

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2023, Том 11, № 4 / 2023, Vol. 11, Iss. 4 <https://mir-nauki.com/issue-4-2023.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/25PSMN423.pdf>

5.3.7. Возрастная психология (психологические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Никитина, Д. А. Специфика обращения пациентов при угрожающем жизни заболевании к эксплицитным ресурсам совладания с последствиями психотравматизации / Д. А. Никитина // Мир науки. Педагогика и психология. — 2023. — Т. 11. — № 4. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/25PSMN423.pdf>

For citation:

Nikitina D.A. The specifics of the treatment of patients with a life-threatening disease to explicit resources of coping with the consequences of psychotraumatization. *World of Science. Pedagogy and psychology*. 2023; 11(4): 25PSMN423. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/25PSMN423.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.)

Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2023-0005 «Онто- и субъектогенез психического развития человека в разных жизненных ситуациях»

УДК 159.9.07

Никитина Дарья Алексеевна

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия

Научный сотрудник

Кандидат психологических наук

E-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=937925

WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/ABE-8022-2021>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57422486000>

Специфика обращения пациентов при угрожающем жизни заболевании к эксплицитным ресурсам совладания с последствиями психотравматизации

Аннотация. Актуальность исследования ресурсности субъекта в условиях переживания ненормативного кризиса связана с тем, что полноценная реабилитация пациента включает не только физическое выздоровление, но и восстановление психологического благополучия. На сегодняшний день не до конца изученным остается вопрос о том, что затрудняет эффективное использование личностью эксплицитных ресурсов. Цель исследования состояла в том, чтобы изучить особенности имплицитного обращения пациентов при угрожающем жизни заболевании в период взрослости к эксплицитным ресурсам совладания с последствиями психотравматизации. Автор предполагал, что при высоком уровне посттравматического стресса у пациента наблюдается острое переживание психотравмирующей ситуации, выражающееся отчаянием, что в соотношении со стремлением личности к дистанцированию от проблем, препятствует рациональному обращению субъекта к эксплицитным ресурсам совладания со стрессом. Участниками исследования стали 65 пациентов (возраст от 30 до 70 лет, *Me* — 54 года), имеющих диагноз менингиома доброкачественного характера. В исследовании были использованы следующие методики: «ШОВТС» (IES-R); Полуструктурированное интервью; «Анкета психологической безопасности». Статистическая обработка данных включала описательную статистику, U критерий Манна-Уитни, кластерный анализ (метод K-means), критерий углового преобразования Фишера (φ). Результаты исследования, представленные в статье, показали, что эксплицитными ресурсами совладания с негативными переживаниями болезни вне зависимости от ПТС пациента выступают:

социальная и профессиональная поддержка, сохранение позитивного настроения, владение информацией, которым сопутствует имплицитное стремление личности к контролю ситуации и самосохранению. В статье продемонстрировано, что в качестве индикаторов эффективного обращения субъекта к эксплицитным ресурсам могут быть рассмотрены: избирательность человека по отношению к информации и помощи, проявление активности и терпеливости, стремление поддерживать суверенность личностных границ, умение переключаться на другие значимые сферы жизни. Индикаторами неэффективного обращения могут являться: отчаяние, склонность человека выбирать ненадежные источники информации, стремление к иррациональной самопомощи, уходу от решения проблемы.

Ключевые слова: посттравматический стресс; отчаяние; угрожающее жизни заболевание; менингиома; эксплицитные ресурсы; имплицитные ресурсы; психологическая безопасность

Введение

Результаты современных исследований в области психологии посттравматического стресса все чаще фокусируют внимание ученых на роли активности субъекта в переживании экстремальных событий. Особый интерес при освещении данной проблемы вызывают стрессоры, которые принято относить к эндогенной угрозе (например, угрожающее для жизни заболевание), где индивид выступает не только мишенью психотравматизации, но и является неотделимым от психотравмирующего фактора.

В начале болезни многие пациенты нивелируют степень тяжести своего физического недомогания. По этой причине правильный диагноз, не только помогает им более объективно оценить ситуацию, понять истинные причины своего физического недуга, но и может способствовать развитию негативных эмоциональных переживаний [1].

Сообщение человеку о его нездоровье вызывает стресс и множество страхов, в случае угрожающего жизни заболевания — страх преждевременной смерти. Для пациентов, имеющих опухоль головного мозга, дополнительно может быть характерно острое переживание страха появления когнитивных дисфункций, которые в действительности могут появляться только у части больных [2–4].

