

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

2022, №4, Том 10 / 2022, No 4, Vol 10 <https://mir-nauki.com/issue-4-2022.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/47PSMN422.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Никитина, Д. А. Дистресс и психопатологическая симптоматика при соматическом заболевании: особенности проявления в границах нормы / Д. А. Никитина // Мир науки. Педагогика и психология. — 2022. — Т. 10. — № 4. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/47PSMN422.pdf>

For citation:

Nikitina D.A. Distress and psychopathological symptoms in somatic disease: features of manifestation within the limits of the norm. *World of Science. Pedagogy and psychology*, 10(4): 47PSMN422. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/47PSMN422.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.).

Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием № 0138-2022-0005

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

Дистресс и психопатологическая симптоматика при соматическом заболевании: особенности проявления в границах нормы

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение особенностей проявления психопатологической симптоматики у пациентов, имеющих угрожающее для жизни заболевание. Психопатологическая симптоматика анализируется в границах нормы и рассматривается в качестве психологических последствий влияния стрессора высокой интенсивности. В основу настоящего исследования автором было положено предположение о том, что эмоциональная неустойчивость, склонность человека к сниженному настроению, ранимости, а также неуверенность личности в ценности и значимости своего Я — сопутствуют усилению психопатологических симптомов и отражают характер их проявления в границах нормы. Для проверки данного предположения были выбраны следующие методики: «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», «Фрайбургский многофакторный личностный опросник», «Шкала базисных убеждений». Выборкой исследования стали пациенты с диагнозом «доброкачественная менингиома» при отсутствии когнитивного дефицита, подписавшие информированное согласие (n = 64, возраст 30–70 лет). В результате проведенного исследования автором показано, что у людей, имеющих угрожающее для жизни заболевание, психопатологическая симптоматика в границах нормы проявляется в виде слабозффективной редукции эмоционального напряжения (депрессия, обсессивность-компульсивность, соматизация), малоконструктивного принятия социальной поддержки (межличностная сензитивность, психотизм), сверхинтенсивных навязчивых состояний (тревога, подозрительность, враждебные мысли). Установлено, что индикаторами риска развития подобных проблем выступают: предрасположенность человека к невротичности, депрессивности, раздражительности, застенчивости, замкнутости, эмоциональной лабильности; а также неуверенность личности в ценности и значимости своего Я, включая сомнения субъекта в своей удачливости и способности к контролю событий. Выявлено, что данные особенности наряду с

психопатологическими симптомами снижают результативность обращения субъекта к системе внутренних и внешних ресурсов в ситуации болезни.

Ключевые слова: психологические последствия стрессоров высокой интенсивности; угрожающее жизни заболевание; опухоль головного мозга; менингиома; психопатологическая симптоматика; личностные особенности; базисные убеждения

Введение

Российские и зарубежные ученые проводят немалое количество исследований, посвященных изучению стрессовых состояний человека. Рассмотрение данного вопроса имеет множество ракурсов, которые оправданы не только конкретными исследовательскими целями, но и самой феноменологией стресса, вызывающей дискуссию начиная с истоков развития этой области знания. В настоящее время внимание специалистов все больше концентрируется на проблеме корректной дифференциации особенностей реакций подобного типа.

В работах обосновано отмечается, что повседневный стресс в сравнении с травматическим является менее интенсивным, а его возникновение обычно связано с индивидуальными незначительными событиями, провоцирующими появление у личности психоэмоционального напряжения [1]. В свою очередь травматический стресс сопряжен с переживанием ситуаций экстремального характера, которые выходят за рамки обыденного опыта человека и несут угрозу для его жизни [2]. При изучении отсроченных последствий травматического стресса экспертами используется такое понятие как «посттравматический стресс» (ПТС). Это определение по своему содержанию шире «посттравматического стрессового расстройства» (ПТСР) и отражает психологическую, а не клиническую картину отдаленных последствий влияния высокоинтенсивных стрессоров.

