УДК 159.9 Вестник СПбГУ. Психология. 2026. Т. 16. Вып. 3

Переживание посттравматического стресса в период ранней взрослости в зависимости от давности воздействия и типа стрессора*

Е. А. Никитина[a], Н. Е. Харламенкова, А. А. Барц, Н. Е. Шаталова

Институт психологии РАН,
Российская Федерация, 129366, Москва, ул. Ярославская, 13, корп. 1

Для цитирования: *Никитина Е. А., Харламенкова Н. Е., Барц А. А., Шаталова Н. Е.* Переживание посттравматического стресса в период ранней взрослости в зависимости от давности воздействия и типа стрессора // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2026. Т. 16. Вып. 3. С. 495–509. https://doi.org/10.21638/spbu16.2026.308

В работе ставилась задача выявить последствия переживания психотравмирующее событие в период ранней взрослости в зависимости от типа и давности такого события. В исследовании приняли участие 123 респондента в возрасте от 18 до 24 лет (M = 20,2, SD = 0,4), давшие ответы на вопросы методик PCL-5 и SCL-90-R, оценивающих симптомы психотравматизации, а также опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф. Показано, что опыт переживания молодыми людьми травматических событий разных типов, таких как собственное заболевание или травма, утрата члена семьи или опасная для жизни болезнь близкого, приводит к развитию специфической симптоматики. Самые тяжелые последствия наблюдаются в случае тяжелого заболевания близкого человека, которое с большой вероятностью может привести к его смерти — симптомы посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика выражены сильнее, чем для других типов травмы, их снижения со временем не обнаружено. Угроза потери близкого часто сопровождается переживаниями (например, чувствами вины и гнева), нарушает привычную иерархию семейных отношений, вынуждает перераспределять ролевые обязанности и зоны ответственности и совершать скачок в развитии чувства взрослости. Утрата близкого человека переживается респондентами острее, чем собственное заболевание, при этом зафиксирована значимая отрицательная связь выраженности симптомов вторжения, избегания и возбудимости и времени, прошедшего с момента события. Собственное заболевание оказывает менее психотравмирующее воздействие на человека, что может быть связано как с меньшей клинической тяжестью пережитых заболеваний, так и с проявлением действия защитных механизмов, оберегающих молодых людей от мыслей о возможности своей смерти. Значимых различий в общем уровне психологического благополучия и его отдельных показателей у молодых людей, переживших травмы описанных выше типов, не выявлено.

Ключевые слова: посттравматический стресс, категории стрессоров, психопатологическая симптоматика, давность травмы, психологическое благополучие.

Temporal indicators of experience of posttraumatic stress in early adulthood:

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18-00366; https://rscf.ru/project/25-18-00366/

[a] Автор для корреспонденции.

© Е. А. Никитина, Н. Е. Харламенкова, А. А. Барц, Н. Е. Шаталова, 2026

Delay and retire of exposure to different stressors*

E. A. Nikitina[a], *N. E. Kharlamenkova, A. A. Barts, N. E. Shatalova*

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences,
Building 1, 13, ul. Yaroslavskaya, Moscow, 129366, Russian Federation

For citation: Nikitina E. A., Kharlamenkova N. E., Barts A. A., Shatalova N. E. Temporal indicators of experience of posttraumatic stress in early adulthood: Delay and retire of exposure to different stressors. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2026, vol. 16, issue 3, pp. 495–509. https://doi.org/10.21638/spbu16.2026.308 (In Russian)

The objective of this study was to identify the consequences of experiencing a psychotraumatic event among respondents of young adult age, depending on the type and recency of such an event. The study involved 123 respondents (18–24 years, M = 20.2, SD = 0.4), who completed the PCL-5 and SCL-90-R questionnaires assessing psychotraumatization symptoms, and Ryff Scales of Psychological Well-Being. It is shown that young people's experience of different types of traumatic events, such as personal illness or injury, loss of a family member, or a life-threatening illness of a close person, leads to the development of specific symptomatology. The most severe consequences are observed in the case of a serious illness of a close person — symptoms of post-traumatic stress are more pronounced than for other traumas, and no decrease over time was found. The threat of losing a close person is often accompanied by negative feelings (guilt and anger), it disrupts the hierarchy of family relationships, forces a redistribution of responsibility areas, and necessitates to grow up faster. The loss of a close person demonstrates a negative correlation between the stress symptoms and the time elapsed since the event. Personal illness has a less psychotraumatic impact on an individual, which may be associated with the lesser clinical severity of the illnesses and with the operation of defense mechanisms that protect young people from thoughts about the possibility of their own death. No significant differences in psychological well-being were found between young people who had experienced any type of trauma.

Keywords: post-traumatic stress, categories of stressors, psychopathological symptomatology, time since trauma, psychological well-being.

Введение

Известно, что время, прошедшее с момента воздействия на человека интенсивного стрессора, не может не оказывать значимого влияния на его психическое состояние, при этом сомнительной видится возможность описания связи давности травмы и сопряженного с ней посттравматического стресса в соответствии с житейским и давно устоявшимся правилом — «время лечит».

В многочисленных публикациях показано, что в период, следующий за травматическим событием, наблюдается заметная вариативность и нелинейность траекторий переживания стресса. У 10–15 % респондентов регистрируются хронические, наблюдаемые в течение десяти и более лет, проявления ПТСР, у 15–20 % диагностируется выраженная симптоматика, которая со временем снижается, примерно у половины людей отсутствуют клинически значимые проявления заболевания

* The study was funded by the Russian Science Foundation project no. 25-18-00366; https://rscf.ru/project/25-18-00366/.