Информация о характере болезни привносит в повседневность человека не только негативные переживания, но и ставит субъекта перед выбором пути, способов и средств, которые помогли бы ему справиться с экстремальной жизненной ситуацией. Известно, что воздействие стрессора не предопределяет развитие тяжелых психологических последствий (в частности, посттравматического стресса) у каждого человека. Рациональное обращение субъекта к ресурсам даже в сложной жизненной ситуации является ключевым фактором в поддержании его психологического благополучия [5].

Ресурсы субъекта, обладающие потенциальной значимостью при совладании с последствиями воздействия стрессора, могут быть как эксплицитными, так и имплицитными. Эксплицитные ресурсы характеризуются тем, что обычно человек поначалу уверен в результативности обращения к ним и их полезности. Они конкретны, преимущественно шаблонны, не всегда согласованы с актуальным контекстом ситуации [6]. Имплицитные ресурсы менее осознанны, обращение к ним во многом происходит интуитивно. Данный тип скорее представляет сложную систему, где помимо внутренних условий личности (включая особенности мотивации, убеждений и т. д.), важным становится соотношение оценки субъектом степени угрозы жизни и собственных возможностей [7].

В качестве одного из внешних ресурсов пациенты обычно эксплицитно рассматривают профессиональную поддержку врачей. Квалифицированная помощь, с одной стороны, является неотъемлемой частью успешной реабилитации пациента, а с другой, оказывает психотерапевтический эффект — помогает личности сохранять веру и надежду на преодоление тяжёлой болезни, даёт ощущение контроля в ситуации неопределённости. Эффективность данной поддержки определяется спецификой комплаенса между врачом и пациентом, который во многом носит имплицитный характер [8]. Ограничениями такого ресурса выступают: длительность ожидания положительного результата, присутствие риска рецидива болезни даже при успешном лечении, необходимость проявления со стороны пациента терпения и активной включённости в процесс собственной реабилитации и др. Подобные ограничения иногда препятствуют поддержанию стабильной уверенности пациента в результативности оказываемой ему помощи [1].

Другим эксплицитным внешним ресурсом для пациентов выступает социальная поддержка. Переживание трудной жизненной ситуации вызывает у многих людей потребность в сочувствии и понимании. По причине снижения собственного физического потенциала для личности становится особо важно чувствовать возможность опоры на других людей в определенных жизненных сферах. Рациональное обращение к данному ресурсу предполагает умение субъекта быть интуитивно избирательным к вариантам помощи и как не парадоксально — автономным. Ограничением социальной поддержки является то, что она не всегда учитывает суверенность личностных границ человека, нуждающегося в ней [9], причиной чего нередко выступают сформировавшиеся в обществе стереотипы по отношению к тяжело больным людям [10].

К эксплицитным внутренним ресурсам можно отнести самоотчет пациента о том, что он стремится сохранять позитивный настрой и не фиксируется на случившемся. Несмотря на то, что такое решение на первый взгляд выглядит исключительно положительным, существует весомая разница в том, какие имплицитные чувства связываются с данным высказыванием. Отвлечение от стрессового события действительно во многом помогает человеку успешно справляться с последствиями переживаемого им стресса, позволяет выйти за рамки психотравмирующего опыта и реализовать себя вопреки тяжелым обстоятельствам. Однако существует и иной скрытый подтекст такой личностной направленности, который выражается, например, в том, что субъект не принимает ситуацию болезни [1].

Еще одним эксплицитным внутренним ресурсом для пациентов выступает ощущение контроля ситуации, что позволяет им чувствовать свою уверенность в завтрашнем дне и сохранять надежду на выздоровление в отдаленной перспективе. Риск развития сверхактивного контроля ситуации часто встречается у тревожных пациентов. Особое усердие в контроле событий в итоге в большей степени истощает человека, а результат обычно не приносит морального удовлетворения и должного эффекта. Происходит это потому, что личность неосознанно продолжает ставить перед собой нереалистичные задачи, достижению которых препятствует сама ситуация [11].

