

---

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ  
THEORY AND METHODOLOGY

---

# ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО СПЕЦИФИКА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИИ

Н.Е. ХАРЛАМЕНКОВА

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>,  
e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

Д.А. НИКИТИНА

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>,  
e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

Статья посвящена теоретическому анализу особенностей стрессора «угрожающее жизни заболевание» и систематизации симптомов переживаемого травматического стресса, вызванного его влиянием. **Актуальность** изучения этой проблемы связана с появлением новых, но несистематизированных сведений об отдаленных психологических последствиях воздействия тяжелой болезни на состояние человека. Общим направлением и **целью** исследования стало сопоставление признаков интенсивного и травматического стресса и определение их специфики при влиянии стрессора «угрожающее жизни заболевание». Методолого-теоретические принципы анализа проблемы определены на основе подхода Н.В. Тарабриной к пониманию феноменологии посттравматического стресса и построению психологической модели ПТС. В качестве процедур теоретического анализа проблемы использованы **методы** абстрагирования, формализации и интерпретации. **Результаты исследования:** описаны и обобщены характеристики

жизненного события «угрожающее жизни заболевание», определены этапы его проявления, выделен отдельный стрессор, связанный с информированием человека о тяжелом диагнозе — с постановкой диагноза. Признаки интенсивного стресса представлены рядом категорий, обозначающих эмоциональные состояния — испуг, страх, вину, беспомощность и др. Проанализированы симптомы травматического стресса, свидетельствующие о нарушении механизма интеграции идентичности, конструирования картины мира, восприятия временной перспективы, об отрицании болезни и ограничений. Определены эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания личности с психотравмирующими переживаниями. Теоретические положения представленного в статье подхода иллюстрируются данными эмпирических исследований, проведенных отечественными и зарубежными учеными. В **выводах** обобщены данные об особенностях стрессора «угрожающее жизни заболевание», специфике вызванного им травматического стресса, эксплицитных и имплицитных ресурсах совладания.

**Ключевые слова:** интенсивный стресс, травматический стресс, угрожающее жизни заболевание, постановка диагноза, эмоциональные переживания, эксплицитные ресурсы, имплицитные ресурсы.

**Финансирование.** Исследование выполнено по Государственному заданию Минобрнауки РФ № 0138-2023-0005: «Онто- и субъектогенез психического развития человека в разных жизненных ситуациях».

**Для цитаты:** Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Травматический стресс и его специфика при угрожающем жизни заболевании // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 10—27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310301>

## TRAUMATIC STRESS AND ITS SPECIFICITY IN LIFE- THREATENING DISEASE

NATALIA E. KHARLAMENKOVA

Institute of Psychology Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>,

e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

DARIA A. NIKITINA

Institute of Psychology Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

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

e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

The article is devoted to the theoretical analysis of the stressor “life-threatening disease” features and the systematization of the actual traumatic stress symptoms

caused by its influence. The **relevance** of studying this problem is associated with the emergence of new, but unsystematized information about the long-term psychological consequences of the impact of a serious illness on the human condition. The general line and **the purpose** of the study was the comparison of the intense and traumatic stress signs, and the determination of their specificity under the influence of the stressor “life-threatening disease”. The methodological and theoretical principles of problem analysis are determined on the basis of the approach of N.V. Tarabrina to understanding the phenomenology of post-traumatic stress and construction a psychological model of PTS. **Results:** the article describes the characteristics of the life event “life-threatening disease”, determines the stages of its manifestation, singles out a separate stressor associated with informing a person about a severe diagnosis. Signs of intense stress are represented by a number of categories denoting emotional states – fright, fear, guilt, helplessness, etc. The symptoms of traumatic stress are analyzed, indicating a violation of the mechanism of identity integration, construction of a picture of the world, perception of a time perspective, denial of illness and restrictions. Explicit and implicit resources for coping with psychotraumatic experiences are determined. The theoretical provisions of the approach presented in the article are illustrated by the data of empirical studies conducted by domestic and foreign scientists. **The conclusions** summarize data on the characteristics of the stressor “life-threatening disease”, the specifics of the traumatic stress caused by it, explicit and implicit coping resources.

**Keywords:** intense stress, traumatic stress, life-threatening illness, diagnosis, emotional experiences, explicit resources, implicit resources.

**Funding.** The research was carried out under the state assignment of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation No. 0138-2023-0005: Onto- and subjectogenesis of human mental development in different life situations.

**For citation:** Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Traumatic Stress and its Specificity In Life-Threatening Disease. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 10–27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310301> (In Russ.).

## Введение

По мнению ведущего российского специалиста в области психологии травматического и посттравматического стресса Н.В. Тарабриной, одной из наиболее сложных и нерешенных проблем психологии является вопрос о критериях дифференциации стресса по уровню интенсивности. Поднимая тему повседневного стресса и стресса, вызванного угрожающими жизни катастрофическими событиями, Тарабина использует понятие «интенсивный стресс», подчеркивая, что он «возникает, прежде всего, под воздействием... травматических стрессоров (военный стресс, антропогенные и техногенные катастрофы и т. п.)» [10, с. 20]. Преодо-

левая привычную дихотомию между текущими и психотравмирующими переживаниями, автор указывает на допустимость появления признаков интенсивного стресса не только вследствие угрозы, либо реальной опасности влияния травматического стрессора, но и в случае хронификации повседневных жизненных трудностей.

