

Никитина Дарья Алексеевна

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА
С УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Работа выполнена в лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ИП РАН).

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Харламенкова Наталья Евгеньевна

Официальные оппоненты: **Стрижицкая Ольга Юрьевна**
доктор психологических наук, доцент, профессор
факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Евстафеева Евгения Александровна
кандидат психологических наук, декан факультета
психологии и педагогики ФГБОУ ВО
«Челябинский государственный университет»

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Казанский (Приволжский) федеральный
университет»

Защита состоится «28» октября 2021 года в 11:00 часов на заседании диссертационного совета Д 002.016.03 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук по адресу: 129366, Москва, ул. Ярославская, д.13, корп.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ИП РАН) и на сайте <http://www.ipras.ru/>

Автореферат разослан «02» августа 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного
совета Д 002.016.03
кандидат психологических наук



Никитина Е.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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, Smee, 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 5 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дается оценка актуальности разрабатываемой проблемы, определяются объект, предмет исследования, его цели, задачи, обосновывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, описываются методики исследования, формулируются основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава диссертации «Современное состояние исследований посттравматического стресса и особенностей совладания с ним при угрожающем жизни заболевании» состоит из трех параграфов.

В параграфе 1.1 «Особенности стрессора высокой интенсивности «угрожающее жизни заболевание»» раскрывается феноменология исследуемого стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием.

На основе анализа данных различных областей науки и практики, в частности медицины (Галюкова, 2009), социологии (Дмитриева, 2003), психологии (Тарабрина, Ворона, 2019; Харламенкова, 2020 и др.) дается определение *угрожающего жизни заболевания* как состояния организма, характеризующегося расстройством жизненно важных функций, не компенсируемого самостоятельно и при отсутствии лечения приводящего к снижению трудоспособности человека, к инвалидности или преждевременной смерти; указывается, что вследствие постановки диагноза и сопутствующих ему факторов, свидетельствующих о серьезной угрозе здоровью, увеличивается вероятность переживания травматического стресса, в том числе и при сообщении человеку о диагностируемом у него доброкачественном новообразовании (Karasick, Mullan, 1974; Pasquier, Gasnier, Pasquier, 1986).

Определены особенности ситуации болезни, связанной с угрозой жизни. Это – пролонгированность (Чулкова, Моисеенко, 2009), неопределенный характер течения (Baumgarten, Quick-Weller, Gessler et al., 2018 и др.), ограниченность контроля (Collett, Smith, Boulianne et al., 2020 и др.), необходимость изменения образа жизни человека (Desautels, Savard, Ivers, 2018 и др.) и его представлений о будущем (Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017 и др.).

Выделены отдельные этапы ситуации болезни (Сизова, Циринг, 2019), одним из которых является этап постановки диагноза (информирование о диагнозе) (Mehnert, Lehmann, Koch, 2008; Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010).

Установлено, что данный стрессор является эндогенным, неотделимым от человека (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010), невидимым и информационным по типу влияния (Тарабрина, 2009; Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017), носит неожиданный, внезапный характер появления (Чулкова, Моисеенко, 2009; Иосифян, Арина, Николаева, 2019), специфицируется в зависимости от области повреждения (Харламенкова, 2017); вызывает страх смерти (An, Lo, Hales et al., 2018), чувство беспомощности (Чалая, Будза, Чалый, и др., 2020 и др.), ужас (Sweeny, Christianson, McNeill, 2019 и др.), страхи рецидива болезни и потери контроля (Manne, Myers-Virtue, Kissane et al., 2017), страх перед нежелательными последствиями (Lebel, Rosberger, Edgar et al., 2007), страх стигматизации (Jones, Nguyen, Benchimol et al., 2019), зависимости (Перфильев, Разумникова, Егоров и др., 2015; Примакова, Дорохова, 2017 и др.), чувство вины (Freitas, Menezes, Santos et al., 2020; Siwik, Phillips, Zimmaro et al., 2021).

Отмечается, что при обследовании пациентов, имеющих угрожающее жизни заболевание, значимым становится учет субъективных оценок опасности/безопасности данного события для жизни (Иосифян, Арина, Николаева, 2019; Когония, Нелюбина, Маркарова и др., 2019; Тхостов, Нелюбина, 2020 и др.). Выделены особенности представлений о психологической безопасности, которые в случае угрожающего жизни заболевания соотносятся с ожиданием устранения угрозы здоровью, самоконтролем (Maddi, 2002; Карпова, 2007), контролем ситуации (Leydon, Boulton, Moynihan et al., 2000), включением в борьбу, обращением за помощью (Nikanov, Kaminsky, Rocheva 2008; Харламенкова, 2015; Корниенко, Четина, 2019) при условии сохранения суверенности личностных границ, автономии (Нартова-Бочавер, Бочавер, Резниченко и др., 2018).

Рассмотрена специфика заболевания, симптомы которого появляются вследствие развития опухоли паутинной оболочки головного мозга – доброкачественной менингиомы. Показано, что ситуация данной болезни оказывается схожей с другими заболеваниями, несущими угрозу жизни. Подробно описаны этапы данной болезни и их специфика: первичные симптомы (Долгов, Левашко, Ишков, 2004; Narayan, Bir, Mohammed, et al, 2018 и др.), постановка диагноза (Kangas, Williams, Smee, 2012 и др.), лечение (Whittle, Smith, Navoo et al., 2004 и др.), реабилитация (Козлов, Голанов, Бочаров и др., 2010). Установлено, что постановка общего диагноза «доброкачественная менингиома» является стрессором высокой интенсивности, который в целом имеет особенности, позволяющие относить его к угрожающему жизни заболеванию, и специфицируется расположением очага болезни (область головного мозга); эмоциональные переживания пациентов, имеющих опухоль головного мозга, включают страх потери идентичности, страх появления когнитивных дисфункций, тревогу по поводу снижения критичности к собственному психическому состоянию, самостигматизацию (Liaset, Kvam, 2018).

В заключение параграфа раскрывается значимость и актуальность комплексного подхода к изучению людей, имеющих угрожающее жизни заболевание, в том числе с учетом особенностей, обусловленных возрастом (Асанова, Разумникова 2013 и др.).

В параграфе 1.2 «Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика как психологические последствия воздействия стрессора высокой интенсивности» рассматриваются особенности психологических последствий, вызванные угрожающим жизни заболеванием.

Проводится анализ истории исследования проблемы посттравматического стресса (ПТС), выделены особенности развития ПТС у людей, имеющих тяжелое заболевание (Тарабрина, 2008; Вишнева, 2013; Харламенкова, Воронцов, 2016; Харламенкова, 2017; Караваева, Васильева, Лукошкина, 2017 и др.), определены группы риска (Gurevich, Devins, Rodin, 2002; Тарабрина, Генс, Коробкова и др., 2005; Войцех, Гальцев, 2009; Anton, Tomanović, Mrdenović et al., 2011; Азарных, 2013; Хажуев, 2013; Стрижицкая, 2017; Абитов, Ергунова, Городецкая, 2019 и др.).