Представленный анализ свидетельствует о том, что эксплицитные ресурсы, несмотря на их порой очевидную полезность, недоступны человеку в готовом виде. Качественное обращение к ним оказывается тесно связанным с актуализацией имплицитных ресурсов, с тем, как субъект оценивает степень угрозы его жизни и с тем, как он представляет способы редукции своего эмоционального напряжения. Следует предположить, что возможным индикатором сверхинтенсивного переживания угрозы жизни пациентом выступает отчаяние. Подобного рода эмоциональное состояние, скорее всего, затрудняет выбор в пользу адекватных ситуации способов совладания со стрессом [12]. В свою очередь стремление личности к выходу за пределы психотравмирующего события (проявление гибкости), по нашему мнению, является

одним из основных имплицитных ресурсов преодоления психологической травматизации [2]. Причем рациональный выход за пределы экстремальной ситуации не предполагает игнорирование или отрицание личностью проблем, а скорее включает потребность субъекта в самореализации, поддержании интереса к другим значимым сферам жизни с учетом принятия пациентом некоторых ограничений ситуации болезни. В этом случае индикаторами выбора пациентом малоэффективных способов редукации эмоционального напряжения могут выступать: дистанцирование от психотравмирующей ситуации, либо сверхценность болезни.

Методы исследования

Цель исследования состояла в том, чтобы изучить особенности имплицитного обращения пациентов при угрожающем жизни заболевании в период взрослости к эксплицитным ресурсам совладания с последствиями психотравматизации.

В исследовании мы предполагали, что при высоком уровне посттравматического стресса у пациента наблюдается острое переживание психотравмирующей ситуации, выражающееся отчаянием, что в соотношении со стремлением личности к дистанцированию от проблем, препятствует рациональному обращению субъекта к эксплицитным ресурсам совладания со стрессом.

Участниками исследования стали 65 пациентов (60 женщин и 5 мужчин в возрасте от 30 до 70 лет, Me — 54 года), имеющих диагноз менингиома доброкачественного характера. Основным критерием отбора респондентов исследования являлось отсутствие признаков когнитивного дефицита и психотических расстройств. Соблюдение данного критерия контролировалось группой психиатров НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко. Другими строго соблюдающимися критериями исключения респондента из выборки были: наличие злокачественной менингиомы, множественных менингиом, менингиомы лобных долей, тяжелого анамнеза по другим заболеваниям, рецидивирующей менингиомы; появления осложнений после операции; начало прохождения курса интенсивного лечения. С каждым респондентом была проведена индивидуальная беседа и диагностика. Все обследуемые подписывали информированное согласие.

В качестве методик исследования были выбраны: «ШОВТС» (Impact of Event Scale — IES-R) в адаптации Н.В. Тарабриной для оценки выраженности уровня психотравматизации респондентов [13]; Полуструктурированное интервью, составленное Н.В. Тарабриной, Н.Е. Харламенковой, М.А. Падун, Л.Х. Ароян, включающее рекомендованные вопросы С. Квале, для исследования особенностей эксплицитных ресурсов в выборке [14]; «Анкета психологической безопасности», разработанная Н.Е. Харламенковой с коллективом соавторов [15], для изучения специфики имплицитных ресурсов (особенностей обращения к эксплицитным ресурсам) респондентов в совладании со стрессом высокого уровня интенсивности.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием Statistica_10 и включала в себя: описательную статистику (вычислялись медианы (Me); значения верхнего (UQ) и нижнего (LQ) квартилей; дисперсия (D)), U критерий Манна-Уитни, кластерный анализ (метод K-means), критерий углового преобразования Фишера (ϕ) — на уровне значимости $p < 0,05$.

Перед началом анализа респонденты были разделены на две группы по уровню психотравматизации (Интегральный показатель методики «ШОВТС» — Me = 24): «Низкий ПТС» (Me = от 0 до 24), «Высокий ПТС» (Me = от 25 до 98). Высокий показатель посттравматического стресса, в отличие от низкого, выступает в исследовании индикатором менее успешного обращения пациента к эксплицитным ресурсам совладания с

психотравматизацией. Интенсивность эмоциональных переживаний больного и его представления о психологической безопасности рассматриваются в статье в качестве имплицитных особенностей обращения субъекта к эксплицитным ресурсам.

Результаты и обсуждение

Приведем данные, полученные с помощью полуструктурированного интервью. В интервью респондентов просили описать свои эмоции на момент постановки диагноза, а также рассказать о том, какие ресурсы помогли им справиться с негативными переживаниями (табл. 1).