Понятием «интенсивный стресс» обозначают острое эмоциональное состояние человека, выходящее за границы привычных переживаний, преодоление которого требует привлечения значительных ресурсов и более длительного, чем в случае повседневного стресса, восстановления.

Понятия «интенсивный стресс» и «травматический стресс» иногда могут восприниматься в качестве синонимов, однако вполне очевидно и то, что пространства психических явлений, которые ими обозначаются, не пересекаются абсолютно. В некоторых случаях интенсивный стресс может выполнять сигнальную функцию и создавать условия для активизации субъектом ресурсов, необходимых для преодоления негативных последствий воздействия угрожающих жизни и психологическому благополучию вредоносных факторов [3]. Стресс становится травматическим, если происходит кардинальное изменение представлений человека о себе и о мире, ощущается потеря привычных социальных и психологических ориентиров, для восстановления которых имеющиеся средства и возможности оказываются недостаточными.

Открытым остается вопрос о сроках развития травматического стресса. Показано, что более выраженная симптоматика стресса в период острой фазы (от 2 до 6 дней с момента влияния стрессора) и медленное восстановление в последующем увеличивают вероятность развития симптомов травматического стресса через один месяц после воздействия экстремального события, а также риск развития посттравматической психопатологии [18].

Вполне традиционным стало обсуждение проблемы индивидуально-психологических различий, связанных с последствиями переживания экстремальных событий, т. е. с различиями в уровне психотравматизации [17], однако специфика эмоциональных, когнитивных, поведенческих и иных особенностей, наблюдаемых вследствие воздействия *разных видов событий*, исследована в меньшей степени. Тем не менее такая тенденция — попытаться выявить специфику влияния того или иного стрессора — становится все более очевидной. В частности показано, например, что более тяжелые переживания и незначительный посттравматический рост отмечаются в случае сексуального и эмоционального насилия, по сравнению с тяжелой болезнью или травмой близкого человека, стихийным бедствием, миграцией [21; 24]. Схожие результаты получены на выборке подростков, молодых людей 13—18 лет [28] и взрослых при осуществлении контроля дополнительных переменных [29], что

в целом подтверждает наиболее вредоносный характер антропогенных угроз по сравнению с природными катастрофами.

Неоднозначными кажутся данные, полученные на разных выборках людей, имеющих *угрожающее жизни заболевание*. С одной стороны, болезнь редко рассматривается человеком в качестве следствия, причиной которого стало воздействие антропогенных факторов, т. е. намеренное негативное влияние других людей, что не позволяет отнести этот стрессор к группе самых вредоносных стрессогенных событий. С другой стороны, тяжелое соматическое заболевание часто рассматривается человеком как результат пренебрежительного отношения к своему здоровью, и поэтому психологические последствия переживания данной угрозы могут сопровождаться чувством вины и агрессии, направленной на себя. Неоднозначность оценки человеком стрессора «угрожающее жизни заболевание» по сравнению с пониманием специфики других стрессоров, а также большое многообразие формулировок исследовательских задач при изучении данной проблемы приводят к разным результатам и разной трактовке особенностей стрессора. Кроме того, деление болезней на угрожающие и не угрожающие жизни остается достаточно условным, а появление новых заболеваний (например, симптомов заражения COVID-19) заставляет учитывать дополнительные переменные — наличие хронических заболеваний, показатели самооценки социальной поддержки, социально-демографические данные, а также все более остро ставить вопрос о кумулятивной травме [19; 16] и в целом — о комплексном ПТСР [5; 8].

Специальное внимание к изучению психотравмирующего характера стрессора «угрожающее жизни заболевание» объясняется не только объективно более сложной эпидемиологической обстановкой в мире в настоящее время и возникновением других факторов (экологических, социальных, и проч.), но и пониманием того, что тяжелые психологические последствия влияния данного стрессора диагностируются не только у самого пациента, но и у ближайшего социального окружения [23], которое оказывается неспособным к социальной поддержке.

Среди часто поднимаемых в литературе вопросов, актуальных в связи с темой угрожающего жизни заболевания, формулируется вопрос о психотравмирующем характере стрессора и об отдаленных последствиях, вызванных его влиянием, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, тревожность и беспокойство, вторичная психическая травматизация [11; 13], однако особенности самого стрессора и его деформирующее влияние на личность, т. е. симптомы непосредственно возникающего стресса, в том числе психотравмирующего характера, не анализируются.

*Проблема* настоящего исследования состоит в проведении анализа особенностей стрессора «угрожающее жизни заболевание» и система-

тизации симптомов актуально переживаемого травматического стресса, вызванного его влиянием.

### **Угрожающее жизни заболевание как жизненное событие**

В предыдущих исследованиях мы рассматривали угрожающее жизни заболевание как жизненную ситуацию, самостоятельное *стрессовое событие*, включающее в себя отдельные этапы: появление первых симптомов болезни, постановку диагноза, лечение, а для некоторых заболеваний и операцию, постоперационное сопровождение, реабилитацию и т. д. [7].

