=248,5$ ), затем из данного списка ( $n=30$ ) были выбраны наиболее предпочитаемые дескрипторы, т.е. значения с наименьшей дисперсией ( $n=18$ ). Это такие дескрипторы как равновесие, стабильность; контроль ситуации; самосохранение; жизненный опыт, опытность; компетентность, ум; позитивное окружение; надежный спутник, опора; здоровье; надежные друзья, верность; свобода; самореализация; уверенность в себе; уверенность в окружении; защита, защищенность; дом, жилье; избегание опасных ситуаций; обдумывание, прогнозирование; поддержка,

помощь. Далее 18 дескрипторов были прокластаризованы (использовался кластерный анализ, метод K-means) и сгруппированы в пять кластеров (количество кластеров выделено на основе анализа дендрограммы см. Приложение 1, Рис. 1), которые представлены в таблице (Табл. 4).

Таблица 4. Результаты кластерного анализа данных методики «Анкета психологической безопасности»

<b>Элементы кластера 1 и расстояние до центра кластера</b>	
жизненный опыт, опытность	0,474719
компетентность, ум	0,474719
здоровье	0,496854
уверенность в себе	0,553176
уверенность в окружении	0,617473
дом, жилье	0,638869
<b>Элементы кластера 2 и расстояние до центра кластера</b>	
свобода	0,549927
самореализация	0,549927
<b>Элементы кластера 3 и расстояние до центра кластера</b>	
позитивное окружение	0,478363
надежный спутник, опора	0,494934
надежные друзья, верность	0,541615
поддержка, помощь	0,703534
<b>Элементы кластера 4 и расстояние до центра кластера</b>	
равновесие, стабильность	0,460102
защита, защищенность	0,630220
избегание опасных ситуаций	0,667506
обдумывание, прогнозирование	0,697056
<b>Элементы кластера 5 и расстояние до центра кластера</b>	
контроль ситуации	0,462287
самосохранение	0,462287

Из данных, приведенных в Табл. 4, следует, что для пациентов с диагнозом менингиома представление о безопасности сопряжено с несколькими темами.

Согласно *первому кластеру*, значимым для пациентов становится ориентация на *собственный опыт*. Опыт человека связан, в том числе с памятью на пережитые жизненные события и с ощущением устойчивости личностной



идентичности. Для пациентов с данным диагнозом важным является сохранность интеллектуальных функций, что субъективно соотносится с показателями физического и психического здоровья, с реализацией жизненного опыта. Страх по поводу нарушения когнитивных функций отмечается и в полуструктурированном интервью; кроме того пациенты сообщают о страхе потери личностной идентичности, снижении критичности к оценке собственного состояния и адекватности поведения. Весомой оказывается степень уверенности человека в себе, которая свидетельствует о готовности пациента к социальному взаимодействию, его открытости миру и новому опыту. При высоком уровне уверенности в себе пациент готов получать обратную связь от значимого окружения, которому он может доверять. Такое взаимодействие должно осуществляться при сохранении чувства доверия, близости к Другому, а также автономии, суверенности личностных границ.

Ситуация болезни вынуждает человека полагаться на других людей. Однако, как видно из представленных дескрипторов *второго кластера*, значимость самостоятельности в принятии решений и свободы оказывается не менее, а, возможно, и более важной. Ограничения, возникающие вследствие болезни, не снижают ценность потребности в автономии, которая способствует «выходу» человека за пределы психотравмирующей ситуации болезни. Данная тенденция отмечалась и при анализе результатов полуструктурированного интервью: пациенты сообщают о том, что значимым становится сохранение интереса к другим сферам жизни, которые не связаны с болезнью. Потребность в самореализации выступает индикатором активности субъекта, показателем его конкурентоспособности и востребованности, маркером компетентности и самоуважения. Такие представления, с нашей точки зрения, указывают на чувство стабильности Эго и его интеграцию как важнейшие ресурсы человека в ситуации жизненных изменений, вызванных заболеванием.

Специфику ожидаемой помощи демонстрирует следующий — *третий кластер*. Пациенты ориентированы на позитивное окружение, на паритетные отношения с другими людьми, поэтому исключительно сочувствующая поддержка

может быть для них недостаточной. Для психологического благополучия важно сохранять позитивный взгляд на мир и быть уверенным в окружении. Позитивное окружение ассоциируется у респондентов с близкими друзьями, родственниками и построением с ними не созависимых, а равных отношений, что также подтверждается данными полуструктурированного интервью.

Дескрипторы, объединенные в *четвертом кластере*, указывают и на потребность респондента в защите и комфорте. В связи с пониманием собственной уязвимости (особенно в ранний постоперационный период) человек испытывает потребность в защищённости и стабильности. Достижение такой потребности может быть реализовано посредством избегания опасных ситуаций, негативных мыслей и т. д., либо — путем тщательного планирования своих действий, антиципации последствий различных ситуаций.

*Пятый кластер* касается способности человека контролировать ситуацию болезни. Контроль может быть осуществлён с помощью внутренних (например, саморегуляция) или внешних (например, социальная поддержка) ресурсов (при сохранении личностной автономии). Ограничения активности, вызванные объективными причинами, не всегда препятствуют желанию пациента выступать в качестве субъекта своей жизни: пациенты активно тестируют реальность и находятся в поиске оптимальных решений актуальных проблем, связанных с заболеванием, и с другими жизненными проблемами. Контроль в таком случае осуществляется при сохранении здравого смысла и рационального взгляда на ситуацию и без деформации личностных границ.

Можно было бы предположить, что при наличии угрожающего жизни заболевания человек фиксирован на теме болезни и остро зависим от социальной поддержки. Однако, анализ имплицитной модели совладания с угрозой у респондентов с диагнозом «доброкачественная менингиома» указывает на неправомерность такого умозаключения.

Показано, что при наличии угрожающего жизни заболевания, не наблюдается «ухода пациента в болезнь», но явно акцентируется стремление выборки к самоактуализации и самореализации, желание выйти за пределы

психотравмирующего события. Тема болезни, безусловно, остается актуальной и рассматривается респондентами как тяжелое жизненное событие, при этом не менее значимым оказывается баланс между стремлением к контролю ситуации и интересом к другим жизненным задачам.

В качестве еще одного важного наблюдения необходимо отметить наличие соотношения между самопомощью и социальной поддержкой. Совладание с трудностями или стремление к самосохранению оказываются сопряженными, в том числе с внутренней ресурсностью респондента, его способностью к эффективной включенности в процесс реабилитации. Важным остается не только уверенность в окружении, но и уверенность в себе. Последняя характеризуется спецификой представления пациента о себе и включает опыт, здоровье, компетентность, связана с суверенностью, включая суверенность личного пространства. Именно поэтому, конструктивное принятие социальной поддержки может быть реализовано при сохранении взаимоотношений, построенных на паритетных основаниях, без нарушения и деформации личностных границ пациента (см. Приложение 1, Рис. 1).

Таким образом, *первая* гипотеза о том, что сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности, при этом возможность контроля и социальная поддержка способствуют снижению уровня угрозы ситуации, подтвердилась.

Подводя итоги данного параграфа можно сделать *следующие выводы*:

Ситуация заболевания воспринимается пациентами как тяжелое жизненное событие. Эмоциональное переживание сопровождается страхом смерти и страхом появления когнитивных дисфункций, а также страхом потери собственной идентичности и суверенности личностных границ. Такие опасения связаны с ощущением стигматизированности, нехватки психологической и физической ресурсности. По этой причине открытость миру, новому опыту и поддержке может носить затруднительный характер для части больных с таким диагнозом.

В тяжелой жизненной ситуации необходимым становится ощущение

собственной ресурсности, свободы выбора и стремление к балансу между контролем ситуации и выходом за ее пределы. Уверенность в себе, понимание своей нужности и значимости, компетентности и востребованности помогают человеку адекватно задействовать внешние ресурсы совладания, включая принятие социальной поддержки на равных основаниях.

Представленные ресурсы позволяют сохранить оптимальный уровень автономности в ситуации болезни, правильно тестировать реальность, способствуют селекции конструктивных решений, сохранению ощущения социальной интеграции.

### **3.2 Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» в разных возрастных группах**

В исследовании предполагалось, что психологические последствия сообщения о диагнозе, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики; существенное внимание было уделено анализу личностных особенностей участников исследования. Анализируемые характеристики рассматривались с учетом возраста респондентов.

Каждая группа респондентов: первая – люди с диагнозом менингиома до 55 лет (n=37), условно названная СВ – средний возраст; вторая группа – люди с диагнозом менингиома после 55 лет (n=28), условно названная ПВ – пожилой<sup>2</sup> возраст, была разделена по уровню посттравматического стресса. Основой деления групп на подгруппы по уровню ПТС стало медианное значение Интегрального показателя методики ШОВТС, вычисленное отдельно для каждой возрастной категории.

Группа «СВ» была разделена (Me=23, где Me – медиана) на подгруппы с низким («СВ низкий ПТС» (n=17)) и высоким («СВ высокий ПТС» (n=20)) уровнями ПТС. Аналогичным образом группа «ПВ» была разделена (Me=26) на подгруппы с низким («ПВ низкий ПТС» (n=14)) и высоким («ПВ высокий ПТС» (n=14)) уровнями ПТС.

---

<sup>2</sup> Слово «пожилой» было выбрано преимущественно для обозначения названия группы, в качестве синонима использовалось понятие «старший возраст».

### 3.2.1 Возрастные различия в уровне посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома»

В данном подпараграфе анализируются психологические последствия постановки диагноза «доброкачественная менингиома» в разных возрастных группах пациентов. Рассматриваются данные, полученные с помощью методик: ШОВТС, SCL-90-R и FPI.

Для оценки вклада фактора возраста было проведено сравнение показателей людей с одним уровнем посттравматического стресса и разным возрастом.

Использовались: U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, тест Джонкхиера-Терпстра на уровне значимости  $p < 0,05$ .

Проверяется гипотеза 2, согласно которой, психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом.

Рассмотрим особенности *посттравматического стресса* в анализируемых подгруппах (см. Рис.1 и Табл. 5 и 6).

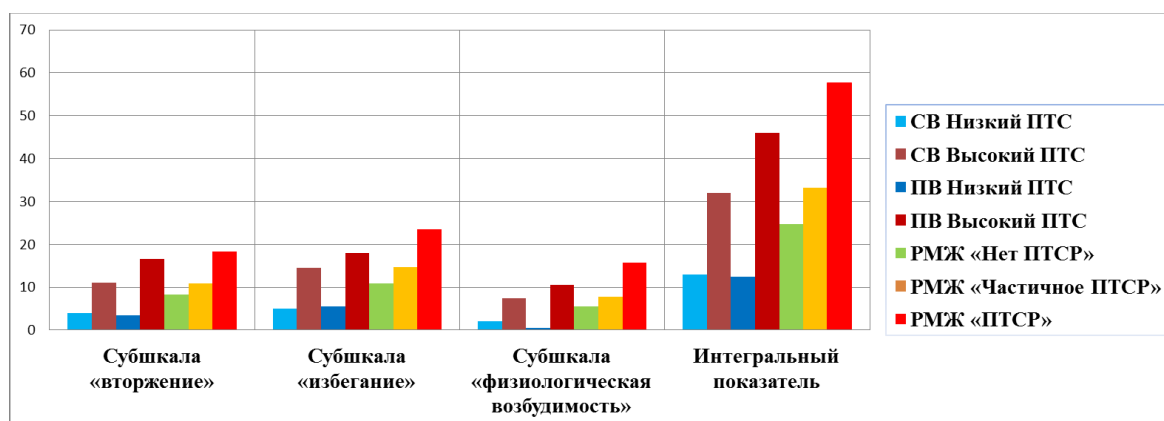


Рис. 1. Сопоставление показателей ПТС исследуемых подгрупп с данными, полученными на выборке женщин с диагнозом рак молочной железы (РМЖ).

Перед началом анализа данных настоящего исследования была проведена оценка уровня ПТС и его симптомов у обследуемой выборки в сравнении с

данными, полученными на выборке пациентов с раком молочной железы (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010, стр. 82-83).

Согласно диаграмме, представленной на рисунке 1, данные подгрупп «СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС» сопоставимы с показателями группы РМЖ «Нет ПТСР», а подгрупп «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС» – с данными групп РМЖ «Частичное ПТСР» и РМЖ «ПТСР». Такой результат указывает на наличие распределения показателей ПТС в соответствии с его уровнем в разных выборках и позволяет провести дальнейшее сравнение особенностей психологических последствий угрожающего жизни заболевания в зависимости от возраста респондентов.

При сравнении данных, полученных в подгруппах респондентов с *низким уровнем* посттравматического стресса разного возраста, различий в *симптомах ПТС* выявлено не было (Табл. 5).

Таблица 5. Анализ различий в уровне психотравматизации людей среднего («СВ низкий ПТС») и старшего возраста («ПВ низкий ПТС») с низким уровнем ПТС

Субшкалы методики «ШОВТС»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=17)	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Субшкала «вторжение»	272,5	223,5	118,5	1
Субшкала «избегание»	271,5	224,5	118,5	1
Субшкала «физиологическая возбудимость»	302,5	193,5	88,5	0,2
Интегральный показатель	269,5	226,5	116,5	0,9

Результаты аналогичного сравнения респондентов с *высоким уровнем* посттравматического стресса разного возраста представлены в таблице 6.

Таблица 6. Анализ различий в уровне психотравматизации людей среднего («СВ высокий ПТС») и старшего возраста («ПВ высокий ПТС») с высоким уровнем ПТС

Субшкалы методики «ШОВТС»	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Субшкала «вторжение»	281,5	313,5	71,5	<b>0,02</b>
Субшкала «избегание»	310,5	284,5	100,5	0,2
Субшкала «физиологическая возбудимость»	293,5	301,5	83,5	<b>0,05</b>
Интегральный показатель	276,5	318,5	66,5	<b>0,01</b>

Согласно данным, приведенным в таблице 6, при высоком уровне посттравматического стресса у респондентов старшего возраста регистрируются более высокие показатели по симптомам *вторжения* и *физиологической возбудимости*, а также по *общему уровню ПТС* по сравнению с респондентами среднего возраста.

Многие исследователи отмечают, что с возрастом наблюдается рост показателей посттравматического стресса, в том числе показателей групп симптомов ПТС – вторжения, избегания, физиологической возбудимости. В качестве возрастных факторов, ухудшающих психоэмоциональное состояние человека, выделяют снижение эффективности и действенности защитных механизмов, дефицит физической ресурсности, вынужденную зависимость от внешней поддержки, интенсивное переживание страха смерти, наличие предшествующих психологических травм и др. (Gurevich, Devins, Rodin, 2002; Тарабрина, 2008; Ogle, Rubin, Siegler, 2013 и др.).

Наряду с этим есть данные о том, что такая закономерность не всегда однозначно регистрируется во всех исследуемых выборках. Отмечается, что некоторые факторы могут изменять характер связи возраста и тяжести психологических последствий травмы. Таким фактором выступает, например, ценность здоровья, которая одинаково значима для всех возрастов, но по-разному осмысливается в молодости возрасте и в разные периоды взрослости. Ценность здоровья в пожилом возрасте приобретает особое значение для поддержания как



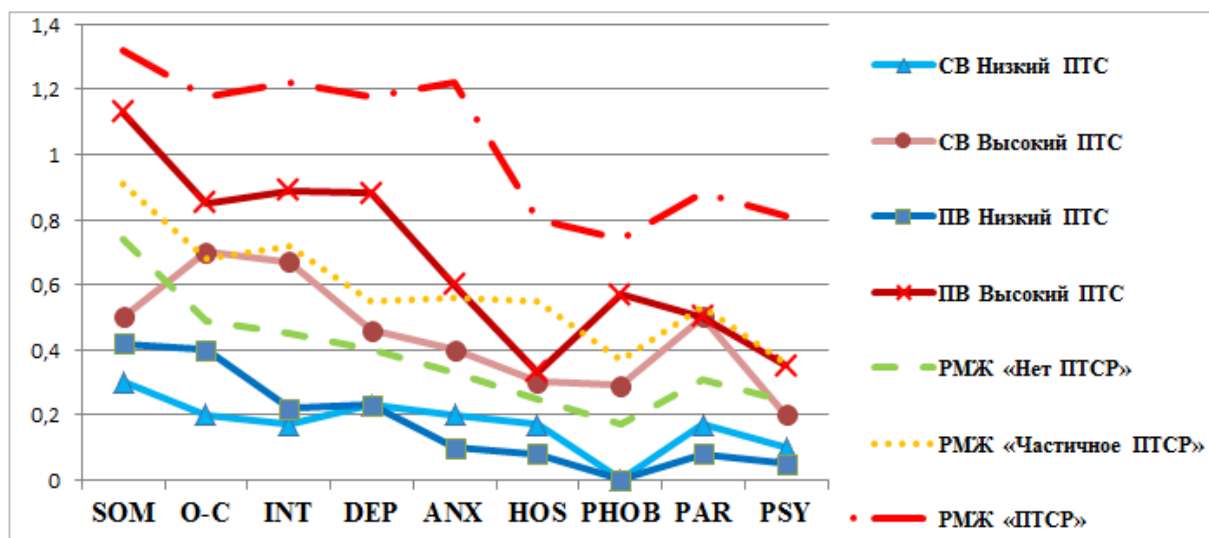
физической, так и духовной активности, автономности. В среднем возрасте ценность здоровья определяется показателями социального функционирования, например, необходимостью быть конкурентоспособным в профессиональной сфере и в целом – социально активным (Леонова, Величковская, 2006; Асанова, Разумникова, 2013; Сергиенко, 2016).

Данные, полученные в настоящем исследовании, также подтверждают неоднозначность связи уровня ПТС и его симптомов с возрастом респондента. При низком уровне ПТС картина симптомов не меняется с возрастом (нет возрастных различий), и только при высоком уровне ПТС показатели вторжения и физиологической возбудимости существенно возрастают. Специфика указанных симптомов ПТС позволяет предположить, что люди старшего возраста, испытывающие сильные эмоции, стресс, в большей степени фиксированы на болезни (симптом «вторжение»), а также тревожны, насторожены и напряжены (симптом «физиологическая возбудимость»). У пожилого человека фиксация на болезни может быть вызвана ощущением ограниченности физических ресурсов, переживанием страха смерти. Гипербдительность выражается тревогой и сверхчувствительностью к симптомам заболевания или к оказываемой поддержке.

Таким образом, можно утверждать, что при изучении психологических последствий влияния стрессора, связанного с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома», сопряженность возраста и степени тяжести симптомов ПТС довольно вариативна: различий в признаках посттравматического стресса при низком ПТС в разных возрастах не наблюдается; люди старшего возраста с высоким уровнем ПТС более уязвимы по сравнению с людьми среднего возраста: они подвержены риску развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

При переживании тяжелого жизненного события наряду с признаками посттравматического стресса анализируют сопряженную с ними *психопатологическую симптоматику*, обращаясь к дополнительным данным, аргументам, подтверждающим результаты, полученные по ПТС.

На рисунке 2 представлены результаты психологической диагностики, полученные с помощью методики SCL-90-R; сопоставляются профили психопатологических симптомов пациентов с диагнозом «РМЖ» (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010, стр. 94-95) и пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома».



Примечание: Соматизация (SOM); Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C); Интерперсональная чувствительность (INT); Депрессия (DEP); Тревожность (ANX); Враждебность (HOS); Навязчивые страхи (PHOB); Паранойяльность (PAR); Психотизм (PSY).

Рис. 2. Сопоставление показателей психопатологических симптомов исследуемых подгрупп с данными, полученными на выборке женщин с диагнозом рак молочной железы (РМЖ).

Анализ данных (см. Рис. 2) позволяет сделать вывод о том, что в разных выборках респондентов показатели психопатологических симптомов при *низком уровне* посттравматического стресса не выражены. При *высоком уровне* посттравматического стресса профили сопоставляемых выборок, напротив, демонстрируют существенное повышение.

Оценив показатели психологической симптоматики в зависимости от уровня ПТС в разных выборках пациентов (с диагнозом «РМЖ» и диагнозом «доброкачественная менингиома»), проверим наличие такой зависимости в обследуемой выборке респондентов с учетом возрастных различий (Табл. 7 и 8).

При *низком* уровне ПТС возрастных различий в показателях методики SCL-90-R также как и при анализе данных, полученных с помощью методики ШОВТС, обнаружено не было (Табл. 7).

Таблица 7. Анализ различий в психопатологической симптоматике между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС»

Шкалы методики «SCL-90-R»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16)	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
GSI	250	215	110	0,95
PST	238,5	226,5	102,5	0,7
PSDI	272	193	88	0,32
Соматизация	242	223	106	0,82
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	240	225	104	0,75
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	241,5	223,5	105,5	0,8
Депрессия	244	221	108	0,88
Тревожность	262	203	98	0,5
Враждебность	254	211	106	0,81
Навязчивые страхи (фобии)	247,5	217,5	111,5	1
Параноидность (паранойяльность)	265,5	199,5	94,5	0,45
Психотизм	258,5	206,5	101,5	0,66

При *высоком* уровне ПТС различия выявлены только по шкале *соматизация* (см. Табл. 8). По всей видимости, интенсивный стресс, вызванный сообщением о диагнозе «доброкачественная менингиома», сопровождается схожими проявлениями психопатологических симптомов в разных возрастных группах, поскольку как люди среднего, так и люди старшего возраста одинаково тяжело переживают это событие.

Таблица 8. Анализ различий в психопатологической симптоматике между подгруппами «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «SCL-90-R»	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
GSI	314,5	280,5	104,5	0,22
PST	313,5	281,5	103,5	0,21
PSDI	315	280	105	0,23
Соматизация	280	315	70	<b>0,01</b>
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	329,5	265,5	119,5	0,48
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	329,5	265,5	119,5	0,48
Депрессия	317,5	277,5	107,5	0,26
Тревожность	334,5	260,5	124,5	0,6
Враждебность	349,5	245,5	139,5	1
Навязчивые страхи (фобии)	326,5	268,5	116,5	0,42
Параноидность (паранойальность)	341	254	131	0,76
Психотизм	328,5	266,5	118,5	0,46

Проведенный корреляционный анализ показал наличие сопряженности возраста и соматизации ( $R_s=0,3$ ;  $p=0,02$ ). Результат теста Джонкхиера-Терпстра (Observed J-T Statistic=879,5; Mean J-T Statistic=679,5; Std. Deviation of J-T Statistic=80,8; Std. J-T Statistic=2,475; Asymp. Sig. (2-tailed)=0,013) подтверждает что в ситуации болезни с возрастом наблюдаются более выраженные показатели соматизации при высоком уровне ПТС.

Полученные результаты можно объяснить следующим образом.

Одной из причин наличия выраженной *соматизации* у людей старшей возрастной группы является объективно наступающее с возрастом ухудшение физического здоровья. В качестве другой причины следует указать на факт появления в старшем возрасте избыточной рефлексии по поводу своего самочувствия, повышенного внимания к симптомам болезни. В сочетании с высокими показателями уровня психотравматизации (ИТ) ( $R_s=0,59$ ;  $p=0,001$ ), отдельных симптомов ПТС – физиологической возбудимости ( $R_s=0,69$ ;  $p=0,00004$ ) и вторжения ( $R_s=0,58$ ;  $p=0,001$ ), соматизация способствует развитию в этом возрасте сверхценного отношения к болезни.

Еще одним объяснением выявленной зависимости уровня ПТС и соматизации может быть наличие у пожилых людей проблем, связанных с идентификацией своих переживаний, с их вербализацией. Подобные трудности способствуют появлению склонности к символизации тревоги путем прямого соотнесения чувств и эмоций с недомоганием. Замещение эмоциональных переживаний соматическими симптомами объясняется снижением с возрастом когнитивного контроля (Мелёхин, Сергиенко, 2017), появлением страха личностной деформации (Мусина-Мазнова, Сорокина, Потапова, 2017), защитой от чувств (например, беспокойства, тревоги и др.), нарушающих привычное психоэмоциональное состояние и требующих для его сохранения дополнительных усилий (Ворошилова, Ефанов, 2009).

Отметим, в том числе, что стрессор – сообщение о наличии опухоли головного мозга, вызывает страх потери личностной идентичности, появления когнитивных дисфункций. Представляется, что и по этой причине люди пожилого возраста, привычно относящие себя к старшему поколению, т.е. к людям, считающими себя мудрыми, ответственными, независимыми, устойчивыми, могут избегать говорить о своих проблемах и переживаниях. Процесс старения и увядания физической активности воспринимается более естественно, поэтому пожилому человеку проще сослаться на физическое недомогание, нежели говорить о собственных чувствах. Такая стратегия, с одной стороны, частично компенсирует потребность в поддержке, но, с другой – усугубляет тяжелое состояние человека, т.к. способствует фиксации на телесных симптомах и игнорированию эмоциональных проблем.

Данные настоящего исследования показывают, что вне зависимости от возраста люди тяжело переживают произошедшее с ними событие, при этом невозможность правильно редуцировать психоэмоциональное напряжение в старшем возрасте ведет к тому, что последствия воздействия стрессора высокой интенсивности соматизируются.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что *вторая гипотеза*, согласно которой психологические последствия влияния стрессора,

связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом, подтверждается частично, и требует дальнейшей проверки (см. 3.2.2.).