Таблица 1

Эмоции на момент постановки диагноза и эксплицитные ресурсы пациентов с разным уровнем ПТС

Ответы полуструктурированного интервью	«Низкий ПТС» (n = 32)	«Высокий ПТС» (n = 33)	ϕ — критерий Фишера
Эксплицитные ресурсы			
Социальная поддержка	n = 22	n = 26	$\phi = 0,9$
Профессиональная поддержка	n = 23	n = 21	$\phi = 0,7$
Позитивное мышление	n = 20	n = 21	$\phi = 0,1$
Опыт других пациентов с таким же заболеванием	n = 12	n = 24	$\phi = 2,9^{**}$
Эмоции			
Стресс	n = 16	n = 19	$\phi = 0,6$
Страх смерти, стигматизации, рецидива болезни, появления когнитивных дисфункций	n = 18	n = 19	$\phi = 0,1$
Беспомощность	n = 11	n = 10	$\phi = 0,3$
Отчаяние	n = 4	n = 10	$\phi = 1,8^*$

Примечание: $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$. Составлено автором

Представленные данные свидетельствуют о том, что вне зависимости от уровня ПТС многие респонденты, узнав о своем диагнозе, испытали сильный стресс, беспомощность и множество страхов. При этом пациенты с высоким уровнем ПТС чувствовали отчаяние, что указывает на особую интенсивность переживания негативных эмоций в данной группе респондентов. По нашему предположению сверхинтенсивные переживания субъекта могут сказываться на характере его обращения к эксплицитным ресурсам преодоления психологической травмы.

Анализ эксплицитных ресурсов респондентов с низким и высоким уровнями ПТС показывает, что *социальная поддержка* со стороны близкого окружения помогает пациентам справиться с переживанием стресса, найти опору для преодоления ощущения беспомощности, при этом они менее склонны доверять свои переживания коллегам из-за страха быть стигматизированными.

Несмотря на то, что респонденты обеих групп заявляют о значимости для них социальной поддержки, представляется, что имплицитное обращение субъекта к данному ресурсу может иметь свою специфику в зависимости от уровня ПТС. Комментируя свой ответ, пациенты с *низким* уровнем ПТС указывают на то, что, во-первых, они дозированно делятся своими переживаниями с родными, оберегают их. Во-вторых, в приоритет по отношению к сугубо сочувствующей поддержке пациенты этой группы ставят поддержание ощущения своей нужности и значимости, вопреки физическому недугу. В свою очередь пациенты с *высоким* уровнем ПТС в основном дополнительно упоминают про чувство вины перед родными, а также про важность для них проявления со стороны близких снисходительного отношения к себе. По всей видимости, ощущая отчаяние, человек более интенсивно чувствует себя зависимым,

неполноценным, считая себя обузой для значимого окружения. Нарастание подобных переживаний в перспективе может подталкивать пациента к неизбирательности в принятии помощи, нивелированию значимости личностных границ.

Профессиональная поддержка эксплицитно рассматривается респондентами обеих групп в качестве ресурса, помогающего контролировать ситуацию неопределенности, субъективно снижая остроту переживания страха смерти, рецидива болезни, появления когнитивных дисфункций.

При *низком* уровне посттравматического стресса респонденты выделяют роль своего активного участия в процессе реабилитации. Пациенты этой группы ориентированы на мнение нескольких специалистов. Активная позиция пациента, доверие к врачам, желание продолжать лечение, безусловно, выступают рациональными предпосылками для построения эффективного комплаенса между врачом и больным. У респондентов с *высоким* уровнем ПТС таких уточнений не выявлено, они более склонны смиренно принимать мнение одного специалиста. Следует полагать, что препятствовать проявлению активности пациентом в процессе собственной реабилитации может отчаяние, которому сопутствует склонность личности к катастрофизации случившегося. В отдаленной перспективе пассивная позиция пациента по отношению к данному виду помощи существенно повышает риск нарастания разочарования больного в ее результативности.

В интервью респондентов просили назвать не только внешние ресурсы, но и внутренние. Эксплицитным внутренним ресурсом выборки, помогающим справиться с негативными переживаниями, выступает поддержание *позитивного настроя*. Пациенты с *низким* уровнем ПТС сообщают, что отвлечься от тревожных мыслей им помогает переключение на другие значимые сферы жизни, а также хобби и планирование путешествий. При *высоком* ПТС пациенты не склонны рассматривать дополнительные средства, которые помогали бы им переключиться. Они считают вполне достаточным просто не думать о случившемся. Возможно отчаяние, обнаруженное в данной группе респондентов, не позволяет пациенту оценить и увидеть варианты ресурсов, поэтому выбор осуществляется в пользу ухода от проблемы.