Относительно недавно к стрессорам высокого уровня интенсивности стали относить угрожающие жизни заболевания [3–7]. Доказано, что переживание ситуации, связанной с тяжелой болезнью, носит психотравмирующий характер и сопровождается появлением негативных психологических последствий, одними из которых являются посттравматический стресс и сопутствующая ему психопатологическая симптоматика. В проблематике посттравматического стресса, по сравнению с исследованиями посттравматического стрессового расстройства, психопатологическая симптоматика обычно рассматривается в границах нормы как показатель риска развития нарушений, а не как индикатор самих нарушений.

Некоторые случаи, в особенности связанные с заболеваниями головного мозга, требуют особо тщательного подхода при установлении истинных причин (психологических/физиологических) возникновения подобного рода симптомов. Все чаще специалисты разных областей указывают на актуальность учета определенных принципов в дифференциации психических нарушений, обусловленных опухолью головного мозга, от психологических последствий переживания ситуации угрожающего жизни заболевания [8]. При этом отмечается, что контроль такой переменной как «наличие или отсутствие у пациента когнитивного дефицита» во многом позволяет снизить риск получения артефактных выводов при обследовании больных в зависимости от цели исследования.

Согласно эмпирическим и теоретическим данным при угрожающем жизни заболевании у людей наиболее часто встречаются такие психопатологические симптомы как соматизация, депрессия и тревога, а также межличностная сензитивность. В свою очередь психопатологические симптомы враждебности, психотизма и паранойяльности, по результатам некоторых психологических исследований, менее распространены [9]. В работах показано, что представленные выше симптомы эмоционально истощают больного, способствуют ухудшению

его физического самочувствия, негативно влияют на самоотношение, препятствуют успешной интеграции пациента в социум [10].

Наряду с этим многочисленными научными наблюдениями (например, в исследованиях Н.В. Тарабриной, О.А. Вороны, Н.Н. Казымовой, Ю.В. Быховец, Н.Е. Харламенковой и др.) доказывают тот факт, что стрессор не предопределяет с высокой вероятностью возникновение тяжелых психологических последствий для каждого индивида. С их появлением, включая развитие психопатологической симптоматики, связаны многие дополнительные факторы, одними из которых являются внутренние условия личности человека (например, личностные особенности, базисные убеждения и др.). В целом личностные черты и базисные убеждения субъекта до некоторой степени являются устойчивыми. Однако тяжелое жизненное событие, выступая триггером, может провоцировать проявление акцентуаций или усиление малоадаптивных психологических особенностей (при их наличии в преморбиде), препятствующих совладанию со стрессом.

Существует мнение о том, что личностные особенности, связанные с эмоциональной неустойчивостью (раздражительность, эмоциональная лабильность), со склонностью к снижению настроению (депрессия) и ранимости (невротичность, застенчивость), затрудняют преодоление дистресса пациентом [11–13]. Мы предполагаем, что данный перечень индикаторов может быть рассмотрен в качестве возможных предпосылок появления психопатологических симптомов. Представляется, что наличие такого профиля личностных черт подкрепляет развитие иррационального отношения пациента к ситуации болезни, снижает эффективность обращения субъекта к системе внутренних и внешних ресурсов.

Негативные базисные убеждения человека также существенно повышают риск возникновения психологических последствий. Результаты исследований показывают, что некоторые пациенты, имеющие угрожающее жизни заболевание, демонстрируют неуверенность в ценности и значимости своего Я, доброжелательности окружающего мира, его контролируемости [14]. Следует полагать, что убеждения такого характера могут сопутствовать некоторым психопатологическим симптомам, которые проявляются в алогичных враждебных мыслях пациента, его стремлении к непродуктивным и неадекватным ситуациям способам редукации эмоционального напряжения и др.