Верификация/фальсификация второй гипотезы касается предположения о психологических последствиях (ПТС и психопатологической симптоматики) получения пациентом известия об угрожающем жизни заболевании, а также об их связи с возрастом. Проведенный анализ не показал существенного вклада возраста в уровень ПТС и психопатологической симптоматики. Представляется, что оценка влияния возраста без учета психологических, прежде всего, личностных особенностей субъекта, также, скажем, как исключительно биологизаторская трактовка симптома соматизации, привели бы к упрощенному пониманию проблемы исследования. Именно поэтому целью дальнейшего анализа данных стало изучение *индивидуально-психологических особенностей* участников исследования в зависимости от уровня ПТС и возраста.

С целью проверки *третьей гипотезы* о том, что вне зависимости от возраста такие личностные особенности как депрессивность, неуравновешенность, эмоциональная лабильность наблюдаются при высоком уровне посттравматического стресса, при этом возрастная специфика проявляется в спонтанной и реактивной агрессивности, невротичности у людей более старшего возраста, было проведено сравнение данных четырех обследуемых подгрупп (Рис.3).

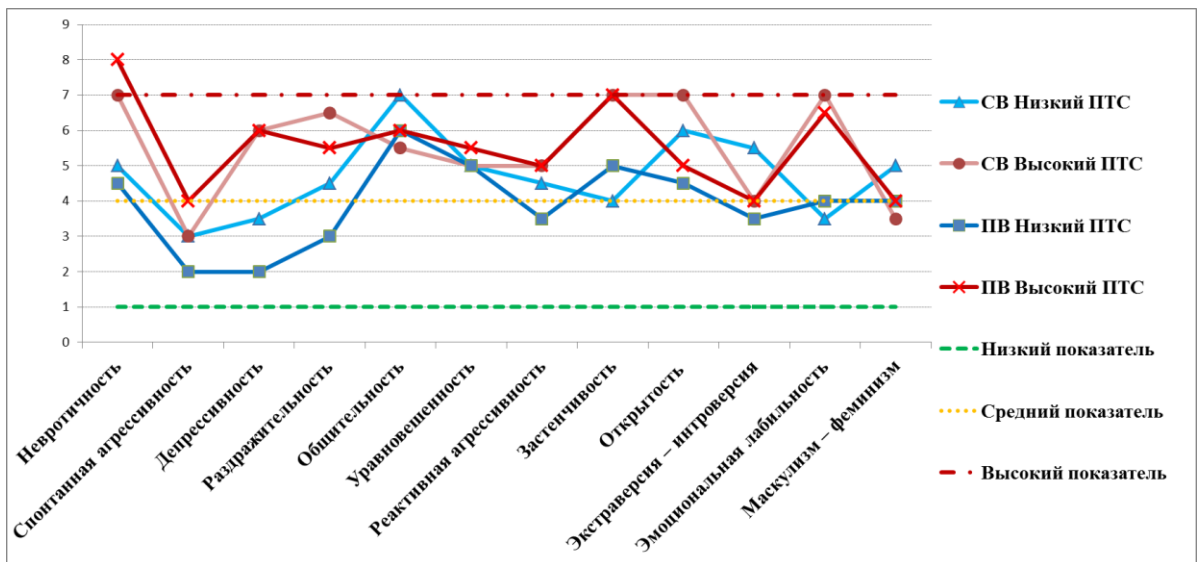


Рис. 3. Выраженность личностных особенностей в исследуемых подгруппах по методике «Фрайбургский личностный опросник, FPI».

Данные, представленные на рисунке, позволяют считать, что личностные особенности в большей степени проявляют свою специфику в зависимости от уровня посттравматического стресса (личностные профили подгрупп с низким и высоким уровнями ПТС в каждом возрасте удалены друг от друга) и в меньшей степени – в зависимости от возраста (личностные профили подгрупп разного возраста с одинаково высоким и низким уровнями ПТС близки по отношению друг к другу).

Несмотря на видимую схожесть личностных особенностей в возрастных группах с разным уровнем ПТС, проведенный статистический анализ данных позволил обнаружить некоторые различия.

При *низком уровне* посттравматического стресса респонденты старшего возраста характеризуют себя как *менее общительных* и более склонных к *интроверсии* в отличие от респондентов среднего возраста (см. Рис. 3 и Табл. 9).

Таблица 9. Анализ различий в выраженности личностных особенностей между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС»

Шкалы методики «FPI»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16)	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Невротичность	247,5	217,5	111,5	1
Спонтанная агрессивность	273	192	87	0,28
Депрессивность	277	188	83	0,22
Раздражительность	285,5	179,5	74,5	0,12
Общительность	294	171	66	<b>0,05</b>
Уравновешенность	269,5	195,5	90,5	0,38
Реактивная агрессивность	281,5	183,5	78,5	0,16
Застенчивость	222	243	86	0,28
Открытость	290	175	70	0,08
Экстраверсия – интроверсия	331,5	133,5	28,5	<b>0,0003</b>
Эмоциональная лабильность	235	230	99	0,59
Маскулизм – феминизм	267	198	93	0,43

В старшем возрасте при *высоком уровне* ПТС существенно возрастают показатели *невротичности* (см. Рис. 3, Табл. 10).

Таблица 10. Анализ различий в выраженности личностных особенностей между подгруппами «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «FPI»	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Невротичность	283	312	73	<b>0,01</b>
Спонтанная агрессивность	364	231	126	0,63
Депрессивность	343	252	133	0,81
Раздражительность	396,5	198,5	93,5	0,1
Общительность	297	298	87	0,06
Уравновешенность	324	271	114	0,36
Реактивная агрессивность	356,5	238,5	133,5	0,83
Застенчивость	369	226	121	0,51
Открытость	404	191	86	0,06
Экстраверсия – интроверсия	356	239	134	0,84
Эмоциональная лабильность	362,5	232,5	127,5	0,67
Маскулизм – феминизм	342,5	252,5	132,5	0,8

Результаты статистического анализа (Табл. 9 и Табл. 10) показывают, что депрессивность и эмоциональная лабильность, как мы и предполагали, не различаются в зависимости от возраста респондента. Различия по этим личностным особенностям подробно рассмотрены в следующем разделе (см.



3.2.2.) в Табл. 15 и Табл. 16. В разделе 3.2.2 рассматриваются психологические последствия переживания болезни в зависимости от уровня ПТС в разных возрастных группах. На данном этапе анализа отметим только то, что в подгруппах с высоким уровнем ПТС вне зависимости от возраста выражены такие личностные черты как раздражительность, депрессивность, эмоциональная лабильность («СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»: депрессивность –  $U=38,5$ ,  $p=0,0001$ ; раздражительность –  $U=94$ ,  $p=0,03$ ; эмоциональная лабильность –  $U=56,5$ ,  $p=0,001$ ; «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»: депрессивность –  $U=27,5$ ,  $p=0,001$ ; раздражительность –  $U=42,5$ ,  $p=0,01$ ; эмоциональная лабильность –  $U=36,5$ ,  $p=0,004$ ).

Возвращаясь к рассмотрению личностных особенностей, обусловленных возрастом, дополним, что проведенный корреляционный анализ показал наличие сопряженности возраста и невротичности ( $R_s=0,2$ ;  $p=0,05$ ). Результат теста Джонкхиера-Терпстра (Observed J-T Statistic=863,5; Mean J-T Statistic=679,5; Std. Deviation of J-T Statistic=79,2; Std. J-T Statistic=2,3; Asymp. Sig. (2-tailed)=0,02) подтверждает, что в ситуации болезни с возрастом наблюдаются более выраженные показатели невротичности при высоком уровне ПТС.

Показатели невротичности, выявленные в группе людей старшего возраста при высоком уровне ПТС свидетельствуют о наличии у данных респондентов признаков хронической усталости, нарушения сна, низкой работоспособности, раздражительности и астении, которые сопровождаются различными вегетативными проявлениями (головокружением, учащением дыхания, мышечными спазмами и др.). Наблюдаются такие симптомы как вспыльчивость, придирчивость, нетерпеливость, эмоциональное напряжение, трудности осуществления эмоционального контроля. Возможны повышенная тревожность и чувствительность, ранимость, отражающиеся на восприятии себя в ситуации болезни и на отношении к окружающим.

Невротичность тесно связана со всеми психопатологическими симптомами: соматизацией ( $R_s=0,83$ ;  $p=1 \cdot 10^{-7}$ ); обсессивностью-компульсивностью ( $R_s=0,66$ ;  $p=0,0001$ ); межличностной сензитивностью ( $R_s=0,7$ ;  $p=2 \cdot 10^{-5}$ ); депрессией

( $R_s=0,79$ ;  $p=5 \cdot 10^{-7}$ ); тревожностью ( $R_s=0,67$ ;  $p=9 \cdot 10^{-5}$ ); враждебностью ( $R_s=0,72$ ;  $p=1 \cdot 10^{-5}$ ); навязчивыми страхами ( $R_s=0,63$ ;  $p=0,0004$ ); паранойальностью ( $R_s=0,53$ ;  $p=0,004$ ); психотизмом ( $R_s=0,6$ ;  $p=0,0008$ ). Связь обнаруживается и с общим показателем посттравматического стресса ( $R_s=0,6$ ;  $p=0,0005$ ), в том числе симптомами вторжения ( $R_s=0,58$ ;  $p=0,001$ ) и физиологической возбудимости ( $R_s=0,7$ ;  $p=4 \cdot 10^{-5}$ ). В связи с этим следует предположить, что в старшем возрасте склонность к невротичности сопутствует развитию психопатологической симптоматики, причем наиболее тесной оказывается сопряженность невротичности и соматизации. Представляется неслучайной и связь невротичности с такими симптомами ПТС как вторжение и физиологическая возбудимость.

Обобщая полученные результаты, отметим, что первая часть *третьей гипотезы* предварительно верифицируется, но требует дальнейшего рассмотрения (см. 3.2.2.) – отмечено, что профиль таких личностных черт как депрессивность и эмоциональная лабильность не зависит от возраста; вторая часть третьей гипотезы о том, что возрастная специфика проявляется в спонтанной и реактивной агрессивности, невротичности у людей более старшего возраста, частично подтверждена и будет рассмотрена в следующем подпараграфе.

Полученные возрастные различия свидетельствуют о наличии у людей старшего возраста рисков развития ПТС и психопатологической симптоматики, которые связаны с личностными особенностями.

Необщительность, замкнутость на себе, наблюдаемые при низком ПТС, часто встречается у пожилых людей, и, как мы думаем, возникают вследствие естественного сужения круга общения, появления чувства одиночества, характерного для данного возраста (Ломакина, Косенко, Шулькин и др., 2020).

При высоком уровне ПТС личностные особенности пожилых людей могут проявляться в виде признаков невротичности, которая свидетельствует о трудностях совладания со стрессом. Показано, что в процессе переработки эмоциональных проблем в качестве причины плохого настроения пожилые люди

привычно указывают на различные физические недуги, например депрессия переживается в форме ипохондрии и др. (Бурчинский, 2019).

Нежелание людей старшего возраста открыто говорить о собственных проблемах, связанных с переживаниями по поводу диагностированной менингиомы, по нашему предположению, сказывается на увеличении интенсивности ПТС; уровень психопатологической симптоматики меняется только по одному показателю – соматизации (в отличие от данных, полученных на выборке больных с РМЖ, где с ростом уровня ПТС в целом меняется профиль психопатологических симптомов). Отсутствие различий по другим симптомам может быть связано с разными причинами. Мы полагаем, что люди пожилого возраста с высоким уровнем ПТС могут искажать информацию о своем психическом состоянии. Подобное искажение происходит вследствие намеренного или ненамеренного смещения внимания с эмоциональных проблем на проблемы, связанные с физическим состоянием человека. Другое объяснение данного результата лежит в области психологии когортных исследований. Респонденты пожилого возраста, принявшие участие в настоящем исследовании, относятся к группе людей, чье становление пришлось на 60-70-е годы XX века. Для людей этой эпохи было важным и значимым сохранение выдержки и стойкости, считалось неуместным говорить о своих переживаниях и чувствах. Больше внимание уделялось разговорам на тему труда, здорового образа жизни.

Некоторые исследователи отмечают, что для людей старшего возраста «важную роль приобретают именно позитивное субъективное отношение к себе и своему здоровью, а также внутренняя готовность продолжать вести активный образ жизни» (Павлова, Сергиенко, 2019, с. 37-38). В связи с этим вполне понятно, что нарастание психологических проблем, выраженное ощущение нездоровья, затрагивают ценностную сферу людей этого возраста. Невозможность правильно переработать эмоциональные переживания приводит к еще более серьезным психологическим проблемам (Halpern, Arnold, 2008).

Подводя итоги анализа особенностей посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, личностных особенностей пациентов с

диагнозом «доброкачественная менингиома» в зависимости от возраста отметим, что при высоком ПТС у людей старшего возраста наблюдаются признаки невротичности, которым сопутствует соматизация, сопряженная с показателем вторжения и физиологической возбудимости. Проведенный анализ не показал существенного вклада возраста в уровень ПТС и психопатологической симптоматики, поэтому при анализе психологических последствий угрожающего жизни заболевания наряду с возрастными особенностями, важно учитывать и уровень посттравматического стресса пациента.

### **3.2.2 Посттравматический стресс и связанная с ним психопатологическая симптоматика, личностные особенности людей с диагнозом менингиома в среднем и старшем возрасте**

В настоящем подпараграфе рассматриваются данные, полученные с помощью методик ШОВТС, SCL-90-R и FPI, проводится внутригрупповое сравнение показателей посттравматического стресса (сопоставляются люди одного возраста, с разным уровнем посттравматического стресса: «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС», а также «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»), психопатологической симптоматики, личностных особенностей. Используются: U критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, дискриминантный анализ, регрессионный анализ на уровне значимости  $p < 0,05$ .

Продолжим проверку *второй гипотезы*, согласно которой психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом.

Рассмотрим особенности симптомов *посттравматического стресса* в анализируемых подгруппах (Табл. 11 и 12).

В Табл. 11 представлены результаты сравнения подгрупп «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС», т.е. данных людей среднего возраста с разным уровнем ПТС.

Таблица 11. Анализ различий в уровне симптомов ПТС в подгруппах: «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»

Субшкалы методики «ШОВТС»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=17)	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	U	p-уров.
Субшкала «вторжение»	191,5	511,5	38,5	<b>0,00006</b>
Субшкала «избегание»	187,5	515,5	34,5	<b>0,00004</b>
Субшкала «физиологическая возбудимость»	165,5	537,5	12,5	<b>0,000002</b>

Проведенное сравнение выраженности симптомов ПТС в зависимости от степени эмоционального переживания воздействия стрессора у людей среднего возраста показало значимые различия по таким шкалам методики ШОВТС как «вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость».

Аналогичный результат был получен и при сравнении симптомов посттравматического стресса в зависимости от уровня эмоционального переживания у людей старшего возраста (Табл. 12).

Таблица 12. Анализ различий в уровне симптомов ПТС в подгруппах: «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Субшкалы методики «ШОВТС»	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Субшкала «вторжение»	115	291	10	<b>0,00006</b>
Субшкала «избегание»	111,5	294,5	6,5	<b>0,00003</b>
Субшкала «физиологическая возбудимость»	115,5	290,5	10,5	<b>0,00005</b>

Согласно полученным данным, люди разного возраста, эмоционально интенсивно переживающие диагностирование доброкачественной менингиомы, испытывают психологический дискомфорт, который сопровождается симптомами вторжения, избегания и физиологической возбудимости.

Специфика этих симптомов определяется особенностями психотравмирующей ситуации и стрессором. Ситуация болезни, вызванная

развитием опухолевого образования (менингиомы), сопровождается тяжелыми соматическими симптомами, требует комплексного лечения и длительной реабилитации; она характеризуется пролонгированностью, неопределенностью, недостаточной контролируемостью, ограничивает деятельность человека, влияет на его будущее. Сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» вызывает нетипичные для других стрессоров эмоциональные реакции – страх появления когнитивных дисфункций и страх нарушения идентичности, а также тревогу по поводу не критичности при оценке собственного психического состояния, самостигматизацию и страх стигматизации. Характер угрозы является неизбежным, неотделимым от человека, внезапным.

Пациент, эмоционально сильно переживающий диагностирование доброкачественной менингиомы, склонен к вытеснению тяжелых воспоминаний о болезни, избеганию ситуаций, которые прямо или косвенно связаны с заболеванием, или напоминают о нем, может стремиться к социальной изоляции (*избегание*). Наряду с этим наблюдаются тревожащие ассоциации, например, между признаками физического недомогания и угрозой рецидива заболевания; автоматические мысли или сновидения содержательно отражают переживание психотравмирующего опыта болезни (*вторжение*). Невозможность совладания с собственными эмоциями проявляется раздражительностью, гневливостью, беспокойством, гипербдительностью или настороженностью по отношению к разным аспектам лечения (*физиологическая возбудимость*).

В других исследованиях, посвященных изучению психологических последствий угрожающего жизни заболевания, также отмечается, что в ситуации тяжелой болезни наличие симптомов ПТС, а нередко и ПТСР влияет на психоэмоциональное состояние пациента и препятствует реабилитации. А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Е.Б. Мизинова с соавторами обсуждают эту проблему в связи с выделением мишеней точечной психокоррекции. Ими было показано, что «фиксация на болезненном состоянии, уход в болезнь и сверхсосредоточенность на проявлениях недуга», а также «необоснованные отказы от оперативного вмешательства ... нежелание больных действовать

в отсутствие надежных гарантий успеха, стремление к комфорту и мнимой безопасности в ущерб собственному здоровью... тенденция избегания ошибок» являются факторами, нарушающими процесс качественной реабилитации пациента (Васильева, Караваева, Мизинова и др., 2020, с. 411).

Представляется, что данные тенденции во многом обусловлены наличием симптомов психотравматизации и, как демонстрирует анализ, специфичны для людей с угрожающими жизни заболеваниями, т.е. сопряжены с темой болезни. При этом опасность состоит в том, что посттравматический стресс влияет не только на психоэмоциональное состояние пациента, но и на течение его болезни.

Согласно данным зарубежных исследований, при высоком уровне посттравматического стресса тяжелые психические последствия возникают и в отсроченной перспективе, поэтому поддержка таких пациентов актуальна и важна на всем пути реабилитации человека (Kangas, Williams, Smee, 2012).

Важно подчеркнуть, что интенсивность посттравматического стресса может быть в значительной степени усилена проявлением сопутствующих **психопатологических симптомов**.

Рассмотрим особенности психопатологической симптоматики в анализируемых подгруппах людей среднего и старшего возраста (Табл. 13 и 14), продолжая проверку *второй гипотезы* о том, что психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом.

Сравним данные подгрупп «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС» (Табл. 13).

Таблица 13. Анализ различий в психопатологической симптоматике между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»

Шкалы методики «SCL-90-R»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16)	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	U	p-уров.
GSI	197	469	61	<b>0,002</b>
PST	178,5	487,5	42,5	<b>0,0002</b>
PSDI	276,5	389,5	140,5	0,5
Соматизация	262,5	403,5	126,5	0,3
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	213,5	452,5	77,5	<b>0,009</b>
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	198,5	467,5	62,5	<b>0,002</b>
Депрессия	193	473	57	<b>0,001</b>
Тревожность	203	463	67	<b>0,003</b>
Враждебность	221,5	444,5	85,5	<b>0,016</b>
Навязчивые страхи (фобии)	205,5	460,5	69,5	<b>0,003</b>
Параноидность (паранойальность)	215,5	450,5	79,5	<b>0,009</b>
Психотизм	231,5	434,5	95,5	<b>0,04</b>

Проведенное сравнение психопатологических симптомов у людей среднего возраста в зависимости от степени эмоционального переживания показало наличие значимых различий практически по всем шкалам методики SCL-90-R, за исключением соматизации (Табл. 13), которая вне зависимости от ПТС не выражена у людей среднего возраста (см. Рис. 2 в разделе 3.2.1).

Схожий результат был получен при сравнении психопатологических симптомов в зависимости от уровня эмоционального переживания у людей старшего возраста (Табл. 14).



Таблица 14. Анализ различий в психопатологической симптоматике между подгруппами «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «SCL-90-R»	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
GSI	137	269	32	<b>0,003</b>
PST	137,5	268,5	32,5	<b>0,003</b>
PSDI	150,5	255,5	45,5	<b>0,02</b>
Соматизация	136	270	31	<b>0,002</b>
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	147	259	42	<b>0,01</b>
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	137	269	32	<b>0,002</b>
Депрессия	135	271	30	<b>0,002</b>
Тревожность	137	269	32	<b>0,002</b>
Враждебность	152	254	47	<b>0,02</b>
Навязчивые страхи (фобии)	156	250	51	<b>0,03</b>
Параноидность (паранойальность)	146	260	41	<b>0,01</b>
Психотизм	158,5	247,5	53,5	<b>0,04</b>

Полученные данные, приведенные в Табл. 13 и 14, свидетельствуют о том, что уровень психопатологической симптоматики в большей мере определяется степенью выраженности посттравматического стресса и в меньшей – возрастом респондента. Выявленная особенность наблюдается и при межгрупповом сравнении, проведенном ранее, согласно которому возрастная специфика при переживании тяжелой болезни проявляется в случае наличия сопутствующего симптоматике высокого уровня ПТС, т.е. не может быть рассмотрена без учета уровня психотравматизации пациента.

Результаты настоящего исследования показывают, что в каждом возрасте высокий уровень ПТС у людей с диагнозом менингиома, сопровождается более выраженными показателями *депрессии, тревожности, фобической тревожности, межличностной сензитивности, паранойальности, психотизма, враждебности, обсессивности-компульсивности*. В качестве дополнительного комментария отметим, что показатели по шкале «Враждебность» при сравнении пациентов с менингиомой задней правой локализации и менингиомой задней

левой локализации могут различаться. Более выраженные значения характерны для людей с менингиомой задней правой локализации ( $U=67,5$ ;  $p=0,008$ ).

Представляется, что из рассматриваемых нами психопатологических симптомов именно межличностная сензитивность, депрессия, тревожность и паранойяльность могут вносить существенный вклад в развитие ПТС высокого уровня у пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома». Внимание к данной группе симптомов оправдано спецификой изучаемого нами стрессора (сообщения о наличии опухоли головного мозга), который вызывает страх стигматизации, способствует самостигматизации как реакции на переживание по поводу сохранности собственной идентичности и интеллектуальных функций.

При межличностном общении пациент с диагнозом «доброкачественная менингиома» проявляет беспокойство (*тревожность*). Данное состояние возникает, с одной стороны, в связи с повышенной чувствительностью к мнению или оценкам других людей (тревожность и межличностная сензитивность ( $R_s=0,75$ ,  $p=1 \cdot 10^{-12}$ )). С другой стороны, высокий уровень нервозности, внутреннее напряжение, ощущение надвигающейся угрозы опосредуются тем, что ситуацию заболевания невозможно контролировать полностью и самостоятельно (Солопова, Идрисова, Макацария и др., 2017). Вследствие этого пациент проявляет повышенную настороженность к предлагаемой ему помощи.

Сопутствующее высокому уровню ПТС ощущение снижения психоэмоционального тонуса и физической силы, апатия, плаксивость (*депрессия*) закономерным образом сказываются на отношении к себе в ситуации болезни и на качестве межличностных отношений. Пациент остро ощущает собственную неполноценность, может воспринимать ситуацию болезни фатально, например, как безвыходную, при этом демонстрирует негативный, скептический настрой по отношению к социальной поддержке (межличностная сензитивность – депрессия  $R_s=0,79$ ,  $p=1 \cdot 10^{-14}$ ).

Депрессивно-тревожное состояние пациента при выраженной межличностной сензитивности сопровождается ощущением угрозы тотальной зависимости от других людей и одновременно недоверием к ним

(*паранойяльность*). Появляются проективные мысли, которые характеризуются подозрительностью, страхом потери личностной независимости, автономии. Пациент может считать, что действия других людей несут вред его здоровью, а оказываемая помощь деформирует его личностные границы (*паранойяльность* и межличностная сензитивность –  $R_s=0,6$ ,  $p=1 \cdot 10^{-7}$ ; *паранойяльность* и депрессия –  $R_s=0,6$ ,  $p=4 \cdot 10^{-7}$ ; *паранойяльность* и тревожность –  $R_s=0,5$ ,  $p=2 \cdot 10^{-5}$ ).

Обнаруженные симптомы фобической тревожности, психотизма, враждебности и обсессивности-компульсивности свидетельствуют о том, что в исследуемой группе респондентов присутствует риск развития психических нарушений, при которых психотерапевтическая реабилитация пациента существенно затрудняется. При наличии данных симптомов человек стремится избегать общения с другими людьми, он в меньшей степени оказывается готовым к принятию социальной поддержки. Попытки регулировать психоэмоциональное напряжение самостоятельно носят деструктивный характер.

Результаты дискриминантного анализа (Приложение 3, Табл. 3 и 4) подтверждают, что высокому уровню ПТС пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома» *вне зависимости от их возраста* сопутствуют выделенные нами ранее психопатологические симптомы – *паранойяльность*, тревожность, депрессия и межличностная сензитивность. По всей видимости, склонность к подозрительности при сверхчувствительности к мнению Другого, выраженный страх потери собственной автономии, негативный и иррациональный взгляд на себя и окружающий мир препятствуют эффективной саморегуляции в условиях воздействия исследуемого стрессора.

Представляется, что подобная конфигурация психопатологических симптомов создает наиболее весомые риски развития ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома», а при увеличении *паранойяльности* – риски развития ПТСР. Вывод о возможном развитии ПТСР при высоком уровне *паранойяльности* основан на результатах регрессионного анализа (см. Приложение 4. Таб. 3).