Другим эксплицитным внутренним ресурсом пациентов являлось *владение информацией*, при этом в зависимости от уровня ПТС они предпочитают разные источники. Напомним, что респонденты с *низким* ПТС, обращаясь к информации, ориентируются преимущественно на мнение нескольких квалифицированных врачей (см. профессиональная поддержка). В свою очередь респонденты с *высоким* уровнем ПТС предпочитают внимательно изучать в сети Интернет опыт других больных с таким же или схожим заболеванием. В интервью они сообщают, что чтение подобной информации чаще лишь усиливает их беспокойство. Наряду с этим, они говорят о том, что не в силах контролировать такой импульс или не желают это делать, т.к. поиск информации подобного рода дает надежду и ощущение самостоятельного контроля ситуации. По всей видимости, отчаяние, включающее переживание сверхинтенсивной тревоги, вынуждает субъекта поддаваться компульсивному поведению с целью редукции психологического перенапряжения. Нетерпеливость пациента вследствие интенсивных эмоциональных переживаний препятствует поддержанию баланса между самопомощью и принятием помощи со стороны Других.

Таким образом, результаты полуструктурированного интервью, с одной стороны, показывают схожесть в эксплицитных ресурсах (количественная оценка), а с другой, позволяют сказать о том, что в зависимости от ПТС обращение субъекта к подобному типу ресурсов может иметь свою специфику (качественная оценка ответов и анализ эмоционального состояния).

С целью изучения особенностей имплицитного обращения к эксплицитным ресурсам ниже будут представлены данные, полученные с помощью методики «Анкета психологической безопасности». Мы полагаем, что представления пациента о психологической безопасности оказываются тесно связанными с его интуитивным выбором определенных стремлений при совладании со стрессом.

Для каждой группы были выбраны дескрипторы, суммарное значение баллов по которым превышало значение медианы («Низкий ПТС» $Me = 115$, «Высокий ПТС» $Me = 124$), затем из этого списка были отобраны наиболее предпочитаемые дескрипторы, т. е. с наименьшей дисперсией («Низкий ПТС» $D = 1,07$, «Высокий ПТС» $D = 0,64$).

Сначала были прокластеризованы дескрипторы, встречающиеся как в группе с низким ПТС, так и в группе с высоким ПТС (табл. 2). Предварительный анализ показывает, что для обеих групп оптимальное число кластеров равно трем.

Таблица 2

**Схожие представления пациентов
о психологической безопасности вне зависимости от уровня ПТС**

Название дескриптора	«Низкий ПТС» расстояние до центра кластера	«Высокий ПТС» расстояние до центра кластера
Первый кластер «Снижение угрозы»		
Контроль ситуации	0,58	0,33
Самосохранение	0,58	0,33
Второй кластер «Образ Я»		
Здоровье	0,37	0,46
Уверенность в себе	0,44	0,48
Компетентность, ум	0,49	0,37
Жизненный опыт, опытность	0,53	0,32
Третий кластер «Поддержка»		
Позитивное окружение	0,47	0,41
Равновесие, стабильность	0,47	0,41

Составлено автором

Вне зависимости от уровня ПТС психологическую безопасность респонденты связывают со снижением уровня угрозы, путем стремления к контролю и самосохранению (первый кластер), что может выступать, по сопоставлению с данными интервью, имплицитной предпосылкой обращения субъекта к профессиональной поддержке. В преодолении стресса для пациентов важна опора не только на позитивную социальную поддержку (третий кластер), но и на уверенность в своем физическом и психическом здоровье (второй кластер). При анализе результатов интервью также было установлено, что при обращении к социальной поддержке важным оказывается характер включенности пациента в межличностные отношения. Напомним, что пациенты с низким ПТС ориентированы на паритетные отношения, а с высоким — преимущественно на самопомощь.

Непересекающиеся дескрипторы были отдельно прокластеризованы (табл. 3). Предварительный анализ показывает, что для группы «Низкий ПТС» оптимальное число кластеров равно трем, а для группы «Высокий ПТС» равно двум. Дополнительно рассматриваются статистические различия (U критерий Манна-Уитни) по дескрипторам верхнего квартиля и межквартильного пространства.

