

# Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе

**Харламенкова Н.Е.,**

*доктор психологических наук, профессор, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИПРАН), Москва, Россия, nataly.kharlamenkova@gmail.com*

**Зайцев О.С.,**

*доктор медицинских наук, врач-психиатр, НМИЦ Нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, ozaitsev@nsi.ru*

**Никитина Д.А.,**

*аспирантка, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИПРАН), Москва, Россия, d.a.nikitina@yandex.ru*

**Кормилицына А.Н.,**

*врач-психиатр, НМИЦ Нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, kormilicyna.anna@mail.ru*

---

Анализируются результаты исследования уровня и отдельных показателей посттравматического стресса, возникающего в ответ на постановку диагноза «угрожающее жизни заболевание». Участниками исследования стали пациенты с диагнозом «менингиома» НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко (N=25). Показано, что одним из психологических последствий постановки диагноза «менингиома» является посттравматический стресс разного уровня интенсивности. При высоком уровне посттравматического стресса наблюдаются повышенная депрессивность, застенчивость и эмоциональная лабильность. Сопоставление данной триады эмоционально-личностных особенностей с показателями социальной поддержки (по Анкете психологической безопасности) и базисными убеждениями (по Шкале базисных убеждений) позволило верифицировать гипотезу исследования. Выявлено, что высокие показатели по шкалам депрессивности и застенчивости (Фрайбургский личностный опросник) не отражают тенденции избегания социального контакта, а косвенно указывают на наличие аутоагрессии или интравертной направленности человека с данным заболеванием по отношению к самому себе.

**Ключевые слова:** угрожающее жизни заболевание, менингиома, посттравматический стресс, депрессивность, застенчивость, эмоциональная лабильность, социальное окружение, базисные убеждения.

**Для цитаты:**

Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., Никитина Д.А., Кормилицына А.Н. Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 150–167. doi: 10.17759/psycljn.2018070409

**For citation:**

Kharlamenkova N.E., Zaitsev O.S., Nikitina D.A., Kormilitsyna A.N. Emotional Personality Characteristics of Patients Diagnosed with Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 150–167. doi: 10.17759/psycljn.2018070409 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В настоящее время исследование посттравматического стресса как одного из психологических последствий влияния на человека стрессоров высокой интенсивности является актуальной и высоко востребованной темой не только в науке, но и в разных сферах практики. Специальное внимание уделяется изучению посттравматического стресса, связанного с переживаниями, вызванными постановкой диагноза «угрожающее жизни заболевание». Замечено, например, что даже при благоприятном физическом состоянии человека, которому была сделана операция по поводу онкологического заболевания, его психическое состояние не всегда оценивается как удовлетворительное, поэтому целью реабилитации становится не только восстановление физического здоровья, но и оказание психологической помощи.

В области изучения последствий «невидимых» стрессоров высокой интенсивности данный вопрос активно дискутируется с 1994 года, когда в перечень психотравмирующих событий были включены угрожающие жизни заболевания. Механизм психотравматизации при переживании опасных для жизни заболеваний имеет свою специфику в силу того, что данный тип стрессоров является «информационным». В этом случае переживание воздействия стрессора высокой интенсивности может быть в большей степени опосредовано личностными характеристиками больного.

Несмотря на значимость изучения личностных особенностей при анализе психологических последствий воздействия стрессора «угрожающее жизни заболевание», их вклад в совладание с интенсивными переживаниями до сих пор оказывается малоизученным. Более того, например, при обследовании пациентов

с опухолями головного мозга неврологическая симптоматика часто ошибочно подменяется психиатрической [17; 24; 27; 28; 32] и даже при правильной постановке диагноза исключает изучение психологической картины болезни. Эти ошибки в первую очередь возникают при постановке диагноза «менингиома».

Менингиома – это доброкачественная опухоль паутинной мозговой оболочки мозга разной локализации. Несмотря на доброкачественный характер, данная опухоль может угрожать жизни по причине риска перерождения в злокачественное образование [25]. Малочисленность психологических исследований, проводимых на группах больных, оперированных по поводу менингиомы, можно объяснить существенным влиянием неврологической симптоматики. Тем не менее этот факт не исключает возможности изучения психологических последствий постановки диагноза менингиомы при наличии слабо выраженных неврологических симптомов и минимальных когнитивных нарушений. Этот вывод подтверждается тем, что различия между пациентами, оперированными по поводу менингиомы, в большей степени обусловлены не локализацией опухоли и неврологической симптоматикой, а травматичностью переживания этого события и уровнем посттравматического стресса [21; 22].