Подводя некоторые итоги, необходимо дополнить, что рассмотренные нами особенности в базисных убеждениях и личностных характеристиках обычно встречаются в работах исследователей при описании пациентов с выраженным уровнем ПТС. При этом вопрос о том, каким образом они могут быть сопряжены с другими последствиями воздействия анализируемого нами стрессора, например, с психопатологической симптоматикой, остается не вполне раскрытым. Сама специфика проявления психопатологической симптоматики в границах нормы также требует более внимательного изучения, в особенности по отношению к пациентам, имеющим такое угрожающее жизни заболевание, как опухоль головного мозга (при условии отсутствия признаков когнитивного дефицита).

Целью исследования стало изучение особенностей проявления психопатологической симптоматики в границах нормы у пациентов, имеющих угрожающее жизни заболевание.

Гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что эмоциональная неустойчивость, склонность человека к снижению настроению, ранимости, а также неуверенность личности в ценности и значимости своего Я — сопутствуют усилению психопатологических симптомов и отражают характер их проявления в границах нормы.

Методика

Участниками исследования стали пациенты в возрасте от 30 до 70 лет, имеющие общий диагноз «доброкачественная менингиома» при отсутствии признаков когнитивного дефицита, подписавшие информированное согласие ($n = 64$).

В исследовании были использованы следующие методики: «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) применялся для оценки выраженности психопатологических симптомов на основе анализа «Общего индекса тяжести симптомов» (GSI) [15]; «Фрайбургский многофакторный личностный опросник» (Freiburg Personality Inventory, FPI) использовался для анализа личностных особенностей респондентов при разном уровне тяжести психопатологических симптомов [16]; «Шкала базисных убеждений» (World Assumptions Scale, WAS) — для изучения особенностей взгляда пациента на себя и мир в зависимости от тяжести психопатологических симптомов [17]. Статистическая обработка данных была проведена при помощи программы STATISTICA_10 и включала анализ описательной статистики (вычислялись медианы (Me); значения верхнего (UQ) и нижнего (LQ) квартилей), Н критерия Краскела-Уоллиса, коэффициента r_s ранговой корреляции Спирмена — на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты наших предыдущих исследований показали, что при тяжелом соматическом заболевании, в частности доброкачественной менингиоме, уровень посттравматического стресса сопряжен с выраженностью психопатологических симптомов [18]. Полученный результат позволяет перейти в настоящей статье к рассмотрению психопатологической симптоматики в качестве психологических последствий переживания пациентом ситуации болезни. В данной работе мы сконцентрируем свое внимание на самих симптомах, а именно на особенностях их проявления в границах нормы.

Перед началом анализа респонденты были разделены на три группы в соответствии со значениями верхнего и нижнего квартилей общего индекса тяжести психопатологических симптомов «GSI» (UQ = 0,19; LQ = 0,65). В группу, условно названную «Низкий GSI», вошли респонденты с показателями по «GSI» в диапазоне от 0,03 до 0,19; в группу «Средний GSI» включены пациенты с «GSI» в диапазоне от 0,2 до 0,64; а в группу «Высокий GSI» — от 0,66 до 2,2.

Таблица 1

Уровневые особенности психопатологической симптоматики у пациентов, имеющих диагноз «доброкачественная менингиома»

Методика «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», «SCL-90-R»	«Низкий GSI» Медианы	«Средний GSI» Медианы	«Высокий GSI» Медианы	Н критерий Краскела-Уоллиса
Общий индекс тяжести GSI	0,10	0,36	0,92	53,2**
Соматизация	0,17	0,54	1,13	35,7**
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,10	0,6	1,05	38,8**
Интерперсональная чувствительность	0,11	0,33	1	40,6**
Депрессия	0,08	0,38	1	46,7**
Тревожность	0	0,2	0,9	39**
Враждебность	0	0,17	0,5	22,3**
Навязчивые страхи	0	0,14	0,57	24,3**
Параноидность	0	0,25	0,75	25,8**
Психотизм	0	0,2	0,4	35,1**

Примечание: ** — различия при $p < 0,01$. Составлено автором

В таблице 1 приведены материалы, позволяющие ответить на вопрос о том, действительно ли исследуемые группы дифференцируются по степени выраженности психопатологической симптоматики.