Выделенные этапы были определены в качестве компонентов данного события — угрожающего жизни заболевания и описаны в соответствии с его стрессогенными особенностями.

Показано, что стрессовое воздействие ситуации болезни имеет *продолженный* эффект. Данная особенность проявляет себя следующими признаками: прогрессированием болезни, длительностью лечения, необходимостью ежедневной включенности человека в решение возникающих проблем и трудностей, повышенной вероятностью ухудшения качества жизни пациента в отдаленной перспективе.

Другая особенность ситуации болезни состоит в *неопределенном характере* ее течения. На каждом из этапов тяжелой болезни неизвестными для пациента остаются: время наступления ощутимого результата, его устойчивость, сохраняются риски, связанные с рецидивом заболевания.

Дополнительно отметим, что особенностью события «угрожающее жизни заболевание» является его *неподконтрольность* пациенту, невозможность влиять на течение болезни, ускорять процесс выздоровления. Экстремальная ситуация вынуждает пациента обращаться за помощью, искать дополнительные внешние ресурсы поддержки, преодолевая возникающие сомнения на предмет их надежности и эффективности.

Важно учитывать и то, что вследствие болезни в жизни человека возникают серьезные *ограничения*: меняется не только привычный распорядок дня, но и образ жизни в целом. Такие изменения связаны с тем, что заболевание снижает физическую и умственную активность человека (появляются усталость, недомогание, заторможенность, рассеянность и т. д.) [20].

Рассматриваемая нами жизненная ситуация переживается личностью как ненормативный кризис, который препятствует достижению субъектом Акме и имеет комплексный характер, т. е. затрагивает все сферы жизни человека (здоровье, социальную, трудовую, семейную, духовную и др. сферы) [1]. В настоящее время активная дискуссия ведется вокруг вопроса о том, какой именно из этапов данного ненормативного кризиса выступает в качестве триггера, способствующего его актуализа-

ции и усилению. Говоря о нарастании ненормативного кризиса, следует учитывать его уровневую особенность, т. е. отличать момент возникновения первых эпизодов психоэмоционального напряжения от первичных стрессовых реакций высокого уровня интенсивности, которые могут быть мало осознаваемыми самим субъектом [4].

С самого начала болезни психоэмоциональное напряжение вызывает первичные симптомы заболевания. Человек старается восстановить эмоциональное равновесие путем нивелирования значимости их рассмотрения в качестве индикаторов угрозы жизни. В этой связи субъект испытывает определенные психоэмоциональные проблемы, не достигающие пока высокого уровня психического напряжения, но являющиеся его неотъемлемой частью. В свою очередь озвучивание диагноза врачом, объективно информирует человека о характере и тяжести заболевания, указывает на реальную угрозу его жизни. По всей видимости, именно *постановка диагноза*, связанного с угрозой жизни человека, вероятнее всего является стрессором высокого уровня интенсивности, триггером, объективирующим для субъекта ситуацию ненормативного кризиса [9].

Сообщение пациенту о диагнозе является стрессором информационного типа, который включает и видимую (человек наблюдает физическое ухудшение своего организма), и невидимую угрозы (узнает о рисках и прогнозах развития и течения болезни из специальной литературы, медицинского заключения, беседы с врачами и др.). Сообщение о диагнозе оказывается для человека неожиданным известием; он бывает не готов к подобного рода информации, оценивая свое физическое недомогание как временное, вызванное обычным переутомлением, и используя механизмы психологической защиты от переполняющего его чувства страха и ужаса [10; 25]. Последующие этапы болезни могут вносить свой вклад в развитие интенсивного и травматического стресса, однако мы придерживаемся того мнения, что сообщение о диагнозе выполняет в этом процессе ключевую роль.

### **Причины и признаки интенсивного и травматического стресса при постановке диагноза, связанного с угрожающим жизни заболеванием**

При постановке диагноза, свидетельствующего об угрозе жизни, человек испытывает сильные эмоциональные переживания, которые можно квалифицировать как переживание *интенсивного стресса* [22]. Данная реакция выступает первичным мало осознаваемым защитным механизмом психики человека, в той или иной степени обнаруживаемым у каждого пациента.



Триггером интенсивного стресса нередко выступает витальная угроза. Психоземotionalные ресурсы индивида при данной угрозе неосознанно направляются на мобилизацию сил всего организма для выживания и сохранения жизни. В случае тяжелой болезни витальная угроза включает некоторые особенности, так как имеет отсроченный (продолгованный) характер. Новый жизненный опыт, накопленный при переживании отдельных этапов болезни, невольно заставляет субъекта обращаться к вопросам, связанным с экзистенциальными проблемами человека.

Переходя к вопросу о ключевых признаках интенсивного стресса, считаем важным указать на специфику первичных эмоциональных реакций человека при переживании воздействия стрессора. Рассмотрим эмоции, которые наиболее характерны для пациентов, получивших сообщение о диагнозе, связанном с тяжелым заболеванием.

Остановимся на более общих эмоциональных переживаниях, типичных для людей, испытывающих непосредственное влияние травматических стрессоров, в том числе воздействия сообщения об угрожающем жизни заболевании.