Тяжелое соматическое заболевание, угрожающее жизни человека, вызывает не только физическое страдание и боль, но и целый комплекс переживаний – тревогу, депрессию, уныние, чувство вины, которые усугубляют соматическое и психическое состояние человека [23; 31]. Осведомленность о том, что тяжелые, в том числе онкологические, заболевания часто сопровождаются переживанием депрессии и тревоги, ставит перед современными учеными и практиками вопрос о необходимости оказания больному человеку квалифицированной психологической помощи [19; 20]. Однако результативность этой интервенции может быть высокой, если субъект окажется готовым принять помощь, т.е. будет мотивирован на обращение за социальной поддержкой.

Несмотря на очевидную зависимость тяжелобольного человека от окружающих его людей, он не всегда открыт общению и часто занимает отстраненную позицию. Показано, например, что в поведении онкологических больных может наблюдаться преобладание покорно-застенчивого стиля общения [2], возникать дистанция в отношениях с другими людьми как следствие переживания робости, страха, социальной тревожности. По мнению И.В. Никитиной и А.Б. Холмогоровой, застенчивость не является психическим расстройством и, в отличие от социальной фобии, выступает в качестве непатологической черты характера [7], тем не менее также сдерживает активность субъекта, влияет на уровень его функционирования, ограничивает возможности построения перспективных планов [1; 10; 26]. Определяя застенчивость как тревогу и дискомфорт, возникающие в ситуациях оценки субъекта значимыми людьми [16], исследователи формулируют новые вопросы. Данные вопросы касаются индивидуально-психологических различий в проявлении застенчивости [3; 5], причин ее возникновения, а также связи с другими эмоциональными реакциями [8].

Интересными являются исследования, в которых застенчивость, депрессия, раздражительность, аффект, эмоциональная стабильность сопоставляются с разными модусами эмоциональной самооффективности в управлении гневом, унынием, страхом, виной и др. [18]. Показано, например, что чем меньше человек способен справляться с унынием и печалью, тем интенсивнее он переживает депрессию; чем хуже он регулирует уныние/печаль и стыд/смущение, тем сильнее он чувствует себя застенчивым. Более глубокое понимание застенчивости возникает и при исследовании различий в уровне чувствительности человека к позитивной, негативной и амбивалентной лицевой экспрессии, оцененной по показателям нейронной активности головного мозга [30]. Выявлено, что в отличие от людей с низким уровнем застенчивости, которые оказались более восприимчивыми к положительной лицевой экспрессии слабой интенсивности, застенчивые люди больше фиксируются на негативной и амбивалентной лицевой экспрессии умеренной интенсивности.

Сопоставляя разные модели социальной тревожности – интерперсональную и когнитивную – И.В. Никитина и А.Б. Холмогорова отмечают, что значительную роль в развитии разного рода расстройств играют неблагоприятные социальные отношения [8]. Исследуя связь между социальной фобией и особенностями семейной истории (тревожностью, детской застенчивостью, травматическим опытом, нейротизмом, экстраверсией), Р.Т. Стэмбергер и др. выделили подтипы социальной фобии: *генерализованный*, характеризующийся более высоким уровнем нейротизма и высокими показателями застенчивости в детстве, низким уровнем экстраверсии; и *специфический*, определяемый наличием в семейной истории большого числа психотравмирующих событий. Оказалось, что при наличии одновременно двух показателей – детской застенчивости и высокой частоты психотравмирующих событий – риск развития социальной фобии значительно возрастает [29].

При анализе психологических последствий переживания по поводу угрожающего жизни заболевания важно учитывать внутреннюю субъективную картину болезни человека, который продолжает активно взаимодействовать с другими людьми. В ситуациях социального общения происходит оценка больным своего Я и сравнение со здоровыми людьми, повышается чувствительность к оценкам других людей. С одной стороны, возникает страх быть воспринятым другими иначе, чем это было раньше, что приводит к повышению эмоциональной лабильности.

С другой стороны, пациент сам начинает переживать состояние дисфункциональности, возникает чувство неполноценности, которое сопровождается повышенной депрессивностью и застенчивостью. Эти особенности описывают в своем исследовании Е.Г. Щукина и Л.С. Булыгина, отмечая, что для людей, имеющих онкологическое заболевание, в качестве доминирующей выступает субъективная оценка пациентом реакции референтной группы на собственное заболевание; появляются застенчивость, робость, склонность к извиняющемуся поведению [15].