Рассмотрен вопрос о понимании причин появления психологических проблем у людей, у которых была диагностирована опухоль головного мозга. Приведена типология локализации менингиом (Тиглиев, Олюшин, Кондратьев, 2001), проанализированы психоневрологические симптомы, обусловленные локализацией опухоли (Mainio, Hakko, Niemelä et al., 2003; Fotopoulou, Solms, Turnbull, 2004; Dijkstra, Nieuwenhuizen, Stalpers et al., 2009; Liouta, Koutsarnakis, Liakos et al., 2016; De Baene, Rijnen, Gehring et al., 2019 и др.). Установлено, что для изучения психологических последствий влияния болезни важен контроль переменной «отсутствие когнитивного дефицита» (Лукшина, Зайцев, Нагорская и др., 2015), особенно в выборке людей пожилого возраста (Ivanova, Efimova, Olyushin, 2018). Отмечено, что для комплексного изучения больных с диагнозом «менингиома», необходимо придерживаться междисциплинарного подхода (Найдин, Максакова, Кроткова и др., 2002; Коновалов, Козлов, Черкаев и др., 2013).

На основе анализа литературы раскрыта специфика психопатологической симптоматики, в частности симптомов враждебности, тревожности, депрессии (Assefa, Naque, Wong, 2012; Goebel, Mehdorn, 2013; Беляев, 2016; Пестерева, 2017; Чулкова, 2017 и др.), психотизма, межличностной сензитивности, паранойяльности (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Бергфельд, 2017 и др.), навязчивых страхов (Баянкулов, 2017; Ткаченко, Подвязников, Мудунов и др., 2019; Шематонова, 2020), компульсивности (Хяникяйнен, Михайлов, Кручек и др., 2015; Тарабрина, Ворона, 2019 и др.). Отдельное внимание уделено рассмотрению соматизации (Холмогорова, Гаранян, 2000), анализ которой приобретает особое значение у людей с тяжелым соматическим заболеванием (Акарачкова, Котова, 2017 и др.).

Установлено, что представленные в работе психопатологические симптомы имеют разную степень интенсивности, которая обусловлена фактором возраста. Показано, что с возрастом психоэмоциональное состояние больного становится более лабильным; отмечается риск появления признаков невротизации, психотизма, паранойяльности, депрессии, соматизации и др. (Оганезова, Барышникова, Белоусова, 2016; Вологодина, Минько, Крылова и др., 2016; Соловьев, Новикова, Местечко, 2013; Белялов, 2016 и др.).

Выделены и содержательно проанализированы личностные особенности, которые рассматриваются в качестве вероятных предпосылок развития посттравматического стресса, отдельных симптомов ПТС и психопатологической симптоматики (Stanton, Rozek, Stasik-O'Brien et al., 2016; Kopala-Sibley, Klein, Perlman et al., 2017 и др.). Это –

раздражительность, тревожность, депрессивность (Assefa, Naque, Wong, 2012; Goebel, Mehdorn, 2013; Shimizu, 2015; Yang, 2016 и др.), невротичность и застенчивость (Щербакова, Барденштейн, Аверьянова, 2015; Михрячева, Макиенко, 2016; Максимов, Веселова, Асеев, 2018; Максимов, Асеев, Веселова и др., 2019), агрессивность (Рагозинская, 2015).

Показано, что возрастные различия в проявлении личностных особенностей в ситуации болезни могут быть связаны с эмоциональной лабильностью (депрессивностью, тревожностью, напряженностью), со снижением коммуникативности (общительности, открытости), с самоконтролем (Головей, Стрижицкая, Криулина, 2014). Отмечено, что трудности в осуществлении самоконтроля пожилыми людьми нередко выражаются в виде реактивной или спонтанной агрессивности.

В заключение параграфа обсуждается проблема принятия себя в ситуации болезни (Чулкова, Пестерева, 2010; Корниенко, 2014; Попов, Чулкова, 2017; Стрижицкая, 2019 и др.), специфика изменения отношения к себе и миру (Grassi, Murri, Riba et al., 2020; Дейнека, 2020 и др.).

В параграфе 1.3 «Ресурсы совладания со стрессом у людей с угрожающим жизни заболеванием» анализируются особенности ресурсов человека, переживающего тяжелую жизненную ситуацию болезни.

Ставится вопрос о неединообразии эмоциональных и иных реакций людей, переживших воздействие стрессора высокой интенсивности, о причинах данного явления. В качестве методологических оснований индивидуально-психологических различий в переживании воздействия стрессора рассматриваются принципы детерминизма и субъекта (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская, В.В. Знаков, Е.А. Сергиенко), динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова).

Установлено, что некоторые мотивационные предпочтения выступают ресурсом совладания со стрессом высокой интенсивности. Это – мотивация достижения цели и стойкость в ее достижении (Евстафеева, Циринг, 2020), регуляция (в том числе редукция) чувства вины (Орлова, 2014; Блинова, Пчелинцева, 2020), стремление к самостоятельности и поддержание автономии (Трофимова, 2012), стремление к самопознанию (при учете особенностей его проявления) (Знаков, 2002; Щукина, 2017). Отмечено, также, что для людей старшего возраста типично желание, связанное с преодолением состояния зависимости от Другого, что выражается в потребности отстаивать свое мнение (Богданова, 2019).

Анализируются личностные особенности – склонность к экстернальности и интернальности, открытость в отношении себя и мира, способствующие совладанию с воздействием стрессора высокой интенсивности; учитываются возрастные различия (Знаков, 2002; Кулешова, Стрижицкая, 2008). Показано, что для старшего поколения ресурсом совладания выступает эмоциональная стабильность, самоуважение, вера в собственные силы, опыт (Сергиенко, 2016). Для людей среднего возраста ресурсом становится проявление социальной смелости, активности в социальном взаимодействии. Существенное внимание уделено анализу проблемы личности как открытой системы, прежде всего, в отношении совладания с трудными жизненными ситуациями и их последствиями. Показатель открытости рассматривается как фактор адаптации, т.е. как общесистемный показатель возможности саморазвития и способности к самоорганизации (Galazhinskiyj, 2001; Бокова, 2014; Боженкова, Бохан,

2019), самопринятию (Щукина, 2016), поддержанию равновесия и внутренней целостности (Рохлин, 1970), доверия миру (Алисов, Подымова, 2011; Русина, 2012).

Показано, что в качестве ресурсов совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания следует рассматривать базисные убеждения, связанные с представлением личности о себе (Образ Я, Удача) (Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Рагозинская, 2015; Важенин, Цириг, Миронченко и др., 2019), а также отражающие представление о возможности разумного контроля жизненных обстоятельств (Ворона, 2005).