Обычно первой реакцией человека на угрожающий жизни фактор является *испуг*. Данная эмоция во многом представляет собой эволюционный защитный механизм, который помогает отстраниться от источника опасности без дополнительной ориентировочной реакции. В случае тяжелой болезни реакция испуга может иметь особо интенсивный характер, так как пациент лишен возможности отдалиться от источника опасности. Реакцию испуга индуцирует испытываемый человеком *страх смерти*, который в случае угрожающего жизни заболевания ассоциируется с угрозой преждевременной гибели и внезапностью ухода из жизни.

При столкновении с витальной угрозой человек ощущает свою *беспомощность*, переживает чувство опустошенности, бессилия, потерянности. Заболевание комплексно затрагивает значимые сферы жизни, субъект сталкивается с невозможностью справиться с трудностями самостоятельно, остается риск рецидива болезни, усиливаются переживания, вызванные отсутствием заметных и быстрых улучшений состояния здоровья. С ощущением беспомощности тесно связано переживание чувства *вины* [12], которое возникает на почве беспокойства пациента по поводу халатного отношения к собственному здоровью, зависимости от других людей, включая страх стать обузой для близкого окружения [26].

Сообщение пациенту информации о тяжелом диагнозе вызывает и специфические переживания, которые оказываются тесно связанными с характером данного стрессора. Многие пациенты испытывают острый *страх перед стигматизацией*, чувство социальной тревоги [26]. Данный страх провоцирует дополнительные переживания, вынуждаю-



щие пациента активно тестировать свое Я на предмет появления нежелательных личностных изменений, что наиболее явно проявляется у пациентов с заболеваниями головного мозга, например в виде тревоги по поводу сохранности когнитивных функций. Следует также выделить группу страхов, которые тесно связаны с течением заболевания — это *страх рецидива болезни*, потери контроля, возникновения последствий заболевания (например, физических дефектов) и т. д. [27]. Подобные переживания отражаются не только на самооценке субъекта, которая включает представления о своей ресурсности, но и на качестве межличностных отношений.

В состоянии тяжелой болезни пациент задумывается о способности или неспособности сохранить физическую и психическую полноценность, о поиске новых ценностей и смысла жизни, о том, насколько произошедшее событие является по отношению к нему справедливым. Проблема ценности и значимости своего Я в ситуации заболевания затрагивает системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир» и рассматривается нами в качестве комплекса признаков, указывающих на появление симптомов *травматического стресса*.

В основе этого комплекса признаков лежит нарушение *функции интеграции* субъектом актуальных переживаний, знаний, сведений о произошедших событиях в существующие у него представления о себе и мире, т. е. проблема их включения в индивидуальную историю жизни. Появление признаков травматического стресса оказывается сопряженным с неконгруэнтностью опыта, с критическим нарушением картины мира. Именно поэтому возникает типичное для таких случаев ощущение раскола жизни на «до» и «после».

Специфика симптомов травматического стресса при угрожающем жизни заболевании видится нами в особом искажении образа Я, отношений «Я—Другой», картины мира, границ психологического пространства в настоящем и построении перспективы жизни.

Ведущим компонентом образа Я становится *физическое Я*, которое слабо интегрируется в систему представлений о себе, чаще оказывается отщепленным от нее и сверхзначимым. Кроме того, происходит нарушение идентичности по критерию устойчивости представлений о себе во временной перспективе: Я в настоящем рассматривается в качестве субличности, не идентифицирующейся субъектом с Я в прошлом. Представление о себе в будущем деиндивидуализируется и по содержанию становится похожим на описание пациентом типичных симптомов больного с данным диагнозом, изложенных в учебнике или медицинском пособии.

Признаком травматического стресса является *отрицание болезни* и сопутствующих ей объективно возникших *ограничений*. Непринятие по-

следних проявляется в переживании ригидности границ психологического пространства, которое утрачивает свою суверенность, становится депривированным (С.К. Нартова-Бочавер). Человек ощущает неспособность удовлетворять актуальные потребности, следовать своим привычкам и ценностям.

Нарушение механизма интеграции проявляется и в *конструировании картины мира*, в изменении системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир». Появление новых контактов, связанных с оказанием профессиональной помощи больному в процессе лечения, воспринимается негативно; привычный круг общения может сужаться вследствие переживания чувства отстраненности, самостигматизации и самоизоляции. Повышается чувствительность к справедливости, которая, как пишет С.К. Нартова-Бочавер, указывает на «...неблагоприятные социальные установки, склонность к дискриминации и неготовность проявлять альтруизм», тогда как вера в то, что мир несправедлив, «...сочетается с более гуманным и моральным отношением к другим, очевидно побуждая людей исправить мироустройство личными усилиями» [6, с. 332]. Обостренное чувство справедливости разоблачает, вынуждает искать обидчика, виноватого в том, что случилось; понимание того, что мир несправедлив в принципе, позволяет человеку быть более открытым к разнообразным жизненным обстоятельствами, не возлагая ответственность за них на других людей и не переживая по поводу неравенства предоставленных возможностей.

Признаком травматического стресса является искажение *восприятия жизненной перспективы*, которая может быть как укороченной, так и ориентированной на совладание с последствиями болезни. Сужение временной перспективы до уровня решения задач, связанных с лечением и реабилитацией, указывает, как правило, на сверхценность болезни и ограничение круга интересов.