Высокий уровень тревожности пациентов с психосоматическими заболеваниями может быть связан как с эмоциональной лабильностью и застенчивостью, так и с виктимным поведением. Застенчивость и склонность к виктимному поведению на фоне общей тревожности часто образуют особый конструкт, который модифицирует структурную и функциональную организацию личности больных [11]. При развитии меланхолического типа отношения к болезни у пациентов могут присутствовать и признаки застенчивости, и признаки спонтанной агрессивности. Последняя – в виде аутоагрессивных реакций [4]. Такое проявление агрессии связано с повышенным чувством вины, покорно-застенчивым стилем общения, характерным для больных, имеющих угрожающее жизни заболевание [1; 2]. Застенчивость в этом случае определяется комплексом эмоциональных реакций – страхом, эмоциональной возбудимостью, тревожностью, а также фрустрацией [6]. Эти данные косвенно указывают на то, что у людей, имеющих опасное для жизни заболевание, застенчивость имеет не экстравертную, а интровертную направленность.

В целом следует сказать, что депрессия, застенчивость, эмоциональная лабильность, нередко сопутствующие тяжелому соматическому заболеванию, возникают при интенсивном переживании субъектом этого события, которое становится для него психотравмирующим [13; 14]. Выступая в разных своих проявлениях, эти симптомы могут быть показателями отношения к социуму, либо показателями отношения к себе. В настоящей работе уровень психотравматизации проявляется в выраженности посттравматического стресса и его отдельных симптомов – вторжения, избегания и физиологической возбудимости, и, как предполагалось, связан с депрессивностью, застенчивостью и эмоциональной лабильностью, что и стало основанием для формулировки цели и гипотезы исследования.

*Цель исследования* – определить различия в показателях депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности при сравнении групп респондентов с разным уровнем посттравматического стресса как отсроченной реакции на стрессор высокой интенсивности – угрожающее жизни заболевание.

*Гипотеза исследования:* при высоком уровне посттравматического стресса, вызванного сообщением о наличии у человека угрожающего жизни заболевания, уровень депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности также оказывается высоким, причем выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру.

Настоящее исследование проводилось на базе НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. В рамках договора между Институтом психологии РАН и НМИЦ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко реализуется проект, направленный на изучение психологических последствий опасного для жизни заболевания – менингиомы. Проект включает в себя процедуру обследования пациентов, которая разделена на два этапа. Первый этап проводится через 6 дней после удаления опухоли и включает в себя полуструктурированное интервью

(составители – Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова, М.А. Падун, Л.Х. Ароян), сбор анамнеза, а также оценку самочувствия, активности и настроения (методика «Самочувствие, активность, настроение», САН). В этой статье представлена часть результатов, которые были получены на втором этапе исследования. Данный этап проводится не ранее, чем через месяц после постановки диагноза «менингиома» различной локализации. Обследование респондентов на втором этапе включает целый комплекс методик, который направлен на диагностику последствий переживания угрожающего жизни заболевания. Результаты по трем методикам из семи, используемых в исследовании, представлены в данной статье.

*Участники исследования:* пациенты, оперированные по поводу менингиомы головного мозга. Объем выборки – 25 человек (22 женского пола, 3 мужского пола) в возрасте от 30 до 70 лет, средний возраст – 55 лет; станд. отклонение по возрасту – 11,9. Пациенты подбирались с учетом наличия минимального когнитивного дефицита. Все респонденты подписывали информированное согласие.

Для проверки гипотезы применялись следующие *методики*:

1. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale – IES-R) в адаптации Н.В. Тарабриной [12];

2. Шкала базисных убеждений (World assumptions scale, WAS) в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой [9];

3. Фрайбургский многофакторный личностный опросник (Freiburg Personality Inventory, FPI), модифицированная форма опросника В (в разработке А.А. Крылова и Т.И. Ронгинской [12]);

4. Анкета психологической безопасности, разработанная в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, которая представляет собой список из 60 слов-дескрипторов, наиболее часто ассоциирующихся с психологической безопасностью. Респондентам предлагается оценить степень близости того или иного дескриптора к своему представлению о безопасности по шкале от +2 (абсолютно соответствует) до -2 (совершенно не соответствует).

При статистическом анализе данных применялся программный пакет STATISTICA 10: описательная статистика (Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, LQ и UQ – нижний и верхний квартили, Med – медиана), критерий Краскела–Уоллиса (H), ранговая корреляция Спирмена ( $r_s$ ), U-критерий Манна–Уитни на уровне значимости  $p < 0,05$ .