Современные исследования, посвященные изучению больных с диагнозом менингиома, показывают, что, несмотря на последние достижения в области нейрохирургии, данные психологических исследований учитываются недостаточно (Kangas, Williams, Smee, 2012). Важно понимать, что у части пациентов с подобным диагнозом наличие психопатологической симптоматики, может сохраняться и после оперативного вмешательства, а также последующего лечения.

При диагностировании «доброкачественной менингиомы» стрессу высокого уровня интенсивности сопутствуют депрессивно-тревожное состояние, межличностная сензитивность. Ощущение собственной уязвимости возникает на фоне повышенной чувствительности к мнению и оценкам Другого (Grassi, Murri, Riba et al., 2020; Дейнека, 2020), при этом паранойяльность может способствовать развитию более серьезных психических проблем. При деформации отношений человека к себе и миру высокий уровень тревожности проявляется фобиями; пациент все больше закрывается, отстраняется от социальной поддержки, воспринимая ее враждебно, тотально избегает социального взаимодействия; психоэмоциональное напряжение редуцируется посредством компульсивных действий, которыми замещается обращение за помощью (Мирзоян, 2020). Опасность развития такой картины последствий заключается в том, что пациент начинает воспринимать мир в качестве источника его эмоционального дискомфорта. В таком случае работа над собой и своими психологическими проблемами нередко игнорируется.

Таким образом, *вторая гипотеза* о том, что психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, проявляются в признаках посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, уровень которых обусловлен возрастом – подтверждена частично.

В разделе 3.2.1 *личностные особенности* рассматривались в качестве переменных, которые в большей степени, чем возраст связаны с уровнем ПТС. В данном разделе обсудим эту проблему более подробно. Анализируются результаты, полученные с помощью методики «FPI».

Продолжим проверку *третьей гипотезы* о том, что вне зависимости от возраста такие личностные особенности как депрессивность, неуравновешенность, эмоциональная лабильность наблюдаются при высоком уровне посттравматического стресса, при этом возрастная специфика проявляется в спонтанной и реактивной агрессивности, невротичности у людей более старшего возраста.

Ниже представлены результаты сравнения четырех исследуемых подгрупп: «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС», «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС» (Табл. 15 и 16).

Приведем результаты сравнения личностных особенностей в среднем возрасте в зависимости от уровня посттравматического стресса (подгруппы «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС») (Табл. 15).

Таблица 15. Анализ различий в выраженности личностных особенностей между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»

Шкалы методики «FPI»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16)	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20)	U	p-уров.
Невротичность	248	418	112	0,12
Спонтанная агрессивность	270,5	395,5	134,5	0,41
Депрессивность	174,5	491,5	38,5	<b>0,0001</b>
Раздражительность	230	436	94	<b>0,03</b>
Общительность	396	270	60	<b>0,001</b>
Уравновешенность	333,5	332,5	122,5	0,23
Реактивная агрессивность	294	372	158	0,96
Застенчивость	195,5	470,5	59,5	<b>0,001</b>
Открытость	273	393	137	0,46
Экстраверсия – интроверсия	371	295	85	<b>0,01</b>
Эмоциональная лабильность	192,5	473,5	56,5	<b>0,001</b>
Маскулизм – феминизм	342	324	114	0,14

Анализ данных (Табл. 15) показывает, что в среднем возрасте в зависимости от уровня ПТС наблюдаются более выраженные показатели *депрессивности, раздражительности, застенчивости, эмоциональной лабильности, интроверсии* и более низкие показатели *общительности*.

Перейдем к анализу данных подгрупп старшего возраста с разным уровнем ПТС – «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС» (Табл. 16).

Таблица 16. Анализ различий в выраженности личностных особенностей между подгруппами «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «FPI»	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14)	U	p-уров.
Невротичность	137,5	268,5	32,5	<b>0,002</b>
Спонтанная агрессивность	178	228	73	0,24
Депрессивность	132,5	273,5	27,5	<b>0,001</b>
Раздражительность	147,5	258,5	42,5	<b>0,01</b>
Общительность	195	211	90	0,72
Уравновешенность	194	212	89	0,69
Реактивная агрессивность	174	232	69	0,18
Застенчивость	166	240	61	0,09
Открытость	186	220	81	0,44
Экстраверсия – интроверсия	184	222	79	0,38
Эмоциональная лабильность	141,5	264,5	36,5	<b>0,004</b>
Маскулизм – феминизм	212	194	89	0,69

Данные таблицы 16 показывают, что в старшем возрасте в зависимости от уровня ПТС также наблюдаются более выраженные показатели *депрессивности*, *раздражительности* и *эмоциональной лабильности*, и дополнительно – высокие показатели *невротичности*.

Более подробно остановимся на анализе личностных особенностей – депрессивности, раздражительности, эмоциональной лабильности, которые и в среднем и в старшем возрасте типично проявляются при высоком уровне ПТС.

Полученные результаты показывают, что склонность к пессимизму, переживанию негативных эмоций, которые выражаются в поведении, отношении к себе и к социальной среде (*депрессивность*), сопутствует нарастанию симптомов ПТС. Предрасположенность к негативному настроению усиливает переживания, вызванные стигматизацией и самостигматизацией, страхом появления когнитивных дисфункций. Сниженное настроение связывается с появлением негативных эмоций как эмоциональной реакции на утрату надежды, потерю веры в себя и в благоприятный исход тяжелого жизненного события. Человек начинает стремиться к социальной изоляции, воспринимая свое состояние как безнадежное; появляются пессимистические мысли и апатия (Williamson, Ostroff, Haque et al., 2020).

Предрасположенность к частым сменам настроения (*эмоциональная лабильность*) не позволяет пациенту сосредоточиться на совладании с беспокойством. Наличие такой личностной черты затрудняет оценку собственных ресурсов и вариантов предлагаемой помощи. По всей видимости, с этим связано предпочтение компульсивного поведения обращению к социальной поддержке в исследуемой выборке респондентов (Sauer-Zavala, Wilne, Barlow, 2017; Benjamin, Bossarte, Guha et al., 2021). Повышенная возбудимость способствует тому, что человек становится более чувствительным и уязвимым к различным факторам ситуации болезни, испытывает тревогу при взаимодействии с другими людьми (Grassi, Murri, Riba et al., 2020).

Присутствие в профиле пациента *раздражительности* свидетельствует о склонности к эмоциональной неустойчивости. Данная личностная особенность может препятствовать стойкости в достижении пациентом поставленной цели. Состояние нетерпимости на фоне апатии способствует тому, что человек полностью теряет веру в собственное выздоровление, склонен к иррациональному мышлению, ощущает, что весь мир настроен против него (Grassi, Murri, Riba et al., 2020). В этом случае принятие ситуации болезни, смирение, которое способствовало бы более рациональному взгляду на происходящее событие, оказывается труднодостижимым.

Результаты дискриминантного анализа показывают, что личностные особенности, обнаруженные нами при высоком уровне ПТС у респондентов обеих возрастных групп – депрессивность, эмоциональная лабильность, раздражительность связаны с уровнем ПТС (Приложение 3, Табл. 3 и 4).

Согласно регрессионному анализу высокому уровню ПТС в наибольшей степени сопутствует депрессивность (Приложение 4, Табл.3).

Кроме общих для обоих возрастов особенностей, указывающих на риск развития ПТС, были выявлены возрастные различия. У людей среднего возраста в зависимости от уровня ПТС варьировались *общительность, застенчивость, экстраверсии-интроверсия* (см. Табл. 15); у людей старшего возраста – *невротичность* (см. Табл. 16). Разница в показателях последней была

обнаружена, в том числе и при межгрупповом сравнении (см. раздел 3.2.1, Табл. 10), что еще раз свидетельствует о том, что возрастные различия важно анализировать только при учете уровня посттравматического стресса.

Результаты дискриминантного анализа (Приложение 3, Табл. 3 и 4) показывают, что невротичность, склонность к застенчивому поведению и сниженная общительность сопутствуют развитию ПТС. Менее выраженные показатели данных личностных черт по сравнению с депрессивностью, эмоциональной лабильностью, раздражительностью (дискриминантный анализ) указывают на то, что при их рассмотрении важна оценка, как фактора возраста, так и уровня ПТС.

Остановимся на полученных данных подробнее.

В *среднем* возрасте развитию тяжелых психологических последствий, наряду с депрессивностью, эмоциональной лабильностью и раздражительностью, сопутствует склонность к застенчивому поведению. *Застенчивость* проявляет себя переживанием неуверенности в себе, ощущением собственной неполноценности, что, нередко, сопряжено с развитием чувства вины. Человек может оценивать себя как недостаточно трудоспособного, активного, умного, при этом винить себя в беспомощности. В свою очередь сама ситуация болезни способствует усилению ощущения несоответствия личности нормам, предъявляемым социумом. Дополнительными стигматизирующими факторами выступают физические дефекты, например, парезы, асимметрия лица, некоторые последствия хирургического вмешательства (шрамы, отеки и др.), сохраняющиеся продолжительное время.

*Необщительность*, замкнутость, отстраненность в среднем возрасте тесно связана с качеством межличностных отношений. Склонность к изоляции от социума, страх непринятия референтной группой, нежелание разделить собственные переживания с другими, страх остаться непонятым, лишают человека возможности критически отнестись к иррациональным убеждениям в собственной неполноценности (Canzona, Ledford, Fisher et al., 2018).



В *старшем* возрасте высокому уровню ПТС сопутствует *невротичность*, которая была подробно рассмотрена в разделе 3.2.1.

Таким образом, *третья гипотеза* о том, что вне зависимости от возраста такие личностные особенности как депрессивность, неуравновешенность, эмоциональная лабильность наблюдаются при высоком уровне посттравматического стресса, при этом возрастная специфика проявляется в спонтанной и реактивной агрессивности, невротичности у людей более старшего возраста, верифицирована частично. Результаты анализа показали, что депрессивность и эмоциональная лабильность действительно сопутствуют высокому уровню ПТС вне зависимости от возраста, при этом различий по неуравновешенности не наблюдается; дополнительно выявлена связь уровня ПТС и раздражительности. Возрастная специфика обнаружена при сравнении людей разного возраста с высоким уровнем ПТС: уровень невротичности выше у людей старшего возраста. Различий по показателям спонтанной и реактивной агрессивности у людей разных возрастов не выявлено. Дополнительно установлено, что в среднем возрасте при высоком ПТС наблюдается склонность к застенчивости, необщительности.

В заключение параграфа представим обобщающую схему полученных результатов (Рис. 4).



Рис. 4. Психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, с учетом особенностей, обусловленных возрастом.

Тяжелые психические последствия диагностирования доброкачественной менингиомы у людей среднего и старшего возраста сопровождаются повышением всех психопатологических симптомов, но наиболее существенный вклад в развитие ПТС делает паранойяльность, депрессивно-тревожное состояние и межличностная сензитивность, при этом предпосылками развития ПТС и сопутствующей психопатологической симптоматики является депрессивность, эмоциональная лабильность, раздражительность. В среднем возрасте высокий уровень ПТС сопровождается, в том числе склонностью избегания межличностного взаимодействия. В старшем возрасте высокому уровню ПТС сопутствует склонность к низкому самоуважению и соматизации тревоги.

### 3.3. Ресурсы совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания

В данном параграфе анализируются ресурсы совладания с психологическими последствиями воздействия стрессора высокой интенсивности – постановки диагноза «доброкачественная менингиома» в разных возрастных группах пациентов. Рассматриваются данные, полученные с помощью методик EPPS, WAS, FPI. Используется U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, дискриминантный анализ, регрессионный анализ на уровне значимости  $p < 0,05$ .

Проверяется *четвертая гипотеза* о том, что совладанию с ситуацией болезни способствуют убеждения личности в ценности Я и в возможности контроля происходящих событий, стойкость в достижении цели, стремление к автономии, которые, как показатели преодоления психологических последствий влияния стрессора, не зависят от возраста; и *пятая гипотеза* о том, что базисные убеждения о справедливости мира и удаче, мотивация доминирования в ситуации совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевании в разной степени ресурсны для людей среднего и старшего возраста.

По сравнению с данными, проанализированными в параграфе 3.2, особое внимание будет уделено респондентам с *низким уровнем* посттравматического стресса. Это решение обусловлено, с нашей точки зрения тем, что низкий уровень посттравматического стресса и психопатологической симптоматики часто указывает на способность человека, пережившего стрессовое событие, обращаться к ресурсам совладания с тревогой.

Представим результаты анализа данных, полученных с помощью методики «WAS». В настоящей работе *базисные убеждения* рассматриваются в контексте обсуждаемой нами темы ресурсов человека, переживающего тяжелое жизненное событие.

Приведены результаты сравнения показателей базисных убеждений респондентов разного возраста с одинаковым по уровню ПТС (см. Табл. 17 и 18).

Таблица 17. Различия в показателях базисных убеждений между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС»

Шкалы методики «Базисные убеждения»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16 и 17)	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14 и 14)	U	р-уров.
Актуальная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	236	229	100	0,63
Справедливость	232,5	232,5	96,5	0,53
Образ Я	263	202	97	0,54
Удача	253,5	211,5	106,5	0,83
Убеждение о контроле	272,5	192,5	87,5	0,31
Ретроспективная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	245	251	92	0,29
Справедливость	223	273	70	0,053
Образ Я	282,5	213,5	108,5	0,69
Удача	274	222	117	0,95
Убеждение о контроле	304	192	87	0,21

Согласно полученным данным, различий в базисных убеждениях людей среднего и старшего возраста с *низким* уровнем ПТС не обнаружено (Табл. 17). Аналогичные результаты представлены в следующей таблице (Табл. 18). При *высоком* уровне ПТС показатели базисных убеждений людей среднего и старшего возраста также не различаются.

Таблица 18. Различия в показателях базисных убеждений между подгруппами «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «Базисные убеждения»	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20 и 19)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14 и 13)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	327,5	267,5	117,5	0,44
Справедливость	387	208	103	0,2
Образ Я	361,5	233,5	128,5	0,7
Удача	344	251	134	0,85
Убеждение о контроле	361,5	233,5	128,5	0,7
Ретроспективная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	296	232	106	0,5
Справедливость	330	198	107	0,54
Образ Я	295	233	105	0,49
Удача	287	241	97	0,32
Убеждение о контроле	290,5	237,5	100,5	0,38

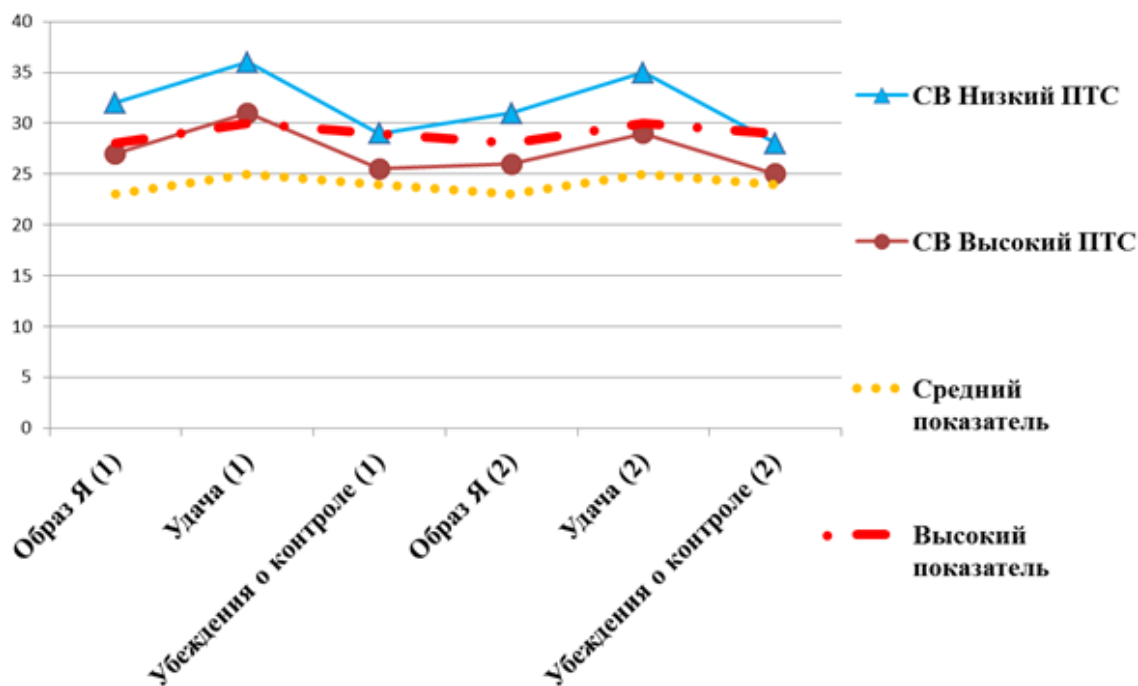
Анализ данных Табл. 17 и Табл. 18 свидетельствуют о том, что возрастная специфика базисных убеждений не проявляет себя явно. Этот результат можно объяснить тем, что при учете контекста стрессового события, ресурсность базисных убеждений является схожей, возраст не оказывает существенного влияния. Другим возможным объяснением выступает отсутствие явных когортных различий в базисных убеждениях при их анализе у людей, имеющих угрожающее жизни заболевание. По нашему предположению основным доводом в пользу объяснения полученного результата является тот факт, что в проявление базисных убеждений респондентов среднего и старшего возраста основную специфику вносят показатели посттравматического стресса.

Данное предположение подкрепляется статистическим анализом показателей базисных убеждений отдельно у респондентов среднего и старшего возраста с разным уровнем ПТС (Табл. 19 и 20).

Таблица 19. Анализ различий в показателях базисных убеждений в среднем возрасте – между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»

Шкалы методики «Базисные убеждения»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=16 и 17)	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20 и 19)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	338,5	327,5	117,5	0,18
Справедливость	307,5	358,5	148,5	0,72
Образ Я	392,5	273,5	63,5	<b>0,002</b>
Удача	364,5	301,5	91,5	<b>0,03</b>
Убеждение о контроле	368,5	297,5	87,5	<b>0,02</b>
Ретроспективная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	322	344	154	0,82
Справедливость	279	387	126	0,26
Образ Я	390,5	275,5	85,5	<b>0,02</b>
Удача	402	264	74	<b>0,006</b>
Убеждение о контроле	385	281	91	<b>0,03</b>

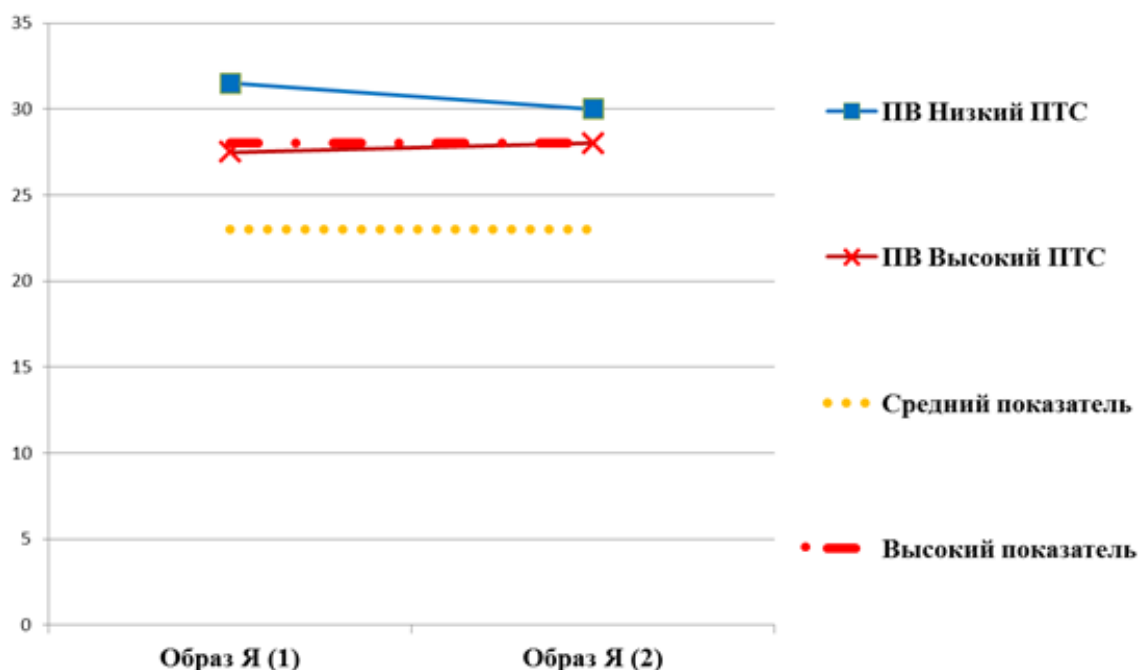
В среднем возрасте в зависимости от уровня посттравматического стресса выявлены различия в таких показателях методики WAS как «Образ Я», «Удача», «Убеждение о контроле». Отметим, что различия между показателями получены как при актуальной оценке базисных убеждений (респондент отвечает, ссылаясь на свое текущее состояние), так и при ретроспективной оценке базисных убеждений (респондент отвечает так, как бы он ответил на вопросы методики до постановки диагноза). При этом у респондентов среднего возраста с низким уровнем ПТС обнаружены более высокие показатели базисных убеждений по сравнению с респондентами того же возраста с высоким уровнем ПТС, о чем свидетельствуют данные, представленные на Рис. 5.



Примечание: (1) – актуальная оценка; (2) – ретроспективная оценка. Результаты настоящего исследования были сопоставлены с нормативными данными (Падун, Котельникова, 2008).

Рис. 5. Показатели базисных убеждений у людей среднего возраста по методике «Шкала базисных убеждений, WAS».

Анализ специфики базисных убеждений в зависимости от уровня посттравматического стресса у респондентов старшего возраста демонстрирует, что в данной возрастной группе при низком уровне ПТС наблюдаются высокие показатели по шкале «Образ Я» (Рис. 6).



Примечание: (1) – актуальная оценка; (2) – ретроспективная оценка. Результаты настоящего исследования были сопоставлены с нормативными данными (Падун, Котельникова, 2008).

Рис. 6. Показатели базисных убеждений у людей старшего возраста по методике «Шкала базисных убеждений, WAS».

Статистически значимые различия были получены по актуальной оценке (Табл. 20).

Таблица 20. Анализ различий в показателях базисных убеждений в старшем возрасте – «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики «Базисные убеждения»	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14 и 14)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=14 и 13)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	218	188	83	0,5
Справедливость	238,5	167,5	62,5	0,11
Образ Я	248	158	53	<b>0,04</b>
Удача	235,5	170,5	65,5	0,14
Убеждение о контроле	225	181	76	0,32
Ретроспективная оценка				
Доброжелательность окружающего мира	208	170	79	0,57
Справедливость	220	158	67	0,25
Образ Я	217,5	160,5	69,5	0,31
Удача	226	152	61	0,15
Убеждение о контроле	205,5	172,5	81,5	0,66



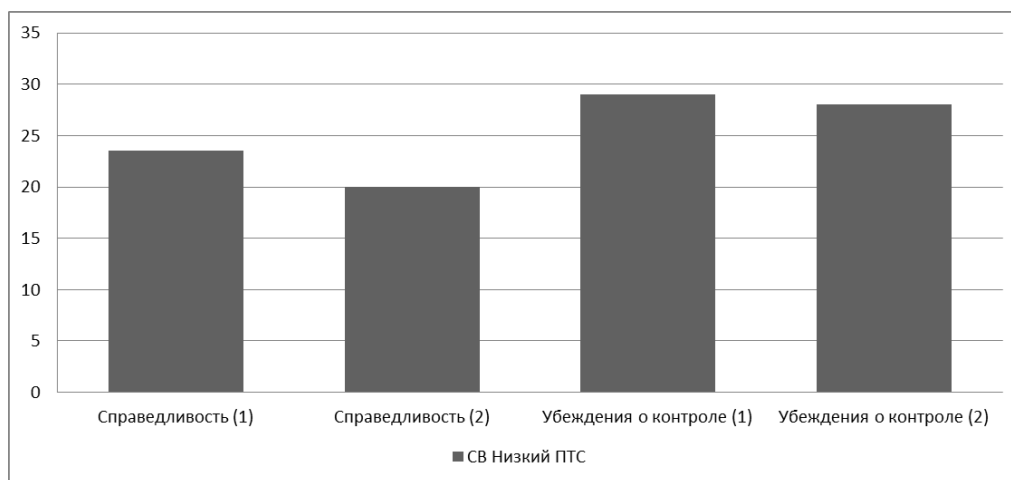
В качестве дополнения к данным, представленным в Табл. 19 и 20, отметим, что показатели по шкале «Образ Я» (ретроспективная оценка) у респондентов с менингиомой задней правой и передней правой локализации могут быть выше по сравнению с респондентами, у которых менингиома локализована в задней левой области ( $U=66$ ;  $p=0,01$  и  $U=14,5$ ;  $p=0,05$  – соответственно). В свою очередь у респондентов с менингиомой в задней левой области также могут быть обнаружены более низкие показатели по шкале «Удача» (актуальная оценка) по сравнению с респондентами с менингиомой в передних левых отделах ( $U=42,5$ ;  $p=0,04$ ).

Результаты исследования показывают, что вне зависимости от возраста пациенты с низким уровнем посттравматического стресса характеризуются убеждением в ценности и значимости собственного Я (шкала «Образ Я») по сравнению с респондентами старшего и среднего возраста с высоким уровнем ПТС.