Рассматривая интенсивный и травматический виды стресса, заметим, однако, что связь между ними не является безусловной, но опосредована наличием или отсутствием ресурсов совладания.

### **Эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания со стрессом при угрожающем жизни заболевании**

Характер переживания ситуации угрожающего жизни заболевания тесно связан с оценкой человеком степени угрозы его жизни, при которой индивид соотносит собственные возможности с вызовами экстремального события [9; 22]. Эта оценка происходит как на эксплицитном, так и на имплицитном уровне [10].

Эксплицитный уровень включает представления субъекта о его способности противостоять психотравмирующему фактору, используя более очевидные для него внешние и внутренние ресурсы. Подобного рода ресурсы субъективно выступают для личности явной опорой и основываются на опыте (знаниях, убеждениях, ценностях и т. д.). В представлениях человека они воспринимаются как эффективные, рациональные и чаще оцениваются как доступные [10]. В ситуации болезни такими эксплицитными ресурсами могут быть: внешние — социальная поддержка, контроль ситуации (например, соблюдение рекомендаций врача), суверенность личностного психологического пространства и др.; внутренние — самоконтроль, переосмысление жизни, поиск решения проблемы, позитивное мышление, уход от проблемы, вера в себя и др. К ресурсам эксплицитного характера также можно отнести социальные ориентиры, которые помогают человеку эффективно функционировать в социуме и развиваться как личности [14]. В каждом возрасте субъект имеет специфические социальные ориентиры: в старшем возрасте — самоуважение, наставничество, автономию; в среднем возрасте — уверенность в себе, социальную смелость [7].

Несмотря на потенциальную эффективность эксплицитных ресурсов в ситуации угрожающего жизни заболевания пациент не всегда правильно обращается к ним. Неэффективность такого обращения связана со скрытыми переживаниями, отрицаемыми субъектом проблемами, а также с актуализацией иррациональных ресурсов, искажением психотравмирующей ситуации имплицитной оценкой [10]. Эта оценка включает в себя имплицитные ресурсы, которые не даны человеку в готовом виде и чаще носят интуитивный характер, в большей степени характеризуются их процессуальностью. К конструктивным имплицитным ресурсам можно отнести, например, избирательность поведения, гибкость, а к деструктивным — гипокompенсацию (подавление) и гиперкомпенсацию (искаженную переоценку) проблемы [2].

При привлечении последних субъект ощущает рассогласование ожиданий и возможностей, так как не ассимилирует личностный опыт в соответствии с обстоятельствами актуальной экстремальной жизненной ситуации. Так, например, при наличии признаков психотравматизации в ситуации угрожающего жизни заболевания пациенты могут обесценивать значимость социальных ориентиров и других эксплицитных ресурсов [15]. В этом случае возникает риск развития гипокompенсации, которая проявляется в старшем возрасте «уходом» в болезнь, а в среднем — застенчивостью, пассивностью. При гиперкомпенсации больной, наоборот, пытается максимально приблизиться к социальным ориентирам, но вследствие травмы реализует это усилие в искаженном виде. У пациентов старшего возраста гиперкомпенсация может проявляться в

виде подозрительности, обидчивости, а у больных среднего возраста — в активном стремлении к сверхавтономии, в желании брать на себя непопулярные обязательства, переходящие в чувство вины.

Представленная поляризация ресурсов, периодически сменяющих друг друга, до некоторой степени характеризует пациентов с высоким уровнем травматического стресса, которые менее убеждены в ценности и значимости своего Я. Неуверенность личности в собственной ценности и значимости не позволяет субъекту восстановить оптимальный ритм жизни в соответствии с запросами общества, стабилизировать позитивную самооценку (в среднем возрасте), рационально проявлять силу Эго и правильно отстаивать суверенность личностных границ (в старшем возрасте).

Выход за пределы психотравмирующей ситуации может быть осуществлен при построении пациентом новой непротиворечивой реальности, способствующей сохранению непрерывного развития личности, открытию потенциалов саморазвития, более целостному пониманию себя и мира [10]. Мы полагаем, что в основе урегулирования рассогласования между социальной ситуацией развития и ненормативным кризисом лежат представления человека о ценности и значимости Я, активность субъекта, выражающаяся в его психологической гибкости и избирательности по отношению к объективному многообразию вариантов жизненного пути его личности.

## **Выводы**

1. Проведен теоретический анализ особенностей жизненного события, связанного с угрожающим жизни заболеванием, и его отдельных этапов, прежде всего этапов появления первых симптомов болезни (вызывают первичное психоэмоциональное напряжение) и сообщения о диагнозе (объективирует для субъекта ситуацию ненормативного кризиса). Показано, что стрессовое воздействие ситуации болезни имеет пролонгированный, неопределенный, трудно контролируемый характер, сопровождается рядом ограничений, изменениями ритма жизни. Сообщение пациенту о диагнозе выступает стрессором информационного типа, который включает и видимую, и невидимую угрозы; характер его воздействия является внезапным.