[a] Author for correspondence.

(Galatzer-Levy et al., 2018), при этом часть респондентов демонстрирует признаки посттравматического роста (Chen et al., 2022; Poandl et al., 2026).

Считалось, что ПТСР развивается в первые месяцы после травматического события, однако результаты исследований начала 2000-х гг. показали, что в 20–30 % случаев проявления, соответствующие диагностическим критериям ПТСР, могут быть отсрочены на шесть и более месяцев, при этом бессимптомное начало развития ПТСР встречалось довольно редко; чаще выявлялось обострение или реактивация предшествующих симптомов в ответ на новый стресс, выступающий в роли триггера (Andrews et al., 2007). Динамика травматического стресса как процесса, характеризуемого сменой периодов рецидива и ремиссии, отмечается в работах Н. Е. Харламенковой (Харламенкова, 2025).

Метаанализ, выполненный скандинавскими исследователями, продемонстрировал наличие разнообразия в сопряженности давности травмы и интенсивности стресса для стрессоров, относящихся к разным категориям: посттравматическая реакция на такие психотравмирующие события, как участие в боевых действиях и несчастные случаи, возникает позднее по сравнению с переживанием по поводу угрожающего жизни заболевания или серьезной физической травмы (Utzon-Frank et al., 2014). Авторы полагают, что наиболее тяжелые травматические стрессоры, прежде всего антропогенного характера, могут приводить и к более высокому риску развития симптомов ПТСР.

Установлено, что в случае фальсификации гипотезы об однозначной связи типа травматического события и интенсивности посттравматического стресса дальнейшая проверка предположения должна строиться на основе учета ряда дополнительных переменных — уровня тревожности, стратегий регуляции эмоций (в частности установки на их подавление), половых различий и др. (Quale et al., 2009). Не менее важен и вклад когнитивных факторов в развитие хронического ПТСР. В лонгитюдном исследовании Е. Бирл (E. Beierl) с коллегами на большой по объему выборке респондентов ($n = 828$), переживших дорожно-транспортное происшествие или физическое насилие, то есть участников исследования, имеющих телесные повреждения, выявлено, что развитие посттравматической симптоматики через шесть месяцев после инцидента предсказывалось негативными оценками и несистематизированными (диффузными) воспоминаниями о событии, влияние типа травмы и пола было опосредовано когнитивными факторами (Beierl et al., 2019).

Данные зарубежных коллег подтверждают тот факт, что при отсутствии адекватной профессиональной помощи негативные убеждения, связанные с психической травмой, имеют тенденцию со временем ухудшаться (Dunmore et al., 2001; O'Donnell et al., 2007; Dekel et al., 2013). В работе М. О'Доннела (M. O'Donnell) с коллегами, проведенной на выборке респондентов, получивших физическую травму, обнаружены усиливающиеся со временем когнитивные нарушения, прямо и косвенно предсказывающие тяжесть симптомов ПТСР (O'Donnell et al., 2007).

Лонгитюдное исследование Е. Виссер (E. Visser) с коллегами подтвердило стабильность траекторий посттравматического функционирования 267 респондентов в возрасте от 38 до 70 лет (Visser et al., 2022). Выявлено, что при замерах в 3, 6, 9 и 12 месяцев после травмы 36,1 % пациентов демонстрировали симптомы ПТСР на протяжении всего периода обследования. Важно при этом отметить, что устойчивость и нарастание симптоматики ПТСР может быть связано с высокой тревожно-

стью и депрессией, а ее снижение — с благополучием и качеством жизни (Karchoud et al., 2024), а также с жизнестойкостью (Camargo et al., 2025).

Вопрос о давности воздействия травматического события, то есть о том, когда оно произошло, является оборотной стороной вопроса об отсроченности во времени симптоматики ПТС, ответ на который может быть дан в том числе со ссылкой на детские и отроческие годы (Алексеева, 2022). Многочисленные эмпирические исследования показывают, что уже в период ранней взрослости психотравмирующий опыт, пережитый в детстве, может провоцировать развитие физических (онкозаболевания, бронхиальная астма и др.) и психических заболеваний, аутоагрессивного поведения (Блинова и др., 2020; Алматова, Каражанова, 2021) химических (нарко- и алкозависимость) и поведенческих (интернет-зависимость) аддикций (Макеева, Свешникова, 2025; Tong et al., 2024), служить причиной искажения образа мира, когнитивных нарушений и формирования иррациональных установок (Петрова, 2017).

В то же время в исследованиях психической травматизации рассматривается медиаторный эффект психологического благополучия во временно*й* перспективе (Ala et al., 2024), отмечается значимый вклад психологического благополучия в посттравматический рост индивида (Bhatia, 2025).

При этом понятно, что устойчивость симптоматики ПТСР может быть тесно связана и с давностью, и с типом события (утратой близкого, угрожающим жизни заболеванием, природными и техногенными катастрофами и др.) (de Vries, Olff, 2009).

Представляется, что сравнение уровня дистресса и сопутствующей психопатологической симптоматики с учетом давности событий, таких как утрата близкого человека, угрожающее жизни заболевание, тяжелая болезнь родственника или друга, критически нарушающих устойчивость и целостность представлений о себе, привязанность к значимым объектам, могут дать ответ на поставленные нами вопросы, что и является целью настоящего исследования.

Методики

Методика Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) — русскоязычная версия адаптирована в 2017 г. в Институте психологии РАН (Тарабрина и др., 2017), представляет собой опросник, позволяющий выявить наличие и выраженность симптомов, соответствующих критериям DSM-5, по четырем шкалам: «Вторжение», «Избегание», «Негативные изменения когнитивных процессов и настроения» и «Возбудимость».