Респонденты *среднего возраста* с низким уровнем ПТС, имея позитивное убеждение о ценности и значимости своего Я, убеждены, в том числе в возможности контроля ситуации и собственной удаче. Представление о себе людей этого возраста включает убеждения в доступности для них возможностей вариативного контроля событий («Убеждение о контроле»), а также уверенность в достижении результата («Удача»). Данные наблюдения показывают, что даже в такой тяжелой жизненной ситуации люди среднего возраста с низким уровнем ПТС сохраняют веру в себя, собственные силы, а также веру в эффективность и своевременность внешней поддержки, в благоприятный исход события. Можно предположить, что убеждения в удаче и контроле позволяют человеку быть избирательно открытым к социальной поддержке и информации, оценкам, которые, в том числе способствуют лучшему самопониманию (Знаков, 2002). Люди среднего возраста продолжают активно конструировать свой жизненный путь и консолидировать прошлый опыт; данный процесс остается достаточно подвижным и свидетельствует о наличии у человека возможностей изменить свой

взгляд на тяжелую жизненную ситуацию, увидеть в ней не только негативные аспекты (Богданова, 2019).

У респондентов среднего возраста наблюдаются различия в базисных убеждениях при их сравнении до и после болезни (ретроспективная и актуальная оценки). В настоящем они более убеждены в собственной удаче и справедливости происходящих с ними событий (шкала «Справедливость» актуальная / ретроспективная оценка –  $T=12$ ,  $p=0,03$ ; шкала «Удача» актуальная / ретроспективная оценка –  $T=14$ ,  $p=0,05$ ) (Рис. 7).



Примечание: (1) – актуальная оценка; (2) – ретроспективная оценка.

Рис. 7. Сопоставление ретроспективной и актуальной оценок базисных убеждений в подгруппе «СВ низкий ПТС» по методике «Шкала базисных убеждений, WAS».

Данный результат, с одной стороны, может быть объяснен тем, что пациенты среднего возраста с низким уровнем ПТС уверены в собственных силах, они видят множество возможностей для преодоления трудной жизненной ситуации, поэтому болезнь не оценивается ими как фатальное событие; ситуация заболевания воспринимается как вызов, временное испытание. С другой стороны, ситуация болезни может рассматриваться ими как искупление своих проступков в прошлом. В этом случае, анализируя свою жизнь, прорабатывая внутренние конфликты, человек становится более зрелым и целостным как личность.

В качестве дополнения отметим, что респонденты с менингиомой передней левой локализации имеют более выраженные показатели по шкале

«Справедливость» (актуальная оценка) по сравнению с респондентами, у которых менингиома локализована в передних правых отделах ( $U=6,5$ ;  $p=0,05$ ).

Респонденты *старшего возраста* с низким ПТС, как и респонденты среднего возраста убеждены в ценности и значимости своей личности (*Образ Я*). Показатели убеждения в удаче и контроле не различаются. Отсутствие различий в показателях убеждения в удаче может быть связано с тем, что, люди этого возраста в большей степени ориентируются на свой опыт, мудрость. Они больше доверяют себе, менее зависимы от внешних оценок (Знаков, 2002). Для них важен сам процесс, направленный на познание себя (самопонимание) в ситуации болезни, а не оценочный показатель степени их эффективности при совладании с трудной жизненной ситуацией (например, удача). Отсутствие различий в показателях убеждения в контроле соотносится с тем, что люди старшего возраста, основываясь на своем жизненном опыте, воспринимают тяжелое заболевание со смирением и не рассматривают его как вызов судьбы.

Различия в базисных убеждениях при сравнении до и после болезни (ретроспективная и актуальная оценки) у респондентов старшего возраста не выявлены (Т-критерий Вилкоксона  $p>0,05$ ). Полученный результат свидетельствует о том, что в данной группе респондентов представления о себе и мире является сформированными.

Рассмотрим, какие из анализируемых показателей базисных убеждений сопутствуют развитию низкого уровня ПТС у пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома». Для этой цели обратимся к результатам дискриминантного (Приложение 3, Табл. 3 и 4) и регрессионного анализа (Приложение 5, Табл.3). Проведенный дискриминантный анализ показывает, что низкому уровню ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» сопутствует положительное представление о ценности и значимости своего Я, уверенность в контроле и удаче. Регрессионный анализ показывает, что низкий уровень ПТС сопряжен с убеждением в контроле и удаче.

Результаты анализа базисных убеждений у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» позволили показать, что для совладания с

психологическими последствиями влияния стрессора ресурсным является ощущение ценности и значимости Я. Важность актуализации представленного ресурса объясняется спецификой болезни. Пациенты испытывают сильный страх перед появлением когнитивных дисфункций, личностной деформацией вследствие нарушений работы мозга. Наличие позитивных представлений о своей идентичности позволяет справиться с иррациональным страхом, вызванным подобными нарушениями. Ситуация болезни вызывает и другие переживания, например, связанные со стигматизацией. Уверенность в себе, ценность и значимость собственного Я помогают снизить уровень чувствительности к оценочным суждениям со стороны общества; человек начинает ощущать себя более свободным. Убеждения в контроле и удаче, которые также сопряжены с низким уровнем ПТС, позволяют справиться с тревогой вызванной неопределенностью ситуации, причем уверенность в контроле и удаче становятся ресурсом преимущественно для людей среднего возраста. Полагаем, что в среднем возрасте для эффективного преодоления последствий воздействия исследуемого стрессора важно не только ощущение силы Эго, но и опора на внешние индикаторы результативности совладания.

Представляется, что реабилитация пациентов с данным диагнозом должна, в первую очередь, быть направлена на восстановление представлений о ценности и значимости Я пациента, и исключать ситуации оказания сугубо пассивной помощи человеку, которая не компенсирует основной источник проблем (Иосифян, Арина, Николаева, 2019).

Проведем анализ *мотивационных предпочтений* респондентов среднего и старшего возраста. Рассматриваются данные, полученные с помощью методики «EPPS». Исследование особенностей мотивации у людей, переживающих ситуацию угрожающего жизни заболевания, является важным для понимания процессуальных аспектов механизмов совладания. Мотивация позволяет реализовать личности ее внутренний потенциал, проявить активность, выйти за рамки психотравмирующего опыта.

Обратимся к результатам анализа мотивационных предпочтений в зависимости от возраста респондентов с учетом уровня ПТС.

Различия между подгруппами разного возраста с *низким* уровнем ПТС выявлены не были (см. Табл. 21).

Таблица 21. Анализ различий в показателях методики EPPS между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС»

Шкалы методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=15 и 15)	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14 и 13)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Мотивация достижения	240,5	194,5	89,5	0,51
Любовь к порядку	203	232	83	0,34
Автономия	208	227	88	0,47
Самопознание	219	216	99	0,81
Доминирование	215,5	219,5	95,5	0,69
Чувство вины	200,5	234,5	80,5	0,29
Стойкость в достижении	228	207	102	0,9
Агрессия	261	174	69	0,11
Ретроспективная оценка				
Мотивация достижения	252	154	63	0,11
Любовь к порядку	199,5	206,5	79,5	0,42
Автономия	220,5	185,5	94,5	0,91
Самопознание	219,5	186,5	95,5	0,94
Доминирование	214,5	191,5	94,5	0,91
Чувство вины	197	209	77	0,35
Стойкость в достижении	187,5	218,5	67,5	0,17
Агрессия	240	166	75	0,31

Результаты, приведенные в Табл. 21, свидетельствуют о том, что возраст в меньшей степени оказывает влияние на проявление особенностей мотивации людей с угрожающим жизни заболеванием при низком уровне ПТС.

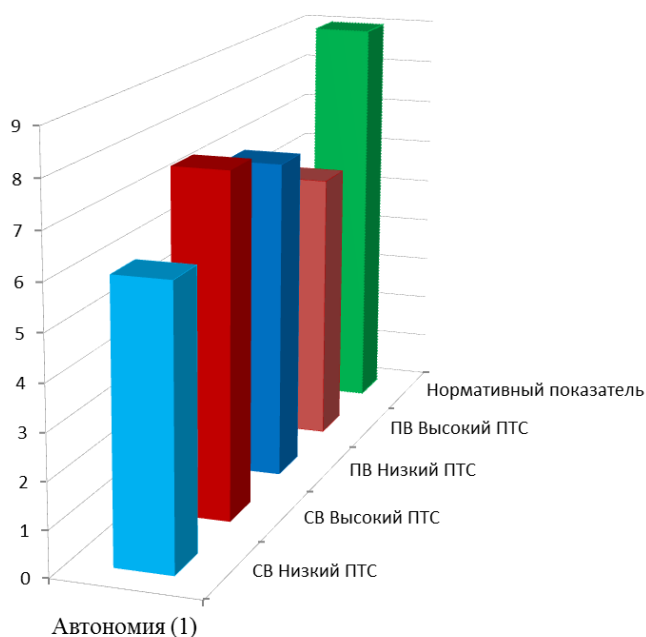
Отметим, однако, что между подгруппами разного возраста с *высоким* уровнем ПТС выявлены различия по *Автономии* (см. Табл. 22). Полученный результат приведен для того, чтобы показать, что мотивация людей разных возрастных групп меняется при учете уровня ПТС и в зависимости от возраста может быть ресурсом для одной возрастной категории и анти-ресурсом – для другой.

Таблица 22. Анализ различий в показателях методики EPPS между подгруппами «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений»	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20 и 20)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=12 и 13)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Мотивация достижения	338,5	189,5	111,5	0,75
Любовь к порядку	288,5	239,5	78,5	0,11
Автономия	382	146	68	<b>0,04</b>
Самопознание	309	219	99	0,42
Доминирование	315	213	105	0,57
Чувство вины	319	209	109	0,68
Стойкость в достижении	325,5	202,5	115,5	0,87
Агрессия	358,5	169,5	91,5	0,27
Ретроспективная оценка				
Мотивация достижения	334	227	124	0,84
Любовь к порядку	329	232	119	0,7
Автономия	353,5	207,5	116,5	0,63
Самопознание	319	242	109	0,44
Доминирование	349	212	121	0,75
Чувство вины	351,5	209,5	118,5	0,68
Стойкость в достижении	347	214	123	0,81
Агрессия	356	205	114	0,56

Согласно полученным результатам, представленным в Табл. 22, для людей среднего возраста при высоком ПТС характерно более выраженное стремление к *Автономии*, по сравнению с респондентами старшего возраста. Полученный результат указывает на то, что стремление к автономии для людей среднего возраста в ситуации болезни, скорее всего, выступит анти-ресурсом.

Данные, представленные на Рис. 8, демонстрируют, что в норме уровень автономии оказывается довольно высоким. Результаты нашего исследования показывают, в ситуации болезни увеличение показателей по автономии не всегда способствует успешному совладанию.



Примечание: (1) – актуальная оценка. Данные настоящего исследования были сопоставлены с нормативным показателем (Корнилова, Григоренко, 1995, с. 111).

Рис. 8. Показатели стремления к автономии в исследуемых подгруппах по методике «Список личностных предпочтений Эдвардса».

Теория мотивации Генри Мюррейя раскрывает стремление к автономии как стремление к свободе. Человек, испытывающий данную потребность, сопротивляется ограничению и принуждению, для него важна независимость и спонтанность, он склонен отрицать условности. В ситуации болезни удовлетворить описанную потребность оказывается сложно. Угрожающее жизни заболевание накладывает ряд ограничений, нередко нарушает планы людей, вынуждает проявлять терпимость, соблюдать правила и т.д. Нереализованная потребность вызывает у людей среднего возраста дополнительные переживания, не способствует совладанию со стрессом высокого уровня интенсивности. В старшем возрасте, наоборот, снижение уровня автономии может выступать в качестве анти-ресурса. Ранее было установлено, что для людей этого возраста при совладании со стрессом важно проявление внутреннего ресурса, независимости и самоуважения. Верность наших умозаключений подтверждается тем, что в группах с низким уровнем ПТС показатели автономии оказались высокими в старшем и средними – в более молодом возрасте, правда на уровне тенденции (внутригрупповые различия в зависимости от уровня ПТС не выявлены).

Полученный результат важен для привлечения внимания к проблеме исследования данной мотивации у людей с угрожающим жизни заболеванием. Показано, что стремление к автономии неоднозначно проявляет себя в зависимости от возраста человека с учетом уровня ПТС. Представляется, что сохранение «континуума согласования задач личности и интегративных возможностей индивидуального субъекта» (Сергиенко, 2012 [Электронный ресурс]) имеет существенное значение для зрелого человека, переживающего стресс в подобной депривированной ситуации.

На основе данных межгруппового сравнения было выявлено, что мотивация человека в ситуации переживания угрожающего жизни заболевания в большей степени проявляет свою специфику в зависимости от уровня ПТС. В связи с чем, обратимся к данным полученным при внутригрупповом сравнении (сопоставляются люди одного возраста с разным уровнем ПТС).

В Табл. 23 представлен анализ мотивационных предпочтений у людей среднего возраста в зависимости от уровня посттравматического стресса.

Таблица 23. Анализ различий в показателях методики EPPS у людей среднего возраста – между подгруппами «СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»

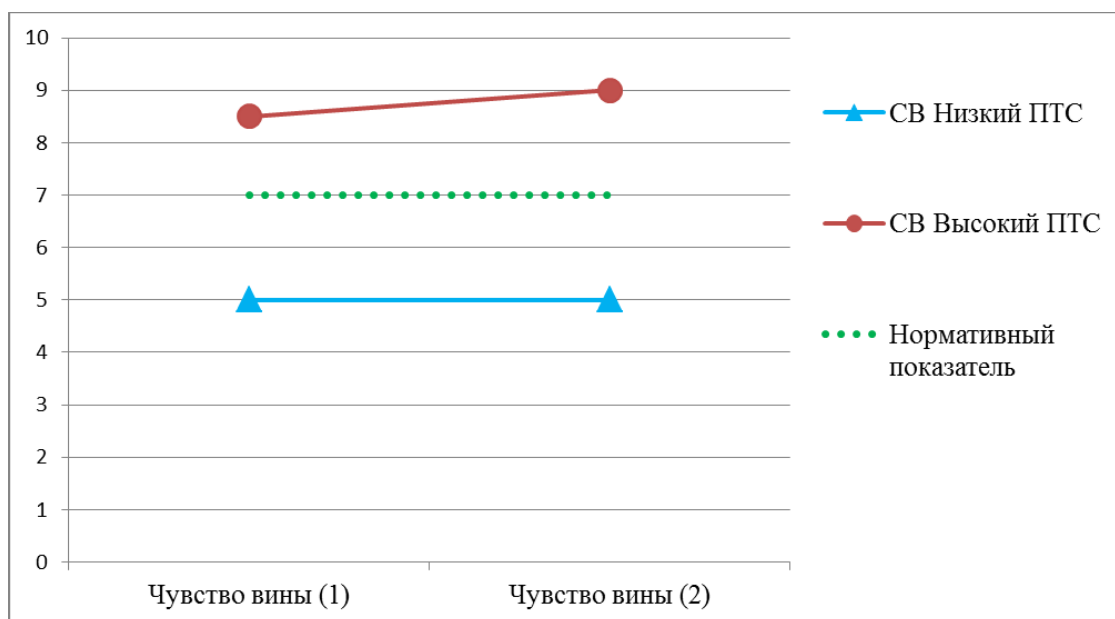
Шкалы методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений»	Суммарный ранг «СВ низкий ПТС» (n=15 и 15)	Суммарный ранг «СВ высокий ПТС» (n=20 и 20)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Мотивация достижения	296	334	124	0,39
Любовь к порядку	287	343	133	0,58
Автономия	231,5	398,5	111,5	0,2
Самопознание	262	368	142	0,8
Доминирование	319	311	101	0,1
Чувство вины	192,5	437,5	72,5	<b>0,01</b>
Стойкость в достижении	280,5	349,5	139,5	0,74
Агрессия	293	337	127	0,45
Ретроспективная оценка				
Мотивация достижения	315,5	314,5	104,5	0,13
Любовь к порядку	259,5	370,5	139,5	0,74
Автономия	252	378	132	0,55
Самопознание	258	372	138	0,7
Доминирование	319	311	101	0,1
Чувство вины	184,5	445,5	64,5	<b>0,004</b>
Стойкость в достижении	278,5	351,5	141,5	0,79
Агрессия	280	350	140	0,75



Полученный результат свидетельствует о том, что люди среднего возраста с низким уровнем ПТС способны контролировать *Чувство вины*. Дополним, что более высокие показатели по данной шкале (актуальная оценка) могут быть характерны для респондентов с менингиомой задней левой локализации по сравнению с респондентами с менингиомой в передних правых отделах ( $U=10$ ;  $p=0,05$ ).

Полученные данные показывают, что человек среднего возраста с низким уровнем ПТС способен рационально интерпретировать мнения и оценки о себе окружающих ( $R_s=-0,4$ ,  $p=0,02$  – «Образ Я» и «Чувство вины»), быть открытым к социальному взаимодействию, свободно проявлять инициативу, поддерживая оптимальный уровень продуктивности и включенности в ритм жизни общества, а также в целом сохранять интерес к жизни.

Статистически значимые различия по шкале «Чувство вины» в подгруппах среднего возраста с разным уровнем ПТС графически представлены на Рис. 9.



Примечание: (1) – актуальная оценка; (2) – ретроспективная оценка. Данные настоящего исследования были сопоставлены с нормативным показателем (Корнилова, Григоренко, 1995, с. 111).

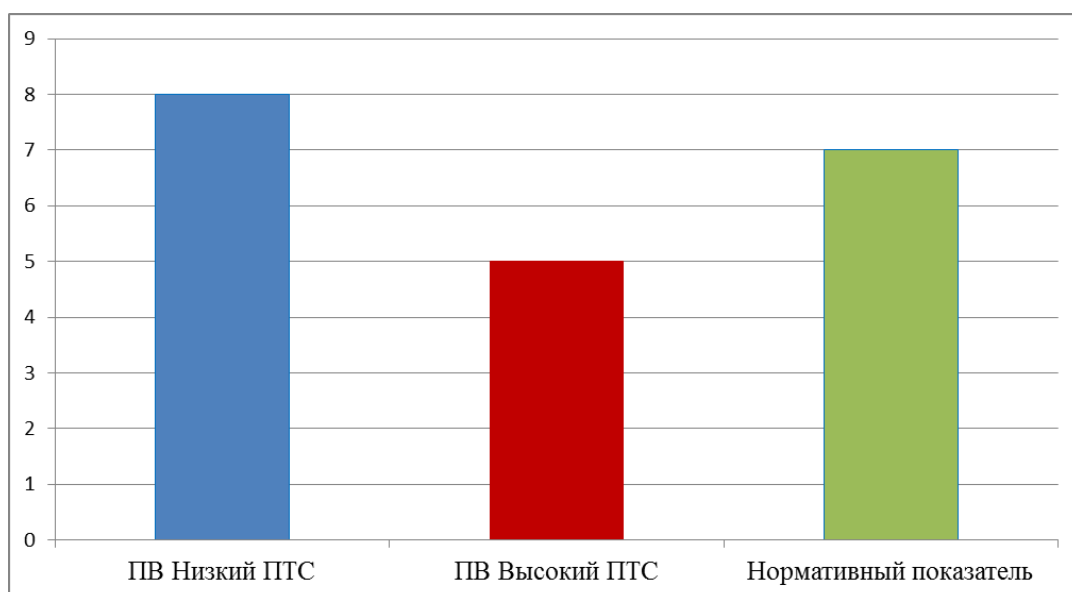
Рис. 9. Показатели чувства вины у респондентов среднего возраста с разным уровнем ПТС по методике «Список личностных предпочтений Эдвардса».

Перейдем к анализу результатов, полученных в старшей группе респондентов (Табл. 24).

Таблица 24. Анализ различий в показателях методики EPPS у людей старшего возраста – между подгруппами «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»

Шкалы методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений»	Суммарный ранг «ПВ низкий ПТС» (n=14 и 13)	Суммарный ранг «ПВ высокий ПТС» (n=12 и 13)	U	p-уров.
Актуальная оценка				
Мотивация достижения	194	157	79	0,81
Любовь к порядку	184,5	166,5	79,5	0,83
Автономия	218	133	55	0,13
Самопознание	168,5	182,5	63,5	0,29
Доминирование	219	132	54	0,12
Чувство вины	165	186	60	0,22
Стойкость в достижении	191	160	82	0,94
Агрессия	197	154	76	0,69
Ретроспективная оценка				
Мотивация достижения	171,5	179,5	80,5	0,85
Любовь к порядку	175,5	175,5	84,5	0,98
Автономия	178,5	172,5	81,5	0,9
Самопознание	153,5	197,5	62,5	0,26
Доминирование	226	125	34	<b>0,01</b>
Чувство вины	150,5	200,5	59,5	0,2
Стойкость в достижении	208,5	142,5	51,5	0,09
Агрессия	171,5	179,5	80,5	0,85

Из Табл. 24 и Рис. 10 видно, что в старшем возрасте при низком уровне ПТС значимой является мотивация *Доминирования*. Отметим, что наиболее явно она проявилась при ретроспективной оценке. Однако, как показывает проведенный анализ ретроспективной и актуальной оценок, различий между ними не наблюдается (Т-критерий Вилкоксона на уровне значимости  $p < 0,05$  –  $T=27,5$ ;  $p=0,6$ ). Мотивация доминирования пожилых людей свидетельствует о том, что они стремятся к самостоятельному принятию решений и в большей степени испытывают потребность в наставничестве, а не в подчинении. Люди этого возраста мотивированы делиться с другими собственным опытом, мудростью, способностью прогнозировать ход событий при отстаивании собственного мнения. По всей видимости, стремление к доминированию способствует проявлению силы Эго у людей пожилого возраста ( $R_s=0,4$ ,  $p=0,04$  – «Образ Я» и «Доминирование»).



Примечание: Значения нормативного показателя см. Корнилова, Григоренко, 1995, с. 111.

Рис. 10. Показатели стремления к доминированию у респондентов старшего возраста с разным уровнем ПТС по методике «Список личностных предпочтений Эдвардса».

Рассмотрим, какие из анализируемых показателей мотивационных предпочтений сопутствуют низкому уровню ПТС у пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома». Для этой цели обратимся к результатам дискриминантного (Приложение 3, Табл. 3 и 4) и регрессионного анализа (Приложение 5, Табл. 3). Проведенный дискриминантный анализ показывает, что низкому уровню ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» сопутствует умение справляться с чувством вины. Причем, наиболее весомый вклад в низкий уровень ПТС делает ретроспективный показатель по шкале «Чувство вины». Немаловажным является стремление к доминированию (весомый вклад в низкий уровень ПТС делает ретроспективный показатель по шкале «Доминирование»). Регрессионный анализ показывает, что низкий уровень ПТС сопряжен с мотивацией доминирования (ретроспективная оценка) только на уровне тенденции. По всей видимости, в процессе реабилитации людей с угрожающими жизни заболеваниями важным становится формирование продуктивных мотивационных установок (Малинина, 2019). Весомый вклад ретроспективных показателей, по сравнению с актуальными оценками может быть

объяснен тем, что именно они косвенно указывают на значимость изначального представления о себе.

Полученные результаты регрессионного и дискриминантного анализа позволяют отметить, что обсуждаемые нами переменные зависимы от уровня ПТС, тем не менее, как показывает анализ сопоставления картин внутригрупповых различий и анализ межгрупповых различий – учитывать вклад возраста в показатели совладания с психологическими последствиями влияния также необходимо.

В предыдущем параграфе были выделены *личностные особенности*, характерные для пациентов с высоким ПТС – *депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность* (Табл. 15 и 16). В данном параграфе рассматриваются ресурсы совладания с ПТС, поэтому наше внимание будет уделено личностным особенностям, типичным для людей с низким уровнем ПТС.

Напомним, что в зависимости от ПТС для людей среднего возраста варьировались показатели *общительности, застенчивости, экстраверсии-интроверсии* (см. раздел 3.2.2, Табл. 15); для людей старшего возраста – показатели *невротичности* (см. раздел 3.2.2, Табл. 16). Общительность, экстраверсия-интроверсия различались в разных возрастных подгруппах при низком ПТС (см. раздел 3.2.1, Табл. 9), а невротичность – также в разных возрастных подгруппах, но при высоком ПТС (см. раздел 3.2.1, Табл. 10).

Данные результаты свидетельствуют о том, что людям с низким уровнем ПТС *среднего* возраста свойственно наличие таких личностных черт как социальная смелость (низкий показатель застенчивости) и открытость к диалогу (высокий показатель общительности). Корреляционный анализ демонстрирует, что подобные личностные особенности сопутствуют убеждению о ценности и значимости Образа Я в данном возрасте ( $R_s = -0,5$ ,  $p = 0,003$  – «Образ Я» и «Застенчивость»;  $R_s = 0,4$ ,  $p = 0,02$  – «Образ Я» и «Общительность»).

Для людей *старшего* возраста при низком ПТС характерна эмоциональная устойчивость, самоуважение (низкий показатель невротичности). Подобный

результат согласуется с данными, полученными по методике EPPS: важным в совладании с тревогой является доверие, прежде всего, себе, отстаивание собственного мнения, стремление к доминированию.

Результаты дискриминантного (Приложение 3, Табл. 3 и 4) анализа подтверждают, что низкому уровню ПТС в данной выборке сопутствуют общительность, низкая невротичность и социальная смелость.

Таким образом, *четвертая* гипотеза о том, что совладанию с ситуацией болезни способствуют убеждения личности в ценности Я и в возможности контроля происходящих событий, стойкость в достижении цели, стремление к автономии, которые, как показатели преодоления психологических последствий влияния стрессора, не зависят от возраста, подтверждена частично. Убеждение в ценности и значимости Я действительно выступает ресурсом преодоления стресса для людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» вне зависимости от их возраста. Убеждение в контролируемости происходящих событий привлекаются в качестве ресурса людьми среднего возраста. Стремление к автономии неоднозначно проявляет себя при исследовании данной выборки респондентов и, скорее всего, выступает анти-ресурсом для людей среднего возраста. Различий в показателях стойкости достижения цели в зависимости от уровня ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» не обнаружено.