Полученные результаты подтверждают факт того, что настоящая выборка может быть успешно дифференцирована по всем психопатологическим симптомам на основе показателя «GSI» методики «SCL-90-R». Анализ медианных значений свидетельствует о том, что по степени выраженности психопатологической симптоматики группа «Низкий GSI» наиболее близка к норме, группа «Средний GSI» является условной нормой (пограничной), а группа «Высокий GSI» приближается к зоне риска появления негативных психологических последствий. Представленное выше умозаключение находит свое обоснование при сопоставлении данных настоящего исследования с результатами, полученными Н.В. Тарабриной с коллегами на выборке пациентов с диагнозом рак молочной железы [19, с. 82–83].

Переходя к вопросу о возможных индикаторах развития психопатологической симптоматики и специфике ее проявления в границах нормы, сначала обратимся к анализу личностных особенностей в исследуемых группах (табл. 2).

Таблица 2

**Различия в личностных особенностях при разном уровне
общего индекса тяжести психопатологической симптоматики**

Методика «Фрайбургский многофакторный личностный опросник», «FPI»	«Низкий GSI» Медианы	«Средний GSI» Медианы	«Высокий GSI» Медианы	Н критерий Краскела-Уоллиса
Невротичность	3	7	8	34,7**
Депрессивность	1	5	8	32,4**
Раздражительность	4	5	7	12,7**
Общительность	7	6	5	5,8*
Застенчивость	5	6	8	14,5**
Эмоциональная лабильность	3	5	8	25**

Примечание: * — различия при $p < 0,05$; ** — различия при $p < 0,01$. Составлено автором

Информация, приведенная в таблице 2, корреляционный анализ, свидетельствуют о том, что при усилении показателей склонности человека к нетерпеливости, ранимости, сверхчувствительности (шкала «Невротичность»), сниженному настроению (шкала «Депрессивность»), повышенной возбудимости (шкала «Раздражительность»), неуверенности в себе, замкнутости (шкалы «Застенчивость», «Общительность»), эмоциональной нестабильности (шкала «Эмоциональная неустойчивость») наблюдается рост выраженности психопатологических симптомов (Общий индекс тяжести «GSI» методики «SCL-90-R» и шкалы методики «FPI», представленные в таблице 2 — $R_s > 0,4$ при $p < 0,005$).

Следует полагать, что выделенные личностные особенности, при их учете в качестве индикаторов риска развития психопатологической симптоматики, целесообразнее рассматривать профилем, т. к. представленные переменные связаны со всеми шкалами методики «SCL-90-R» (от $R_s > 0,3$ до $R_s > 0,8$ при $p < 0,01$). Однако наряду с этим считаем важным остановиться на некоторых отдельных (наиболее тесных) связях, позволяющих раскрыть специфику сопряженности личностных черт и психопатологических симптомов, отразить характер проявления последних в границах нормы.

По всей видимости, предрасположенность человека к сверхпогруженности в проблему и избыточному беспокойству может свидетельствовать о рисках возникновения выраженных иррациональных страхов при переживании им ситуации болезни. Приверженность субъекта к самообвинению повышает вероятность того, что при заболевании пациент будет

символизировать свою тревогу путем прямого соотнесения чувств и эмоций с недомоганием (шкала «Невротичность» методики «FPI» и шкалы «Навязчивые страхи», «Соматизация» методики «SCL-90-R»: $R_s = 0,6$ при $p < 0,01$ и $R_s = 0,8$ при $p < 0,01$ — соответственно).

Наблюдаемые у человека особенности, сопряженные с преобладанием безрадостного настроения, апатичного взгляда на себя и мир, в тяжелых жизненных обстоятельствах являются возможной предпосылкой нарастания психического напряжения. У пациента усиливается нервозность, появляются подозрительность и ощущение изолированности от мира, актуализируется потребность в поиске средств редукации психологического перенапряжения (шкала «Депрессивность» методики «FPI» и шкалы «Тревожность», «Параноидность», «Психотизм», «Обсессивно-компульсивные расстройства» методики «SCL-90-R»: $R_s = 0,7$ при $p < 0,01$; $R_s = 0,6$ при $p < 0,01$; $R_s = 0,6$ при $p < 0,01$ и $R_s = 0,7$ при $p < 0,01$ — соответственно).