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R) в русскоязычной адаптации (Тарабрина и др., 2007) состоит из 90 вопросов, позволяющих диагностировать наличие отдельных психопатологических симптомов, а также определить общий индекс тяжести симптомов и индекс наличного симптоматического дистресса.

Опросник «Шкала психологического благополучия» (The scales of psychological well-being) К. Рифф (C. Ryff) в адаптации Л. В. Жуковской и Е. Г. Трошихиной (2011) включает 54 пункта, объединенных в шесть шкал: «Положительные отношения с другими», «Автономия», «Управление окружением», «Личностный рост», «Цель в жизни», «Самопринятие». Общее количество баллов позволяет определить также общий показатель психологического благополучия.

Различия между выделенными группами выявлялись с помощью U-критерия Манна — Уитни, связи между переменными — с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Выборка

Участниками исследования стали жители разных регионов России (Москвы, Казани, Донецка, Читы и др.). Различия в результатах респондентов при их сравнении по переменной «место проживания» выявлены не были, что позволило рассматривать данные без учета этого показателя. Первоначальный объем выборки составил 309 человек, указавших на наличие психотравмирующего события в предшествующей жизни. Такие события можно было отнести к одной из десяти содержательных категорий, например к бытовому стрессу (семейные ссоры), профессиональному стрессу (высокая ответственность стоящих задач, их решения, выгорание), сексуальному насилию, нахождению в зоне СВО и др. Для решения задач исследования были отобраны результаты 123 человек в возрасте от 18 до 24 лет (M = 20,2, SD = 0,4), 96 женщин и 27 мужчин, переживших психотравмирующее событие одной из трех категорий: утрату близкого (в результате болезни или травмы), перенесенное заболевание, представлявшее, с точки зрения респондента, опасность для его жизни, и угрожающее жизни заболевание близкого человека. Большинство респондентов — 114 человек (92,68 %) не состоят в браке, замужем — 8 человек, 1 респондент в разводе; 25 человек имеет среднее образование, 6 — среднее специальное, 77 — неоконченное высшее образование.

В соответствии с указанными психотравмирующими событиями выборка была разделена на три группы: 1 — утрата близкого (смерть родителей и прародителей) (n = 70 чел.), 2 — собственное заболевание (соматические заболевания и травмы) (n = 25 чел., 36 % указали на переломы и спортивные травмы, 48 % — хронические заболевания, чаще легких, сердца и ЖКТ, 16 % — подозрения на онкологию), 3 — болезнь близкого, угрожающая его жизни (онкологические, сердечно-сосудистые и др. заболевания) (n = 28 чел.). В каждой из трех групп давность психотравмирующего события составляла от 0,5 до 11 лет, средний срок давности составил от 4,6 до 5,2 лет.

Результаты

Наиболее тяжелым событием, часто вызывающим выраженный посттравматический стресс, является утрата близкого, которая, в зависимости от ряда особенностей — внезапности потери, характера смерти (естественная или насильственная), утраты родителем ребенка и др., определяет комплексность и вариативность эмоциональных реакций человека. Переживание утраты может меняться в зависимости от периода взросления и опыта тяжелых потерь, типа привязанности.

Понятно, что при нормативных социальных условиях жизни взрослые люди в возрасте 20–30 лет уже имеют опыт воздействия психотравмирующих стрессоров, но по своей насыщенности он отличается от опыта переживания подобных событий представителями старших поколений. Следует также допустить, что в период ранней взрослости случай утраты может стать первым эпизодом потери, который обычно воспринимается крайне остро.

Тяжелое, угрожающее жизни заболевание близкого, а также собственное опасное заболевание переживаются амбивалентно: с одной стороны, как реальная опасность, которая может стать причиной смерти, вызывая чувства тревоги, интенсивного страха, ужаса, а с другой — как событие, вселяющее надежду на выздоровление, на преодоление стресса и на совладание с ним. Представляется, что собственное заболевание оказывает менее психотравмирующее воздействие на человека по сравнению с заболеванием близкого. Аутентичный страх смерти, объясняющий стремление человека к самосохранению, наиболее глубоко переживаемый в детстве, юности и ранней взрослости, однако, не достигает уровня стресса, вызванного угрозой потери объекта привязанности, и может быть менее травматичным по сравнению с переживанием за близкого человека. Представления о меньшей летальности даже серьезных заболеваний в молодости оберегают респондентов от негативных мыслей о смерти.

Приведенные нами доводы позволяют сформулировать следующую гипотезу: по сравнению с собственным заболеванием, которое в период ранней взрослости чаще всего вызвано травматизмом и острыми хирургическими патологиями, утрата и опасная для жизни болезнь близкого человека способствуют развитию более тяжелых переживаний — выраженного посттравматического стресса, который редуцируется со временем давности травмы, и сопряженной с ним психопатологической симптоматики.

Для проверки первой части гипотезы представим данные методики PCL-5, используемой для оценки симптомов посттравматического стресса (ПТС) (табл. 1–3).