Рассматривая нами *пятая гипотеза* о том, что базисные убеждения о справедливости мира и удаче, мотивация доминирования в ситуации совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания в разной степени ресурсны для людей среднего и старшего возраста, подтверждается частично. Показано, что при совладании со стрессом высокой интенсивности убеждение в удаче является ресурсом для людей среднего возраста, а мотивация доминирования – для людей старшего возраста. Различия в убеждении о справедливости мира не выявлены.

В заключение параграфа представим обобщающую схему полученных результатов (Рис. 11).



Рис. 11. Психологические ресурсы совладания с угрожающим жизни заболеванием с учетом особенностей, обусловленных возрастом.

Для совладания со стрессором высокой интенсивности – сообщением о диагнозе «доброкачественная менигиома» важным является убежденность пациентов в ценности и значимости своего Я. Для людей среднего возраста дополнительными ресурсами выступают: убеждения в возможности контроля происходящих с ними событий и уверенность в удаче, умение справиться с чувством вины, социальная смелость при взаимодействии с внешним миром. Потребность в доминировании, самоуважение и эмоциональная стабильность (низкий уровень невротичности) выступают ресурсом совладания с негативными последствиями стресса высокого уровня интенсивности в старшем возрасте.

## Обсуждение результатов

Данное исследование посвящено изучению психологических последствий воздействия на человека стрессора высокой интенсивности – сообщения о болезни (информирования о диагнозе), которое, обычно, воспринимается как угроза жизни.

Комплексное изучение последствий тяжелого заболевания имеет важное значение для развития медицины, для расширения предметного поля других наук, в том числе психологии. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о ценности систематизации биологических, социальных, психосоциальных и иных аспектов различных заболеваний, которая способствует пониманию сложной природы этого явления. Дискуссионным остается вопрос об этиологии течения ряда болезней; неоднозначно трактуются причины появления психологических проблем у людей молодого, среднего и старшего возраста с разными по степени тяжести заболеваниями. Существует мнение о том, что стресс и некоторые эмоционально-личностные особенности могут стать одной из причин развития симптомов болезни; нельзя исключать и обратное, а именно, что известие о наличии заболевания часто инициирует стресс высокого уровня интенсивности, влияет на качество жизни больного и как следствие – на динамику болезни. В целом следует сказать, что включение в систему лечебных и реабилитационных мероприятий данных психологического обследования может в совокупности с другими факторами улучшать качество жизни пациента, его самочувствие и настроение, эффективно влиять на процесс восстановления после болезни (Cella, Mahon, Donovan, 1990; Holland, Alici, 2010).

Согласно результатам проведенного исследования, психологические проблемы, появившиеся вследствие информирования пациента о диагнозе «доброкачественная менингиома», следует рассматривать в качестве показателя высокого уровня стрессогенности данного сообщения. Важно при этом иметь в виду, что различия в психологических последствиях воздействия негативного события определяются не только уровнем его разрушительного влияния на

психику человека, но и спецификой этого влияния.

Эндогенный стресс-фактор затрагивает систему отношений человека к себе и миру (Васильева, Караваева, Мизинова, и др., 2019; Курбанова, Белая, 2019), вызывает особого рода переживания, характер которых может зависеть и от того, где именно (в какой части тела) находится место повреждения. Установлено, что нарушения деятельности мозга, вызванные опухолевыми образованиями, сопровождаются как типичными (например, страх смерти), так и некоторыми специфическими переживаниями – страхом потери идентичности, страхом появления когнитивных дисфункций и нарушения личностных границ.

Наряду со спецификой влияния стрессора, необходимо учитывать субъективную оценку степени исходящей от него угрозы, которая может быть очень разной. В ситуации переживания тяжелой болезни большое внимание уделяется как когнитивному, так и аффективному компонентам оценки стрессового события (Иосифян, Арина, Николаева, 2019). Субъективная оценка тяжести переживания события указывает на его значимость для больного и соотносится с представлением человека о своей ресурсности, о возможностях совладания с психологическими последствиями влияния стрессора, а также с осознанием необходимости изменения своей жизни.

Говоря об оценке степени угрозы ситуации болезни, стоит подчеркнуть, что вне зависимости от характера заболевания и степени тяжести его симптомов, ряд потребностей, например, потребность в самосохранении, становится наиболее значимыми для человека в данных жизненных обстоятельствах. В целом же, субъективная интерпретация тяжелого события, связанного с заболеванием, ожидания, ценности, потребности, могут существенно различаться. Так, у одних пациентов представление о последствиях болезни соотносится с позитивными оценками ситуации (с приобретением опыта, получением выгоды от болезни), а для других – с негативными (крахом надежд, необратимостью изменений и др.). Происходит это потому, что тяжелая жизненная ситуация воспринимается амбивалентно: с одной стороны, она как бы открывает перед человеком варианты до сих пор субъективно недоступных для него сценариев жизни, а, с другой



стороны, ограничивает его свободу, «предъявляя» жесткие и конкретные требования к лечению и последующему восстановлению, которые во многом определены спецификой и особенностями основного источника проблем. Полученные нами данные согласуются с результатами других исследований (Абитов, Ергунова, Городецкая, 2019; Барьяхтар, 2019; Кондратьева, 2019; Гришков, 2019; Харламенкова, 2020).

Неоспоримым является установленный в исследовании факт влияния посттравматического стресса, степени его интенсивности на психическое состояние человека (Horowitz, 1986). Уровневый принцип в изучении картины психологических последствий воздействия стрессоров стал возможным благодаря разработанному Н.В. Тарабриной интегративному подходу (Тарабрина, 2008). Нами показано, что одним из главных факторов, вызывающих стресс высокого уровня интенсивности у людей, которым был поставлен диагноз «доброкачественная менингиома», является сообщение об этом диагнозе. Данное известие может (но не всегда) способствовать развитию травматического, а затем и посттравматического стресса разного уровня интенсивности.

Различия в картине психологических последствий воздействия стрессора высокой интенсивности обусловлены разнообразием «внутренних условий» личности. Согласно принципу детерминизма, сформулированному С.Л. Рубинштейном, восприятие, а также переживание какого-либо события опосредовано системой личностных особенностей. Именно поэтому специфика психологических последствий тяжелой болезни будет зависеть не только от природы самого стрессора, но и от отношения человека к своему здоровью, от способности принимать события жизни во всей их полноте, перерабатывать травматический опыт, либо отрицать значимость происходящего.

По данным настоящего исследования профиль таких личностных особенностей как депрессивность, эмоциональная лабильность, раздражительность, а также показатели межличностной сензитивности, которая тесно связана с другими психопатологическими симптомами, оказались типичными для человека, переживающего это событие драматично. Высокий

уровень межличностной сензитивности и его сочетание с отмеченной выше триадой личностных черт является неслучайным результатом. Во многом это связано с тем, что сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома», помимо характерного для этой ситуации страха смерти, вызывает социальную тревогу и беспокойство, страх оценки и осуждения со стороны других людей (страх стигматизации). В совокупности с такими психопатологическими симптомами как депрессия, тревожность, паранойяльность и др., чувствительность к оценкам и мнению окружающих людей способна нарушить привычный стиль социального взаимодействия, изменить отношение к миру в целом.

Анализ личностных особенностей, субъективной оценки возникшей угрозы и др. факторов позволяет воссоздать психологическую картину последствий тяжелой болезни. Стоит, однако, подчеркнуть, что качество и уровень валидности исследования психологических последствий влияния стрессора высокой интенсивности, связанного с угрожающим жизни заболеванием, могут быть существенно изменены при учете переменной «возраст» (Харламенкова, Быховец, 2014). Именно поэтому изучение психологических особенностей людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» осуществлялось нами с учетом двух показателей – возраста и уровня психотравматизации.

Сделанный вывод основан на том, хорошо известном факте, что с возрастом меняется отношение человека к ценностям, которые трансформируются в процессе взросления, перестройки жизненных ориентиров, в том числе системы ролей в семейной, социальной, профессиональной сферах. Так, в соответствии с моделью «идентичности как жизненной истории» Д. Макадамса, имплицитные теории определяются как интериоризованный и постоянно развивающийся Я–нарратив, который включает в себя реконструированное прошлое, постигаемое настоящее и предвосхищаемое будущее (Макадамс, 2008), при этом важно учитывать, на каком именно отрезке жизненного пути находится человек в данный момент.

Можно, как нам думается, сделать вывод о том, что стресс высокой

интенсивности затрагивает наиболее значимые сферы жизни, ценности, которые различаются у людей разного возраста. Для старшего и пожилого возраста значимой остается ценность здоровья (Павлова, Сергиенко, 2019, с. 37-38). По данным настоящего исследования явные признаки сверхценного отношения к здоровью — соматизация тревоги, потребность говорить о проблеме здоровья, болевых ощущениях, различных телесных симптомах в ущерб обсуждению эмоциональных проблем, диагностируются у людей старшего возраста с высоким уровнем ПТС, что согласуется с результатами других исследований (Бурчинский, 2019). Кроме ценности здоровья, людям старшего возраста важно чувствовать себя уверенными и мудрыми в разных жизненных обстоятельствах, иметь возможность помогать другим, делиться своим опытом. При высоком ПТС данные предпочтения становятся мало достижимыми, что, в частности, отражается на эмоциональной устойчивости и самоуважении личности.

Для людей среднего возраста значимыми являются включенность в систему социальных отношений, соответствие индивидуального ритма жизни ритму жизни общества, принятие референтной группой, ощущение уверенности в собственной компетентности (Миронова, Кункурдонова, 2012). При высоком ПТС наблюдаются такие психологические проблемы как неуверенность в себе, стремление к социальной изоляции и самообвинению. Пациент акцентирует внимание на отношении к себе других людей, их оценках, предпочитает подобную стратегию взаимодействия деловому стилю общения. Недоверие и предвзятость в межличностных отношениях могут способствовать избеганию социальных контактов, формированию негативного отношения к установленным правилам и требованиям. Последнее проявляет себя как гиперкомпенсация чувства неполноценности, способствует достижению уверенности в себе, значимой для данной возрастной группы респондентов, однако, часто бывает энергозатратной и неэффективной. Такие личностные особенности и базисные убеждения как застенчивость, гиперболизированное чувство вины, необщительность, стремление полагаться на себя, неуверенность в удаче и в возможности контролировать события окружающего мира, способны повысить степень риска развития ПТС у

людей среднего возраста, попавших в экстремальные жизненные обстоятельства.

Несмотря на всю тяжесть данной жизненной ситуации, субъект не зависимым от нее тотально, ведь посттравматический стресс высокого уровня интенсивности наблюдается только у части людей, подвергшихся влиянию стрессора.

А.В. Брушлинский писал, что человек имеет внутренний потенциал, способствующий преодолению преград, возникающих на жизненном пути, однако оперативная актуализация и раскрытие внутренних ресурсов не всегда оказываются доступными, особенно в условиях чрезвычайной ситуации. Тем не менее, механизм обращения к внутренним и внешним ресурсам может быть восстановлен.

По мнению Л.И. Анцыферовой человек способен адаптироваться к различным жизненным ситуациям, в том числе к экстремальным условиям среды, что предполагает «выход» за пределы стрессовой ситуации, выход за пределы своих возможностей. Если преодоление себя становится возможным, таким же возможным оказывается переосмысление своей жизни, которое подтверждает правильность выбранного пути, позволяет принять новые ценности. Именно поэтому урегулирование обстоятельств сложной жизненной ситуации способствует преодолению состояния кризиса и открытию потенциалов саморазвития, более целостному пониманию себя и мира.

Известно, что выход за пределы психотравмирующего события, принятие себя, становятся возможными благодаря открытости опыту. Преодоление воздействия стрессора высокой интенсивности достижимо при построении новой, непротиворечивой модели мира (Падун, 2017). При этом важна рациональная включенность человека в ситуацию, активная роль в процессе реабилитации: «В современной медицине развивается пациент-центрированная парадигма, которая подразумевает, что пациент активно участвует в принятии решений, связанных с его здоровьем» (Иосифян, Арина, Николаева, 2019, с.103).

Обобщая результаты исследования, можем сказать, что ресурсы совладания со стрессором подобного типа “размещаются” в области таких психологических

возможностей как принятие личностью себя и ее открытость миру. Самопринятие связано с пониманием человеком своей ценности и значимости, с сохранностью целостности личности в условиях переживания тяжелой болезни. Открытость миру характеризуется возможностью построения доверительных межличностных отношений при осуществлении контроля суверенности границ психологического пространства (Щукина, Булыгина, 2006). Результаты исследования показывают, что сообщение о диагнозе «опухоль головного мозга» интерпретируется пациентом как угроза потери идентичности и нарушения системы межличностных отношений. При высоком уровне ПТС данная угроза гиперболизируется, и нарушение отношений к себе и миру становится для субъекта вполне реальным.

Психологическая реабилитация пациентов, получивших сообщение о заболевании, угрожающем их жизни, должна быть направлена на восстановление позитивного образа Я, что косвенным образом связано с коррекцией непродуктивных отношений с миром (Иосифян, Арина, Николаева, 2019).

Следует подчеркнуть, что для людей старшего возраста главным в процессе реабилитации является принятие социальной поддержки и помощи, не нарушающих суверенность личностных границ, поскольку принятие себя и отношение с миром реализуются с опорой на собственный жизненный опыт. Принятие социальной поддержки адекватным образом соотносится с ответным намерением помогать другим людям. Показано, что для людей старшего возраста важна вера в себя, собственную мудрость, необходимы удовлетворение потребности в автономии и сохранение чувства собственного достоинства (Знаков, 2002).

Для людей среднего возраста ресурсом преодоления психологических последствий болезни являются умение справляться с чувством вины, проявлять социальную смелость и избирательную открытость к миру, в том числе при построении конструктивных межличностных отношений. Избирательный характер открытых отношений с миром позволяет человеку данного возраста чувствовать себя более свободным в выборе оптимальных вариантов

предлагаемой помощи, и менее зависимым от оценочных суждений (Знаков, 2002). Люди среднего возраста, уверенные в ценности и значимости своего Я, убеждены в удаче и в возможностях контроля событий, проявляют умеренность в оценке степени собственной успешности и способности влиять на события.

Благодаря проведенному анализу психологических последствий воздействия стрессора высокой интенсивности — информирования о диагнозе «доброкачественная менингиома», установлено, что изучение психологических особенностей пациентов с данным диагнозом должно включать в себя учет показателей уровня посттравматического стресса и возраста пациента. Данный ракурс исследования позволяет выделять общие закономерности отсроченного реагирования человека на стрессор, а также дифференцировать особенности, обусловленные, с одной стороны, возрастом пациента, а, с другой стороны, уровнем посттравматического стресса, особенности, проявившиеся в результате взаимодействия переменных «возраст» и «уровень ПТС». Такой подход помогает точно спланировать работу с психологом и психотерапевтом, способствует получению эффективного, надежного результата, открывает возможности выбора более рационального пути реализации реабилитационных мероприятий с учетом индивидуально-психологических особенностей развития человека.

Результаты теоретико-эмпирического исследования позволяют сделать вывод о том, что теоретическая гипотеза данного исследования, подтвердилась частично.

## **Выводы**

1. Сообщение о диагнозе «доброкачественная менингиома» является стрессором высокой интенсивности, который сопровождается переживанием страха смерти, страхом появления когнитивных дисфункций, нарушения идентичности. В соответствии с имплицитной моделью совладания с угрозой снижению напряжения способствуют удовлетворение потребности в самосохранении, достижение автономии, стремление к самореализации, контроль ситуации.

2. Сообщение о диагнозе вызывает у наиболее уязвимой части респондентов высокий уровень посттравматического стресса, симптомы вторжения, избегания, физиологической возбудимости, при этом наиболее выраженные показатели вторжения и физиологической возбудимости характерны для людей старшего возраста. Вне зависимости от возраста тяжелые психические последствия диагностирования доброкачественной менингиомы связаны с повышением всех, кроме соматизации, психопатологических симптомов. Существенный вклад в развитие ПТС делает паранойяльность, депрессивно-тревожное состояние, межличностная сензитивность.

3. Вне зависимости от возраста высокому уровню посттравматического стресса сопутствуют такие личностные особенности как депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность. Возрастные различия проявились в показателях застенчивости и низком уровне общительности в среднем возрасте и в признаках невротичности – в старшем возрасте.

4. Совладанию с ситуацией болезни, связанной с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома», способствуют убеждения личности в ценности и значимости Я, которые не зависят от возраста.

5. Для людей среднего возраста показателями преодоления психологических последствий влияния стрессора являются убеждения в контроле событий и уверенность в удаче, умение справляться с чувством вины, социальная смелость и общительность; в старшем возрасте – низкая невротичность и потребность в доминировании.

## Заключение

Тяжёлое соматическое заболевание несет серьезную угрозу физическому состоянию человека; оно способно вызывать посттравматический стресс, симптомы которого могут сохраняться годами, в том числе из-за рецидивов заболевания. Опасность стресса высокой интенсивности заключается в том, что он сопровождается психопатологическими симптомами, которые влияют на качество жизни больного. Стресс такой интенсивности меняет привычный уклад человека, его отношение к себе и миру.

Дополнительным отягощающим фактором выступает отношение социума к болезни и больному: последствия заболевания нередко мифологизируются, больных сторонятся или приписывают стигматизирующие ярлыки. В подобной ситуации близкое окружение человека стремится оградить его от различных нагрузок, непреднамеренно делая его беспомощным и зависимым. Все это может вызывать у пациента дополнительные переживания, связанные с физической неполноценностью и социальной депривацией.

Известно, что последствия заболевания зависят от субъективного отношения человека к психотравмирующей ситуации. Положительный настрой, оптимистичный взгляд на будущее, желание бороться, самопринятие, отсутствие фиксации на стрессовом событии влияют на психологическое благополучие, обеспечивают быструю и успешную реабилитацию. Последнее подтверждается тем, что психологический настрой, с одной стороны, способствует снижению негативных факторов стресса, которые наносят вред, в том числе физическому состоянию человека. С другой стороны, позитивное отношение к происходящему позволяет взвешенно оценивать психотравмирующую ситуацию, а также себя в этих обстоятельствах, что дает возможность, в случае дефицита собственных ресурсов, рационально использовать и привлекать внешние.

Весомым становится учет возрастных особенностей в переживании подобного события, благодаря которым специфицируется характер протекания



заболевания, его тяжесть, а также функционирование человека в социуме, его эмоционально-личностные ресурсы.

Исследование психологических последствий болезни, связанной с угрозой жизни, вносит существенный вклад в теорию и практику реабилитации больных, оперированных по поводу менингиомы, способствует снижению признаков посттравматического стресса и косвенно влияет на качество жизни.

Несомненно и то, что настоящее исследование вносит вклад и в психологию развития, показывая, что существуют общие закономерности отношения к болезни, закономерности развития посттравматического стресса, а также особенности реакции на ситуацию болезни и совладания с ней у людей разного возраста.

## Список литературы

1. *Абитов И.Р., Ильченко М.В., Акбирова Р.Р.* Особенности совладания со стрессом женщин при осложненно протекающей беременности // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. Материалы Третьей Международной научной конференции. Казань: Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2018. С. 6-8.
2. *Абитов И.Р., Ергунова Н.Г., Городецкая И.М.* Оптимизм как ресурс преодоления трудной жизненной ситуации в ранней и средней взрослости // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. Санкт-Петербург. 2019. № 2. С. 15-22.
3. *Абульханова-Славская К.А.* Развитие личности в процессе жизнедеятельности // Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981. С. 19-44.
4. *Абульханова-Славская К.А.* Психология и сознание личности // Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности: Избранные психологические труды. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК, 1999. 224 с.
5. *Абульханова-Славская К.А., Березина Т.Н.* Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001. 304 с.
6. *Адлер А.* Очерки по индивидуальной психологии. М.: «Когито-центр», 2002. 219 с.
7. *Азарных Т.Д.* Посттравматические стрессы и личностный профиль в юношеском возрасте с учетом фактора пола // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2013. № 4. С. 104-111.
8. *Акарачкова Е.С., Котова О.В.* Стресс как психосоматический фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов молодого и среднего возраста // РМЖ. 2017. Т. 25. № 21. С. 1574-1580.

9. *Алисов Е.А., Подымова Л.С.* Инновационная образовательная среда как фактор самореализации личности // Среднее профессиональное образование. 2011. № 1. С. 61-63.
10. *Андронникова О.О., Радзиховская О.Е.* Основные тенденции организации психологического сопровождения онкологических больных // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2019. № 36. С. 52-54.
11. *Анцыферова Л.И.* Системный подход к изучению формирования и развития личности // Проблемы психологии личности. М.: «Наука», 1982. С. 140-147.
12. *Анцыферова Л.И.* Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: «Институт психологии РАН», 2004. 470 с.
13. *Асанова Н.В., Разумникова О.М.* Самооценка здоровья и ее взаимосвязь с базовыми жизненными ценностями в разных возрастных группах // Валеология. 2013. № 2. С. 33-38.
14. *Барьяхтар О.Ф.* Жизнестойкость как внутренний ресурс личности // Актуальные проблемы правового, экономического и социально-психологического знания: теория и практика. Материалы III Международной научно-практической конференции. В 3-х томах / Отв. ред.: Л.А. Остапец. Донецк: «Цифровая типография», 2019. С. 154-157.
15. *Бахтояров С.Е.* Внутренняя картина болезни в терапевтической практике // Медицина: вызовы сегодняшнего дня. Челябинск: «Два комсомольца», 2012. С. 1-3.
16. *Баянкулов Р. И.* Особенности влияния тревожного состояния на отношение к своей болезни и к качеству жизни у онкологических пациентов // Онкология и радиология Казахстана. 2017. № 2. С. 49-53.
17. *Беляев А.М.* Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных // Вопросы онкологии. 2016. Т. 62. № 2. С. 355-359.
18. *Белялов Ф.И.* Депрессия, тревога, стресс и смертность // Терапевтический архив. 2016. № 12. С.116-119.

19. *Бергфельд А.Ю.* Типы реагирования на болезнь и смысложизненные ориентации пациентов онкологического профиля // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Психологические и педагогические науки. 2017. № 1. С.82-89.
20. *Бесташишвили Ф.И.* Неврологическая симптоматика при парасагиттальных менингиомах в связи с нарушением венозного кровообращения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1995. № 6. С. 10-15.
21. *Блинова К.А., Пчелинцева Е.В.* Психотерапия эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией // Общественные и гуманитарные науки: тенденции развития и перспективы взаимодействия, 2020. С. 50-65.
22. *Богданова В.О.* Восточные и западные практики обретения экзистенциальной открытости // Философская мысль. 2019. № 9. С. 51-61.
23. *Боженкова К.А.* Геронтологическое насилие как реалья современности // Academy, 2016. С. 52-54.
24. *Боженкова К.А., Бохан Т.Г.* Качество жизни пожилых людей с разной степенью открытости к себе и миру (природному, социальному, культурному) // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 102-116.
25. *Бокова О.А.* Теоретические основы изучения личностной ригидности как показателя открытости психологической системы // Мир науки, культуры, образования. 2014. № 4 (47). С.40-43.
26. *Бочаров А.А., Ласунин Н.В.* Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и перспективы. // Ж. Вопросы нейрохирургии. 2013. № 1. С.12-23
27. *Бурчинский С.Г.* Депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста: проблема выбора препарата антидепрессанта // Ліки України. 2019. №. 2. С. 16-21.
28. *Брушлинский А.В.* Психология субъекта / Отв. ред. В.В. Знаков. М.: Институт психологии РАН, 2003. 272 с.

29. *Быховец Ю. В., Падун М. А.* Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 1. С. 78-89.
30. *Важенин, А.В., Циринг, Д.А., Миронченко, М.Н., Евстафеева, Е.А., Пономарева, И.В.* Особенности психологического состояния больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация, 2019. С. 24-28.
31. *Васильева А.В., Каравеева Т.А., Лукошкина Е.П., Карнов А.О.* Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева, 2018. С.44-53.
32. *Васильева А.В., Каравеева Т.А., Мизинова Е.Б., Ташлыков В.А., Чехлатый Е.И.* Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // Экология человека. 2019. № 12. С. 32-39.
33. *Васильева А.В., Каравеева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П.* Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 4. С. 402-416
34. *Вишнева А.Е.* Динамика стратегий совладания у больных после инсультов и черепно-мозговых травм // Национальный психологический журнал, 2013. С. 103-109.
35. *Войцех В.Ф., Гальцев Е.В.* Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 2. С. 17-25.
36. *Вологодина, И.В., Минько, Б.А., Крылова, М.П., Порошина, Е. Г.* Качество жизни и тревожно-депрессивные нарушения у больных пожилого возраста с фибрилляцией предсердий // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. 2016. № 27(28). С. 37-43.