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

В заключение параграфа представлена общая картина ресурсов совладания с учетом возрастных различий; раскрывается феноменология принятия себя и открытости миру человека в ситуации болезни (Магомед-Эминов, 2014; Jacobsen, Andrykowski, 2015; Desautels, Savard, Ivers, 2018; Корниенко, Четина, 2019 и др.). Делается вывод о том, что люди старшего возраста, успешно справившиеся с последствиями влияния стрессора, характеризуются стремлением к доминированию, поддержанию оптимального уровня автономии, уверены в себе и в собственных ресурсах; для людей молодого возраста важна открытость к социальной поддержке; ощущение автономности, которое согласно данным литературы, соотносится субъектом с собственной успешностью и конкурентоспособностью.

В заключение первой главы делаются выводы о том, что психологические последствия переживания угрожающего жизни заболевания важно исследовать с учетом общих закономерностей, обусловленных, в том числе спецификой психотравмирующей ситуации, а также закономерностей, связанных с возрастными различиями.

В главе 2. «Методика исследования» обоснована релевантность диагностического инструментария, описаны используемые в работе методики: «ШОВТС» (Тарабрина, 2001); «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Тарабрина, 2001); «Фрайбургский личностный опросник» (Крылов, 1995); «Шкала базисных убеждений» (Падун, Котельникова, 2008); «Список личностных предпочтений» А. Эдвардса (Корнилова, Парамей, Ениколопов, 1995); «Анкета психологической безопасности» (Харламенкова, 2015); «Самочувствие Активность Настроение» (Доскин, Лаврентьева, Мирошников и др., 1973); Полуструктурированное интервью (составители – Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Ароян Л.Х.); сбор анамнеза. Дано обоснование применению ретроспективного анализа. Описываются методы статистической обработки данных: критерий Манна-Уитни (U); коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Rs); критерий Краскела-Уоллиса (H); критерий Вилкоксона (T); регрессионный анализ; дискриминантный анализ; критерий Джонкхиера-Терпстра; кластерный анализ; описательная статистика.

В качестве исследовательской базы выступил «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В выборку вошли люди разного возраста с общим диагнозом «доброкачественная менингиома». Основным критерий отбора – отсутствие клинически значимого когнитивного дефицита и психотических расстройств. Соблюдение данного критерия контролировалось группой психиатров НМИЦ нейрохирургии имени академика

Н.Н. Бурденко МЗ РФ под руководством д.мед.н., профессора О.С. Зайцева. 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 прошли второй этап в полном объеме. Был осуществлен контроль побочных переменных – фактора пола, влияния дополнительного стрессора, связанного с COVID-19. Анализ, проведенный с помощью Н-критерия Краскела-Уоллиса, не показал различий между выделенными в исследовании подгруппами по анализируемым нами характеристикам с учетом переменной – «локализация опухоли» ($p>0,07$). Различия в подгруппах, полученные с помощью U-критерия Манна-Уитни, представлены в соответствующих разделах анализа результатов в качестве описания частных случаев.

Выделены две возрастные группы: в первую из них вошли 37 человек (в возрасте от 30 до 54; $Me=46$), во вторую группу – 28 человек (в возрасте от 55 до 70; $Me=61$). Основанием деления выборки по возрасту стали данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и возрастная периодизация по Д.Б. Бромлею.

Перед началом беседы респондент подписывал информированное согласие на участие в исследовании. Первый этап исследования проводился после операции в день выписки пациента и включал полуструктурированное интервью, сбор анамнеза, а также проведение методики САН. Второй этап начинался спустя три месяца после постановки диагноза и не ранее чем через две недели после операции, включал проведение диагностического исследования и беседу с психологом.

В главе 3 «**Результаты исследования**» представлен анализ результатов диссертационного исследования.

В параграфе 3.1 «**Анализ психотравмирующей ситуации, связанной с постановкой диагноза «доброкачественная менингиома»**» рассмотрены результаты интервью, данные методики САН и Анкеты психологической безопасности. Проверяется *первая гипотеза* исследования.

При анализе ответов на вопросы *полуструктурированного интервью* установлено, что ситуация постановки диагноза рассматривается респондентами в качестве стрессового психотравмирующего события, сопровождающегося переживанием отчаяния и беспомощности. Выявлено, что ситуация заболевания затрагивает все сферы жизни человека (семейные и социальные отношения, отношение к себе), вызывая негативные переживания. Больше половины пациентов испытывает страх, в том числе страх смерти, страх перед операцией, страх по поводу появления когнитивных дисфункций и в целом – страх потери себя как личности; интенсивным становится желание контролировать действия других людей, события, связанные с болезнью. В тяжелой жизненной ситуации важным оказывается ощущение собственной нужности и значимости, компетентности и востребованности и, в целом – принятие себя, что помогает человеку сохранить оптимальный уровень автономности, чувствовать себя независимым от других. Социальная поддержка, которую пациент готов принять, должна внушать доверие и быть построена на паритетных основаниях. Взгляд в будущее во многом опосредован прошлым опытом и интенсивностью переживания ситуации болезни. Последняя рассматривается либо как переломный жизненный момент, благодаря которому можно изменить вектор жизни и систему приоритетов, либо как отягчающее жизненное событие, несущее дополнительные трудности и негативные изменения.

Для оценки физического и эмоционального состояния пациента использовалась методика «*Самочувствие Активность Настроение*» (САН). Первое тестирование было проведено через несколько дней после операции (3-6 дней): показатели самочувствия (Med=51) и настроения (Med=62) пациентов оказались в пределах нормы, а активности – на границе нормы (Med=45). Второе тестирование было проведено через несколько недель (3-4 недели) после выписки пациента. Различия между первым и вторым тестированием (Т критерий Вилкоксона на уровне значимости $p < 0,05$) выявлены по шкале «Активность» ($T=503,5$; $p=0,01$); различий по показателям настроения (шкала «Настроение» $T=670$; $p=0,2$) и самочувствия (шкала «Самочувствие» $T=573$; $p=0,07$) не выявлено. Результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на улучшение физического состояния, эмоциональный фон остается в пределах нормы, но не улучшается.

Проведенный анализ представлений о психологической безопасности позволил понять, какие ресурсы включаются респондентами (имплицитная модель совладания с угрозой) в перечень средств совладания с жизненной ситуацией, обусловленной угрожающим жизни заболеванием (*Анкета психологической безопасности*). Для более детального анализа данных были отобраны дескрипторы, сумма баллов по которым превышала 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 ($n=18$), которые были прокластеризованы (кластерный анализ, метод K-means) и сгруппированы в пять кластеров (количество кластеров выделено на основе анализа дендрограммы).

В *первый* кластер вошли такие дескрипторы как жизненный опыт, опытность; компетентность, ум; здоровье; уверенность в себе; уверенность в окружении; дом, жилье; во *второй* – свобода; самореализация; в *третий* – позитивное окружение; надежный спутник, опора; надежные друзья, верность; поддержка, помощь; в *четвертый* – равновесие, стабильность; защита, защищенность; избегание опасных ситуаций; обдумывание, прогнозирование; в *пятый* – контроль ситуации; самосохранение.