## Результаты

С целью проверки гипотезы исследования выборка была разделена на две группы по показателю выраженности посттравматического стресса (ПТС); использовался квартильный анализ Интегрального показателя (ИТ) методики

«ШОВТС» (Min=0, Max=76, Med=26), где LQ (16 баллов) – нижний квартиль, а UQ (41 балл) – верхний квартиль. В первую группу «Низкий ПТС» вошли респонденты со значениями по ИТ от 0 до 16 баллов (Med=13, n=9). Во вторую группу «Высокий ПТС» вошли респонденты, ИТ которых находился в диапазоне от 17 до 76 баллов (Med=34, n=16). Такое деление было продиктовано тем, что предварительный анализ данных респондентов со средними и высокими значениями ПТС не показал различий (U критерий Манна–Уитни, Краскела–Уоллиса>0,05) по изучаемым параметрам, поэтому данные респонденты были объединены в одну группу «Высокий ПТС».

С помощью критерия U Манна–Уитни (на уровне значимости  $p < 0,05$ ) было выявлено, что обе группы различаются по всем показателям посттравматического стресса – вторжению, избеганию, физиологическому возбуждению (методика ШОВТС) (табл. 1).

Таблица 1

**Различия по показателям посттравматического стресса  
между группами «Низкий ПТС» и «Высокий ПТС»**

Показатели ПТС	Среднее значение суммы рангов «Низкий ПТС» (n=9)	Среднее значение суммы рангов «Высокий ПТС» (n=16)	U	p-level
Вторжение	54,5	270,5	9,5	0,0005
Избегание	50,5	274,5	5,5	0,0002
Физиологическая возбудимость	67,5	257,5	22,5	0,006
Интегральный показатель	45	280	0	0,00005

*Примечание:* U – критерий Манна–Уитни, p-level – уровень значимости.

Согласно полученным данным в группе «Высокий ПТС» уровень посттравматического стресса значимо выше, в том числе и по отдельным показателям (симптомам ПТС) – вторжению, избеганию, физиологической возбудимости.

Анализ различий по показателям Фрайбургского личностного опросника, проведенный с помощью критерия U Манна–Уитни, позволил выявить различия между двумя сравниваемыми группами по таким характеристикам, как депрессивность, застенчивость и эмоциональная лабильность (табл. 2).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что при наличии выраженного посттравматического стресса у респондентов наблюдаются более

высокие показатели по депрессивности («Низкий ПТС»: Med=4; «Высокий ПТС»: Med=6), эмоциональной лабильности («Низкий ПТС»: Med=4; «Высокий ПТС»: Med=7), застенчивости («Низкий ПТС»: Med=6; «Высокий ПТС»: Med=7).

Таблица 2

**Различия по шкалам Фрайбургского личностного опросника между группами «Низкий ПТС» и «Высокий ПТС»**

Шкалы Фрайбургского личностного опросника	Среднее значение суммы рангов «Низкий ПТС» (n=9)	Среднее значение суммы рангов «Высокий ПТС» (n=16)	U	p-level
Невроticность	115,5	209,5	70,5	0,954
Спонтанная агрессивность	112,5	212,5	67,5	0,821
Депрессивность	67,5	257,5	22,5	0,006*
Раздражительность	97,5	227,5	52,5	0,282
Общительность	133	192	56	0,380
Уравновешенность	100,5	224,5	55,5	0,365
Реактивная агрессивность	143	182	46	0,149
Застенчивость	77	248	32	0,03*
Открытость	111	214	66	0,756
Экстраверсия – интроверсия	133	192	56	0,380
Эмоциональная лабильность	78,5	246,5	33,5	0,03*
Маскулинизм – феминизм	131	194	58	0,445

Примечание: \* – значимые различия.

Отметим, что выявленные различия по показателям депрессивности, застенчивости, эмоциональной лабильности не обязательно указывают на избегание социального контакта, а, вероятнее всего, маркируют особые внутренние переживания, связанные с неуверенностью и аутоагрессией, которая может сопутствовать ПТС при угрожающих жизни заболеваниях.