37. *Ворона О.А.* Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы. автореф. дис. ... к-та психол. наук. М, 2005.
38. *Воронцова Е.Н., Евстафеева Е.А.* Лонгитюдное исследование психологических особенностей больных злокачественными новообразованиями: актуальность и перспективы // Ломоносов-2020. Материалы Международного молодежного научного форума. Электронный ресурс / Отв.е ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. М.: ООО "МАКС Пресс", 2020.
39. *Ворошилова И.И., Ефанов В.Н.* Возможные направления психологической адаптации лиц пожилого возраста // Успехи современного естествознания. 2009. № 3. С. 33-35.
40. *Галюкова М.И.* Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека // Российский юридический журнал. 2009. № 5. С. 216-220.
41. *Ганич М.К.* Факторы, влияющие на возникновение и протекание онкологических заболеваний // Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 4. № 8. С. 84-87
42. *Гапонова С.А.* Психологический подход к развитию копинг-поведения у соматических больных // Ментальное здоровье-интеграция подходов, 2020. С. 173-177.
43. *Гарганеева Н.П.* Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте. Общая проблема в терапевтической и психиатрической практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 3. С. 78-83.
44. *Гришков И.С.* Использование личных ресурсов психически больного в преодолении трудных жизненных ситуаций // Здоровье как ресурс, 2019. С. 249-250.
45. *Головей Л.А., Стрижицкая О.Ю., Криулина А.В.* Позитивное функционирование личности в пожилом возрасте: комплексный подход // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2014. Т. 7. № 36. С. 9.

46. *Гуляев Д.А., Белов И.Ю., Петров А.А., Примаков Н.А., Чиркин В.Ю., Искендеров Ф.З.* Критерии, влияющие на восстановление зрительной функции в хирургии менингиом бугорка турецкого седла в послеоперационном периоде // Технологические инновации в травматологии, ортопедии и нейрохирургии: интеграция науки и практики. Саратов: «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского», 2018. С. 66-67.
47. *Гусева М.А., Барчина Е.Т.* Множественная психическая травма в онкопедиатрической клинике: диагностика, терапия // Онкопедиатрия. 2015. Т. 2. № 3. С. 259-260.
48. *Густов А.В.* Этапы развития восстановительной неврологии. К 25-летию кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета // Медицинский альманах. 2018. № 5. С. 61-64.
49. *Дан М.В., Харламенкова Н.Е.* Психологические последствия переживания матерью впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка // Семья, брак и родительство в современной России. 2015. № 2. С. 49-57.
50. *Данилов Д.С.* Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4-12.
51. *Дарижапова М.Н., Пономарев В.И.* Особенности внутренней картины болезни у пациентов с артериальной гипертензией // Научные исследования: векторы развития. Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2018. С. 84-86.
52. *Дейнека Н.В.* Адаптационные ресурсы и стресс-совладающее поведение у пациентов с витальной угрозой // Университетская наука: взгляд в будущее, 2020. С. 592-597.
53. *Дмитриева Е.В.* От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51-57.
54. *Долгов А.М., Ливошко Л.И., Ишков С.В.* Клинико-топографические сопоставления при парасагиттальных менингиомах // Журнал невропатологии и психиатрии. 2004. Т. 104. № 3. С. 65-67.

55. *Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б.* Результаты исследования интегрального показателя по методике САН // Вопросы психологии. 1973. Т. 6. С. 48-54.
56. *Дудниченко А.С.* О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / Дудниченко А. С., Дыш левая Л. Н., Дышлевой А. Ю. // Проблемы медичної науки та освіти. 2003. № 3. С. 34-37.
57. *Дюшеев Б.Д.* Особенности дебюта опухоли задней черепной ямки у лиц старческого возраста // Украинский нейрохирургический журнал. 2000. № 4. С. 126-131.
58. *Евстафеева Е.А., Цириг Д.А.* Качество жизни и жизнестойкость женщин с раком молочной железы // Сборник материалов XII всероссийского съезда онкопсихологов. М.: Служба помощи онкологическим больным и их близким "Ясное утро", 2020. С. 30-33.
59. *Жуков М.Ю., Жарков П.А., Митраков Н.Н., Корочкин А.В., Лайшева О.А.* Реабилитация детей с онкологическими заболеваниями с посттромбофлебитическим синдромом // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 1. С. 136.
60. *Жукова Г.В., Ширнина Е.А., Газиев У.М., Шихлярова А.И., Снежко, А.В.* Особенности психического статуса больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны, отличающихся распространенностью процесса, объемом хирургического вмешательства и динамикой состояния по окончании послеоперационного периода // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4. С. 83-83.
61. *Журавлев А.Л., Ушаков Д.В.* Фундаментальная психология и практика: проблемы и тенденции взаимодействия // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 3. С. 8.
62. *Знаков В.В.* Личностные детерминанты самосознания субъекта // Современная психология: состояние и перспективы исследований / Под ред. К. А. Абульхановой, М.И. Воловиковой, А.Л. Журавлева. М.: Институт психологии РАН, 2002. С. 53-70.



63. *Зураева А.М., Джелиева З.Т.* Психотерапевтическая работа с больными, имеющими хронические заболевания // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Т. 7. № 2 (23). С. 367-369
64. *Иосифян М. А., Арина Г. А., Николаева В.В.* Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья // Электронный журнал «Клиническая и специальная психология». 2019. Т. 8. № 1. С. 103-117.
65. *Кадыров Р.В., Капустина Т.В., Эльзесер А.С.* Методологические основания разработки системного подхода в прикладной психологической диагностике пациентов с социально значимыми заболеваниями // Психолог. 2020. № 5. С. 45 - 73.
66. *Казымова Н.Н., Быховец Ю.В.* Роль СМИ в процессах совладания с переживанием террористической угрозы // Материалы VII Международной конференции молодых ученых «Психология - наука будущего» / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2017. С. 314-317.
67. *Камалова Г.М.* Диагностика менингиом полушарий большого мозга на догоспитальном этапе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 1994. 65с.
68. *Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П.* Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями, 2017. С. 228-241.
69. *Карпова Э.Б.* Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова // Ананьевские чтения. М.: Наука, 2007. С. 556-557.
70. *Катаева Н.Г.* Постинсультные расстройства (конституционально-биологический, клинический, реабилитационный аспекты): дис. ... д.м.н. Иркутск, 2006. 302 с.
71. *Квале С.* Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2003. С. 301
72. *Кислицын Ю.В., Белко Н.С.* Качество жизни больных супратенториальными менингиомами в послеоперационном периоде // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 7. С. 74-78.

73. *Кирюхина М.В., Файрушина А.Н., Самигуллина А.Р., Сарбаева О.Ю., Разумнова О.А.* Принципы и методы психолога // Психотерапевтической реабилитации для пациентов онкологического профиля. Практическая медицина, 2019. № 17(3). С. 125-127.
74. *Козлов А.В., Голанов А.В., Бочаров А.А., Ласунин Н.В.* Лучевые методы в лечении внутричерепных менингиом: история и современность // Вопросы нейрохирургии. 2010. № 1. С. 58-61.
75. *Когония Л.М., Нелюбина А.С., Маркарова Е.В., Тунцова Е.Е.* Чувственное восприятие болезни пациентами в зависимости от степени ее осознания при раке молочной железы // Медицинский совет. 2019. № 19. С. 84-91
76. *Кондратьева Е.В.* Феномен посттравматического роста: теоретический обзор // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2019. № 8. С. 21-28.
77. *Коновалов А.Н., Козлов А.В., Черехаев В.А., Шиманский В.Н., Таняшин С.В., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Голанов А.В., Кобяков Г.Л., Шишкина Л.В., Рыжова М.В., Гольбин Д.А., Галкин М.В.* Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. НН Бурденко и перспективы // Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени НН Бурденко. 2013. Т. 77. № 1. С. 12-23.
78. *Корниенко Д.С.* Личностные предикторы психологического благополучия // Фундаментальные исследования. 2014. № 11(2). С. 429-432.
79. *Корниенко Д.С., Четина Т.А.* Характеристики синдрома эмоционального выгорания и невротизация у медицинских работников // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2019. № 1 (3). С. 643-652.
80. *Корнилова Т.В.* Диагностика мотивации и готовности к риску. М.: изд-во ИП РАН, 1997.
81. *Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л.,* Сравнение личностных особенностей российских и американских студентов (по опроснику А. Эдвардса) // Вопросы психологии. 1995. № 5. С. 108-115.

82. *Корнилова Т.В., Парамей Г.В., Ениколопов С.Н.* Апробация методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений» на российских выборках // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 142-151.
83. *Крайг Г.* Психология развития. СПб.: Питер, 2000. 992 с.
84. *Крылов А.А., Куликов Л.В.* Опыт применения Фрайбургского личностного опросника в диагностике психических состояний // Теоретические и прикладные вопросы психологии. 1995. № 1. С. 5-12.
85. *Кукушина А.А., Котельникова А.В., Тихонова А.С., Гозулов А.С.* Половозрастные особенности и психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций // Сибирский психологический журнал. 2016. № 60. С. 120-129.
86. *Кулешова Л.Н., Стрижицкая О.Ю.* Активность личности как потенциал развития в период поздней взрослости // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. 2008. № 4. С. 11-118.
87. *Куракина А.С.* Предикторы высокой вероятности тотального удаления менингиом // Медицинские этюды. Сборник тезисов Научной Сессии молодых учёных и студентов. Нижний Новгород: «Приволжский исследовательский медицинский университет», 2018. С. 121-122.
88. *Курбанова С.Т., Белая К.Р.* Влияние ситуации болезни на личностное мировоззрение // Евразийское Научное Объединение. 2019. № 4-6. С. 362-365.
89. *Лебедева В.Ф., Семке В.Я.* Клинические особенности психических расстройств у лиц пожилого возраста в общемедицинской практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005. № 3 (37). С. 81-84.
90. *Леонова А.Б., Величковская С.Б.* Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности // Психология психических состояний / Ред. А.О. Прохоров, 2006. С. 36-42.
91. *Лещенко И.А.* Правила сбора анамнеза и выявление жалоб пациента // Современная оптометрия. 2009. № 7 (27). С. 35-40.
92. *Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Шулькин Л.М., Агеев М. И., Косенко Н.А., Гридина Ю.В., Чебагина Е.В.* Некоторые методологические подходы к изучению

невротических расстройств в пожилом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 2. С. 104-11.

93. *Лукишина А.А., Зайцев О.С., Нагорская И.А., Усачев Д.Ю., Лукин В.А.* Психопатологические проявления множественных менингиом правого полушария // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Т. 7. № 2. С. 22-27.

94. *Магомед-Эминов М.Ш.* Анализ современных моделей психологической травмы с точки зрения культурно-деятельностной парадигмы // Теория и практика общественного развития. 2014. № 17. С. 202-207.

95. *Макадамс Д.П.* Психология жизненных историй // Методология и история психологии. 2008. Т. 3. № 3. С. 135-166.

96. *Максименко К.С.* Реконструкция личностного Я в клинике заболеваний различного спектра // Проблеми сучасної психології. 2017. № 37. С. 217-227.

97. *Максимов Д.А., Асеев А.В., Веселова Н.В., Сурсимова О.Ю., Сулейманова О.О.* Анализ динамики психосоматического статуса женщин, больных раком молочной железы, после выполнения онкопластических радикальных резекций и мастэктомий в процессе комплексного лечения // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 4. С. 61.

98. *Максимов Д.А., Веселова Н.В., Асеев А.В.* Психологический статус женщин после онкопластических операций по поводу рака молочной железы // Верхневолжский медицинский журнал. 2018. Т. 17. № 3. С. 12-17.

99. *Малинина М.П.* Особенности социальной адаптации и психологического состояния онкологических больных // Охрана здоровья населения Дальнего Востока: векторы развития. 2019. С. 88-93.

100. *Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А.* Специфика социо-когнитивного дефицита в пожилом и старческом возрасте // Антология российской психотерапии и психологии, 2017. С. 56-57.

101. *Менделевич В.Д.* Возможности и барьеры на пути эффективной терапии пациентов с "двойным диагнозом" // Вопросы наркологии. Москва. 2017. № 6 (154). С. 79-87.

102. *Мирзоян В.Х.* Психологическая характеристика онкологических больных // Интеграция науки и практики в современном мире, 2020. С. 149-157.
103. *Миронова Т.Л., Кункурдонова Н.Б.* Взаимосвязь личностных свойств и особенностей эмоциональной сферы у больных туберкулезом // Вестник Бурятского государственного университета. 2012. № 5. С. 51-58.
104. *Мирошкин Р.Б.* Психологическая реабилитация семьи с детьми, перенесшими онкологическое заболевание / Р.Б. Мирошкин, Е.В. Фисун, Н.Е. Филиппова // Журнал практическое психологии и психоанализа. 2010. № 3. С. 32-36.
105. *Михрячева В.В., Макиенко А. А.* Особенности личности у больных раком щитовидной железы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 5. С. 738.
106. *Моисеенко В.М., Чулкова В.А.* Психоонкология // Пособие для врачей. СПб, 2007. 38 с.
107. *Музлаев Г.Г., Герасименко Г.А., Заболотских Н.В., Литвинова В.В., Шагал Л.В., Блуменау И.С., Хатхе М.К.* Клинический случай рецидивирующей менингиомы // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 5 (160). С. 161-165.
108. *Мусина-Мазнова Г.Х., Сорокина И.А., Потапова И.А.* Типологические особенности социальной адаптированности и дезадаптированности людей пожилого возраста // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 7. С. 23-28
109. *Молчанова Е.С.* Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. 2014. Т. 6. № 1. С. 2
110. *Найдин В.Л., Максакова О.А., Кроткова О.А., Смирнова Н.Я.* Реабилитация при черепно-мозговой травме // Черепно-мозговая травма/ Под ред. ак. АН Коновалова. 2002. № 3. С. 516-542.
111. *Нартова-Бочавер С.К.* Человек суверенный. Психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Изд-во «Питер», 2008.

112. *Нартова-Бочавер С.К., Бочавер А.А., Резниченко С.И., Хачатурова М.Р.* Дом и его обитатели: психологическое исследование. М.: Памятники психологической мысли, 2018. 293 с.
113. *Недбаева С.В.* Проблема доверия и семейной конфликтоустойчивости в пожилом возрасте // *Семья и личность: проблемы взаимодействия*, 2015. С. 78-83.
114. *Нелюбина А.С.* Психологические факторы комплаентного поведения и приверженности лечению // *Руководство по психологии здоровья / Под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова.* Москва, 2019. С. 753-794.
115. *Никишина В.Б., Лазаренко В.А., Петраш Е.А., Ахметзянова А.И.* Нарушение схемы тела при менингиомах теменно-затылочной области // *Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова.* 2016. № 116(12). С 20-24.
116. *Новикова Е.В.* Кризисные переживания женщин в ситуации онкологического заболевания // *Актуальные исследования*, 2020. С. 109-112.
117. *Нуркова В.В.* Роль автобиографической памяти в структуре идентичности личности // *Мир психологии.* 2004. № 2 (38). С. 77-86.
118. *Оганезова И.А., Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н.* Возрастные изменения психоэмоционального статуса при язвенной болезни // *Клиническая геронтология.* 2016. Т. 22. № 1. С. 26-30.
119. *Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М.* Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно - сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца // *Кардиология.* 2011. № 2. С. 59-66.
120. *Олпорт Г.* Становление личности. Избранные труды. М.: Смысл, 2002. 462 с.
121. *Орлова М.М.* Идентичность больного в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* 2014. № 3 (6). С. 84-96.

122. *Павлова Н.С., Сергиенко Е.А.* Исследование качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки, 2019. № 2. С.36-53.
123. *Падун М.А.* К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы / А.Н. Зелянина, М.А. Падун // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 4.
124. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98-106.
125. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М.: «Институт психологии РАН», 2012. С. 206.
126. *Перфильев А.М., Разумникова О.М., Егоров В.Н., Ступак В.В.* Особенности качества жизни у пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга // Нейрохирургия. 2015. № 1. С. 23-28.
127. *Пестерева Е.В.* Психологическое исследование больных раком желудочнокишечного тракта (по материалам работы Шиповникова Н.Б.) // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб.: Любавич, 2017. С. 105-115.
128. *Пономарева И.В., Цирунг Д.А.* Базисные убеждения как мишени психологической работы с женщинами, больными раком молочной железы // Всероссийский съезд онкопсихологов, сборник тезисов, 2019. С. 46-49.
129. *Попов Л.М., Устин П.Н.* Интеллектуальный, нравственный и эстетический ресурсы духовного развития субъекта // Ментальные ресурсы личности: теоретические и прикладные исследования. Материалы третьего международного симпозиума / Отв. ред. М. А. Холодная, Г. В. Ожиганова. М.: «Институт психологии РАН», 2016. С. 288-294.
130. *Попов Л.М., Горохов К.В.* Условия жизни, способность к самообслуживанию как социальные детерминанты здоровья и их мониторинг в

работе психолога службы паллиативной медицинской помощи // Главный врач Юга России. 2017. № 3 (56). С. 28-32.

131. *Попов Т.М., Чулкова В.А.* Отношение к лечению и типы реагирования на болезнь у онкологических пациентов при системных методах терапии // Наука и образование сегодня. 2017. № 6 (17). С. 108-111.

132. *Примакова О.М., Дорохова Н.Д.* Онкологические заболевания как один из видов социальной опасности // Научные исследования и разработки студентов, 2017. С. 106-111.

133. *Пронзелев П.А.* Первичные опухоли боковых желудочков головного мозга: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1972.

134. *Рагозинская В.Г.* Нарушение базисных убеждений как фактор негативной аффективности у пациентов с болезнью Грейвса // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 2(31). С. 9.

135. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию // Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 478 с.

136. *Розуменко В.Д.* Состояние и перспективы лечения опухолей головного мозга. // Бюлл. Украинской ассоциации нейрохирургов. 2002. Т.4. № 2. С. 14-17.

137. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб: «Питер», 2000. 712 с.

138. *Руднова Н.А., Корниенко Д.С., Игнатова Е.С.* Поведенческие и личностные предикторы отношения к здоровью // Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности / Отв. ред. В.В. Знаков, А.Л. Журавлев. М.: Институт психологии РАН, 2018. С. 577-584.

139. *Русина Н.А.* Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. 2012. № 3. С. 115-121.

140. *Рохлин Л.Л.* Проблема личности в психиатрическом аспекте // Проблемы личности: материалы симпозиума. М., 1970. 194 с.

141. *Самойлов В.И.* Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга // Журнал «Неврология и психиатрия». 1986. № 5. С. 676-679.



142. *Сахарова Т.Н.* Возрастная динамика смысложизненных ориентаций личности // Вестник Воронежского государственного технического университета. 2012. Т. 8. № 10-2. С. 156-160.
143. *Семенченя В.А., Макиенко А.А., Конопацкова О.М.* Проблемы адаптации у больных раком щитовидной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. 2018. № 4. С. 42-45.
144. *Сергиенко Е.А.* Принципы психологии развития: современный взгляд [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2012. Т. 5. № 24. <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2012v5n24/711-sergienko24.html> (дата обращения 17.04.2021).
145. *Сергиенко Е.А.* Роль субъективного возраста в регуляции жизнедеятельности // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание. М.: «Институт психологии РАН», 2016. С. 50-83.
146. *Сергиенко Е.А., Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.* Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание. М.: «Институт психологии РАН», 2016. 496 с.
147. *Сидоренко Г.И., Фролов А.В., Комиссарова С.М., Воробьев А.П.* Определение фаз стресса в клинической кардиологии // Кардиология. 2012. № 12. С. 40-44.
148. *Сизова Я.Н., Циринг Д.А.* Особенности преодоления ситуации болезни пациентами со злокачественными новообразованиями // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 5А. С. 240-246.
149. *Силенина А.А.* Базисные убеждения и психологическое благополучие у онкологических пациентов среднего возраста // Наука. Исследования. Практика, 2019. С. 94-98.
150. *Сирота Н.А., Московченко Д.В.* Психодиагностика базисных убеждений о болезни (результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) // Национальный психологический журнал. 2014. № 2 (14). С. 70-79.

151. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., Чуканова Е.М. Психосоматика и психотерапия как ключ к эффективной реабилитации онкогинекологических больных // *Акушерство, гинекология и репродукция*, 2017. С. 65-73.
152. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Психосоциальные характеристики лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2013. № 4. С. 45-50.
153. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Фундаментальная и клиническая медицина*, 2017. С. 84-90.
154. Спириин Д.С., Кадашева А.Б., Михалкова А.А. Орбитосфенопетрокливалльные менингиомы // *Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени НН Бурденко*. 2013. Т. 77. № 5. С. 56-65.
155. Стилиди И.С., Котюкова А.Ю., Лядов В.К. Влияние возраста на уровень тревожности и когнитивные функции у пациентов, страдающих колоректальным раком // *Онкологическая колопроктология*, 2017. С. 42-45.
156. Стрижицкая О.Ю. Изучение повседневных стрессоров: методологические подходы и проблемы // *Научное обозрение: гуманитарные исследования*. М.: Наука образования. 2016. № 12. С. 128-134.
157. Стрижицкая О.Ю. Повседневные стрессоры и локус контроля в период поздней взрослости: сравнительный анализ жителей Санкт-Петербурга и Архангельска // *Дружининские чтения. Сборник материалов XVI Всероссийской научно-практической конференции* / Под ред. И.Б. Шуванова, Ю.Э. Макаревской, И.Г. Макаревской. Сочи: Сочинский государственный университет, 2017. С. 79-83.
158. Стрижицкая О.Ю. Воспринимаемый стресс, локус контроля и самопринятие: теоретические и эмпирический подходы // *Вестник Санкт-*

Петербургского университета. Психология. Санкт-Петербург. 2019. Т. 9. № 1. С. 21-31.

159. *Ступак В.В., Бузунов А.В., Струц С.Г., Рабинович Е.С.* Отдаленные результаты хирургического лечения парасагиттальных менингиом головного мозга // *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 5. С. 194.

160. *Тарасова Д.С.* Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями // *Известия высших учебных заведений. Уральский регион*. 2018. № 1. С. 118-122.

161. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

162. *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: интегративный подход. Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. д.п.н. СПб., 2008. 50 с.

163. *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса. М.: «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.

164. *Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. № 1. С. 9-13.

165. *Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости / Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец, Л.Ш. Мустафина, О.А. Ворона, Н.Н. Казымова, Е.Н. Дымова, Н.Е. Шаталова // *Психологический журнал*. 2016. Т. 37. № 6. С. 94-108.

166. *Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Ворона О.А., Падун М.А.* Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // *Вестник РФФИ*, 2005. № 6. С.10-20.

167. *Тарабрина Н.В., Курчакова М.С.* Психофизиологические корреляты посттравматического стресса у онкологических больных // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007. Т. 17. № 4. С. 9-17.

168. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А.* Клинико-психологические аспекты исследования угрожающих жизни (онкологических) заболеваний // *Психология человека и общества: научно-практические исследования*. 2019. С. 116-126.

169. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
170. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.* Посттравматический стресс и совладающее поведение в период средней и поздней зрелости // *Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные*, 2016. С. 291-305.
171. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.* Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды зрелости // *Психологический журнал*. 2016. № 6. С. 94-108.
172. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Мустафина Л.Ш., Ворона О.А., Казымова Н.Н., Дымова Е.Н., Шаталова Н.Е.* Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды зрелости // *Психологический журнал*. 2016. Т. 37. № 6. С. 82-96.
173. *Тастанбеков М.М., Тиглиев Г.С., Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Гуляев Д.А.* Продолженный рост и рецидивы менингиом головного мозга: причины возникновения и пути уменьшения частоты // *Материалы III съезда нейрохирургов России*, 2002. С. 157-158.
174. *Тиглиев Г.С., Олюшин В.Е., Кондратьев А.Н.* Внутричерепные менингиомы. СПб: «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова», 2001. 560 с.
175. *Ткаченко Г.А.* Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы / Г. А. Ткаченко// *Сибирский психологический журнал*. 2008. № 30. С. 97-101.
176. *Ткаченко Г.А., Подвязников С.О., Мудунов А.М., Обухова О.А., Ахундов А.А., Хуламханова М.М., Скворцова Е.И.* Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии // *Опухоли головы и шеи*, 2019. Т 9. № 1. С. 104-110.
177. *Тришевская А.В., Зубков В.А.* Ожидаемая продолжительность жизни и основные причины смертности населения России. Сравнение с развитыми странами // *Modern Science*. 2020. № 6-1. С. 433-437.

178. *Трофимова Ю.В.* Суверенизация личности как предмет постнеклассической психологии // Известия Алтайского государственного университета. 2012. № 2-1. С.64-68.
179. *Трошин В. Д., Мочаева Н. А.* Стресс и онкологические заболевания. Часть I // Клиническая неврология. 2017. № 1. С. 34-42.
180. *Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С.* Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний) // Культурно-историческая психология. М.: «Канон-плюс», 2020. С. 113-142.
181. *Уткузова М.А., Белоусова М.В., Прусаков В.Ф., Уткузов А.А.* Опухоли головного мозга у детей: важность онконастороженности и особенности диагностики с позиции детского невролога // Поволжский онкологический вестник, 2019. С. 7-14.
182. *Хажуев И.С.* Посттравматический стресс и защитно-совладающее поведение в условиях чрезвычайной ситуации (половозрастная специфика): дис. ... канд. психол. наук. М., 2013. 158 с.
183. *Харламенкова Н.Е.* Половые и гендерные различия в представлениях о психологической безопасности // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6. № 2. С. 51-60.
184. *Харламенкова Н.Е.* Переживание утраты в пожилом возрасте // Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы / отв. ред. М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н. Е. Харламенкова. М.: «Институт психологии РАН», 2016. С. 169-191.
185. *Харламенкова Н.Е.* Психология посттравматического стресса: итоги и перспективы исследований // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 1. С. 16-30.
186. *Харламенкова Н.Е.* Понятие психологической безопасности и его обоснование с разных научных позиций // Психологический журнал. 2019. Т. 40. № 1. С. 28-37.
187. *Харламенкова Н.Е.* Феномен отрицания признаков посттравматического стресса: Осознаваемые и неосознаваемые стратегии // Способности и ментальные

ресурсы человека в мире глобальных перемен. М.: «Институт психологии РАН», 2020. С. 1177-1186.