Согласно полученным данным, стремление к самоактуализации и самореализации, желание выйти за пределы психотравмирующего события оказываются значимыми для обследуемой выборки. Потребность в самореализации выступает индикатором активности субъекта, показателем его конкурентоспособности и востребованности, маркером компетентности и самоуважения. Тема болезни, безусловно, остается актуальной и рассматривается респондентами как тяжелое жизненное событие, при этом не менее значимым становится сохранение баланса между стремлением к контролю ситуации и интересом к другим жизненным задачам. Важным оказывается не только уверенность в окружении, но и уверенность в себе, ориентация на собственный опыт, связанный, в том числе с памятью на пережитые жизненные события (сохранность интеллектуальных функций) и с ощущением устойчивости личностной идентичности (уверенность в себе, открытость миру и новому опыту, суверенность личностных границ). Именно поэтому, конструктивное принятие социальной поддержки может быть реализовано при сохранении взаимоотношений, построенных на паритетных основаниях, без нарушения и деформации личностных границ пациента. Наряду с этим, в связи с пониманием собственной уязвимости (особенно в ранний постоперационный период) пациенты также испытывают потребность в защищенности и стабильности.

В завершение параграфа делается вывод о подтверждении *первой* гипотезы.

Параграф **3.2. «Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» в разных возрастных группах»** посвящен анализу психологических последствий влияния стрессора высокой интенсивности – сообщения о диагнозе «доброкачественная менингиома».

Приведены данные о делении выборки на подгруппы с учетом возраста и уровня ПТС: Группа «СВ» (средний возраст $n=37$) 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» (пожилой возраст $n=28$) была разделена ($Me=26$) на подгруппы с низким («ПВ низкий ПТС» ($n=14$)) и высоким («ПВ высокий ПТС» ($n=14$)) уровнями ПТС.

В подпараграфе **3.2.1 «Возрастные различия в уровне посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома»»** анализируются психологические последствия постановки диагноза «доброкачественная менингиома» в *разных возрастных* группах пациентов при *ПТС одного уровня* («СВ низкий ПТС» и «ПВ низкий ПТС»; «СВ высокий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»). Рассматриваются данные, полученные с помощью методик: ШОВТС, SCL-90-R и FPI (U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, тест Джонкхиера-Терпстра на уровне значимости $p<0,05$).

Проведен анализ особенностей *посттравматического стресса* в подгруппах с ПТС одного уровня, но разного возраста (приводятся данные методики «ШОВТС»), проверяется *вторая гипотеза* исследования. Показано, что при сравнении результатов, полученных в подгруппах респондентов с *низким* уровнем посттравматического стресса разного возраста, различий в симптомах ПТС не наблюдается ($p>0,05$).

При *высоком* уровне посттравматического стресса у респондентов *старшего возраста* выявлены более высокие показатели по симптомам *вторжения* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=281,5; «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=313,5 – $U=71,5$; $p=0,02$), *физиологической возбудимости* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=293,5; «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=301,5 – $U=83,5$; $p=0,05$), включая *общий уровень ПТС* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=276,5; «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=318,5 – $U=66,5$; $p=0,01$). Специфика указанных симптомов ПТС позволяет констатировать, что люди старшего возраста, испытывающие сильные эмоции, стресс, в большей степени фиксированы на болезни, тревожны, насторожены, напряжены.

Исследуется *психопатологическая симптоматика* в подгруппах с ПТС одного уровня и разного возраста (приводятся данные методики «SCL-90-R»).

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 (U критерий $p>0,05$). При *высоком* уровне ПТС выявлены различия по шкале *соматизация* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=280; «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=315 – $U=70$; $p=0,01$).

Показано наличие сопряженности возраста и соматизации ($Rs=0,3$; $p=0,02$). Результаты 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) подтверждают, что с возрастом наблюдаются более выраженные показатели соматизации при высоком уровне ПТС.

Установлена связь соматизации с уровнем психотравматизации (ИТ) ($R_s=0,59$; $p=0,001$), отдельными симптомами ПТС – физиологической возбудимостью ($R_s=0,69$; $p=0,00004$) и вторжением ($R_s=0,58$; $p=0,001$).

Полученный результат объясняется тем, что причины появления соматизации у пациентов старшего возраста при высоком уровне ПТС могут быть связаны с объективно наступающим с возрастом ухудшением физического здоровья; наличием у пожилых людей проблем, обусловленных трудностями идентификации своих переживаний и их вербализацией (Ворошилова, Ефанов, 2009; Мелёхин, Сергиенко, 2017; Мусина-Мазнова, Сорокина, Потапова, 2017).

Делается вывод о том, что *вторая* гипотеза подтверждается частично и требует дальнейшей проверки.

Для проверки *третьей гипотезы* исследования проводится анализ *личностных особенностей* в подгруппах с ПТС одного уровня и разного возраста (приводятся данные полученные с помощью методики «FPI»).

Установлено, что при *низком* уровне посттравматического стресса респонденты *старшего возраста* характеризуют себя как *менее общительных* (шкала Общительность: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=294; «ПВ низкий ПТС» сум.ранг=171 – $U=66$; $p=0,05$) и более склонных к *интроверсии* (шкала Экстраверсия – Интроверсия «СВ низкий ПТС» сум.ранг=331,5; «ПВ низкий ПТС» сум.ранг=133,5 – $U=28,5$; $p=0,0003$) в отличие от респондентов среднего возраста. В старшем возрасте при *высоком* уровне ПТС существенно возрастают показатели *невротичности* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=283; «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=312 – $U=73$; $p=0,01$).

Проведенный корреляционный анализ данных выявил сопряженность показателей возраста и невротичности ($R_s=0,2$; $p=0,05$). Результаты 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) подтверждают, что с возрастом наблюдаются более выраженные показатели невротичности при высоком уровне ПТС. Установлено, что невротичность тесно связана со всеми психопатологическими симптомами ($R_s>0,53$; $p<0,004$), но наиболее тесной оказывается связь с симптомом соматизации ($R_s=0,83$; $p=1\cdot 10^{-7}$), а также с общим показателем посттравматического стресса ($R_s=0,6$; $p=0,0005$), в том числе с симптомами вторжения ($R_s=0,58$; $p=0,001$) и физиологической возбудимости ($R_s=0,7$; $p=4\cdot 10^{-5}$).