Для проверки данного предположения был проведен корреляционный анализ связи депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности с дескрипторами Анкеты психологической безопасности (критерий Спирмана  $r_s$ ,



$p < 0,05$ ). Особое внимание уделялось связям с дескрипторами, которые имеют отношение к социальной поддержке, социальным отношениям («надежное окружение», «помощь, поддержка» и др.). Были выявлены связи депрессивности с дескриптором «самосохранение» ( $r_s = -0,46$ ,  $p = 0,022$ ), застенчивости – с показателем «отстраненность от реальности» ( $r_s = 0,42$ ,  $p = 0,038$ ), эмоциональной лабильности – с дескриптором «надежда на лучшее» ( $r_s = 0,43$ ,  $p = 0,032$ ). Отсутствие связей с показателями социальной поддержки отношения к близким и друзьям, другим людям в целом косвенно подтверждает предположение о том, что при выраженном ПТС сопряженные с ним высокие показатели застенчивости, депрессивности и эмоциональной лабильности, указывают не столько на избегание социальных контактов, сколько на интравертную направленность человека, имеющего тяжелое соматическое заболевание. Для дополнительной проверки этого предположения было решено проверить наличие или отсутствие значимых связей между показателями застенчивости, депрессивности, эмоциональной лабильности и показателями методики «Шкала базисных убеждений» (табл. 3).

Таблица 3

**Связи показателей методики «Шкала базисных убеждений»  
и депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности  
у больных с диагнозом «менингиома»**

Показатели методики «Шкала базисных убеждений»	Шкалы Фрайбургского личностного опросника		
	Депрессивность	Застенчивость	Эмоциональная лабильность
Доброжелательность окружающего мира	0,157	0,234	0,126
Справедливость	-0,25	-0,29	-0,05
Образ Я	-0,33	-0,47*	-0,12
Удача	-0,53**	-0,56**	-0,29
Убеждение в контроле	-0,39*	-0,53**	-0,35

Примечание: \* – значимые связи на уровне  $p < 0,05$ , \*\* – значимые связи на уровне  $p < 0,01$ .

Полученные данные подтверждают наше предположение о том, что при высоком уровне посттравматического стресса, вызванного сообщением о наличии у человека угрожающего жизни заболевания, уровень депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности также оказывается высоким, причем выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру. Сделанный вывод касается двух из трех характеристик – депрессивности и застенчивости. Показано, что связи этих особенностей с базисными убеждениями относительно *социального мира* – его

доброжелательности и справедливости – оказались незначимыми, тогда как наличие связи с базисными убеждениями человека относительно *своей личности* – образом Я, удачей и убеждением в контроле – было статистически подтверждено.

Отсутствие сопряженности эмоциональной лабильности с базисными убеждениями, скорее всего, отражает нестабильные переживания человека по поводу последствий угрожающего жизни заболевания. Однако стоит отметить, что при наличии высоких значений по показателю застенчивости именно эмоциональная лабильность может стать пусковым механизмом в развитии реакции аутоагрессии. Связь депрессивности с убеждениями о собственной удачливости косвенно указывает на наличие тенденции обвинять в случившемся именно себя. Из этого следует, что при обследовании группы людей, имеющих угрожающее жизни заболевание, необходимо проводить анализ не отдельных личностных характеристик, а оценивать их профиль, его особую конфигурацию и выявлять механизмы, коррекция которых может способствовать более благоприятным исходам реабилитационных мероприятий.

### **Выводы**

1) Одним из психологических последствий постановки человеку диагноза «менингиома» – угрожающего жизни заболевания – является посттравматический стресс разного уровня интенсивности.

2) У людей с диагнозом «менингиома» высокому уровню посттравматического стресса сопутствуют высокие показатели депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности.

3) Отсутствие связей депрессивности и застенчивости с показателями социальной поддержки указывает на наличие аутоагрессии либо на интравертную направленность личности.

4) Значимые связи показателей базисных убеждений относительно своей личности (Образ Я, Удача, Убеждение в контроле) с депрессивностью и застенчивостью и отсутствие таких связей с убеждениями о социальном мире (Доброжелательность окружающего мира и Справедливость) подтверждают предположение о том, что выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру.

### **Финансирование**

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований (РФФИ) (проект № 18-013-00324 «Эмоционально-личностные изменения у больных менингиомой в постоперационном периоде»).