Данные, приведенные в табл. 1, демонстрируют наличие значимых различий между симптомами ПТС, а именно между вторжением и возбудимостью, вызванными утратой и собственным заболеванием; на уровне тенденции наблюдается повышение симптоматики избегания в группе респондентов, переживающих потерю близкого человека (отца, матери, прародителей), что частично подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Сравнение данных двух групп респондентов, указавших в качестве наиболее психотравмирующего события угрожающее жизни заболевание — собственную болезнь или травму либо болезнь близкого (табл. 2), дает основание полагать, что в период ранней взрослости тяжелое заболевание значимого для субъекта человека, которое с большой вероятностью может завершиться смертью, сопровождается глубоко психотравмирующими переживаниями: интрузией, изменением настроения (например, выраженными чувствами вины и гнева), снижением памяти, изменением других когнитивных процессов, гипербдительностью и реактивностью. Угроза потери близкого нарушает привычную иерархию семейных отношений, вынуждает перераспределять ролевые обязанности и зоны ответственности, а также совершать вынужденный скачок в развитии чувства взрослости. В отличие от проблем со здоровьем близких людей, собственная болезнь 18–24-летнего человека фиксирует привычные ролевые ожидания, закрепляя сложившиеся ранее обязанности и ответственность старшего поколения за выздоровление и психологическое благополучие молодых.

Данные табл. 3 подтверждают наличие наибольшего сходства между утратой и болезнью близкого, показывая при этом, что по отдельным симптомам угроза

Таблица 1. **Симптомы ПТС и значимые различия между ними в группах «Утрата» и «Собственное заболевание»**

Симптомы посттравматического стресса	Утрата, $n = 70$		Собственное заболевание, $n = 25$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Вторжение	4,92	4,0	3,48	2,0	641,00	0,047*
Избегание	2,19	2,0	1,40	1,0	664,50	0,068
Изменения когнитивных процессов и настроения	4,43	2,0	3,44	2,0	706,00	0,146
Возбудимость и реактивность	3,24	3,0	1,72	0,0	582,50	0,012*
Общий балл	14,79	12,0	10,04	4,0	602,50	0,021*

Примечание: * различия значимы на уровне 0,05.

Таблица 2. **Симптомы ПТС и значимые различия между ними в группах «Болезнь близкого» и «Собственное заболевание»**

Симптомы посттравматического стресса	Болезнь близкого, $n = 28$		Собственное заболевание, $n = 25$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Вторжение	6,96	6,5	3,48	2,0	210,50	0,012*
Избегание	2,21	1,5	1,40	1,0	281,50	0,207
Изменения когнитивных процессов и настроения	6,11	4,0	3,44	2,0	210,00	0,012*
Возбудимость и реактивность	6,04	4,5	1,72	0,0	174,00	0,001**
Общий балл	21,32	21,0	10,04	4,0	198,50	0,007**

Примечания: * различия значимы на уровне 0,05; ** на уровне 0,01.

Таблица 3. **Симптомы ПТС и значимые различия между ними в группах «Утрата» и «Болезнь близкого»**

Симптомы посттравматического стресса	Утрата, $n = 70$		Болезнь близкого, $n = 28$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Вторжение	4,92	4,0	6,96	6,5	753,00	0,073
Избегание	2,19	2,0	2,21	1,5	961,00	0,879
Изменения когнитивных процессов и настроения	4,43	2,0	6,11	4,0	752,00	0,071
Возбудимость и реактивность	3,24	3,0	6,04	4,5	689,50	0,021*
Общий балл	14,79	12,0	21,32	21,0	745,50	0,065

Примечание: * зазличия значимы на уровне 0,05.

смерти вызывает более сильные по интенсивности переживания (возбудимость и реактивность), чем совершившаяся утрата.

Сформулированная нами гипотеза частично подтверждается при сопоставлении данных опросника SCL-90-R (табл. 4–6).

Таблица 4. **Психопатологическая симптоматика в группах «Утрата» и «Собственное заболевание»**

Психопатологическая симптоматика	Утрата, $n = 70$		Собственное заболевание, $n = 25$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Соматизация	0,63	0,5	0,53	0,4	784,50	0,443
Обсессивность-компульсивность	0,80	0,6	0,67	0,5	796,50	0,571
Межличностная сензитивность	0,67	0,4	0,54	0,2	701,50	0,140
Депрессия	0,78	0,6	0,71	0,5	782,50	0,493
Тревожность	0,60	0,4	0,50	0,3	833,00	0,721
Враждебность	0,54	0,5	0,38	0,2	741,50	0,253
Фобическая тревожность	0,37	0,1	0,25	0,1	788,50	0,440
Паранойяльные симптомы	0,47	0,3	0,35	0,2	773,00	0,376
Психотизм	0,29	0,1	0,31	0,2	793,50	0,477
PST	30,17	29,5	25,80	24,0	766,00	0,357
GSI	0,59	0,5	0,49	0,4	765,00	0,352
PSDI	1,57	1,4	1,52	1,4	813,50	0,982

Примечания: PST — общее количество симптомов; GSI — индекс тяжести симптомов; PSDI — индекс наличного симптоматического дистресса. Эти же обозначения использованы в табл. 5 и 6.

Примечательно, что переживание травматических событий «Утрата» и «Собственное заболевание» не различаются по уровню психопатологической симптоматики (табл. 4), но каждый из этих стрессоров отличается от травматического события «Болезнь близкого» (табл. 5 и 6).

По сравнению с переживанием утраты болезнь близкого сопровождается повышенной межличностной сензитивностью, подозрительностью, то есть неуверенностью в возможности построения равных отношений с другими людьми, в своей привлекательности для них, в способности быть ими принятым, которая, как мы полагаем, компенсируется фиксацией на навязчивых мыслях и повторяющихся действиях (табл. 5).