Делается вывод о предварительной частичной верификации *третьей гипотезы*. Отмечается, что при высоком уровне ПТС личностные особенности людей старшего возраста могут проявляться в виде признаков невротичности, которые свидетельствует о трудностях совладания со стрессом (невротичность сопутствует развитию психопатологической симптоматики). Данный результат объясняется тем, что в старшем возрасте может происходить намеренное или ненамеренное смещение внимания с эмоциональных проблем на проблемы, связанные с физическим состоянием (Бурчинский, 2019). Устанавливается, что нарастание психологических проблем, выраженное ощущение нездоровья затрагивают ценностную сферу людей этого возраста (Павлова, Сергиенко, 2019, с. 37-38). Невозможность правильно переработать эмоциональные переживания приводит к еще более серьезным психологическим проблемам (Halpern, Arnold, 2008), поэтому люди старшего возраста могут входить в группу риска развития ПТС высокого уровня.

В подпараграфе **3.2.2 «Посттравматический стресс и связанная с ним психопатологическая симптоматика, личностные особенности людей с диагнозом менингиома в среднем и старшем возрасте»** продолжен анализ психологических

последствий постановки диагноза «доброкачественная менингиома», сопоставляются люди *одного возраста с разным уровнем ПТС* («СВ низкий ПТС» и «СВ высокий ПТС»; «ПВ низкий ПТС» и «ПВ высокий ПТС»); рассматриваются данные, полученные с помощью методик: ШОВТС, SCL-90-R и FPI (U критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, дискриминантный анализ, регрессионный анализ на уровне значимости $p < 0,05$).

Рассмотрены особенности *симптомов посттравматического стресса* в подгруппах людей одного возраста с разным уровнем ПТС (представляются данные методики «ШОВТС»), продолжена проверка *второй гипотезы* исследования.

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 (U критерий Манна-Уитни $p < 0,00006$).

Раскрыта специфика симптомов посттравматического стресса, определяющаяся особенностями психотравмирующей ситуации и стрессором; проведено сопоставление с данными, полученными в других исследованиях, посвященных анализу переживаний людей с тяжелыми соматическими заболеваниями (Васильева, Караваева, Мизинова и др., 2020, с. 411). Показано, что признаки дезадаптации пациентов во многом обусловлены наличием симптомов психотравматизации, которые специфичны для людей имеющих угрожающее жизни заболевание, т.е. сопряжены с темой болезни.

Исследуется *психопатологическая симптоматика* в подгруппах людей одного возраста с разным уровнем ПТС (приводятся данные методики «SCL-90-R»).

Проведенное сравнение психопатологических симптомов у людей *среднего* возраста в зависимости от степени эмоционального переживания воздействия стрессора показало наличие значимых различий практически по всем шкалам методики SCL-90-R за исключением соматизации (Табл. 1).

Таблица 1. 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	0,002
PST	178,5	487,5	42,5	0,0002
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	0,009
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	198,5	467,5	62,5	0,002
Депрессия	193	473	57	0,001
Тревожность	203	463	67	0,003
Враждебность	221,5	444,5	85,5	0,016
Навязчивые страхи (фобии)	205,5	460,5	69,5	0,003
Паранойдность (паранойальность)	215,5	450,5	79,5	0,009
Психотизм	231,5	434,5	95,5	0,04

Схожий результат был получен при сравнении психопатологических симптомов в зависимости от уровня эмоционального переживания у людей *старшего* возраста (Табл. 2).

Таблица 2. 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	0,003
PST	137,5	268,5	32,5	0,003
PSDI	150,5	255,5	45,5	0,02
Соматизация	136	270	31	0,002
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	147	259	42	0,01
Интерперсональная чувствительность (межличностная сензитивность)	137	269	32	0,002
Депрессия	135	271	30	0,002
Тревожность	137	269	32	0,002
Враждебность	152	254	47	0,02
Навязчивые страхи (фобии)	156	250	51	0,03
Паранойдность (паранойальность)	146	260	41	0,01
Психотизм	158,5	247,5	53,5	0,04

Прим.: GSI – Общий индекс тяжести симптомов; PST – Общее число утвердительных ответов; PSDI – Индекс наличного симптоматического дистресса.

Полученные данные, приведенные в таблицах 1 и 2, свидетельствуют о том, что уровень психопатологической симптоматики в большей мере определяется степенью выраженности посттравматического стресса и в меньшей – возрастом респондента. Отмечается, что выявленная особенность наблюдается и при межгрупповом сравнении, 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*. Отмечено, что при локализации менингиомы в задних отделах полушарий показатели шкалы «Враждебность» значимо выше в группе пациентов с правополушарной локализацией по сравнению с левополушарной группой ($U=67,5$; $p=0,008$).

Результаты дискриминантного анализа показывают, что высокому уровню ПТС пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома» *вне зависимости* от их *возраста* сопутствуют такие психопатологические симптомы как *паранойальность* ($R_{dscr}=0,445$), *тревожность* ($R_{dscr}=0,437$), *депрессия* ($R_{dscr}=0,400$) и *межличностная сензитивность* ($R_{dscr}=0,372$). Корреляционный анализ подтверждает наличие тесной связи между этими симптомами ($R_s>0,5$; $p<2\cdot 10^{-5}$). Отмечается, что склонность к подозрительности при повышенной чувствительности к мнению Другого, тревога, негативный и иррациональный взгляд на себя и окружающий мир препятствуют эффективной саморегуляции в условиях воздействия исследуемого стрессора.

Делается вывод о том, что подобная конфигурация психопатологических симптомов создает наиболее весомые риски развития ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома», а при увеличении *паранойяльности* – риск развития ПТСР. Вывод о возможном развитии ПТСР при высоком уровне паранойяльности основан на результатах регрессионного анализа ($B=0,334$; Std. Error= $0,130$; Beta= $0,302$; $t=2,568$; Sig= $0,013$; Lower Bound= $0,073$; Upper Bound= $0,594$).

Выявленные психопатологические симптомы рассмотрены с позиции специфики их проявления у людей, имеющих угрожающее жизни заболевание (Grassi, Murri, Riba et al., 2020; Дейнека, 2020; Мирзоян, 2020). Делается вывод о том, что *вторая* гипотеза исследования подтверждается частично.

Представлен анализ *личностных особенностей* в подгруппах людей одного возраста с разным уровнем ПТС (приводятся данные, полученные с помощью методики «FPI»), продолжена проверка *третьей гипотезы* исследования.

Анализ данных показал, что в *среднем* возрасте более выраженные показатели *депрессивности* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= $174,5$ и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= $491,5$ – $U=38,5$; $p=0,0001$), *раздражительности* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= 230 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= 436 – $U=94$; $p=0,03$), *застенчивости* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= $195,5$ и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= $470,5$ – $U=59,5$; $p=0,001$), *эмоциональной лабильности* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= $192,5$ и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= $473,5$ – $U=56,5$; $p=0,001$), *интроверсии* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= 371 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= 295 – $U=85$; $p=0,01$) и более низкие показатели *общительности* («СВ низкий ПТС» сум.ранг= 396 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг= 270 – $U=60$; $p=0,001$) наблюдаются при высоком уровне ПТС.