## Литература

1. *Василенко Т.В.* Трансформация социальной идентичности в ситуации онкологического заболевания у женщин // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2011. № 1: [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-sotsialnoy-identichnosti-v-situatsii-onkologicheskogo-zabolevaniya-u-zhenschin>. (Дата обращения: 07.07.2018).
2. *Иванова Н.Л., Румянцева Т.В.* Социальная идентичность: теория и практика. М.: Изд-во СГУ. 2009. 453 с.
3. *Каменева Г.Н., Радоев М.* Гендерная идентичность как социокультурная детерминанта застенчивости // Вестник РУДН. Серия Психология и педагогика. 2014. № 2. С. 50–54.
4. *Кожевникова О.В., Закирова З.З.* Изучение отношения клиентов к болезни как условие реабилитации // Социальная работа в поликультурном обществе: Материалы Международной научно-практической конференции 30-31 мая 2011 г. / Под ред. О.В. Солодянкиной. Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет». 2011. С. 188–196.
5. *Краснова Л.В., Торохина Л.А.* Психологический анализ феномена застенчивости // Вестник Адыгейского государственного университета. 2005. № 1. С. 122–124.
6. *Миронова Т.Л., Кункурдонова Н.Б.* Взаимосвязь личностных свойств и особенностей эмоциональной сферы у больных туберкулезом // Вестник Бурятского государственного университета. 2012. № 5. С. 51–58. - ISSN 1994-0866.
7. *Никитина И.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 1. С. 80–85.
8. *Никитина И.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 1. С. 60–67.
9. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
10. *Ральникова И.А.* Застенчивость: проектирование жизненных перспектив на юношеском этапе социализации // Известия Алтайского государственного университета. 2011. № 2. С. 59–63.
11. *Соловьева С.Л.* Переживание тревоги больными с психосоматическими заболеваниями // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В.И. Мазурова. СПб: Изд-во «Альта Астра», 2012. С. 231–237.

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

Kharlamenkova N.E., Zaitsev O.S., Nikitina D.A.,  
Kormilitsyna A.N. Emotional Personality  
Characteristics of Patients Diagnosed with  
Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 150–167.

12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

13. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 176 с.

14. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика при тяжелых соматических заболеваниях // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 242–263.

15. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы // Экология человека. 2006. № 9. С. 57–60.

16. Asendorpf J.B. Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57. № 3. P. 481–492. doi:10.1037/0022-3514.57.3.481.

17. Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala // Neurocase. 2012. Vol. 18. № 2. P. 91–94. doi:10.1080/13554794.2011.556126.

18. Caprara G.V., Di Giunta L., Pastorelli C., et al. Mastery of negative affect: A hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs // Psychological Assessment. 2013. Vol. 25. № 1. P. 105–116. doi:10.1037/a0029136.

19. Desautels C., Savard J., Ivers H., et al. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy // Health Psychology. 2018. Vol. 37. № 1. P. 1–13. doi:10.1037/hea0000539.

20. Jacobsen P.B., Andrykowski M.A. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period // American Psychologist. 2015. Feb-Mar. Vol. 70. № 2. P. 134–145. doi:10.1037/a0036513.

21. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // Brain Impairment. 2011. Vol. 12. № 2. P. 105–116.

22. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // Applied Research in Quality of Life. 2012. Vol. 7. № 2. P. 163–182. doi: 10.1007/s11482-011-9159-1.

23. Low C.A., Stanton A.L. Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer // Health Psychology. 2015. Vol 34. № 1. P. 89–92. doi: 10.1037/hea0000052.

24. *Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., et al.* Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry*. 2015. Vol. 27. № 2. P. 126–133.
25. *Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al.* The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2003. Vol. 74. № 9. P. 1278–1282. doi: 10.1136/jnnp.74.9.1278.
26. *Nelson L.J., Coyne S.M., Howard E., et al.* Withdrawing to a virtual world: Associations between subtypes of withdrawal, media use, and maladjustment in emerging adults // *Developmental Psychology*. 2016. Vol. 52. № 6. P. 933–942. doi:10.1037/dev0000128.
27. *Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., et al.* The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatría Polska*. 2009. Vol. 6. № 3. P. 135–139.
28. *Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J.* Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54. № 2. P. 187–191. doi:10.1016/j.psych.2012.01.011.
29. *Stemberger R.T., Turner S.M., Beidel D.C., et al.* Social phobia: An analysis of possible developmental factors // *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 104. № 3. P. 526–531. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.526.
30. *Tatham E.L., Schmidt L.A., Beaton E.A., et al.* Processing of affective faces varying in valence and intensity in shy adults: An event-related fMRI study // *Psychology and Neuroscience*. 2013. Vol. 6. № 1. P. 57–65. doi: 10.3922/j.psns.2013.1.09.
31. *Trudel-Fitzgerald C., Tworoger S.S., Poole E.M., et al.* Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis // *Health Psychology*. 2018. Vol. 37. № 3. P. 207–217. doi:10.1037/hea0000571.
32. *Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33. № 6. P. 1082–1083. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.05.021.