Таблица 3

**Особенности представлений пациентов
о психологической безопасности в зависимости от уровня ПТС**

«Низкий ПТС»		«Высокий ПТС»	
Название дескриптора	Расстояние до центра кластера	Название дескриптора	Расстояние до центра кластера
Первый кластер «Поддержка»			
Уверенность в окружении	0,49	Поддержка, помощь	0,39
Отсутствие угроз	0,52	Надежный спутник, опора	0,46
Владение информацией	0,54	Надежные друзья, верность	0,54
		Мир в стране	0,58
Второй кластер «Выход за пределы травмирующей ситуации»			
Свобода	0,48	Надежность	0,40
		Избегание опасных ситуаций	0,42
Самореализация	0,48	Обдумывание, прогнозирование	0,54
Третий кластер «Саморегуляция»			
Порядок, соблюдение норм, правил	0,57		
Терпимость, сдержанность	0,57		

Составлено автором

Анализ *первого* кластера показывает, что пациенты с *низким* ПТС психологическую безопасность соотносят с уверенностью в результативности обращения к внешней поддержке и избирательностью в принятии помощи (включая информацию). О потребности пациентов этой группы быть избирательно информированными косвенно свидетельствует и то, что они в большей степени, по сравнению с пациентами с *высоким* ПТС, соотносят дескриптор «владение информацией» с психологической безопасностью («Низкий ПТС» — Сум. ранг = 1024, «Высокий ПТС» — Сум. ранг = 866, $U = 338$, $p = 0,04$). Пациенты с *высоким* ПТС ощущение безопасности связывают с поддерживающей (сочувствующей, безусловно принимающей) социальной помощью и благоприятными внешними обстоятельствами. Часть респондентов этой группы, по сравнению с группой «Низкий ПТС», урегулирование ситуации видит в проявлении отстраненности от пугающей их действительности (дескриптор межквартирного пространства «отстраненность от реальности»: «Низкий ПТС» — Сум. ранг = 716, «Высокий ПТС» — Сум. ранг = 1175, $U = 281$, $p = 0,004$), что может быть предпосылкой их безынициативности и затруднений в рациональном принятии поддержки.

Для пациентов с *низким* ПТС выход за пределы психотравмирующего события, позитивное мышление — становятся возможными благодаря тому, что психологическую безопасность они соотносят со свободой (*второй* кластер), проявляющейся в независимости, свободе выбора, возможности психологического переключения. Наряду с этим в данной группе респондентов по сравнению с группой «Высокий ПТС» ценной является самореализация несмотря на все трудности («Низкий ПТС» — Сум. ранг = 1024, «Высокий ПТС» — Сум. ранг = 867, $U = 339$, $p = 0,05$). Пациенты с *высоким* ПТС стремление к безопасности видят в избегании всего, что может нести угрозу, более надежным им представляется прогнозирование рисков или для части пациентов — полный отказ от риска (дескриптор межквартирного пространства «осторожность, отказ от риска»: «Низкий ПТС» — Сум. ранг = 768, «Высокий ПТС» — Сум. ранг = 1123, $U = 333$, $p = 0,03$). По всей видимости, при *высоком* ПТС рациональный выход субъекта за пределы травмирующей ситуации затруднен — происходит либо отстранение от ситуации, либо поиск псевдоправдивых фактов, подтверждающих ее безопасность (например, информации в Интернете о больных со схожим заболеванием).

В свою очередь *третий* кластер, обнаруженный только у пациентов с *низким* ПТС, показывает — респонденты этой группы понимают, что для достижения психологической безопасности важны их внутренние усилия. Отметим, что внутреннее равновесие,

организованность и выдержка, как нам думается, действительно могут способствовать рациональному обращению субъекта к эксплицитным ресурсам совладания с негативными переживаниями психотравмирующей ситуации.

Обобщая результаты, полученные с помощью методики «Анкета психологической безопасности», следует указать на то, что респонденты в целом понимают, что для редукации ощущения угрозы жизни важна опора на внутренние ресурсы и внешние источники поддержки, но реализовывают это по-разному.