Аналогично различиям в выраженности симптомов посттравматического стресса получены данные о наибольшей уязвимости респондентов, переживших событие, связанное с тяжелой болезнью близкого человека, по сравнению с теми, кто сам получил серьезную травму или перенес угрожающее жизни заболевание

Таблица 5. **Психопатологическая симптоматика в группах «Утрата» и «Болезнь близкого»**

Психопатологическая симптоматика	Утрата, $n = 70$		Болезнь близкого, $n = 28$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Соматизация	0,63	0,5	0,99	0,7	750,00	0,070
Обсессивность-компульсивность	0,80	0,6	1,24	1,2	671,00	0,019*
Межличностная сензитивность	0,67	0,4	1,04	0,8	674,50	0,016*
Депрессия	0,78	0,6	1,06	0,9	794,00	0,170
Тревожность	0,60	0,4	0,91	0,7	748,00	0,067
Враждебность	0,54	0,5	0,83	0,7	740,50	0,057
Фобическая тревожность	0,37	0,1	0,43	0,4	827,50	0,323
Паранойяльные симптомы	0,47	0,3	0,74	0,6	758,50	0,076
Психотизм	0,29	0,1	0,48	0,3	706,50	0,027*
PST	30,17	29,5	40,93	41,5	734,00	0,053
GSI	0,59	0,5	0,89	0,8	717,00	0,039*
PSDI	1,57	1,4	1,74	1,8	710,50	0,051*

Примечание: * различия значимы на уровне 0,05.

(табл. 6). Кроме межличностной сензитивности и обсессивности-компульсивности, усиливаются симптомы враждебности и паранойяльности. С большой вероятностью могут проявлять себя соматизация и тревожность.

В проведенном нами исследовании выявлена специфика связи симптомов ПТС и давности травматического события (табл. 7). Важно отметить, что наибольший разброс в характере связей между этими показателями наблюдается при оценке коэффициента корреляции в группе «Болезнь близкого»; такой же результат получен при оценке давности и параметров психологического благополучия, которое мы рассматриваем как буфер развития симптомов ПТС. Отсутствие значимых корреляций между давностью события, ПТС и психологическим благополучием указывает на большое разнообразие сопряженности этих показателей, то есть на необходимость учета дополнительных переменных — близость эмоциональных связей, тип привязанности, угроза рецидива болезни и др. (Müller et al., 2013; Харламенкова, 2025).

Симптомы ПТС, вызванные собственным заболеванием, прежде всего когнитивные дисфункции и настроение, могут быть по истечении времени снижены, при этом снижается и компетентность (rS = –0,460, $p = 0,036$), а в тенденции — личностный рост (rS = –0,408, $p = 0,06$) (опросник «Шкала психологического благополучия»), что, как мы полагаем, существенно сужает спектр ресурсов совладания со стрессом.

Давность утраты наиболее тесно связана с переживанием травматического события, а именно с симптомами вторжения, избегания, возбудимости и с общим показателем ПТС по принципу редукции остроты стресса со временем;

Таблица 6. **Психопатологическая симптоматика в группах «Болезнь близкого» и «Собственное заболевание»**

Симптом	Болезнь близкого, $n = 28$		Собственное заболевание, $n = 25$		Значение критерия U Манна — Уитни	p
	среднее	медиана	среднее	медиана		
Соматизация	0,99	0,7	0,53	0,4	248,50	0,070
Обсессивность-компульсивность	1,24	1,2	0,67	0,5	217,00	0,018*
Межличностная сензитивность	1,04	0,8	0,54	0,2	182,00	0,003**
Депрессия	1,06	0,9	0,71	0,5	254,00	0,087
Тревожность	0,91	0,7	0,50	0,3	250,00	0,074
Враждебность	0,83	0,7	0,38	0,2	216,00	0,016*
Фобическая тревожность	0,43	0,4	0,25	0,1	250,00	0,095
Паранойяльные симптомы	0,74	0,6	0,35	0,2	240,00	0,044*
Психотизм	0,48	0,3	0,31	0,2	269,50	0,146
PST	40,93	41,5	25,80	24,0	220,50	0,021*
GSI	0,89	0,8	0,49	0,4	231,00	0,034*
PSDI	1,74	1,8	1,52	1,4	218,00	0,030*

Примечания: * различия значимы на уровне 0,05; ** на уровне 0,01.

Таблица 7. **Связь симптомов посттравматического стресса и давности воздействия травматического события по критерию r_s Спирмена**

Симптомы ПТС	Давность травматичного события					
	утрата		болезнь близкого		собственное заболевание	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Вторжение	–0,561**	0,001	–0,111	0,641	–0,104	0,654
Избегание	–0,443**	0,001	–0,123	0,606	–0,119	0,608
Изменения когнитивных процессов и настроения	–0,127	0,357	–0,139	0,558	**–0,459***	**0,036**
Возбудимость	–0,405**	0,002	0,185	0,436	–0,15	0,517
Общий балл	–0,438**	0,001	–0,036	0,88	–0,26	0,255

Примечания: * корреляция значима на уровне 0,05; ** на уровне 0,01.

связь давности с показателями психологического благополучия отсутствует. Характер связи между ПТС и давностью утраты указывает на то, что гипотеза верифицирована.

Очевидные различия в переживании утраты и болезни близкого в период ранней взрослости позволяют сформулировать новые исследовательские задачи, ожидающие своего решения в ближайшей перспективе.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования указывают на специфичность воздействия на первый взгляд схожих травматичных событий.

В случае утраты близкого выявлено последовательное угасание посттравматической симптоматики со временем, что не соответствует нашей гипотезе, предположительно, в связи с тем, что для этого стрессора не характерна рецидивирующая травматизация, в отличие от травм, связанных с угрожающим жизни заболеванием. Полученные данные согласуются с результатами лонгитюдного исследования А. И. Грековой-Кононовой, выявившего положительную динамику образа мира по шкалам легкости, радости, простоты и жизнерадостности у респондентов, переживших утрату близкого (Грекова-Кононова, 2024).