В *старшем* возрасте высокому уровню ПТС сопутствуют и более выраженные показатели *депрессивности* («ПВ низкий ПТС» сум.ранг= $132,5$ и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг= $273,5$ – $U=27,5$; $p=0,001$), *раздражительности* («ПВ низкий ПТС» сум.ранг= $147,5$ и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг= $258,5$ – $U=42,5$; $p=0,01$), *эмоциональной лабильности* («ПВ низкий ПТС» сум.ранг= $141,5$ и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг= $264,5$ – $U=36,5$; $p=0,004$), и дополнительно – высокие показатели *невротичности* («ПВ низкий ПТС» сум.ранг= $137,5$ и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг= $268,5$ – $U=32,5$; $p=0,002$).

Рассмотрена специфика таких личностных особенностей как *депрессивность*, *раздражительность*, *эмоциональная лабильность*, которая и в *среднем*, и в *старшем* возрасте типично проявляется при высоком уровне ПТС. Показано, что сниженное настроение усиливает ряд переживаний, связанных, в частности со стигматизацией, способствует развитию ряда негативных эмоций, включая утрату надежды, потерю веры в себя и др., сопровождается апатией и стремлением к социальной изоляции (Williamson, Ostroff, Haque et al., 2020). Предрасположенность к частым сменам настроения (эмоциональная лабильность) не позволяет пациенту сосредоточиться на совладании с беспокойством, затрудняет оценку собственных ресурсов и вариантов предлагаемой помощи, способствует развитию сверхчувствительности и уязвимости (Sauer-Zavala, Wilne, Barlow, 2017; Benjamin, Bossarte, Guha et al., 2021 и др.). Присутствие в личностном профиле раздражительности свидетельствует о склонности к эмоциональной неустойчивости, что может препятствовать стойкости в достижении пациентом поставленной цели (Grassi, Murri, Riba et al., 2020).

Результаты дискриминантного анализа показывают, что у респондентов обеих возрастных групп депрессивность ($R_{dscr}=0,490$), эмоциональная лабильность ($R_{dscr}=0,339$), раздражительность ($R_{dscr}=0,302$) проявляются при высоком уровне ПТС. Согласно регрессионному анализу высокому уровню ПТС в наибольшей степени

сопутствует депрессивность ($B=0,497$; Std. Error= $0,127$; Beta= $0,460$; $t=3,911$; Sig= $0,000$; Lower Bound= $0,242$; Upper Bound= $0,751$).

Кроме общих для обоих возрастов особенностей, указывающих на риск развития ПТС, были выявлены возрастные различия в зависимости от уровня ПТС. У людей *среднего* возраста варьировались *общительность, застенчивость, экстраверсия-интроверсия*; у людей *старшего* возраста – *невротичность*. Результаты дискриминантного анализа показывают, что невротичность ($R_{dscr}=0,287$), склонность к застенчивому поведению ($R_{dscr}=0,4$) и сниженная общительность ($R_{dscr}=-0,174$) сопутствуют развитию ПТС.

Полученный результат объясняется тем, что в среднем возрасте при высоком уровне ПТС склонность пациента к избеганию межличностного взаимодействия может быть обусловлена страхом непринятия референтной группой; нежелание поделиться собственными переживаниями с другими, страх остаться непонятым в этом возрасте, лишают человека возможности критически отнестись к иррациональным убеждениям в собственной неполноценности (Canzona, Ledford, Fisher et al., 2018). В старшем возрасте развитию тяжелых психологических последствий способствуют низкое самоуважение и наличие проблем в регуляции эмоционального состояния. Делается вывод о том, что *третья* гипотеза подтверждается частично.

В заключение параграфа приведена схема, обобщающая данные, полученные на этом этапе исследования (Рис. 1).



Рис. 1. Психологические последствия влияния стрессора, связанного с угрожающим жизни заболеванием, с учетом особенностей, обусловленных возрастом

Таким образом установлено, что 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 являются

депрессивность, эмоциональная лабильность, раздражительность. В среднем возрасте высокий уровень ПТС связан, в том числе с избеганием межличностного взаимодействия. В старшем возрасте высокому уровню ПТС сопутствует низкое самоуважение и соматизация тревоги.

В параграфе 3.3. «Ресурсы совладания с психологическими последствиями угрожающего жизни заболевания» 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 (U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Rs-Спирмена, дискриминантный анализ, регрессионный анализ на уровне значимости $p < 0,05$). Проверяется *четвертая* и *пятая гипотезы* исследования. Особое внимание уделяется анализу подгрупп с низким уровнем посттравматического стресса.

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

Приведены результаты сравнения показателей базисных убеждений респондентов разного возраста с одинаковым по уровню ПТС. Согласно полученным данным, различий в базисных убеждениях людей среднего и старшего возраста с низким уровнем ПТС не обнаружено; подобная тенденция наблюдается и при высоком уровне ПТС.

Установлено, что особенности базисных убеждений респондентов среднего и старшего возраста в большей степени определяются показателями посттравматического стресса.

В *среднем* возрасте в зависимости от уровня посттравматического стресса выявлены различия в таких показателях методики WAS как «*Образ Я*» (Актуальная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=392,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=273,5 – $U=63,5$; $p=0,002$; Ретроспективная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=390,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=275,5 – $U=85,5$; $p=0,02$), «*Удача*» (Актуальная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=364,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=301,5 – $U=91,5$; $p=0,03$; Ретроспективная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=402 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=264 – $U=74$; $p=0,006$), «*Убеждение о контроле*» (Актуальная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=368,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=297,5 – $U=87,5$; $p=0,02$; Ретроспективная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=385 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=281 – $U=91$; $p=0,03$). Полученные данные объясняются тем, что убеждения в ценности и значимости своего Я, а также в удаче и возможностях контроля позволяют человеку быть избирательно открытым к информации и оценкам (Знаков, 2002), чувствовать большую свободу, уверенность. В настоящем пациенты среднего возраста более убеждены в собственной удаче и справедливости происходящих с ними событий, по сравнению с опытом оценки себя до болезни (шкала «Справедливость» актуальная / ретроспективная оценка – $T=12$, $p=0,03$; шкала «Удача» актуальная / ретроспективная оценка – $T=14$, $p=0,05$).

Анализ специфики базисных убеждений в зависимости от уровня посттравматического стресса у респондентов *старшего* возраста показал, что при низком уровне ПТС значения по шкале «*Образ Я*» выше, чем при высоком ПТС (Актуальная оценка: «ПВ низкий ПТС» сум.ранг=248 и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=158 – $U=53$; $p=0,04$), при этом различий по шкалам «Удача» и «Убеждение о контроле» не обнаружено. Оказалось, что люди этого возраста с низким ПТС больше

доверяют себе, своему опыту, менее зависимы от внешних оценок (Знаков, 2002), воспринимают тяжелое заболевание со смирением, имеют сформированное представление о себе и мире – различия в базисных убеждениях при сравнении до и после болезни (ретроспективная и актуальная оценки) не выявлены (Т-критерий Вилкоксона $p > 0,05$).