В свою очередь при свойственной пациенту возбудимости, манифестирующей через интенсивные реакции даже на слабые негативные раздражители, существенно повышается риск развития реакций гнева, злости, агрессии и т. п., которые не всегда избирательно направлены на преодоление вызовов экстремальной ситуации (шкала «Раздражительность» методики «FPI» и шкала «Враждебность» методики «SCL-90-R»: $R_s = 0,6$ при $p < 0,01$).

Если в обыденной жизни человек склонен недооценивать себя, проявлять скованность в стремлении к поддержанию конструктивной социальной активности, то в тяжелой ситуации болезни для него более вероятным становится возникновение проблем в межличностной сфере. Представляется, что в ситуации потенциально стигматизирующего характера (ситуация болезни часто бывает именно такой) построение отношений на паритетных основаниях между психологически уязвимым больным и социумом может быть весьма затруднено (шкалы «Застенчивость» и «Общительность» методики «FPI» и шкала «Интерперсональная чувствительность» методики «SCL-90-R»: $R_s = 0,5$ при $p < 0,01$ и $R_s = -0,5$ при $p < 0,01$ — соответственно).

Обобщая вышепредставленные данные необходимо отметить, что ситуация угрожающего жизни заболевания со всеми вытекающими из нее сложностями и ограничениями требует от пациента проявления гибкости и терпения, а также активности, как в процессе реабилитации, так и в вопросах восстановления собственного функционирования, включая интеграцию в социум [20]. Осуществление этого становится возможным благодаря умению человека правильно расставлять акценты и приоритеты в решении возникающих проблем. Результаты настоящего исследования показывают, что в ситуации болезни присутствует риск актуализации личностных особенностей, субъективно сужающих для индивида диапазон его ресурсности. Стремясь справиться с собственными переживаниями при наличии сильного психоэмоционального перенапряжения, больной может пренебрегать селективностью по отношению к факторам экстремальной ситуации, не учитывать важность социальных ориентиров и игнорировать свои истинные потребности [21]. Представляется, что эмоциональная неустойчивость, склонность к сниженному настроению и ранимости — подталкивают пациента односторонне, неизбирательно, и гиперкомпенсировано реагировать непосредственно на сам раздражитель или угрозу (например, на угрозу потери автономии, нарушения суверенности личностных границ и т. д.). Мы полагаем, что такой тип отклика на стресс не позволяет человеку полноценно разрешать возникающие проблемы (имеющие возможно более глубокие или комплексные причины возникновения), а наоборот усугубляет процессы течения посттравматического стресса, создавая риск “перехода” некоторых личностных акцентуаций на уровень психопатологических симптомов (в границах нормы).

Продолжая рассмотрение особенностей проявления психопатологической симптоматики в границах нормы, перейдем теперь к анализу базисных убеждений в исследуемых группах (табл. 3).

Таблица 3

Различия в базисных убеждениях при разном уровне
общего индекса тяжести психопатологической симптоматики

Методика «Шкала базисных убеждений», WAS	«Низкий GSI» Медианы	«Средний GSI» Медианы	«Высокий GSI» Медианы	Н критерий Краскела-Уоллиса
Образ Я	32	30	25	10,7**
Удача	39	32	28	14,9**
Убеждения о контроле	29	27	24	10,6**

Примечание: ** — различия при $p < 0,01$. Составлено автором

Корреляционный анализ и представленные данные (табл. 3) свидетельствуют о том, что неуверенность пациента в ценности и значимости своего Я (шкала «Образ я»), сомнения на предмет своей удачливости (шкала «Удача») и способности контролировать происходящие события (шкала «Убеждение о контроле») сопутствуют увеличению риска развития психопатологических симптомов (Общий индекс тяжести «GSI» и шкалы методики «WAS», представленные в таблице 3 — $R_s > 0,4$ при $p < 0,003$).