2. Определены причины и признаки интенсивного и травматического стресса при сообщении человеку информации о тяжелом заболевании. Установлено, что триггером интенсивного стресса выступает витальная угроза (отсроченная и пролонгированная по характеру, затрагивающая экзистенциальные проблемы человека), а его проявления (признаки) обнаруживаются в сильных эмоциональных переживаниях пациента:

испуга, страха смерти, беспомощности, чувства вины, страха стигматизации, страха рецидива болезни. Травматический стресс возникает в связи с дефицитностью/иррациональностью привлекаемых ресурсов и проявляется в виде нарушений функции интеграции личностного и травматического опыта, что комплексно затрагивает системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир».

3. Рассмотрены эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания с травматическим стрессом при угрожающем жизни заболевании. Выявлено, что эксплицитные ресурсы основываются на опыте человека и воспринимаются им как эффективные, рациональные, доступные; они бывают внешними (например, социальная поддержка) и внутренними (например, самоконтроль), связанными с социальными ориентирами, т. е. различающимися в зависимости от возраста человека (например, в старшем возрасте — самоуважение, в среднем — уверенность в себе). Имплицитные ресурсы не даны человеку в готовом виде, они интуитивные, процессуальные, а их характер (конструктивный/гибкость или деструктивный/подавление и гиперкомпенсация) предопределяет успешность обращения субъекта к эксплицитным ресурсам.

Освещая вопрос о перспективах исследования, следует отметить, что полученные результаты позволяют обозначить несколько путей дальнейшего развития научной мысли в области понимания особенностей переживания человеком ситуации, связанной с угрожающим для жизни заболеванием. Представляется важным продолжить изучение болезни в качестве экзистенциальной проблемы (с учетом факторов риска вторичной психотравматизации родственников больного); значимым является поиск дополнительных комплексных маркеров, препятствующих актуализации гиперкомпенсации и гипокompенсации в ситуации заболевания и способствующих наиболее полному раскрытию внутреннего потенциала субъекта, а также дифференцирующих факторов, позволяющих точно специфицировать отдельные группы заболеваний с психологической точки зрения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барышникова Р.Д. Теоретический анализ категорий «семья», «семейный кризис»: тяжелая болезнь // Актуальные вопросы науки и техники: сб. статей Международной научно-практической конференции, Пенза, 25 февраля 2020 года. Пенза: Наука и просвещение, 2020. С. 40—44.
2. Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 78—89. DOI: 10.17759/срpe.2019080105
3. Дан М.В. Психологические последствия воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной зрелости: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 28 с.

4. Даниленко О.И. Антиципационная состоятельность как условие предотвращения и преодоления жизненных кризисов // *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2019. № 8. С. 13—20.
5. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как последствие экстремального стресса // *Современная зарубежная психология*. 2020. Том 9. № 1. С. 50—61. DOI: 10.17759/jmfr.2020090105
6. Нартова-Бочавер С.К. Психология личности и индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2023. 432 с.
7. Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 28 с.
8. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // *Консультативная психология и психотерапия*. 2021. Том 29. № 3. С. 69—87. DOI: 10.17759/cpp.2021290306
9. Сизова Я.Н., Циринг Д.А. Особенности преодоления ситуации болезни пациентами со злокачественными новообразованиями // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2019. Том 8. № 5(1). С. 240—246. DOI: 10.34670/AR.2020.46.5.024
10. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н. Е. Харламенковой. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
11. Arch J.J., Mitchell J.L., Genung S.R. et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: Outcomes and moderators // *Journal of consulting and clinical psychology*. 2021. Vol. 89. № 4. P. 327—340. DOI: 10.1037/ccp0000630
12. Braun M., Naor L., Hasson-Ohayon I. et al. Oncologists' locus of control, compassion fatigue, compassion satisfaction, and the mediating role of helplessness // *Current oncology*. 2022. Vol. 29. № 3. P. 1634—1644. DOI: 10.3390/curroncol29030137
13. Carey S.A., Roden-Foreman J.W., Felius J. et al. Secondary traumatic stress in multi-disciplinary teams caring for heart and lung transplant patients // *Traumatology*. 2019. Vol. 25. № 4. P. 275—281. DOI: 10.1037/trm0000188
14. Caron-Flinterman J.F., Broerse J.E.W., Bunders J.F.G. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? // *Social science & medicine*. 2005. Vol. 60. № 11. P. 2575—2584. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.023
15. Cludius B., Mennin D., Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process // *Emotion*. 2020. Vol. 20. № 1. P. 37—42. DOI: 10.1037/emo0000646
16. Dixon K.E., Mahoney C.T., Samuelson K.W. Ongoing traumatic stress during a global pandemic // *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2023. Vol. 15. № 5. P. 808—818. DOI: 10.1037/tra0001360
17. Egberts M.R., Verkaik D., Spuij M. et al. Child adjustment to parental cancer: A latent profile analysis // *Health psychology*. 2021. Vol. 40. № 11. P. 774—783. DOI: 10.1037/hea0001099
18. Grinapol S., Greene T., Pagorek-Eshel S. et al. Prospective examination of daily life traumatic stress symptom expression following motor vehicle collisions //

- Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2022. Vol. 14. № 7. P. 1212—1220. DOI: 10.1037/tra0000537
19. Ingram S.H., South S.C. Dimensional latent factor structure of psychopathology in adults with chronic illness // Psychological assessment. 2020. Vol. 32. № 12. P. 1145—1157. DOI: 10.1037/pas0000954
  20. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats // Handbook of psychology and health. 2020. Vol. 4. P. 219—252.
  21. Lowe S.R., James P., Arcaya M.C. et al. Do levels of posttraumatic growth vary by type of traumatic event experienced? An analysis of the Nurses' Health Study II // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2022. Vol. 14. № 7. P. 1221—1229. DOI: 10.1037/tra0000554
  22. Miceli J., Geller D., Tsung A. et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer // Psychooncology. 2019. Vol. 28. № 7. P. 1513—1519. DOI: 10.1002/pon.5108
  23. Mitchell H.R., Kim Y., Llabre M.M. et al. Four-symptom model of medical-related posttraumatic stress among adult cancer patients // Health psychology. 2022. Vol. 41. № 7. P. 492—501. DOI: 10.1037/hea0001187
  24. Pérez-Sales P., Vergara-Campos M., Eiroa-Orosa F.J. et al. Perceived resistance to experiences of trauma and crisis: A study comparing multiple life events // Traumatology. 2022. Vol. 28. № 1. P. 109—119. DOI: 10.1037/trm0000339
  25. Stein A., Dalton L., Rapa E. et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition // The Lancet. 2019. Vol. 393. № 10176. P. 1150—1163. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X
  26. Tsai W., Lu Q. Ambivalence over emotional expression and intrusive thoughts as moderators of the link between self-stigma and depressive symptoms among Chinese American breast cancer survivors // Journal of behavioral medicine. 2019. Vol. 42. P. 452—460. DOI: 10.1007/s10865-018-9996-6
  27. Uner F.O., Korukcu O. A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy // Health & social care in the community. 2021. Vol. 29. № 3. P. 729—737. DOI: 10.1111/hsc.13326
  28. Vacek S., Whisman M.A. Traumatic events and adolescent psychopathology in a United States national probability sample // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2021. Vol. 13. № 3. P. 277—283. DOI: 10.1037/tra0000961
  29. Zalta A.K., Tirone V., Orlowska D. et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis // Psychological bulletin. 2021. Vol. 147. № 1. P. 33—54. DOI: 10.1037/bul0000316

## REFERENCES

1. Baryshnikova R.D. Teoreticheskij analiz kategorij “sem’ja”, “semejnyj krizis”: tjazhelaja bolezn’ [Theoretical analysis of the categories «family», «family crisis»: serious illness]. *Aktual’nye voprosy nauki i tehniki: sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii = Topical issues of science and technology: collection of articles of the International Scientific and Practical Conference*, Penza, february 25, 2020. Penza: Nauka i Prosveshhenie, 2020. pp. 40—44. (In Russ.).
2. Byhovec Ju.V., Padun M.A. Lichnostnaja trevozhnost’ i reguljacija jemocij v kontekste izuchenija posttravmaticheskogo stressa [Personal anxiety and emotion



- regulation in the context of study of post-traumatic stress]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija = Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 78—89. DOI: 10.17759/cpse.2019080105. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Dan M.V. Psihologicheskie posledstvija vozdeystvija stressora «tjazheloe zabolevanie rebenka» u materej s raznym urovnem lichnostnoj zrelosti: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. [Psychological consequences of exposure to the stressor «severe illness of the child» in mothers with different levels of personal maturity. PhD (Psychology) Dissertation Thesis]. Moscow, 2021. 28 p. (In Russ.).
  4. Danilenko O.I. Anticipacionnaja sostojatel'nost' kak uslovie predotvrashhenija i preodolenija zhiznennyh krizisov [Anticipation competency as a factor of prevention and successful coping with life crises]. *Lichnost' v jekstremal'nyh uslovijah i krizisnyh situacijah zhiznedejatel'nosti = Personality in extreme conditions and crisis situations of life*, 2019, no. 8, pp. 13—20. (In Russ., abstr. in Engl.).
  5. Ekimova V.I., Luchnikova E.P. Kompleksnaja psihologicheskaja travma kak posledstvie jekstremal'nogo stressa [Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija = Journal of modern foreign psychology*, 2020, vol. 9, no. 1, pp. 50—61. DOI: 10.17759/jmfp.2020090105. (In Russ., abstr. in Engl.).
  6. Nartova-Bochaver S.K. Psihologija lichnosti i individual'nyh razlichij [Psychology of personality and individual differences]. Saint-Petersburg: Piter, 2023. 432 p. (In Russ.).
  7. Nikitina D.A. Posttravmaticheskij stress u ljudej raznogo vozrasta s ugrozhajushhim zhizni zabolevaniem: avtoref. diss. ... kand. psihol. Nauk [Post-traumatic stress in people of different ages with a life-threatening disease. PhD (Psychology) Dissertation Thesis]. Moscow, 2021. 28 p. (In Russ.).
  8. Padun M.A. Kompleksnoe PTSR: osobennosti psihoterapii posledstvij prolongirovannoj travmatizacii [Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, no. 3, pp. 69—87. DOI: 10.17759/cpp.2021290306. (In Russ., abstr. in Engl.).
  9. Sizova Ja.N., Ciring D.A. Osobennosti preodolenija situacii bolezni pacientami so zlokachestvennymi novoobrazovanijami [Peculiarities of overcoming the situation of the disease by patients with cancerous neoplasms]. *Psihologija. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovanija = Psychology. Historical-critical reviews and current researches*, 2019, vol. 8, no. 5—1, pp. 240—246. DOI: 10.34670/AR.2020.46.5.024. (In Russ., abstr. in Engl.).
  10. Tarabrina N.V., Harlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhuev I.S., Kazymova N.N., Byhovec Ju.V., Dan M.V. Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoj bezopasnosti [Intense stress in the context of psychological security]. In N.E. Harlamenkova (eds.), Moscow: IP of RAS, 2017. 344 p. (In Russ.).
  11. Arch J.J., Mitchell J.L., Genung S.R. et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: Outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2021, vol. 89, no. 4, pp. 327—340. DOI: 10.1037/ccp0000630
  12. Braun M., Naor L., Hasson-Ohayon I. et al. Oncologists' locus of control, compassion fatigue, compassion satisfaction, and the mediating role of