188. *Харламенкова Н.Е.* Представление о болезни и его связь со стилями совладающего поведения у подростков с опухолями опорно-двигательного аппарата // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26. № 2. С. 134-140.

189. *Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В.* Картина травматических событий у пожилых людей и принципы организации психологической помощи // Психология человека и общества: научно-практические исследования. М.: «Институт психологии РАН», 2014. С. 248-261.

190. *Харламенкова Н.Е., Воронцов С.А.* Угрожающее жизни заболевание и его отдаленные психологические последствия // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. Т. 22. № 4. С. 146-150.

191. *Харламенкова Н.Е., Мустафина Л.Ш., Воронцов С.А., Обухов А.А.* Особенности избегания как стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями в пожилом возрасте // Вопросы психологии. 2015. № 5. С. 78-88.

192. *Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., Никитина Д.А., Кормилицына А.Н.* Эмоциональноличностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 150-167.

193. *Хван Н.В.* Взаимосвязь временной перспективы и ценностно-смысловой организации жизненного мира человека: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Томск, 2015. 22 с.

194. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. 2000. Т. 8. № 2. С. 5-50.

195. *Холмогорова А.Б., Горчакова В.А.* Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация эссенского

опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 120-137.

196. *Хяникяйнен И.В., Михайлов В.А., Кручек М.М., Бамбуров Д.А., Сахарова А.И.* Психопатология и качество жизни у больных с хронической ишемией мозга на инициальной стадии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015. № 3. С. 26-33.

197. *Циринг Д.А., Евстафеева Е.А.* Личностные характеристики, копинг-стратегии и качество жизни женщин, больных раком молочной железы // Общество: социология, психология, педагогика. Краснодар: «Издательский дом ХОРС». 2020. № 4 (72). С. 87-91.

198. *Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В.* Анализ внутренней картины болезни в постинсультный период у больных с нарушениями двигательной функции // Оренбургский медицинский вестник. 2020. Т. 8. № 3. С. 27-31.

199. *Чулкова В.А., Моисеенко В.М.* Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т.10. № 3. С. 151-157.

200. *Чулкова В.А., Пестерева Е.В.* Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2010. № 1. С. 91-100.

201. *Чулкова В.А.* Психологическое исследование больных раком молочной железы. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб: «Любавич», 2017. С. 116-126.

202. *Шаназаров Н. А., Кокошко А.И., Жусупова Б.Т.* Психологический статус онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. 2011. № 2. С. 52-52.

203. *Шематонова С. В.* Связь психоэмоционального напряжения онкологических больных с их внутренней картиной болезни // Вестник образовательного консорциума Среднерусский университет. Серия: Гуманитарные науки. 2020. № 15. С. 80-82.

204. *Щербакова И.В., Бардеништейн Л.М., Аверьянова С.В.* Диагностика и лечение тревожных и депрессивных расстройств у онкологических больных // Российский медицинский журнал. 2015. Т. 21. № 2. С. 46-50.
205. *Щукина Е.Г., Булыгина Л.С.* Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы // Экология человека. 2006. № 9. С. 57-60.
206. *Щукина М.А.* Роль генетического принципа в психологическом изучении саморазвития личности // Принцип развития в современной психологии. М.: «Институт психологии РАН», 2016. С. 135-150.
207. *Щукина М.А.* Рождение и смерть как элементы экзистенциального опыта личности // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 4. С. 41-52.
208. *Abitov I.R., Sokolova I.I., Aydarova A.M., Ilina M.S.* Why cannot people cope with stress? // Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict. 2016. Т. 20. № SpecialIssue. С. 269-273.
209. *An E., Lo C., Hales S., Zimmermann C., Rodin G.* Demoralization and death anxiety in advanced cancer // Psycho-oncology. 2018. V. 27. № 11. С. 2566-2572.
210. *Anton S, Tomanović K, Mrdenović S, Katinić K, Gugić D, Topić J.* Influence of psychological trauma through transgenerational transfer on the development of traumatic reactions in women with diagnosed breast cancer // Coll Antropol. 2011. № 35(3) P. 673-680.
211. *Assefa D., Haque F. N., Wong A.* Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala // Neurocase. 2012. V. 18, № 2. P. 91-94.
212. *Athanasoulia A.P., Ising M., Pfister H., Mantzoros C.S., Stalla G.K., Sievers C.* Distinct dopaminergic personality patterns in patients with prolactinomas: a comparison with nonfunctioning pituitary adenoma patients and age- and gender-matched controls // Neuroendocrinology, 2012. P. 204-211.
213. *Baumgarten P., Quick-Weller J., Gessler F., Wagner M., Tichy J., Forster M.T., Foerch C., Seifert V., Mittelbronn M., Senft C.* Pre- and early postoperative GFAP serum levels in glioma and brain metastases // J. Neurooncol. 2018. V. 139. № 3. P. 541-546.



214. *Benjamin M.M., Bossarte R., Guha A., Shah M., Patel B.* Depression and anxiety in patients with heart disease and/or cancer based on the National Health Interview Survey // *Baylor University Medical Center Proceedings*. Taylor & Francis. 2021. V. 34. № 1. C. 11-16.
215. *Boyle H.J., Droz J., Jouanneau E., Flechon A.* Management of brain metastases from germ cell tumours // *J Clin Oncol* 26, 2008. P. 16076-16076.
216. *Breslau N, Davis GC, Schultz LR.* Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma // *Arch Gen Psychiatry*. 2003. № 60(3). P. 289-294.
217. *Bush NJ.* Posttraumatic stress disorder related to the cancer experience // *Oncol Nurs Forum*. 2009. № 36(4). P. 395-400.
218. *Canzona M.R., Ledford C.J., Fisher C.L., Garcia D., Raleigh M., Kalish V.B.* Clinician barriers to initiating sexual health conversations with breast cancer survivors: The influence of assumptions and situational constraints // *Families, Systems, Health*. 2018. V. 36(1). P. 20-28.
219. *Cella DF, Mahon SM, Donovan MI.* Cancer recurrence as a traumatic event // *J Behav Med*. 1990. № 16(1). P.15-22.
220. *Chomskaya E.D.* Neuropsychology. St. Petersburg: Peter, 2005. P. 496
221. *De Baene W., Rijnen S.J.M., Gehring K., Meskal I., Rutten G-J.M., Sitskoorn M.M.* Lesion symptom mapping at the regional level in patients with a meningioma // *Neuropsychology*. 2019. № 33(1). P. 103-110.
222. *Desautels C., Savard, J., Ivers H.* Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy // *Health Psychology*. 2018. V. 37(1). № 1. P. 1-13.
223. *Dijkstra M., van Nieuwenhuizen D., Stalpers L.J.A., Wumkes M., Waagemans M., Vandertop W.P., Heimans J.J., Leenstra S., Dirven C.M., Reijneveld J.C., Klein M.* Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009. V. 80. № 8. P. 910-915.

224. *Eskin N.A., Snetkov A.I., Dan I.M. y Dan M.V.* Mother's emotional perception of a teenager in the perioperative period and trauma level // Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica. Santander (España), 13-16 de noviembre, 2019. P. 435
225. *Evans C., Richardson H.P.* Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anesthesia // *Lancet*, 1988. P. 491-492
226. *Figueira I., da Lus M., Braga R.J., Mauro M.C., Mendloowich V.* The Increasing Internationalization of Mainstream Posttraumatic Stress Disorder Research // *A Bibliomatic StudyJ. of Traumatic Stress*. 2007. V. 20. № 1. P. 89-95.
227. *Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J., Cohen J.A.* Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies // Guilford Press, 2008.
228. *Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O.* Wishful reality distortions in confabulation: A case report // *Neuropsychologia*. 2004. V. 42. № 6. P. 727-744.
229. *Freitas R.A.D., Menezes T.M.D.O., Santos L.B., Moura H.C.G.B., Sales M.G. S., Moreira F.A.* Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer // *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020. V. 73. №3. P 1-7
230. *French D.J., Sargent-Cox K., Luszcz M.A.* Correlates of subjective health across the aging lifespan understanding self-rated health in the oldest old // *Journal of aging and health*. 2012. № 24 (8). P. 1449-1469.
231. *Galazhinskiyj Eh.V.* Rigidnostj kak obthesistemnoe svojjstvo cheloveka i samorealizaciya lichnosti // *Chelovek v psikhologii: orientirih issledovaniya v novom stoletii: Materialih mezhvuzovskoyj nauchnoyj konferencii*. Karaganda, 2001.
232. *Goebel S., Mehdorn H.M.* Development of anxiety and depression in patients with benign intracranial meningiomas: a prospective long-term study // *Supportive Care in Cancer*. 2013. V. 21. № 5. P. 1365-1372.
233. *Gold J.I., Douglas M.K., Thomas M.L., Elliott J.E., Rao S.M., Miaskowski C.* The relationship between posttraumatic stress disorder, mood states, functional status, and quality of life in oncology outpatients // *J Pain Symptom Manage*. 2012. № 44(4). P. 520-531.

234. *Collett S.R., Smith J.A., Boulianne M., Owen R.L., Gingerich E., Singer R.S., Stewart-Brown B.* Principles of disease prevention, diagnosis, and control // Diseases of poultry, 2020. P. 1-78.
235. *Grassi L., Murri M.B., Riba M., de Padova S., Bertelli T., Sabato S., Zerbinati L.* Hostility in cancer patients as an under-explored facet of distress // Psycho-Oncology, 2020.
236. *Green B.L., Rowland J.H., Krupnick J.L.* Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer // Psychosomatics. 1998. № 39(2). P. 102-111.
237. *Greene T., Itzhaky L., Bronstein I., Solomon Z.* Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in southern Israel // Traumatology. 2018. № 24(2). P. 83-103.
238. *Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M.* Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues // Psychosomatics. 2002. № 43(4). P. 259-281.
239. *Halpern J., Arnold R.M.* Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions // Journal of General Internal Medicine. 2008. V. 23. № 10. P. 1708-1712.
240. *Hamilton, Hortobagyi* Locally advanced breast cancer // In: Advanced therapy of breast disease. BC Decker Inc Hamilton. London, 2005. P. 498-508.
241. *Heim C., Ehler U., Hanker J.P., Hellhammer D.H.* Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain // Psychosom Med. 1998. № 60(3). P. 309-318.
242. *Heller D.A., Ahern F.M., Pringle K.E., Brown T.V.* Among older adults, the responsiveness of self-rated health to changes in Charlson comorbidity was moderated by age and baseline comorbidity. J Clin Epidemiol. 2009. № 62 (2). P. 177-187.
243. *Holland J.C., Alici Y.* Management of distress in cancer patients // Journal of Supportive Oncology, 2010. P. 4-12
244. *Hosseini M., Tagharrobi Z., Sharifi K. H.* Depression prevalence and its related factors in nursing homes elderly // Eur. Psychiatry. 2008. V. 23. № 2. P. 245.
245. *Horowitz M.J.* Stress response syndromes. New York: J. Aronson, 1986.

246. *Huddleston P.* Prepare for Surgery, Heal Faster: A Guide Of Mind-Body Techniques // Angel River Press. 1 edition. 1996. P.264
247. *Ivanova N.E., Efimova M.Y., Olyushin V.E.* Structure and Dynamics of Cognitive Impairment in Neuro-Oncological Patients at the II Stage of Rehabilitation // *Neurol Res Surg.* 2018. № 1(1). P. 1-5.
248. *Jacobsen P.B., Andrykowski M.A.* Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period // *American Psychologist.* 2015. V. 70 (2). P. 134-145.
249. *Janoff-Bulman R.* Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992. 256 p.
250. *Jones J. L., Nguyen G.C., Benchimol E.I., Bernstein C.N., Bitton A., Kaplan G. G., Otley A.R.* The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: quality of life // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology.* 2019. V. 2. № 1. P. 42-48.
251. *Kangas M., Henry J.L., Bryant R.A.* The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer // *J Consult Clin Psychol.* 2005. № 73(2). P. 360-364.
252. *Kangas M., Williams J.R., Smee R.I.* Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // *Brain Impairment.* 2011. V. 12. № 2. P. 105-116.
253. *Kangas M., Williams J.R., Smee R.I.* The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // *Applied Research in Quality of Life.* 2012. V. 7. № 2. P. 163-182.
254. *Karasick J.L., Mullan S.F.* A survey of metastatic meningiomas // *J Neurosurg.* 1974. № 40. P. 206-212.
255. *Killackey T., Peter E., Maciver J., Mohammed S.* Advance care planning with chronically ill patients: a relational autonomy approach // *Nursing ethics.* 2020. V. 27. №. 2. P. 360-371.
256. *Kopala-Sibley D.C., Klein D.N., Perlman G., Kotov R.* Self-criticism and dependency in female adolescents: Prediction of first onsets and disentangling the

- relationships between personality, stressful life events, and internalizing psychopathology // *Journal of Abnormal Psychology*. 2017. V. 126(8). P. 1029-1043.
257. *Lebel S., Rosberger Z., Edgar L., Devins G.M.* Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2007. V. 63. № 3. P. 225-232.
258. *Leydon G.M., Boulton M., Moynihan C., Jones A., Mossman J., Boudioni M., McPherson K.* Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study // *Bmj*. 2000. V. 320. № 7239. P. 909-913.
259. *Liaset I.F., Kvam L.* Experiences of returning to work after brain tumor treatment // *Work*. 2018. V. 60. № 4. P. 603-612.
260. *Liouta E., Koutsarnakis C., Liakos F., Stranjalis G.* Effects of intracranial meningioma location, size, and surgery on neurocognitive functions: a 3-year prospective study // *Journal of neurosurgery*. 2016. № 124(6). P. 1578-1584.
261. *Lopez-Arteaga T.* Apathy as a Psychiatric Manifestation of Meningioma // *American journal of Brain Disorders & Tumors*. 2018. V. 1. № 1. P. 3.
262. *Low C.A., Stanton A.L.* Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer // *Health Psychology*. 2015. V. 34 (1). P. 89-92.
263. *Maddi S.R.* The story of hadiness: twenty years of theorizing, research and practice // *Consulting psychology journal*. 2002. № 54. P. 173-185.
264. *Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., Hines A., Serpe M.* Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry*. 2015. V. 27. № 2. P. 126-133.
265. *Mainio A., Hakko H., Niemelä A., Tuurinkoski T., Koivukangas J., Räsänen P.* The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2003. V. 74. № 9. P. 1278-1282.
266. *Manne S.L., Myers-Virtue S., Kissane D., Ozga M.L., Kashy D.A., Rubin S.C., Heckman C.J.* Group-based trajectory modeling of fear of disease recurrence among women recently diagnosed with gynecological cancers // *Psycho-oncology*. 2017. V. 26. № 11. P. 1799-1809.

267. *Marosi C., Hassler M., Roessler K., Reni M., Sant M., Mazza E., Vecht C.* Meningioma. Critical reviews in oncology // Hematology. 2008. № 67(2). P.153–171.
268. *Maslow A.* Toward a humanistic biology // American Psychologist. 1969. № 24. P. 724-73.
269. *Mascellino A.M., Lay C.L., Newman L.C.* Stabbing headache as the presenting manifestation of intracranial meningioma: A report of two patients // Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2001.V. 41. № 6. P. 599-601.
270. *Mehnert A., Lehmann C., Koch U.* Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen // Senologie, 2008. P.101-106.
271. *Nassiri F., Price B., Shehab A., Au K., Cusimano M.D., Jenkinson M.D., Teng K.X.* Life after surgical resection of a meningioma: a prospective cross-sectional study evaluating health-related quality of life // Neuro-oncology. 2019. № 21. P. 132-143.
272. *Narayan V., Bir S.C., Mohammed N., Savardekar A.R., Patra D.P., Nanda A.* Surgical management of giant intracranial meningioma: operative nuances, challenges, and outcome // World neurosurgery. 2018. V. 110. P. 32-41
273. *Nikanov A.N., Kaminsky M.A., Rocheva I.I.* The health status of ship repair workers according to the results of medical surveys // Human ecology. 2008. № 8. P. 24-26.
274. *Nuttman-Shwartz O., Dekel R., Regev I.* Continuous exposure to life threats among different age groups in different types of communities // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2015. V. 7. № 3. P. 269-276.
275. *Ogle C.M., Rubin D.C., Siegler I.C.* The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults // Developmental Psychology. 2013. № 49(11). P. 2191-2200.
276. *Omodei D., Fontana L.* Calorie restriction and prevention of age-associated chronic disease // FEBS Lett. 2011. № 585. P. 1537-1542.
277. *Ornek N., Buyuktortop-Gokcinar N., Dag E., Ornek K.* Compressive optic neuropathy presenting with psychiatric symptoms // Journal of Craniofacial Surgery. 2014. P. 163-164.

278. *Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., Miś M., Druszcz A.* The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatrics Polska*. 2009. V. 6. № 3. P. 135-139.
279. *Pasquier B., Gasnier F., Pasquier D.* Papillary meningioma // *Clinicopathologic study of seven cases and review of the literature*. *Cancer*. 1986. № 58. P. 299-305.
280. *Rodríguez E.M., Gulbas L.E., Horner S.D., Alba-Suarez J., George-Jones J., Davidson S., Lehning E., Esperanza C., Alvarado C.* Stress and coping in pediatric asthma: The experiences of low-SES Latinx families // *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2019.
281. *Saha R., Jakhar K., Beniwal R.P.* Parafalcine meningioma presenting as depression // *Delhi Psychiatry Journal*. 2013. V.16. № 2. P. 462-465.
282. *Sauer-Zavala S., Wilne, J.G., Barlow D.H.* Addressing neuroticism in psychological treatment // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017. № 8(3). P. 191-198.
283. *Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J.* Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. V. 54. № 2. P. 187-191.
284. *Shimizu K.* Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors / K. Shimizu, N. Nakaya, K. Saito-Nakaya, T. Akechi, A. Ogawa, D. Fujisawa, T. Sone, K. Yoshiuchi, K. Goto, M. Iwasaki, S. Tsugane, Y. Uchitomi // *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2015. V. 45 (5). P. 456-463.
285. *Simpson T.S., Kenny J.J., Wilson P.E., Clayton G.H., Peterson R.L.* Parent stress for patients followed in a multidisciplinary spinal defects clinic // *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. Advance online publication, 2019. P. 326.
286. *Siwik C.J., Phillips K., Zimmaro L., Salmon P., Sephton S.E.* Depressive symptoms among patients with lung cancer: Elucidating the roles of shame, guilt, and self-compassion // *Journal of Health Psychology*, 2021. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105320988331> (дата обращения: 13.02.2021).

287. *Stam H., Grootenhuis M.A., Caron H.N., Last B.F.* Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life // *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2006. V. 15. № 1. P. 31-43.
288. *Stanton K., Rozek D.C., Stasik-O'Brien S.M., Ellickson-Larew S., Watson D.* A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions // *Journal of Abnormal Psychology*. 2016. V. 125(7). P. 960-975.
289. *Strizhitskaya O., Petrash M., Savenysheva S., Murtazina I., Golovey L.* Perceived stress and psychological well-being: the role of the emotional stability // 7th icCSBs 2018 The Annual International Conference on Cognitive, Social, and Behavioural Sciences. Conference proceedings. M.: Future Academy, 2019. P. 155-162.
290. *Sweeny K., Christianson D., McNeill J.* The psychological experience of awaiting breast diagnosis // *Annals of Behavioral Medicine*. 2019. V. 53. № 7. P. 630-641.
291. *Trudel-Fitzgerald C., Tworoger S.S., Poole E.M.* Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis // *Health Psychology*. 2018. V. 37 (3). P. 207-217.
292. *Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. V. 33. № 6. P. 1082-1083.
293. *Watters M., Feldman J., Schoetz D.* The power of relaxation: a holistic approach to preoperative patient education for colorectal surgery, 2007.
294. *Williamson T.J., Ostroff J.S., Haque N., Martin C.M., Hamann H.A., Banerjee S.C., Shen M.J.* Dispositional shame and guilt as predictors of depressive symptoms and anxiety among adults with lung cancer: The mediational role of internalized stigma. // *Stigma and Health*, 2020. P. 425.
295. *Whittle IR, Smith C, Navoo P, Collie D.* Meningiomas // *Lancet*. 2004. №363(9420). P. 1535-1543.



296. *Yang, Y.L.* Psychological Disorders and Psychosocial Resources of Patients with Newly Diagnosed Bladder and Kidney Cancer: A Cross-Sectional Study / Y-L. Yang, L. Liu, M-Y. Li, M. Shi, L. Wang // PLoS ONE, 2016.

# Приложение

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Анализ данных Анкеты психологической безопасности

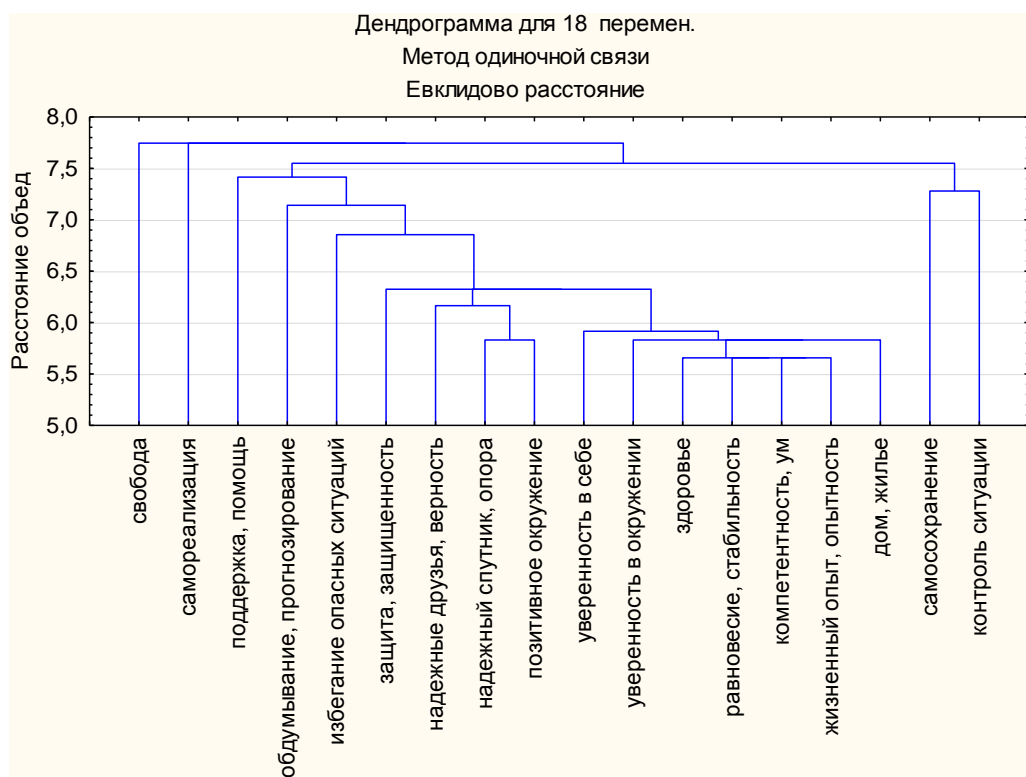


Рис. 1. Группировка дескрипторов психологической безопасности, предпочитаемых большинством респондентов, с помощью кластерного анализа

**Анализ переменной классификатора для дискриминантного и регрессионного анализа**

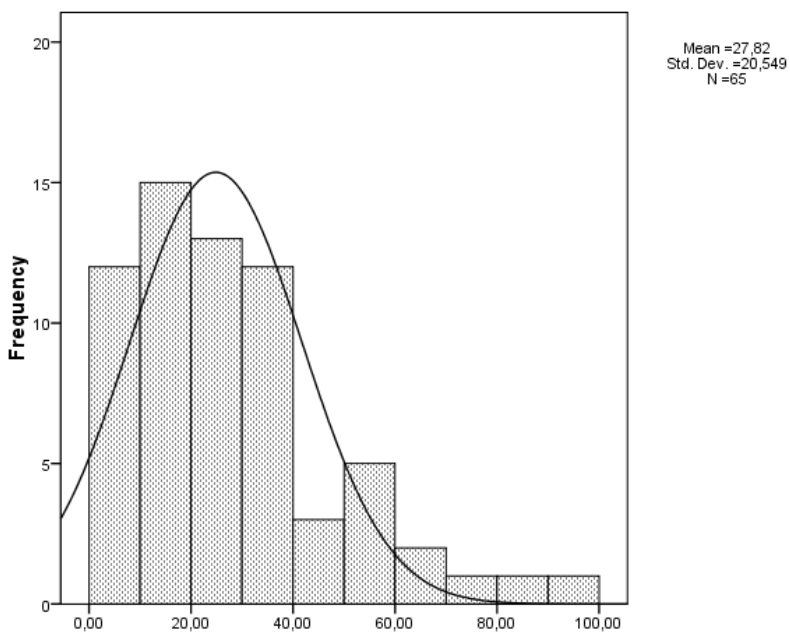


Рис. 1 Распределение значений переменной ИТ в исследуемой выборке (n=65).