Наибольшая тяжесть воздействия выявлена у стрессора «Болезнь близкого», что, вероятнее всего, связано с латентным протеканием симптоматики посттравматического стресса. Болезнь близкого может приобретать характер пролонгированного события, что способствует подавлению и, в сущности, сохранению состояния дистресса. Кроме того, забота о больном родственнике часто существенно снижает степень свободы в удовлетворении своих потребностей, выступая в качестве причины личностного конфликта, тем самым способствуя увеличению тяжести переживания ПТС. Эти предположения подтверждаются результатами диагностики психопатологической симптоматики, которая наиболее выражена в группе респондентов, указавших в качестве тяжелого жизненного события болезнь родственника. Идентификация с больным, интроекция переживаний близкого на себя, а также проекция страхов, связанных с собственной уязвимостью, менее осознанные когнитивные стратегии способствуют, как мы думаем, латентному течению симптоматики ПТС. Отсутствие связи между уровнем ПТС и давностью травмы свидетельствует о более сложной картине развития симптомов психотравматизации при переживании угрожающего жизни заболевания близкого. Вероятная положительная связь между переменными свидетельствует о травме болезни близкого, которая произошла в детстве и совпала с осознанием ребенком факта собственной смертности, а отрицательная связь — о когнитивной и эмоциональной переработке этого опыта с возрастом.

В целом следует отметить, что психотравмирующее событие, связанное с опасной для жизни болезнью близкого человека, проявляет себя комплексом тесно сопряженных признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, которые создают неблагоприятные психологические условия для развития личности в период ранней взрослости. Потеря уверенности в ресурсности значимых для человека материнской и отцовской фигур, в эмоциональной и инструментальной поддержке прародителей и других близких родственников может негативно повлиять на решение задач взросления на последующих этапах онтогенеза.

Выводы

1. Показано, что воздействие событий разного типа — собственного угрожающего жизни заболевания, смерти или опасной для жизни болезни близкого — сопряжено с разными психологическими последствиями их влияния. Наиболее значимые различия стресса выявляются при сопоставлении последствий тяжелого

заболевания близкого человека и своей собственной болезни или травмы, в соответствии с которыми собственная болезнь воспринимается молодым человеком как менее травматичная и по симптомам посттравматического стресса, и по психопатологической симптоматике.

2. Утрата близкого человека переживается респондентами острее, чем собственное заболевание, что связано с высокими значениями по признакам вторжения, возбудимости и реактивности, общему показателю посттравматического стресса; различий по психопатологической симптоматике не выявлено.

3. Сопряженность давности травматического события и интенсивности посттравматического стресса по принципу обратной связи выявлена при переживании утраты близкого и лишь частично — при переживании по поводу собственного заболевания. Отсутствие связи симптомов ПТС с давностью травматического события — угрожающего жизни заболевания близкого, свидетельствует о более сложной картине сопряженности этих показателей.

Литература

Алексеева С. А. Предрасполагающая роль детских психических травм при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях и психических расстройствах // Научно-практическая ревматология. 2022. Т. 60, № 4. С. 438–444. https://doi.org/10.47360/1995-4484-2022-438-444

Алматова А. Б., Каражанова А. С. Оценка влияния неблагоприятного детского опыта на формирование аутоагрессивного поведения онкологических больных // Вопросы продуктивного взаимодействия в процессе обмена знаниями: сб. науч. тр. Казань: СитИвент, 2021. С. 228–232.

Блинова К. А., Пчелинцева Е. В., Лапочкина Н. П. Клинический случай сочетанной коррекции детского психотравмирующего опыта и дистресса при развитии онкологического заболевания // Исследования и практика в медицине. 2020. Т. 7, № 1. С. 75–82. https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-1-8

Грекова-Кононова А. И. Динамика образа мира личности в ситуации утраты близкого человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2024. Т. 14, вып. 2. С. 260–277. https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.204

Макеева Н. Ю., Свешникова Л. М. Анализ травматичного детского опыта и личностных особенностей у лиц с алкогольной зависимостью // Вестник Тверского государственного университета. Сер.: Педагогика и психология. 2025. № 2 (71). С. 101–110. https://doi.org/10.26456/vtpsyped/2025.2.101

Петрова Е. А. Влияние детского психотравматического опыта на формирование иррациональных установок взрослых // Вестник Новгородского государственного университета. 2017. № 1. С. 44–48.

Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макарчук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчян З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М.: Ин-т психологии РАН, 2007.

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. М.: Ин-т психологии РАН, 2017.

Харламенкова Н. Е. Посттравматический стресс: рецидивирующий или латентный характер проявления признаков // Д. В. Ушаков, А. Л. Журавлев, А. В. Махнач, Н. Е. Харламенкова, Ю. В. Быховец (ред.). Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика. М.: Ин-т психологии РАН, 2025. С. 109–115.

Ala S., Ramos-Campos F., Relva I. C. Symptoms of post-traumatic stress and mental health in a sample of university students: The mediating role of resilience and psychological well-being // European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2024. Vol. 14, no. 8. P. 2262–2281.

Andrews B., Brewin C. R., Philpott R., Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence // American Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 164, no. 9. P. 1319–1326. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491

Beierl E. T., Böllinghaus I., Clark D. M., Glucksman E., Ehlers A. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: A prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions // Psychological Medicine. 2019. Vol. 50, no. 13. P. 1–10. https://doi.org/10.1017/S0033291719002253

Bhatia S. The Impact of Mental Well-Being on Trauma Recovery // International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology. 2025. Vol. 3, no. 5. P. 432–443.