Следует отметить, что базисные убеждения (приведенные в табл. 3) имеют менее выраженные связи с отдельными психопатологическими симптомами (от $R_s > 0,3$ до $R_s > 0,6$ при $p < 0,01$) в сравнении с личностными особенностями. Анализируемые нами убеждения наиболее тесно связаны со следующими психопатологическими симптомами: интерперсональная чувствительность, обсессивность-компульсивность, навязчивые страхи, параноидность ($R_s > 0,5$ при $p < 0,0001$).

По всей видимости, неуверенность личности в себе и собственных возможностях наиболее вероятно сопутствует возникновению некоторых навязчивых состояний. В ситуации болезни убеждение человека в своей неполноценности, неудачливости, беспомощности провоцирует появление у больного циклических, иррациональных страхов, включая страх потери независимости. Ощущая себя уязвимым, несоответствующим общественным требованиям, обузой для близкого окружения, пациент будет больше замыкаться в себе. Он может пренебрегать значимостью социальной поддержки в угоду своим убеждениям касательно безвыходности тяжелой ситуации и недоступности для него полноценного решения возникающих проблем (эмоциональных, психологических, социальных и т. д.).

Объясняя полученные результаты, примечательно отметить, что соотношение между характером базисных убеждений и выраженностью психопатологических симптомов, как нам кажется, носит скорее косвенный характер. Специфика взгляда личности на окружающую реальность сопутствует риску возникновения симптомов по причине того, что человек склонен принимать действительность исходя из собственных представлений о ней. Имея нелестное мнение о себе и мире, в ситуации болезни пациент будет фиксироваться преимущественно на негативных ее аспектах [22]. В свою очередь невозможность выхода субъекта за пределы психотравмирующей ситуации, не только препятствует урегулированию тяжелых жизненных обстоятельств, но и является одной из причин появления навязчивых состояний (страхов; фобий; симптомов ПТС — например, вторжения и др.).

Заключение

Таким образом, гипотеза исследования о то, что эмоциональная неустойчивость, склонность человека к сниженному настроению, ранимости, а также неуверенность личности в ценности и значимости своего Я — сопутствуют усилению психопатологических симптомов и отражают характер их проявления в границах нормы, частично подтверждена. Результаты

показали, что психопатологическая симптоматика в границах нормы манифестирует слабоэффективной редукцией эмоционального напряжения (депрессия, обсессивность-компульсивность, соматизация), малопродуктивным принятием социальной поддержки (межличностная сензитивность, психотизм), сверхинтенсивными навязчивыми состояниями (тревога, подозрительность, враждебные мысли), что снижает результативность избирательного обращения субъекта к системе внутренних и внешних ресурсов в ситуации болезни.

Установлено, что такому характеру проявления симптомов, включая их интенсивность, способствуют: предрасположенность человека к невротичности, депрессивности, раздражительности, застенчивости, замкнутости, эмоциональной лабильности; а также неуверенность личности в ценности и значимости своего Я, в своей удачливости и способности к контролю событий.