- helplessness. *Current oncology*, 2022, vol. 29, no. 3, pp. 1634—1644. DOI: 10.3390/curroncol29030137
13. Carey S.A., Roden-Foreman J.W., Felius J. et al. Secondary traumatic stress in multi-disciplinary teams caring for heart and lung transplant patients. *Traumatology*, 2019, vol. 25, no. 4, pp. 275—281. DOI: 10.1037/trm0000188
  14. Caron-Flinterman J.F., Broerse J.E.W., Bunders J.F.G. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social science & medicine*, 2005, vol. 60, no. 11, pp. 2575—2584. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.023
  15. Cludius B., Mennin D., Ehrling T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 2020, vol. 20, no. 1, pp. 37—42. DOI: 10.1037/emo0000646
  16. Dixon K.E., Mahoney C.T., Samuelson K.W. Ongoing traumatic stress during a global pandemic. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2023, vol. 15, no. 5, pp. 808—818. DOI: 10.1037/tra0001360
  17. Egberts M.R., Verkaik D., Spuij M. et al. Child adjustment to parental cancer: A latent profile analysis. *Health psychology*, 2021, vol. 40, no. 11, pp. 774—783. DOI: 10.1037/hea0001099
  18. Grinapol S., Greene T., Pagorek-Eshel S. et al. Prospective examination of daily life traumatic stress symptom expression following motor vehicle collisions. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2022, vol. 14, no. 7, pp. 1212—1220. DOI: 10.1037/tra0000537
  19. Ingram S.H., South S.C. Dimensional latent factor structure of psychopathology in adults with chronic illness. *Psychological assessment*, 2020, vol. 32, no. 12, pp. 1145—1157. DOI: 10.1037/pas0000954
  20. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats. *Handbook of psychology and health*, 2020, vol. 4, pp. 219—252.
  21. Lowe S.R., James P., Arcaya M.C. et al. Do levels of posttraumatic growth vary by type of traumatic event experienced? An analysis of the Nurses' Health Study II. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2022, vol. 14, no. 7, pp. 1221—1229. DOI: 10.1037/tra0000554
  22. Miceli J., Geller D., Tsung A. et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psychooncology*, 2019, vol. 28, no. 7, pp. 1513—1519. DOI: 10.1002/pon.5108
  23. Mitchell H.R., Kim Y., Llabre M.M. et al. Four-symptom model of medical-related posttraumatic stress among adult cancer patients. *Health psychology*, 2022, vol. 41, no. 7, pp. 492—501. DOI: 10.1037/hea0001187
  24. Pérez-Sales P., Vergara-Campos M., Eiroa-Orosa F.J. et al. Perceived resistance to experiences of trauma and crisis: A study comparing multiple life events. *Traumatology*, 2022, vol. 28, no. 1, pp. 109—119. DOI: 10.1037/trm0000339
  25. Stein A., Dalton L., Rapa E. et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 2019, vol. 393, no. 10176, pp. 1150—1163. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X
  26. Tsai W., Lu Q. Ambivalence over emotional expression and intrusive thoughts as moderators of the link between self-stigma and depressive symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 2019, vol. 42, pp. 452—460. DOI: 10.1007/s10865-018-9996-6

27. Uner F.O., Korukcu O. A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy. *Health & social care in the community*, 2021, vol. 29, no. 3, pp. 729—737. DOI: 10.1111/hsc.13326
28. Vacek S., Whisman M.A. Traumatic events and adolescent psychopathology in a United States national probability sample. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2021, vol. 13, no. 3, pp. 277—283. DOI: 10.1037/tra0000961
29. Zalta A.K., Tirone V., Orłowska D. et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 2021, vol. 147, no. 1, pp. 33—54. DOI: 10.1037/bul0000316

#### ***Информация об авторах***

*Харламенкова Наталья Евгеньевна*, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

*Никитина Дарья Алексеевна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

#### ***Information about the authors***

*Natalia E. Kharlamenkova*, PhD (Psychology), Professor, Deputy Director, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

*Daria A. Nikitina*, PhD (Psychology), Researcher, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

Получена 07.07.2023

Received 07.07.2023

Принята в печать 02.08.2023

Accepted 02.08.2023