В статье рассматривались особенности обращения пациентов, имеющих опухоль головного мозга, к эксплицитным ресурсам совладания с угрозой жизни. Мы предполагали, что характер этого обращения может быть неодинаковым в зависимости от того, какие имплицитные ресурсы привлекает пациент для урегулирования своих эмоциональных переживаний. Однако далее встает вопрос о том а, что же способствует выбору определенных имплицитных ресурсов пациентом. В данной работе этот вопрос рассматривался исходя из того, что посттравматический стресс и некоторые эмоциональные реакции (например, отчаяние) сопутствуют выбору человеком малоэффективных ресурсов совладания со стрессом. Наряду с этим, безусловно, нельзя не отметить теперь, что потенциальная ресурсность субъекта зависит и от внутренних условий личности (динамический подход к исследованию личности Л.И. Анцыферовой). Данные многих исследований указывают на то, что склонность человека к эмоциональной стабильности, а также убеждение личности в доброжелательности окружающего мира, ценности и значимости Я, мотивация к выздоровлению и др. — помогают субъекту справиться с тяжелой ситуацией болезни (например, исследования Н.В. Тарабриной, О.А. Вороны, Н.Е. Харламенковой, Д.А. Циринг, О.Ю. Стрижицкой, В.В. Николаевой и др.). Несмотря на то, что комплекс всех внутренних условий личности не был предметом рассмотрения настоящей статьи, в результатах «Анкеты психологическая безопасность» некоторые из них проявляются: например, в виде ориентации личности на актуализацию собственных усилий, самореализацию, избирательность по отношению к вариантам помощи и др.

Еще один вопрос, заслуживающий по нашему мнению особого внимания, касается того, почему может происходить рассогласование эксплицитных и имплицитных ресурсов. Скорее всего, причина не только в том, что одни, например, более общие, а другие специфичные, но и в факторах детерминации (С.Л. Рубинштейн, В.В. Знаков, Е.А. Сергиенко) стремлений пациента, оказавшегося в условиях вызова. Представляется, что контекст ситуации болезни подсказывает человеку только направление. Само обращение субъекта, а точнее характер этого обращения (пассивность, подмена смыслов, избегание проблем и др.), по отношению к эксплицитным ресурсам совладания может понижать их на первый взгляд очевидную эффективность.

Заключение

Таким образом, в завершении отметим, что гипотеза настоящего исследования частично подтвердилась. В качестве эксплицитных ресурсов преодоления экстремальной жизненной ситуации люди, имеющие угрожающее жизни заболевание, рассматривают: социальную и профессиональную поддержку, сохранение позитивного настроения, владение информацией. Обращению к данным ресурсам сопутствуют имплицитное стремление личности к контролю ситуации и самосохранению.

Пациенты с низким ПТС при обращении к эксплицитным ресурсам избирательны в принятии информации и помощи, склонны отдавать предпочтение поддержке, построенной на паритетных основаниях. Для них является важным проявление активности в процессе лечения и ее перераспределение в другие значимые сферы жизни.

Пациенты с высоким уровнем ПТС склонны испытывать сильное эмоциональное перенапряжение (отчаяние), перенаправляя своё внимание на поиск псевдоресурсов (иррациональная самопомощь, интерес к ненадежным источникам информации, пассивность, уход от проблемы), что затрудняет их адекватное обращение к эксплицитным ресурсам совладания со стрессом.

Полученные результаты позволяют обратить внимание специалистов в сфере реабилитации пациентов с тяжелым диагнозом на ряд принципиально важных особенностей соотношения эксплицитных и имплицитных ресурсов совладания с последствиями воздействия интенсивного стрессора при угрожающем жизни заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева, А.В. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Е.Б. Мизинова, Е.П. Лукошкина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. — 2020. — Т. 10. — Вып. 4. — С. 402–416. — <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402>.
2. Харламенкова, Н.Е., Тяжелая болезнь как экзистенциальная проблема / Н.Е. Харламенкова, О.С. Зайцев, Д.А. Никитина, А.Н. Копосова // Психологический журнал. — 2021. — Т. 42. — № 6. — С. 70–82. — <https://doi.org/10.31857/S020595920017739-8>.
3. Zaitsev, O.S., Patients selection for psychiatric neurosurgery: pitfalls and considerations / O.S. Zaitsev, A.A. Poddubskaya, A.A. Tomskiy, A.A. Gamaleyа, O.A. Maksakova, I.V. Potapov, ... & S.N. Mosolov // Progress in brain research. — 2022. — V. 272. — № 1. — P. 173–183. — <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2022.03.011>.
4. Фаустова, А.Г., Роль нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) в процессе совладания с последствиями психотравмирующей ситуации / А.Г. Фаустова, О.Н. Красноручкая // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. — 2021. — Т. 29. — № 4. — С. 521–530. — <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ83496>.
5. Сергиенко, Е.А. Субъективный возраст человека — расширение понятия возрастной идентичности / Е.А. Сергиенко // Разработка понятий современной психологии / Отв. ред.: А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко. — М.: Институт психологии РАН, 2018. — С. 561–591.
6. Rentscher, K.E. Communal coping in couples with health problems / K.E. Rentscher // Frontiers in psychology. — 2019. — V. 10. — P. 398. — <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00398>.
7. Харламенкова, Н.Е. Понятие психологической безопасности и его обоснование с разных научных позиций / Н.Е. Харламенкова // Психологический журнал. — 2019. — Т. 40. — № 1. — С. 28–37. — <https://doi.org/10.31857/S020595920002985-9>.