Camargo A., Casiraghi L. P., Vargas R., Trujillo M. Psychological resilience and post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of the effects of intentional and unintentional trauma before the COVID-19 pandemic // Middle East Current Psychiatry. 2025. Vol. 32. Art. 35. https://doi.org/10.1186/s43045-025-00528-8

Chen Z. J., Bechara A. O., Cowden R. G., Worthington Jr. E. L. Perceived posttraumatic growth after interpersonal trauma and subsequent well-being among young Colombian adults: A longitudinal analysis // Frontiers in Psychology. 2022. Vol. 13. Art. 993609.

Dekel S., Peleg T., Solomon Z. The relationship of PTSD to negative cognitions: A 17-year longitudinal study // Psychiatry. 2013. Vol. 76, no. 3. P. 241–255. https://doi/org/10.1521/psyc.2013.76.3.241

de Vries G. J., Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands // Journal of Traumatic Stress. 2009. Vol. 22. P. 259–267.

Dunmore E., Clark D. M., Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // Behaviour Research and Therapy. 2001. Vol. 39, no. 9. P. 1063–1084. https://doi/org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7

Galatzer-Levy I. R., Huang S. H., Bonanno G. A. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation // Clinical Psychology Review. 2018. Vol. 63. P. 41–55.

Karchoud J. F., Haagsma J., Karaban I., Hoeboer C., van de Schoot R., Olff M., van Zuiden M. Long-term PTSD prevalence and associated adverse psychological, functional, and economic outcomes: A 12–15-year follow-up of adults with suspected serious injury // European Journal Psychotraumatol. 2024. Vol. 15, no. 1. Art. 2401285. https://doi/org/10.1080/20008066.2024.2401285

Müller R., Rauch A., Cieza A., Geyh S. Social support and functioning in a patient with spinal cord injury: the role of social skills // International Journal of Rehabilitation Research. 2013. Vol. 36, no. 3. P. 236–245.

O'Donnell M. L., Elliott P., Wolfgang B. J., Creamer M. Post-traumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms // Journal of Traumatic Stress. 2007. Vol. 20, no. 2. P. 173–182. https://doi/org/10.1002/jts.20198

Poandl M. M., Gutierrez D., Kitching E. Posttraumatic growth following interpersonal trauma: The roles of social desirability, spiritual bypass, and optimism // Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2026. Vol. 35, iss. 4. P. 519–537. https://doi.org/10.1080/10926771.2026.2646521

Quale A. J., Schanke A. K., Frøslie K. F., Røise O. Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients // Injury. 2009. Vol. 40, no. 5. P. 498–505. https://doi/org/10.1016/j.injury.2008.11.006

Tong L., Kuzminskaite E., Hovens J., Jeuring H. W., Krause-Utz A., Vinkers C. H., Penninx B. W. J. H. The influence of childhood trauma on multiple unhealthy lifestyle behaviors in adulthood // Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2024. Vol. 33, no. 6. P. 776–796. https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2307380

Utzon-Frank N., Breinegaard N., Bertelsen M., Borritz M., Eller N. H., Nordentoft M., Olesen K., Rod N. H., Rugulies R., Bonde J. P. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 2014. Vol. 40, no. 3. P. 215–229. https://doi/org/10.5271/sjweh.3420

Visser E., Den Oudsten B. L., Lodder P., Gosens T., De Vries J. Psychological risk factors that characterize acute stress disorder and trajectories of posttraumatic stress disorder after injury: A study using latent class analysis // European Journal of Psychotraumatology. 2022. Vol. 13, no. 1. Art. 2006502. https://doi/org/10.1080/20008198.2021.2006502

Статья поступила в редакцию 21 ноября 2025 г.;
рекомендована к печати 8 апреля 2026 г.

Контактная информация:

Никитина Елена Альфредовна — канд. психол. наук, вед. науч. сотр.; https://orcid.org/0000-0001-8609-2281, nikitinaea@ipran.ru
Харламенкова Наталья Евгеньевна — д-р психол. наук, проф.; https://orcid.org/0000-0002-0508-4157, harlamenkovane@ipran.ru
Барц Алена Александровна — мл. науч. сотр.; https://orcid.org/0009-0008-2110-9626, barts.alyona313@mail.ru
Шаталова Надежда Евгеньевна — вед. науч. сотр.; https://orcid.org/0000-0003-1413-7529, shatalovane@ipran.ru

References

Ala, S., Ramos-Campos, F., Relva, I. C. (2024). Symptoms of post-traumatic stress and mental health in a sample of university students: The mediating role of resilience and psychological well-being. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14 (8), 2262–2281.

Alekseeva, S. A. (2022). Predisposing role of childhood mental trauma in immunoinflammatory rheumatic diseases and mental disorders. *Nauchno-prakticheskaia revmatologiia*, 60 (4), 438–444. https://doi.org/10.47360/1995-4484-2022-438-444 (In Russian)

Almatova, A. B., Karazhanova, A. S. (2021). Assessment of the influence of adverse childhood experience on the formation of autoaggressive behavior in cancer patients. In *Voprosy produktivnogo vzaimodeistviia v protsesse obmena znaniiami: sbornik nauchnykh trudov* (pp. 228–232). Kazan, SitIvent Publ. (In Russian)

Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1319–1326. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491

Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., Ehlers, A. (2019). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: A prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological Medicine*, 50 (13), 1–10. https://doi.org/10.1017/S0033291719002253

Bhatia, S. (2025). The impact of mental well-being on trauma recovery. *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 3 (5), 432–443.