Выявлены значимые различия в показателях некоторых шкал в зависимости от локализации менингиомы. Показано, что у пациентов с правополушарными менингиомами (как передних, так и задних отделов полушария) показатели шкалы «Образ Я» (ретроспективная оценка) были выше по сравнению с локализацией в задней левой области ($U=14,5$; $p=0,05$ и $U=66$; $p=0,01$ – соответственно); при локализации в задней левой области показатели по шкале «Удача» (актуальная оценка) были ниже по сравнению с локализацией в передней левой области ($U=42,5$; $p=0,04$); а при левой передней локализации показатели по шкале «Справедливость» (актуальная оценка) оказались выше по сравнению с локализацией в правой передней области ($U=6,5$; $p=0,05$).

Проведенный дискриминантный анализ показывает, что представления о ценности и значимости своего Я (Актуальная оценка: $R_{dscr}=-0,391$; Ретроспективная оценка: $R_{dscr}=-0,242$), уверенность в удаче (Актуальная оценка: $R_{dscr}=-0,252$; Ретроспективная оценка: $R_{dscr}=-0,278$) и возможности контроля (Актуальная оценка: $R_{dscr}=-0,222$; Ретроспективная оценка: $R_{dscr}=-0,237$) проявляются при низком уровне ПТС. По данным регрессионного анализа убеждение в контроле ($B=-0,316$; Std. Error=0,118; Beta=-0,321; $t=-2,682$; Sig=0,010; Lower Bound=-0,552; Upper Bound=-0,079) и удаче ($B=0,361$; Std. Error=0,133; Beta=0,366; $t=2,708$; Sig=0,009; Lower Bound=0,094; Upper Bound=0,629) (представлены актуальные оценки) сопутствуют низкому уровню ПТС. Важность актуализации представленных ресурсов объясняется спецификой болезни. Наличие позитивных представлений о своей идентичности помогает преодолеть страхи, связанные с появлением когнитивных дисфункций, а убеждения в контроле и удаче – справиться с тревогой, вызванной неопределенностью ситуации болезни.

Исследованы особенности *мотивации* у людей, переживающих угрожающее жизни заболевание, которые позволяют личности реализовать ее внутренний потенциал, проявить активность, выйти за рамки психотравмирующего опыта (рассматриваются данные, полученные с помощью методики «EPPS»).

Различия между подгруппами разного возраста с низким уровнем ПТС выявлены не были; при высоком уровне ПТС различия получены по шкале *Автономия* («СВ высокий ПТС» сум.ранг=382 и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=146 – $U=68$; $p=0,04$). Показано, что мотивация людей разных возрастных групп меняется при учете уровня ПТС и в зависимости от возраста может быть ресурсом для одной возрастной категории (старший возраст) и анти-ресурсом – для другой (средний возраст).

Были установлены различия между подгруппами одного возраста с разным уровнем ПТС.

Люди *среднего возраста* с низким уровнем ПТС умеют контролировать *Чувство вины* (Актуальная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=192,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=437,5 – $U=72,5$; $p=0,01$; Ретроспективная оценка: «СВ низкий ПТС» сум.ранг=184,5 и «СВ высокий ПТС» сум.ранг=445,5 – $U=64,5$; $p=0,004$), что свидетельствует об их способности рационально интерпретировать мнения и оценки о себе окружающих людей ($R_s=-0,4$; $p=0,02$ – «Образ Я» и «Чувство вины»), проявлять открытость, инициативу, поддерживая оптимальный уровень продуктивности и включенности в ритм жизни общества. В *старшем* возрасте при низком уровне ПТС

значимой является мотивация *Доминирования* (Ретроспективная оценка: «ПВ низкий ПТС» сум.ранг=226 и «ПВ высокий ПТС» сум.ранг=125 – $U=34$; $p=0,01$), которая свидетельствует о стремлении к самостоятельному принятию решений, отстаиванию своего мнения; способствует проявлению силы Эго у людей этого возраста ($R_s=0,4$; $p=0,04$ – «Образ Я» и «Доминирование»).

Установлено, что более высокие значения по шкале «Чувство вины» (актуальная оценка) отмечаются при локализации менингиомы в задних отделах левого полушария по сравнению с локализацией менингиомы в передних отделах правого полушария ($U=10$; $p=0,05$).

Проведенный дискриминантный анализ подтвердил данные о том, что уровень ПТС у людей с диагнозом «доброкачественная менингиома» сопряжен с умением справляться с чувством вины (Ретроспективная оценка: $R_{dscr}=0,327$ и Актуальная оценка: $R_{dscr}=0,199$), стремлением к доминированию (Ретроспективная оценка: $R_{dscr}=-0,217$).

Рассмотрены некоторые *личностные особенности*, способствующие совладанию с влиянием стрессора (анализируются данные методики «FPI»).

Установлено, что людям с низким уровнем ПТС *среднего* возраста свойственны социальная смелость (низкий показатель застенчивости) и открытость к диалогу (высокий показатель общительности). Подобные личностные особенности связаны с убеждением о ценности и значимости 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»). У людей *старшего* возраста с низким уровнем ПТС выявлены эмоциональная устойчивость, самоуважение (низкий показатель невротичности). Представленные результаты согласуются с данными о связи личностных особенностей и уровня ПТС, описанными ранее (см. дискриминантный анализ в подпараграфе 3.2.2).

В заключение параграфа приведена схема, обобщающая данные, полученные на этом этапе исследования (Рис. 2). Делается вывод о том, что *четвертая* и *пятая* гипотезы исследования подтверждены частично.



Рис. 2. Психологические ресурсы совладания с угрожающим жизни заболеванием с учетом особенностей, обусловленных возрастом

Таким образом показано, что для совладания со стрессором высокой интенсивности – сообщением о диагнозе «доброкачественная менингиома», 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 справляться 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 влияния стрессора высокого уровня интенсивности в старшем возрасте.