Рассматриваемые в статье особенности проявления дистресса у пациентов с диагнозом «доброкачественная менингиома» позволяют привлечь внимание исследователей к проблемам дифференциации нормы и патологии при изучении психопатологических симптомов у людей, имеющих опухоль головного мозга. Полученные данные, с одной стороны, показывают, что выраженность психопатологической симптоматики (даже в границах нормы) и ее характер являются важной составляющей того, насколько пациент будет успешен в преодолении дистресса. С другой стороны, исходя из того, что обследуемая нами выборка представлена пациентами с отсутствием признаков когнитивного дефицита, полученные результаты могут быть значимыми для клинических исследований. В работе показано, что проявление психических последствий болезни (в границах нормы) может быть не всегда обусловлено фактором физического наличия опухоли головного мозга, а свидетельствовать скорее о признаках выраженного дистресса у больного и трудностях в его преодолении. Результаты проведенного нами исследования позволили выделить и охарактеризовать основные «мишени» воздействия стрессора, связанного с переживанием ситуации угрожающего жизни заболевания, что вносит вклад в создание персонализированных программ психологического сопровождения пациентов, имеющих диагноз «доброкачественная менингиома», с учетом их эмоционально-личностных особенностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенышева С.С. Самоактуализация, психологическое благополучие и повседневный стресс в период взрослости / Савенышева С.С., Головей Л.А., Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю. — doi: 10.21603/2078-8975-2019-21-1-130-140 // Вестник Кемеровского государственного университета. — 2019. — Т. 21. № 1(77). — С. 130–140.
2. Тарабрина Н.В. Стресс и посттравматический стресс: дифференциация понятий / Тарабрина Н.В. // Разработка понятий в современной психологии: Сборник статей / Отв. ред.: А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская. — Москва: Институт психологии РАН, 2019. — С. 285–308.
3. Тарабрина Н.В. Клинико-психологические аспекты исследования угрожающих жизни (онкологических) заболеваний / Тарабрина Н.В., Ворона О.А. // Психология человека и общества: Научно-практические исследования / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабриной. — Москва: Институт психологии РАН, 2014. — С. 116–126.

4. Быховец Ю.В. Разработка опросника переживания вирусной угрозы / Быховец Ю.В. // Мир науки. Педагогика и психология. — 2022. — Т. 10. № 2. — <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN222.pdf> (дата обращения 25.08.2022).
5. Дан М.В. Эмоциональное восприятие ребенка матерью и уровень травматичности операции / Дан М.В. — doi: 10.24412/2219-8245-2021-1-9 // Медицинская психология в России. — 2021. — Т. 13. № 1(66). — https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46389740_24085519.pdf (дата обращения 25.08.2022).
6. Никитина Д.А. Экстернальная и интернальная направленность личности пациента с тяжелым соматическим заболеванием / Никитина Д.А. — doi: 10.34216/2073-1426-2021-27-1-120-125 // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. — 2021. — Т. 27. № 1. — С. 120–125.
7. Важенин А.В. Рак молочной железы: роль психологической помощи в эффективности лечения / Важенин А.В., Циринг Д.А., Миронченко М.Н., Пономарева И.В., Евстафеева Е.А. — doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-6-96-103 // Сибирский онкологический журнал. — 2021. — Т. 20. № 6. — С. 96–103.
8. Фаустова А.Г. Роль нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) в процессе совладания с последствиями психотравмирующей ситуации / Фаустова А.Г., Красноруцкая О.Н. — doi: 10.17816/PAVLOVJ83496 // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. — 2021. — Т. 29. № 4. — С. 521–530.
9. Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии / Ткаченко Г.А., Подвизников С.О., Мудунов А.М., Обухова О.А., Ахундов А.А., Хуламханова М.М., Скворцова Е.И. — doi: 10.17650/2222-1468-2019-9-1-104-110 // Опухоли головы и шеи. — 2019. — Т. 9. № 1. — С. 104–110.
10. Grassi L. Hostility in cancer patients as an under-explored facet of distress / Grassi L., Murri M.B., Riba M., de Padova S., Bertelli T., Sabato S., Zerbinati L. — doi: 10.1002/pon.5594 // Psycho-Oncology. — 2021. — V. 30. № 4. — P. 493–503.
11. Stanton K. A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions / Stanton K., Rozek D.C., Stasik-O'Brien S.M., Ellickson-Larew S., Watson D. — doi: 10.1037/abn0000208 // Journal of Abnormal Psychology. — 2016. — V. 125(7). — P. 960–975.
12. Williamson T.J. Dispositional shame and guilt as predictors of depressive symptoms and anxiety among adults with lung cancer: The mediational role of internalized stigma / Williamson T.J., Ostroff J.S., Haque N., Martin C.M., Hamann H.A., Banerjee S.C., Shen M.J. — doi: 10.1037/sah0000214 // Stigma and Health. — 2020. — V. 5(4). — P. 425–433.
13. Циринг Д.А. Личностные характеристики, копинг-стратегии и качество жизни женщин, больных раком молочной железы / Циринг Д.А., Евстафеева Е.А. — doi: 10.24158/spp.2020.4.15 // Общество: социология, психология, педагогика. — 2020. — № 4(72). — С. 87–91.
14. Пономарева И.В. Базисные убеждения как мишени психологической работы с женщинами, больными раком молочной железы / Пономарева И.В., Циринг Д.А. // Всероссийский съезд онкопсихологов, 2019. — С. 46–49.

15. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. / Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макаrchук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчян З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И. — Москва: Когито-Центр, 2007. — С. 155–158.
16. Крылов А.А. Опыт применения Фрайбургского личностного опросника в диагностике психических состояний / Крылов А.А., Куликов Л.В. // Теоретические и прикладные вопросы психологии. — 1995. — № 1. — С. 5–12.
17. Падун М.А. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман / Падун М.А., Котельникова А.В. // Психологический журнал. — 2008. — Т. 29. № 4. — С. 98–106.
18. Харламенкова Н.Е. Сопряженность признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у больных с диагнозом менингиома / Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы: материалы Третьей Международной научной конференции. — Казань: Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2018. — С. 536–539.
19. Тарабрина Н.В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. — Москва: Институт психологии РАН, 2010. — С. 82–83.
20. Ратникова Ю.А. Основные компоненты программы психолого-педагогической реабилитации лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (острый период) / Ратникова Ю.А. // Жизненные траектории личности в современном мире: социальный и индивидуальный контекст: Сборник статей / Сост. Т.Е. Коровкина, отв. ред. Т.Н. Адеева, С.А. Хазова. — Кострома: Костромской государственной университет, 2021. — С. 645–648.
21. Клейменова Е.А. Проблематика оказания психологической помощи при психосоматических расстройствах / Клейменова Е.А., Швец С.А. // Достижения в науке и образовании 2022: Сборник статей. — Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2022. — С. 219–222.
22. Рагозинская В.Г. Особенности базисных убеждений при гипертонической болезни, язвенной болезни и болезни Грейвса / Рагозинская В.Г. // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. — 2016. — № 1. — С. 141–148.

Nikitina Daria Alekseevna

Institute of Psychology 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

Distress and psychopathological symptoms in somatic disease: features of manifestation within the limits of the norm

Abstract. The article presents the results of an empirical study aimed at analyzing the features of the manifestation of psychopathological symptoms in patients with a life-threatening disease. Psychopathological symptoms are analyzed within the limits of the norm and are considered as psychological consequences of the influence of a high-intensity stressor. The study is based on the assumption that emotional instability, a tendency to bad mood, vulnerability, as well as a person's self-doubt — accompany the strengthening of psychopathological symptoms and reflect the nature of their manifestation within the boundaries of the norm. The following methods were chosen: Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), Freiburg Personality Inventory, (FPI), World Assumptions Scale (WAS). The study sample consisted of patients diagnosed with benign meningioma in the absence of cognitive impairment. The study participants signed an informed consent (n = 64, age 30-70 years). It is shown that patients with a life-threatening disease have such manifestations of psychopathological symptoms as problems with self-regulation (depression, obsessive-compulsivity, somatization), avoidance of social support (interpersonal sensitivity, psychoticism), obsessive states (anxiety, suspicion, hostile thoughts). It has been established that indicators of the risk of developing such problems are: a person's predisposition to neuroticism, depression, irritability, shyness, unsociability, emotional lability; as well as a person's self-doubt, a person's doubts about his luck and ability to control events. It was revealed that these features, along with psychopathological symptoms, reduce the effectiveness of the patient's access to the system of internal and external resources in a situation of illness.

Keywords: psychological consequences of high-intensity stressors; life-threatening disease; brain tumor; meningioma; psychopathological symptoms; personality traits; basic beliefs