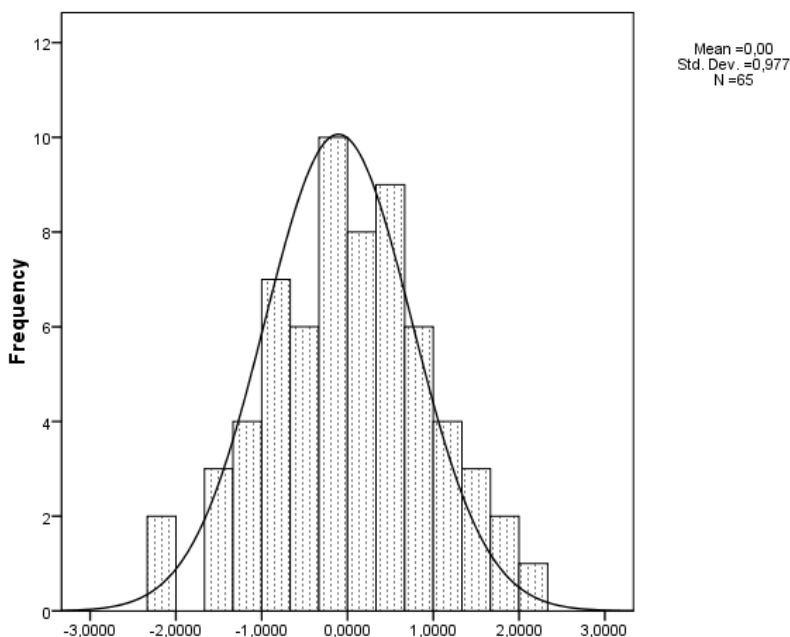


Рис. 2 Распределение значений переменной ИТ после нормализации (используется Тьюки формула)

Табл. 1. Тест Колмогорова-Смирнова для ИТ ШОВТС

	ИТ	ИТ после нормализации
N	65	65
Normal Parameters	Mean	27,8154
	Std. Deviation	20,54864
Most Extreme Differences	Absolute	0,120
	Positive	0,120
	Negative	-0,088
Kolmogorov-Smirnov Z	0,969	0,270
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,305	1,000
Exact Sig. (2-tailed)	0,282	1,000
Point Probability	0,000	0,000

**Дискриминантный анализ**

Табл. 1. Логарифмические детерминанты и результаты теста

Группы по ИТ	Ранг	Логарифмические детерминанты
1	14	-19,376
2	14	-18,603
Объединенные в группы	14	-16,188
Box's M		159,263
F	Approx.	1,117
	df1	105
	df2	10096,892
	Sig.	0,196

Табл. 2 Собственные значения и лямбда Уилкса

<b>Собственные значения</b>				
Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,936	100,0	100,0	0,812
<b>Wilks' Lambda</b>				
Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,341	47,928	25	0,004

Табл. 3. Стандартизированные коэффициенты канонической дискриминантной функции

Переменные	Function
	1
«GST» (SCL-90-R)	0,317
«Соматизация» (SCL-90-R)	-0,825
«Обсессивность-компульсивность» (SCL-90-R)	0,126
«Межличностная сензитивность» (SCL-90-R)	-0,787
«Депрессия» (SCL-90-R)	0,411
«Тревожность» (SCL-90-R)	0,544
«Враждебность» (SCL-90-R)	-0,185
«Фобическая тревожность» (SCL-90-R)	0,319
«Паранойяльность» (SCL-90-R)	0,914
«Психотизм» (SCL-90-R)	-0,745
«Образ Я – актуальная оценка» (WAS)	-0,602
«Удача – актуальная оценка» (WAS)	0,148
«Убеждение о контроле – актуальная оценка» (WAS)	-0,239
«Образ Я – ретроспективная оценка» (WAS)	0,404
«Удача – ретроспективная оценка» (WAS)	-0,062
«Убеждение о контроле – ретроспективная оценка» (WAS)	0,334
«Невротичность» (FPI)	0,477
«Депрессивность» (FPI)	0,376
«Раздражительность» (FPI)	0,260
«Общительность» (FPI)	-0,228
«Застенчивость» (FPI)	0,126
«Эмоциональная лабильность» (FPI)	-0,629
«Чувство вины – актуальная оценка» (EPPS)	-0,288
«Доминирование – ретроспективная оценка» (EPPS)	-0,323
«Чувство вины – ретроспективная оценка» (EPPS)	0,581

Примечание: EPPS — Edwards Personal Preference Schedule (Список личностных предпочтений А. Эдвардса); WAS — World assumptions scale (Шкала базисных убеждений); FPI — Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory (Фрайбургский личностный опросник); SCL-90-R — Symptom Check List-90-Revised (Опросник выраженности психопатологической симптоматики).

Табл. 4 Структурная матрица

Переменные	Function
	1
«Депрессивность» (FPI)	0,490
«Паранойяльность» (SCL-90-R)	0,445
«Тревожность» (SCL-90-R)	0,437
«GST» (SCL-90-R)	0,431
«Депрессия» (SCL-90-R)	0,400
«Застенчивость» (FPI)	0,400
«Образ Я – актуальная оценка» (WAS)	-0,391
«Фобическая тревожность» (SCL-90-R)	0,376
«Межличностная сензитивность» (SCL-90-R)	0,372
«Обсессивность-компульсивность» (SCL-90-R)	0,367
«Эмоциональная лабильность» (FPI)	0,339
«Чувство вины – ретроспективная оценка» (EPPS)	0,327
«Раздражительность» (FPI)	0,302
«Невротичность» (FPI)	0,287
«Враждебность» (SCL-90-R)	0,284
«Удача – ретроспективная оценка» (WAS)	-0,278
«Психотизм» (SCL-90-R)	0,260
«Удача – актуальная оценка» (WAS)	-0,252
«Образ Я – ретроспективная оценка» (WAS)	-0,242
«Убеждение о контроле – ретроспективная оценка» (WAS)	-0,237
«Убеждение о контроле – актуальная оценка» (WAS)	-0,222
«Доминирование – ретроспективная оценка» (EPPS)	-0,217
«Чувство вины – актуальная оценка» (EPPS)	0,199
«Соматизация» (SCL-90-R)	0,174
«Общительность» (FPI)	-0,174

Примечание: EPPS — Edwards Personal Preference Schedule (Список личностных предпочтений А. Эдвардса); WAS — World assumptions scale (Шкала базисных убеждений); FPI — Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory (Фрайбургский личностный опросник); SCL-90-R — Symptom Check List-90-Revised (Опросник выраженности психопатологической симптоматики).

Табл. 5. Значения функции для центроидов разделенных групп

Группы по ИТ	Function
	1
1	-1,391
2	1,345

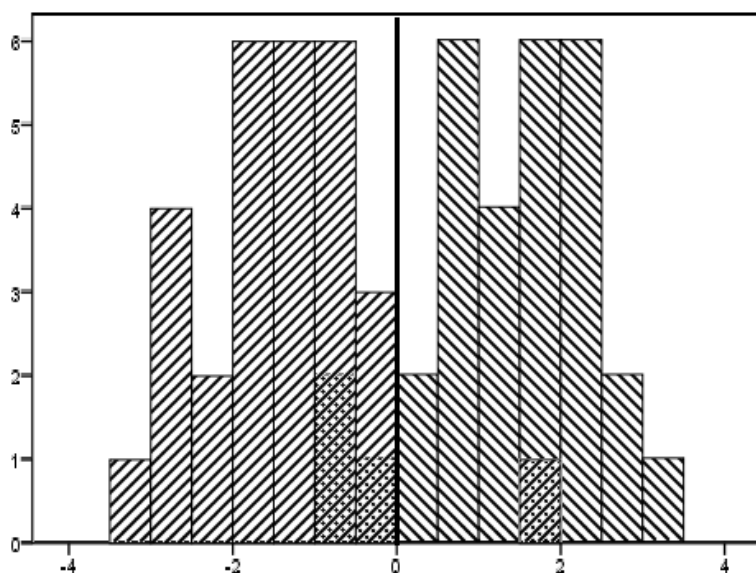


Рис. 1. Распределения значений дискриминирующей функции для двух групп

Табл. 6. Результаты классификации

		Группы по ИТ	Predicted Group Membership		Total
			1	2	
Original	Count	1	28	1	29
		2	3	27	30
	%	1	96,6	3,4	100,0
		2	10,0	90,0	100,0

93,2% of original grouped cases correctly classified.



**Многомерный линейный регрессионный анализ (канонический)**

**Используется пошаговое включение переменных**

Табл. 1. Описание модели

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics					Durbin-Watson
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	0,624 <sup>a</sup>	0,390	0,379	0,390	36,430	1	57	0,000	
2	<b>0,674<sup>b</sup></b>	<b>0,454</b>	<b>0,435</b>	0,064	6,593	1	56	0,013	1,549

Табл. 2. Величина и значимость F -критерия

ANOVA <sup>c</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21,358	1	21,358	36,430	0,000 <sup>a</sup>
	Residual	33,418	57	0,586		
	Total	54,776	58			
2	<b>Regression</b>	<b>24,878</b>	<b>2</b>	<b>12,439</b>	<b>23,299</b>	<b>0,000<sup>b</sup></b>
	Residual	29,897	56	0,534		<b>4.34E-8</b>
	Total	54,776	58			

Табл. 3. Значимость переменных в модели

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	-0,011	0,100		-0,108	0,914	-,210	0,189
	«Депрессивность» (FPI)	0,674	0,112	0,624	6,036	0,000	0,450	0,897
2	(Constant)	<b>-0,008</b>	<b>0,095</b>		<b>-0,085</b>	<b>0,932</b>	<b>-0,199</b>	<b>0,183</b>
	«Депрессивность» (FPI)	<b>0,497</b>	<b>0,127</b>	<b>0,460</b>	<b>3,911</b>	<b>0,000</b>	<b>0,242</b>	<b>0,751</b>
	«Паранойяльность» (SCL-90-R)	<b>0,334</b>	<b>0,130</b>	<b>0,302</b>	<b>2,568</b>	<b>0,013</b>	<b>0,073</b>	<b>0,594</b>

a. Dependent Variable: ИТ (ШОВТС)

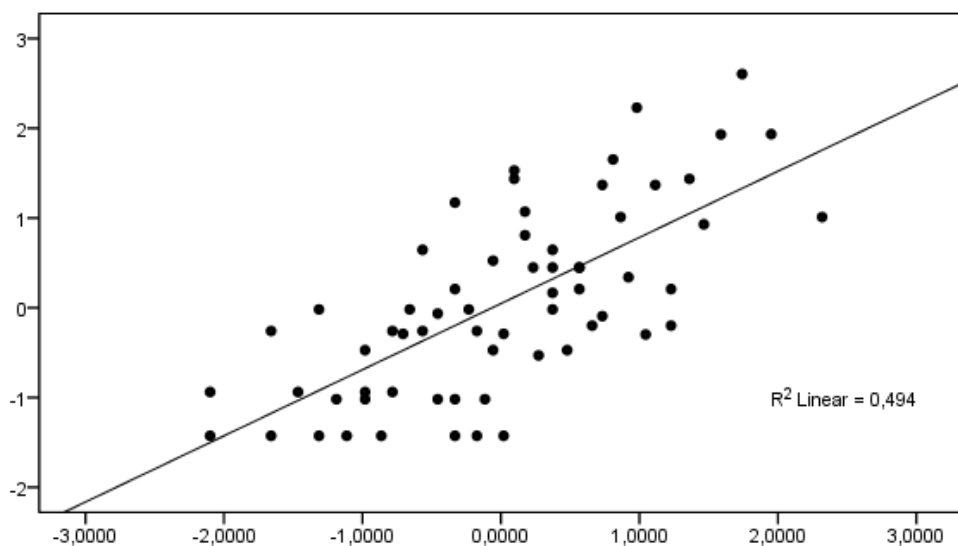


Рис. 1. Величина остатков и предсказанная величина

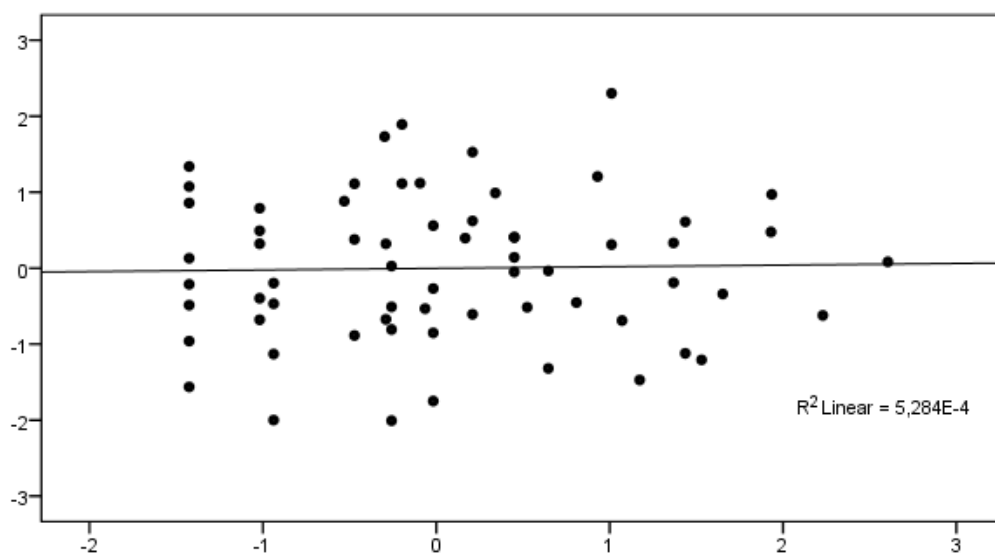


Рис. 2. Предсказанная (смоделированная) величина и моделируемая величина.

**Многомерный линейный регрессионный анализ (канонический)**

**Используется пошаговое исключение переменных**

Табл. 1. Описание модели

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics R Square Change	Durbin-Watson F Change	Model	R	R Square	Adjusted R Square
1	0,828 <sup>a</sup>	0,685	0,446	0,685	2,869	1	0,828 <sup>a</sup>	0,685	0,446
2	0,828 <sup>b</sup>	0,685	0,462	0,000	0,010	2	0,828 <sup>b</sup>	0,685	0,462
3	0,827 <sup>c</sup>	0,684	0,477	0,000	0,051	3	0,827 <sup>c</sup>	0,684	0,477
4	0,827 <sup>d</sup>	0,684	0,491	0,000	0,044	4	0,827 <sup>d</sup>	0,684	0,491
5	0,827 <sup>e</sup>	0,683	0,503	0,000	0,081	5	0,827 <sup>e</sup>	0,683	0,503
6	0,826 <sup>f</sup>	0,682	0,515	0,000	0,113	6	0,826 <sup>f</sup>	0,682	0,515
7	0,825 <sup>g</sup>	0,680	0,525	-0,002	0,221	7	0,825 <sup>g</sup>	0,680	0,525
8	0,823 <sup>h</sup>	0,677	0,531	-0,004	0,457	8	0,823 <sup>h</sup>	0,677	0,531
9	0,821 <sup>i</sup>	0,674	0,538	-0,003	0,392	9	0,821 <sup>i</sup>	0,674	0,538
10	0,819 <sup>j</sup>	0,671	0,545	-0,003	0,361	10	0,819 <sup>j</sup>	0,671	0,545
11	0,816 <sup>k</sup>	0,666	0,550	-0,005	0,574	11	0,816 <sup>k</sup>	0,666	0,550
12	0,811 <sup>l</sup>	0,658	0,549	-0,009	1,104	12	0,811 <sup>l</sup>	0,658	0,549
13	0,805 <sup>m</sup>	0,648	0,546	-0,010	1,233	13	0,805 <sup>m</sup>	0,648	0,546
14	0,799 <sup>n</sup>	0,639	0,545	-0,009	1,159	14	0,799 <sup>n</sup>	0,639	0,545
15	0,795 <sup>o</sup>	0,632	0,546	-0,007	0,915	15	0,795 <sup>o</sup>	0,632	0,546
16	0,791 <sup>p</sup>	0,626	0,548	-0,006	0,756	16	0,791 <sup>p</sup>	0,626	0,548
17	0,784 <sup>q</sup>	0,614	0,543	-0,012	1,501	17	0,784 <sup>q</sup>	0,614	0,543
18	0,776 <sup>r</sup>	0,602	0,538	-0,012	1,537	18	0,776 <sup>r</sup>	0,602	0,538
19	0,767 <sup>s</sup>	0,589	0,532	-0,013	1,663	19	0,767 <sup>s</sup>	0,589	0,532
<b>20</b>	<b>0,763<sup>t</sup></b>	<b>0,582</b>	<b>0,534</b>	<b>-0,007</b>	<b>0,835</b>	<b>20</b>	<b>0,763<sup>t</sup></b>	<b>0,582</b>	<b>0,534</b>

Табл. 2. Величина и значимость F -критерия

ANOVA <sup>u</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	37,516	25	1,501	2,869	0,002 <sup>a</sup>
	Residual	17,259	33	0,523		
	Total	54,776	58			
2	Regression	37,511	24	1,563	3,078	0,001 <sup>b</sup>
	Residual	17,264	34	0,508		
	Total	54,776	58			
3	Regression	37,485	23	1,630	3,299	0,001 <sup>c</sup>
	Residual	17,290	35	0,494		
	Total	54,776	58			
4	Regression	37,464	22	1,703	3,541	0,000 <sup>d</sup>
	Residual	17,312	36	0,481		
	Total	54,776	58			
5	Regression	37,425	21	1,782	3,800	0,000 <sup>e</sup>
	Residual	17,351	37	0,469		
	Total	54,776	58			
6	Regression	37,372	20	1,869	4,080	0,000 <sup>f</sup>
	Residual	17,404	38	0,458		
	Total	54,776	58			
7	Regression	37,270	19	1,962	4,370	0,000 <sup>g</sup>
	Residual	17,505	39	0,449		
	Total	54,776	58			
8	Regression	37,065	18	2,059	4,651	0,000 <sup>h</sup>
	Residual	17,710	40	0,443		
	Total	54,776	58			
9	Regression	36,892	17	2,170	4,975	0,000 <sup>i</sup>
	Residual	17,884	41	0,436		
	Total	54,776	58			
10	Regression	36,735	16	2,296	5,345	0,000 <sup>j</sup>
	Residual	18,041	42	0,430		
	Total	54,776	58			
11	Regression	36,488	15	2,433	5,720	0,000 <sup>k</sup>
	Residual	18,288	43	0,425		
	Total	54,776	58			
12	Regression	36,019	14	2,573	6,035	0,000 <sup>l</sup>
	Residual	18,757	44	0,426		
	Total	54,776	58			
13	Regression	35,493	13	2,730	6,372	0,000 <sup>m</sup>
	Residual	19,283	45	0,429		
	Total	54,776	58			

14	Regression	34,996	12	2,916	6,782	0,000 <sup>n</sup>
	Residual	19,779	46	0,430		
	Total	54,776	58			
15	Regression	34,603	11	3,146	7,329	0,000 <sup>o</sup>
	Residual	20,173	47	0,429		
	Total	54,776	58			
16	Regression	34,278	10	3,428	8,027	0,000 <sup>p</sup>
	Residual	20,497	48	0,427		
	Total	54,776	58			
17	Regression	33,637	9	3,737	8,664	0,000 <sup>q</sup>
	Residual	21,138	49	0,431		
	Total	54,776	58			
18	Regression	32,974	8	4,122	9,453	0,000 <sup>r</sup>
	Residual	21,801	50	0,436		
	Total	54,776	58			
19	Regression	32,249	7	4,607	10,430	0,000 <sup>s</sup>
	Residual	22,526	51	0,442		
	Total	54,776	58			
<b>20</b>	<b>Regression</b>	<b>31,881</b>	<b>6</b>	<b>5,313</b>	<b>12,068</b>	<b>0,000<sup>t</sup></b>
	<b>Residual</b>	<b>22,895</b>	<b>52</b>	<b>0,440</b>		<b>1.91E-8</b>
		<b>54,776</b>	<b>58</b>			

Табл. 3. Значимость переменных в итоговой модели

Model		Coefficients <sup>a</sup>						
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
20	(Constant)	<b>-0,014</b>	<b>0,087</b>		<b>-0,163</b>	<b>0,871</b>	<b>-0,188</b>	<b>0,160</b>
	«Паранойяльность» (SCL-90-R)	<b>0,419</b>	<b>0,129</b>	<b>0,379</b>	<b>3,236</b>	<b>0,002</b>	<b>0,159</b>	<b>0,679</b>
	«Удача – актуальная оценка» (WAS)	<b>0,361</b>	<b>0,133</b>	<b>0,366</b>	<b>2,708</b>	<b>0,009</b>	<b>0,094</b>	<b>0,629</b>
	«Убеждение о контроле – актуальная оценка» (WAS)	<b>-0,316</b>	<b>0,118</b>	<b>-0,321</b>	<b>-2,682</b>	<b>0,010</b>	<b>-0,552</b>	<b>-0,079</b>
	«Депрессивность» (FPI)	<b>0,803</b>	<b>0,182</b>	<b>0,744</b>	<b>4,399</b>	<b>0,000</b>	<b>0,436</b>	<b>1,169</b>
	«Эмоциональная лабильность» (FPI)	<b>-0,366</b>	<b>0,159</b>	<b>-0,355</b>	<b>-2,301</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,685</b>	<b>-0,047</b>
	«Доминирование – ретроспективная оценка» (EPPS)	-0,169	0,094	-0,169	-1,798	0,078	-0,357	0,020

a. Dependent Variable: ИТ (ШОБТС)

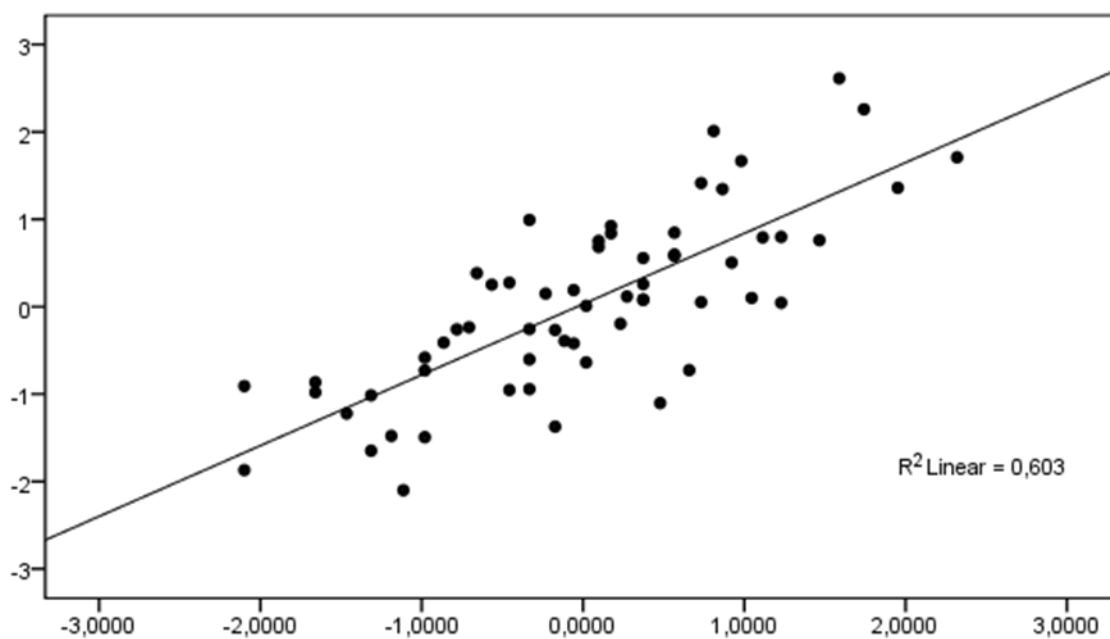


Рис. 1. Величина остатков и предсказанная величина

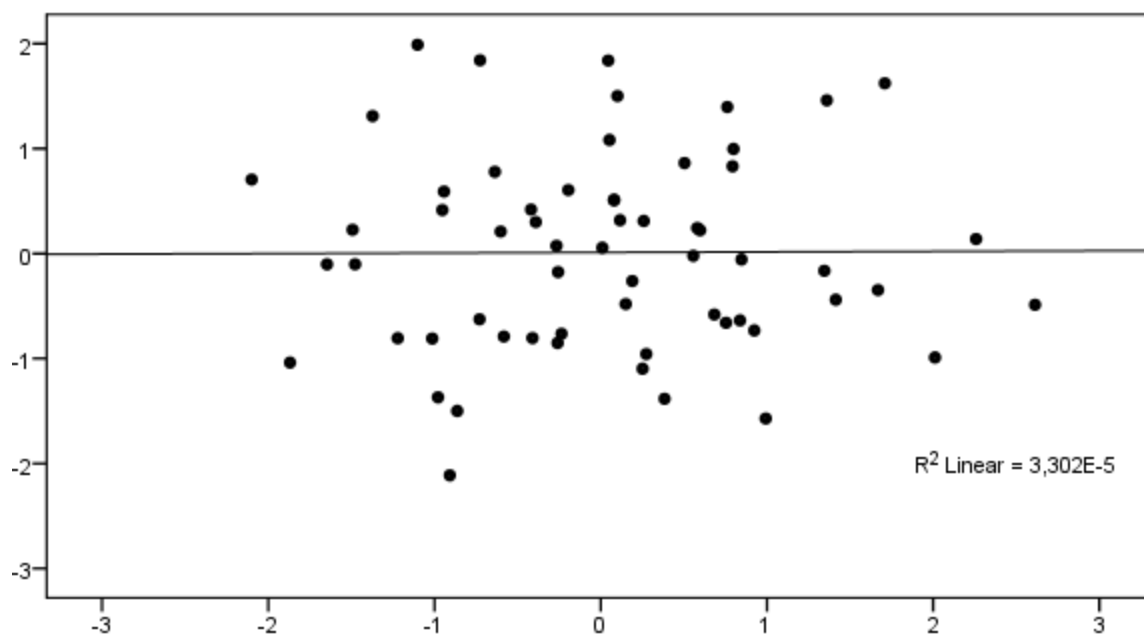


Рис. 2. Предсказанная (смоделированная) величина и моделируемая величина