В **обсуждении результатов** дается интерпретация основных результатов проведенной работы в сопоставлении с теоретико-методологическими основами диссертационного исследования. Показывается, что систематизация биологических, социальных, психосоциальных и иных аспектов различных заболеваний, способствует более полному пониманию сложной природы этого явления. Рассматривается вопрос о том, что психологические последствия воздействия негативного события определяются не только уровнем, но и спецификой его влияния, а также субъективной оценкой исходящей от этого события угрозы, что соотносится с представлениями человека о своей ресурсности, о возможностях совладания с тревогой, с осознанием необходимости изменения жизни (Иосифян, Арина, Николаева, 2019). Устанавливается факт воздействия посттравматического стресса, степени его интенсивности на психическое состояние человека (Horowitz, 1986; Тарабрина, 2008). Наряду с этим отмечается, что системное понимание психологических последствий влияния стрессора высокой интенсивности, связанного с угрожающим жизни заболеванием, может быть осуществлено при учете переменной «возраст», т.к. исследуемый стрессор затрагивает наиболее значимые сферы жизни, ценности, которые различаются у людей разного возраста (Знаков, 2002; Павлова, Сергиенко, 2019). Указывается, что при всей тяжести психологических последствий, влияние исследуемого стрессора безусловно. Различия в картине психологических последствий связаны с разнообразием «внутренних условий» личности, системой личностных особенностей (С.Л. Рубинштейн). Имея внутренний потенциал (А.В. Брушлинский), человек способен адаптироваться к экстремальным условиям среды, что предполагает «выход» за пределы стрессовой ситуации, выход за границы своих возможностей (Л.И. Анцыферова). Устанавливается, что ресурсы совладания со стрессором подобного типа связаны с системой таких психологических возможностей как принятие личностью себя и ее открытость миру, которые имеют свою специфику проявления в зависимости от возраста человека.

В **заключение** диссертационной работы подводятся итоги диссертационного исследования, делаются **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.

Основные научные положения диссертационного исследования Никитиной Д.А. отражены в следующих публикациях:

Статьи в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ для публикации результатов диссертационных исследований по специальности 19.00.13:

1. **Никитина Д.А.** Экстернальная и интернальная направленность личности пациента с тяжелым соматическим заболеванием // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Т. 27. № 1. С. 120–125.

2. **Никитина Д.А.** Особенности жизненной перспективы у пациентов с диагнозом "менингиома" // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Т. 25. № 3. С. 108–111.

3. Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., **Никитина Д.А.**, Кормилицына А.Н. Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 150–167.

4. Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., **Никитина Д.А.** Метод триад при психологическом исследовании сложных объектов // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 37–46.

5. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3 (87). С. 32–49.

Публикации в других изданиях:

6. **Nikitina D.** Features of basic beliefs and personality traits in people with a benign brain tumor // XIII Congreso Internacional y XVIII Congreso Nacional de Psicología Clínica. 11-14 De Noviembre de 2020. P. 288.

7. **Никитина Д.А.** Ретроспективная и актуальная оценка мотивации при угрожающем жизни заболевании // Психологические исследования: Вып. 10 / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2020. С. 168–177.

8. **Никитина Д.А.** Особенности мотивации у людей, переживающих ситуацию опасного для жизни заболевания // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2020. С. 154–160.

9. Шаталова Н.Е., **Никитина Д.А.** Объяснение причин заболевания пациентами с диагнозом «менингиома» // Личность и вызовы современности: интерпретация проблем различными научными школами / Под ред. З.И. Рябикиной, В.В. Знакова. Майкоп: Адыгейский гос. ун-т; Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2020. С. 280–283.

10. Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Природа посттравматического стресса при угрожающих жизни заболеваниях // Вестник Российского фонда фундаментальных исследований. 2019. № 4 (104). С. 49–58.

11. **Nikitina D.** Psychological consequences arising after the diagnosis of «meningioma» // XII Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica. Santander (España), 13-16 de noviembre de 2019. P. 554–555.

12. **Nikitina D.,** Kharlamenkova N. Psychopathological symptomatology and personality characteristics of patients diagnosed with “meningioma” with different post-traumatic stress rates // ESTSS 2019 Rotterdam Poster Abstract Book. European Journal of Psychotraumatology. 2019. 10:sup 1, 1613837. P. 26.

13. **Никитина Д.А.** Интравертная направленность личности при отсроченном переживании воздействия стрессора высокой интенсивности // Психология и современный мир: материалы Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. Архангельск: Изд-во РАО, 2019. С. 40–45.

14. **Никитина Д.А.** Посттравматический стресс как отсроченная реакция на травматическое событие "угрожающее жизни заболевание" // Актуальные проблемы психологической науки. Сборник статей и выступлений международной научной конференции / Под редакцией Е.С. Горбуновой. Красноярск: Изд-во «Общество с ограниченной ответственностью "Научно-инновационный центр"», 2019. С. 276–278.

15. **Никитина Д.А.** Специфика психологических последствий опасного заболевания с учетом выраженности отдельных симптомов посттравматического стресса // Психология – наука будущего: Материалы VIII Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». 19–20 ноября 2019 года, Москва / Отв. ред. Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенкова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2019. С. 298–302.

16. Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Сопряженность признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у больных с диагнозом менингиома // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. Материалы Третьей научной конференции. Казань, 8–10 ноября 2018 г. / Отв. ред. Б.С. Алишев, А.О. Прохоров, А.В. Чернов. Казань: Изд-во Казанского Университета, 2018. С. 536–539.

17. Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Личностные особенности и базисные убеждения при разном уровне посттравматического стресса у пациентов с диагнозом "менингиома" // Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности / Отв. ред. В.В. Знаков, А.Л. Журавлев. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2018. С. 1929–1936.

18. **Никитина Д.А.,** Харламенкова Н.Е. Посттравматический стресс и особенности мотивации у пациентов с диагнозом менингиома в постоперационном периоде // Психология и современный мир / Сборник статей: Материалы Всероссийской научной

конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. М.: Изд-во: Российская академия образования, 2018. С. 274–279.

19. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика при тяжелых соматических заболеваниях // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Сер. "Труды Института психологии РАН". М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 242–263.

20. Падун М.А., Кузнецова Л.Х., **Никитина Д.А.**, Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В. Когнитивные стратегии регуляции эмоций у лиц с доброкачественными опухолями головного мозга: феноменологическое исследование // Процедуры и методы экспериментально-психологических исследований. / Сер. "Интеграция академической и университетской психологии" М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 490–497.

21. Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., **Никитина Д.А.** Психопатологическая симптоматика и посттравматический стресс при разных онкологических заболеваниях // Ананьевские чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра / Материалы международной научной конференции: в 2-х томах. СПб: Изд-тво «ИД "ФАРМиндекс"», 2016. С. 170–171.

22. **Никитина Д.А.** Оценка психопатологической симптоматики у пациентов с диагнозом "менингиома" при разном уровне посттравматического стресса // Психологические исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 131–142.

23. **Никитина Д.А.**, Кузнецова Л.Х. Психологическая безопасность и базисные убеждения у пациентов с диагнозом менингиома с разным уровнем посттравматического стресса // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Владивосток: Изд-во «Центр клинической и прикладной психологии». 2016. № 6. С. 309–317.

24. **Никитина Д.А.** Посттравматический стресс у больных с диагнозом "менингиома" // Психология – наука будущего. Материалы VI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». 19–20 ноября 2015 года, Москва / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 324–328.

25. Харламенкова Н.Е., **Никитина Д.А.** Психологические последствия влияния на человека опасного для жизни заболевания: анализ случая // Естественно-научный подход в современной психологии / Отв. ред. В.А. Барабанщиков. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. С. 873–879.