Blinova, K. A., Pchelintseva, E. V., Lapochkina, N. P. (2020). Clinical case of combined correction of childhood psychotraumatic experience and distress in the development of oncological disease. *Issledovaniia i praktika v meditsine*, 7 (1), 75–82. https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-1-8 (In Russian)

Camargo, A., Casiraghi, L. P., Vargas, R., Trujillo, M. (2025). Psychological resilience and post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of the effects of intentional and unintentional trauma before the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 35. https://doi.org/10.1186/s43045-025-00528-8

Chen, Z. J., Bechara, A. O., Cowden, R. G., Worthington Jr., E. L. (2022). Perceived posttraumatic growth after interpersonal trauma and subsequent well-being among young Colombian adults: A longitudinal analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 993609.

Dekel, S., Peleg, T., Solomon, Z. (2013). The relationship of PTSD to negative cognitions: A 17-year longitudinal study. *Psychiatry*, 76 (3), 241–255. https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.3.241

de Vries, G. J., Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259–267.

Dunmore, E., Clark, D. M., Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (9), 1063–1084. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41–55.

Grekova-Kononova, A. I. (2024). Dynamics of the personality's world image in the situation of loss of a loved one. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 14 (2), 260–277. https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.204 (In Russian)

Karchoud, J. F., Haagsma, J., Karaban, I., Hoeboer, C., van de Schoot, R., Olff, M., van Zuiden, M. (2024). Long-term PTSD prevalence and associated adverse psychological, functional, and economic outcomes: A 12–15-year follow-up of adults with suspected serious injury. *European Journal of Psychotraumatology*, 15 (1), 2401285. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2401285

Kharlamenkova, N. E. (2025). Posttraumatic stress: Recurrent or latent nature of symptom manifestation. In: D. V. Ushakov, A. L. Zhuravlev, A. V. Makhnach, N. E. Kharlamenkova, Yu. V. Bykhovets (eds). *Psikhologiia posttravmaticheskogo stressa: metodologiia, teoriia, praktika* (pp. 109–115). Moscow, Institute of Psychology of the RAS Press. (In Russian)

Makeeva, N. Yu., Sveshnikova, L. M. (2025). Analysis of traumatic childhood experience and personality traits in persons with alcohol dependence. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriia. Pedagogika i psikhologiia*, 2 (71), 101–110. https://doi.org/10.26456/vtpsyped/2025.2.101 (In Russian)

Müller, R., Rauch, A., Cieza, A., Geyh, S. (2013). Social support and functioning in a patient with spinal cord injury: The role of social skills. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36 (3), 236–245.

O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., Creamer, M. (2007). Post-traumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (2), 173–182. https://doi.org/10.1002/jts.20198

Petrova, E. A. (2017). Influence of childhood psychotraumatic experience on the formation of irrational attitudes in adults. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta*, 1, 44-48. (In Russian)

Poandl, M. M., Gutierrez, D., Kitching, E. (2026). Posttraumatic growth following interpersonal trauma: The roles of social desirability, spiritual bypass, and optimism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 35, 4, 519–537. https://doi.org/10.1080/10926771.2026.2646521

Tarabrina, N. V., Agarkov, V. A., Bykhovets, Yu. V., Kalmykova, E. S., Makarchuk, A. V., Padun, M. A., Udachina, E. G., Khimchyan, Z. G., Shatalova, N. E., Shchepina, A. I. (2007). *Practical guide to the psychology of post-traumatic stress*. Moscow, Institute of Psychology of the RAS Press. (In Russian)

Tarabrina, N. V., Kharlamenkova, N. E., Padun, M. A., Khazhuev, I. S., Kazymova, N. N., Bykhovets, Yu. V., Dan, M. V. (2017). *Intensive stress in the context of psychological security*. Moscow, Institute of Psychology RAN Press. (In Russian)

Tong, L., Kuzminskaite, E., Hovens, J., Jeuring, H. W., Krause-Utz, A., Vinkers, C. H., Penninx, B. W. J. H. (2024). The influence of childhood trauma on multiple unhealthy lifestyle behaviors in adulthood. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 33 (6), 776–796. https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2307380

Quale, A. J., Schanke, A. K., Frøslie, K. F., Røise, O. (2009). Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. *Injury*, 40 (5), 498–505. https://doi.org/10.1016/j.injury.2008.11.006

Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M., Olesen, K., Rod, N. H., Rugulies, R., Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40 (3), 215–229. https://doi.org/10.5271/sjweh.3420

Visser, E., Den Oudsten, B. L., Lodder, P., Gosens, T., De Vries, J. (2022). Psychological risk factors that characterize acute stress disorder and trajectories of posttraumatic stress disorder after injury: A study using latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (1), 2006502. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2006502

Received: November 21, 2025
Accepted: April 8, 2026

Authors' information:

Elena A. Nikitina — PhD in Psychology, Leading Researcher; https://orcid.org/0000-0001-8609-2281, nikitinaea@ipran.ru
Natalya E. Harlamenkova — Dr. Sci. in Psychology, Professor; https://orcid.org/0000-0002-0508-4157, harlamenkovane@ipran.ru
Alena A. Barts — Junior Researcher; https://orcid.org/0009-0008-2110-9626, barts.alyona313@mail.ru
Nadezhda E. Shatalova — Leading Researcher; https://orcid.org/0000-0003-1413-7529, shatalovane@ipran.ru