8. Аникина, В.О. Специфика отношений "врач — пациент" в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога / В.О. Аникина, М.Е. Блох // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. — 2020. — Т. 10. — № 3. — С. 289–302. — <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.306>.
9. Децик, О.З. Анализ социально-психологических характеристик ближайших родственников тяжело больных детей / О.З. Децик // Международный журнал Реабилитация и паллиативная медицина. — 2018. — № 1(7). — С. 63.
10. Васиярова, Н.М. Качество жизни пациентов с глиомами головного мозга / Н.М. Васиярова, В.В. Арсеньева, М.Ю. Прокудин // Известия Российской военно-медицинской академии. — 2021. — Т. 40. — № 1-3. — С. 60–63.
11. Nassiri, F. Life after surgical resection of a meningioma: a prospective cross-sectional study evaluating health-related quality of life / F. Nassiri, B. Price, A. Shehab, K. Au, M.D. Cusimano, M.D. Jenkinson, K.X. Teng // Neuro-oncology. — 2019. — № 21. — P. 132–143. — <https://doi.org/10.1093/neuonc/noy152>.
12. Климова, М.О. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (теоретический анализ) / М.О. Климова, Д.А. Циринг // Азимут научных исследований: педагогика и психология. — 2020. — Т. 9. — № 1(30). — С. 362–366. — <https://doi.org/10.26140/anip-2020-0901-0088>.
13. Тарабрина, Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец, Е.С. Калмыкова, А.В. Макаrchук, М.А. Падун, Е.Г. Удачина, З.Г. Химчян, Н.Е. Шаталова, А.И. Щепина. — М.: Когито-Центр, 2007. — С. 155–158.
14. Квале, С. Исследовательское интервью / С. Квале — М.: Смысл, 2003. — 290 с.
15. Харламенкова, Н.Е. Половые и гендерные различия в представлениях о психологической безопасности / Н.Е. Харламенкова // Социальная психология и общество. — 2015. — Т. 6. — № 2. — С. 51–60.

Nikitina Daria Alekseevna

Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

E-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>

RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=937925

WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/ABE-8022-2021>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57422486000>

The specifics of the treatment of patients with a life-threatening disease to explicit resources of coping with the consequences of psychotraumatization

Abstract. The relevance of studying human resources in the conditions of experiencing an abnormal crisis is due to the fact that the rehabilitation of the patient includes not only his physical recovery, but also the restoration of his psychological well-being. The question of what prevents a person from effectively using explicit resources remains still not fully understood. The aim was to study the features of implicit and explicit resources in overcoming the consequences of PTS in people during adulthood. We have suggested that with a high level of post-traumatic stress, the patient experiences an acute traumatic situation, expressed in despair, which, together with a person's desire to distance himself from problems, prevents his rational appeal to obvious resources of coping with stress. Participants were 65 patients (age from 30 to 70 years, Me — 54) diagnosed with benign meningioma. Methods: «IES-R»; «Semi-structured interview»; «Psychological safety questionnaire»; descriptive statistics, Mann-Whitney U criterion, cluster analysis (K-means method), Fisher angular transformation criterion (ϕ). The results showed that the obvious resources for overcoming negative experiences of the disease, regardless of PTS, are: social and professional support, positive attitude, possession of information, which are accompanied by a person's desire to control the situation and self-preservation. The following aspirations can be considered as indicators of the effective use of explicit resources by a person: selectivity for information and help, activity and patience, autonomy, switching to other significant spheres of life. Indicators of ineffective treatment can be: despair, a person's tendency to choose unreliable sources of information, the desire for irrational self-help, avoiding solving the problem.

Keywords: post-traumatic stress; despair; life-threatening disease; meningioma; explicit resources; implicit resources; psychological safety