# Emotional Personality Characteristics of Patients Diagnosed with Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress

**Kharlamenkova N.E.,**

*Doctor in Psychology, professor, Institute of Psychology of Russian Academy of Science,  
Moscow, Russia, nataly.kharlamenkova@gmail.com*

**Zaitsev O.S.,**

*Doctor in Medicine, psychiatrist, N.N. Burdenko National Scientific and Practical Center for  
Neurosurgery, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, ozaitsev@nsi.ru*

**Nikitina D.A.,**

*postgraduate student, Institute of Psychology of Russian Academy of Science, Moscow, Russia,  
d.a.nikitina@yandex.ru*

**Kormilitsyna A.N.,**

*psychiatrist, N.N. Burdenko National Scientific and Practical Center for Neurosurgery,  
Ministry of Health of The Russian Federation, Moscow, Russia, kormilitsyna.anna@mail.ru*

---

The results of the study on post-traumatic stress rates and individual indicators arising in response to the diagnosis of a life-threatening disease are being analyzed. The participants of the study are the patients of Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of the Russian Federation (n = 25) diagnosed with meningioma. It has been shown that one of the psychological consequences of the diagnosis of “meningioma” is post-traumatic stress of different intensity rates. Increased depression, shyness and emotional lability are associated with high post-traumatic stress rates. The comparison of the triad of emotional-personal characteristics, social support indicators (according to the Psychological Safety Questionnaire) and basic assumptions (according to the World Assumptions Scale) made it possible to verify the research hypothesis. It has been revealed that high rates on depression and shyness scales (according to the Freiburg Personality Inventory) do not reflect the tendency to avoid social contact, but indirectly indicate the presence of auto-aggression or introverted orientation directed to oneself in people diagnosed with this disease.

**Keywords:** life-threatening disease, meningioma, post-traumatic stress, depression, shyness, emotional lability, social environment, basic assumptions.

## Funding

This work supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFBR) (project № 18-013-00324 "Emotional and personality changes in patients with meningioma during postoperative period").

## References

1. Vasilenko T.V. Trans formatsiya sotsial'noi identichnosti v situatsii onkologicheskogo zabolevaniya u zhenshchin [Transformation of social identity in the situation of women cancer]. *Uchenye zapiski. Elektronnyi nauchnyi zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta* [Scientific notes. Electronic scientific journal of Kursk state University], 2011, no. 1: [Elektronnyi resurs]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-sotsialnoy-identichnosti-v-situatsii-onkologicheskogo-zabolevaniya-u-zhenshchin> (Accessed 07.07.2018).
2. Ivanova N.L., Rumyantseva T.V. Sotsial'naya identichnost': teoriya i praktika [Social identity: theory and practice]. Moscow: publ. of SGU. 2009. 453 p.
3. Kameneva G.N., Radoev M. Gendernaya identichnost' kak sotsiokul'turnaya determinanta zastenchivosti [Gender identity as a socio-cultural determinants of consciousness]. *Vestnik RUDN. Seriya Psikhologiya i pedagogika* [Bulletin of RUDN. Psychology and pedagogy series], 2014, no. 2, pp. 50–54.
4. Kozhevnikova O.V., Zakirova Z.Z. Izuchenie otnosheniya klientov k bolezni kak uslovie reabilitatsii [The study of clients ' attitude to the disease as a condition of rehabilitation]. In *Sotsial'naya rabota v polikul'turnom obshchestve: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii 30-31 maya 2011 g.* [Social work in a multicultural society: Materials of the International scientific-practical conference]. Izhevsk: Udmurtskii universitet, 2011, pp. 188–196.
5. Krasnova L.V., Torokhina L.A. Psikhologicheskii analiz fenomena zastenchivosti [Psychological analysis of the phenomenon of consciousness]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Adyghe state University], 2005, no. 1, pp. 122–124.
6. Mironova T.L., Kunkurdonova N.B. Vzaimosvyaz' lichnostnykh svoystv i osobennostei emotsional'noi sfery u bol'nykh tuberkulezom [The relationship of personal characteristics and peculiarities of emotional sphere in patients with tuberculosis]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Buryat State University], 2012, no. 5, pp. 51–58.
7. Nikitina I.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost': sodержanie ponyatiya i osnovnye napravleniya izucheniya. Ch. 1 [Social anxiety: the content of the concept and the

main directions of study. Part 1]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2010, vol. 20, no. 1, pp. 80–85.

8. Nikitina I.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost': sodержание ponyatiya i osnovnye napravleniya izucheniya. Ch. 2 [Social anxiety: the content of the concept and the main directions of study. Part 2]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2011, vol. 21, no. 1, pp. 60–67.

9. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Methods modification of R. Yanoff-Boulemane' investigation of the individual basic beliefs]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106.

10. Ral'nikova I.A. Zastenchivost': proektirovanie zhiznennykh perspektiv na yunosheskom etape sotsializatsii [Shyness: design the life prospects of youth stage of socialization]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta [News of Altai state University]*, 2011, no. 2, pp. 59–63.

11. Solov'eva S.L. Perezhivanie trevogi bol'nymi s psikhosomaticheskimi zabolevaniyami [Experience of anxiety in patients with psychosomatic diseases]. In *V.I. Mazurov Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike [Actual problems of psychosomatics in General medical practice]*. Saint-Petersburg: Al'ta Astra, 2012. pp. 231–237.

12. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 272 p.

13. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., Padun M.A., Shatalova N.E. Onkopsikhologiya [Oncopsychology]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2010. 176 p.

14. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Posttravmaticheskii stress i psikhopatologicheskaya simptomatika pri tyazhelykh somaticheskikh zabolevaniyakh [Post-Traumatic stress and psychopathological symptoms in severe somatic diseases]. In *A.L. Zhuravlev, N.V. Tarabrina, E.A. Sergienko, N.E. Kharlamenkova Psikhologiya povsednevnogo i travmaticheskogo stressa: ugrozy, posledstviya i sovladanie [Psychology of daily and traumatic stress: threats, consequences and coping]*. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2016, pp. 242–263.

15. Shchukina E.G., Bulygina L.S. Osobennosti tipov otnosheniya k bolezni u zhenshin so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami organov reproduktivnoi sistemy [Types of attitude to the disease in women with malignant tumors of the reproductive system and their peculiarities]. *Ekologiya cheloveka [Human ecology]*, 2006, no. 9, pp. 57–60.

16. Asendorpf J.B. Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 57, no. 3, pp. 481–492. doi:10.1037/0022-3514.57.3.481.



17. Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala. *Neurocase*, 2012, vol. 18, no. 2, pp. 91–94. doi:10.1080/13554794.2011.556126.
18. Caprara G.V., Di Giunta L., Pastorelli C., et al. Mastery of negative affect: A hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs. *Psychological Assessment*, 2013, vol. 25, no. 1, pp. 105–116. doi:10.1037/a0029136.
19. Desautels C., Savard, J., Ivers H., et al. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy. *Health Psychology*, 2018, vol. 37, no. 1, pp. 1–13. doi:10.1037/hea0000539.
20. Jacobsen P.B., Andrykowski M.A. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, 2015, vol. 70, no. 2, pp. 134–145. doi:10.1037/a0036513.
21. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing. *Brain Impairment*, 2011, vol. 12, no. 2, pp. 105–116.
22. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma. *Applied Research in Quality of Life*, 2012, vol. 7, no. 2, pp. 163–182. doi. 10.1007/s11482-011-9159-1.
23. Low C.A., Stanton A.L. Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 2015, vol. 34, no. 1, pp. 89–92. doi: 10.1037/hea0000052.
24. Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., Hines A., et al. Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2015, vol. 27, no. 2, pp. 126–133.
25. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2003, 74, no. 9, pp. 1278–1282. doi: 10.1136/jnnp.74.9.1278.
26. Nelson L.J., Coyne S.M., Howard E., et al. Withdrawing to a virtual world: Associations between subtypes of withdrawal, media use, and maladjustment in emerging adults. *Developmental Psychology*, 2016, vol. 52, no. 6, pp. 933–942. doi:10.1037/dev0000128.
27. Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., et al. The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties. *Psychogeriatría Polska*, 2009, vol. 6, no. 3, pp. 135–139.

28. Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J. Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 2013, vol. 54, no. 2, pp. 187–191. doi:10.1016/j.psych.2012.01.011.
29. Stemberger R.T., Turner S.M., Beidel D.C., et al. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, vol. 104, no. 3, pp. 526–531. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.526.
30. Tatham E.L., Schmidt L.A., Beaton E.A., et al. Processing of affective faces varying in valence and intensity in shy adults: An event-related fMRI study. *Psychology and Neuroscience*, 2013, vol. 6, no. 1, pp. 57–65. doi: 10.3922/j.psns.2013.1.09.
31. Trudel-Fitzgerald C., Tworoger S.S., Poole E.M., et al. Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis. *Health Psychology*, 2018, vol. 37, no. 3, pp. 207–217. doi:10.1037/hea0000571.
32. Tsai M.C., Huang T.L. Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2009, vol. 33, no. 6, pp. 1082–1083. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.05.021.