

ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

методология, теория, практика

Ответственные редакторы:

Д. В. Ушаков, А. Л. Журавлев, А. В. Махнач,
Н. Е. Харламенкова, Ю. В. Быховец



ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

Российская академия наук

Институт психологии

ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА методология, теория, практика

Ответственные редакторы:

*Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, А.В. Махнач,
Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец*



Издательство
«Институт психологии РАН»
Москва – 2025

УДК 159.9

ББК 88

П 86

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Рецензенты:

доктор психологических наук, доцент, член-корреспондент РАО

B.B. Барабанчикова

доктор психологических наук, доцент, профессор РАО, член-корреспондент РАО

O.A. Ульянина

Редакционная коллегия:

A.A. Агиишева, Ю.В. Быховец (отв. ред.), Е.Н. Дымова, Н.Н. Казыкова,

А.Л. Журавлев (отв. ред.), А.А. Костригин, А.В. Махнач (отв. ред.), Д.А. Никитина,

Д.В. Ушаков (отв. ред.), Н.Е. Харламенкова (отв. ред.).

П 86 Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика /
Отв. ред. Д. В. Ушаков, А. Л. Журавлев, А. В. Махнач, Н. Е. Харламенкова,
Ю. В. Быховец. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2025. – 756 с.
doi: 10.38098/conf_25_0495
ISBN 978-5-9270-0495-9

УДК 159.9

ББК 88

Книга подготовлена по материалам конференции «Посттравматический стресс: методология, теория, практика», которая прошла в Институте психологии Российской академии наук 22–23 мая 2025 года. В данном издании представлены современные теоретико-методологические исследования психической травмы и посттравматического стресса. Отдельные разделы посвящены истории изучения последствий психической травматизации, разработке проблем субъектно-личностных и социальных факторов возникновения посттравматического стресса, анализу ресурсов совладания с психологическими последствиями воздействия на человека стрессоров высокой интенсивности. В отдельном разделе выделяются и описываются особенности посттравматического стресса в детском возрасте. Приведены данные исследований посттравматического стресса в клинической практике на материале медицинских работников и пациентов с различными соматическими заболеваниями. В исследованиях последнего раздела показаны возможности цифровых технологий для диагностики и сопровождения лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. Собранные в данном коллективном труде работы отражают актуальность и востребованность включения посттравматического стресса в русло академических исследований и определяют перспективы дальнейших исследований в этой области знания.

© «Институт психологии РАН», 2025

ISBN 978-5-9270-0495-9

СОДЕРЖАНИЕ

*Ушаков Д.В., Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.,
Махнач А.В., Быховец Ю.В. Психология посттравматического
стресса: история и современность (вместо предисловия) 15*

РАЗДЕЛ 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

<i>Арестова О.Н. Психодиагностика развития посттравматического стрессового расстройства на ранних стадиях с помощью анализа когнитивных искажений</i>	<i>31</i>
<i>Баканова А.А. Травматическое горе и ПТСР: теоретические аспекты соотношения понятий</i>	<i>36</i>
<i>Барц А.А., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н. Методический инструментарий для изучения посттравматического стрессового расстройства: актуальные методики</i>	<i>42</i>
<i>Булава А.И., Куделькина В.В., Александров Ю.И. Системно- эволюционный подход в трансляционных исследованиях стресса</i>	<i>48</i>
<i>Быховец Ю.В. Психология переживания невидимых угроз</i>	<i>56</i>
<i>Знаков В.В. Понимание невидимой угрозы как возможного будущего</i>	<i>63</i>
<i>Зобков А.В. Фобия как маркер шоковой травмы</i>	<i>69</i>
<i>Карпова Э.Б. Психическая травма: к дискуссии о понятии</i>	<i>74</i>
<i>Ковшова О.С. Психодиагностический алгоритм прогноза посттравматического стрессового расстройства у лиц с боевой травмой</i>	<i>80</i>

<i>Колобова С.В.</i> Посттравматический стресс как предмет эмпирического исследования	85
<i>Лаас К.С., Коростылева А.В.</i> Особенности современных направлений психологических исследований посттравматического стресса	91
<i>Магомед-Эминов М.Ш.</i> От психологии травмы к метапсихологии экстремального бытия личности	97
<i>Рудницкий В.А., Шелехов И.Л., Кошечко А.Н.</i> Особенности современного социального стресса	104
<i>Харламенкова Н.Е.</i> Посттравматический стресс: рецидивирующий или латентный характер проявления признаков	109

РАЗДЕЛ 2

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

<i>Дымова Е.Н.</i> Посттравматическое стрессовое расстройство в годы Великой Отечественной войны	119
<i>Журавлев А.Л., Костригин А.А.</i> Разработка проблемы психических состояний в экстремальных и психотравмирующих условиях в советской психологии 1960-х — 1980-х гг.	124
<i>Карайни А.Г.</i> Американский опыт психологической реинтеграции семей военнослужащих после военных конфликтов	131
<i>Котенев И.О.</i> К истокам психологических исследований состояний травматического стресса у сотрудников МВД	137
<i>Лысаков Н.Д., Лысакова Е.Н.</i> Феномен «потерянное сердце» на этапе зарождения отечественной авиационной психологии	144
<i>Набатова С.В.</i> Психическая травма: история становления категории и социальные представления о феномене	149
<i>Магомед-Эминов М.Ш., Каракева Е.А., Квасова О.Г., Магомед-Эминова О.И., Савина О.О.</i> Итоги и перспективы исследований психологических проблем человека в экстремальной жизненной ситуации	156

Слабинский В.Ю. О вкладе отечественных ученых первой половины XX века в изучение посттравматического стресса 162

Слепко Ю.Н., Мазилов В.А. Посттравматический стресс в истории психологии: проблемы интеграции и междисциплинарного исследования 167

РАЗДЕЛ 3

СУБЪЕКТНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Азарных Т.Д. Враждебность как личностная характеристика при посттравматическом стрессе у женщин 177

Битюцкая Е.В. Длительное горе при переживании утраты близкого человека 183

Блощинская Е.Е. Нарциссизм и нарциссическая травма: путь от стыда к комплексному посттравматическому стрессовому расстройству 188

*Борисоник Е.В., Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Симонова А.Ю.,
Поцхверия М.М.* Хронический стресс воспринимаемого одиночества как основной фактор депрессии и суициdalного поведения у пожилых 195

Власов А.С. К вопросу об искажении системы субъективных семантических координат при посттравматическом стрессовом расстройстве у участников боевых действий 200

Зиновьева Е.В., Платонова Я.С., Кузнецова Е.А. Жизненный опыт человека как протективный фактор при переживании травматической ситуации 206

*Карпова Э.Б., Орел А.Д., Чайкина А.Л., Машкауцан Ю.А.,
Збирня Г.В.* Посттравматический стресс и мотивация к учебе у молодых жителей зоны военных действий 213

Киселёва И.В. Характер психотравмирующих событий и выраженность психопатологических симптомов среди молодежи прифронтовых территорий 219

Колхонен А.Ю. Влечеnие к смерти как механизм адаптации при посттравматическом стрессе 226

<i>Кондратьева О.В., Зиновьева Е.В.</i> След травмирующей ситуации в конструкции Я-нарратива женщин	232
<i>Косынин Д.С., Филатова А.Ф.</i> Психологические последствия воздействия травматического стресса на личность ветерана боевых действий, не относящегося к военным и силовым структурам	237
<i>Красило А.И.</i> Нарушения структуры самости в условиях посттравматического стресса	242
<i>Кузнецова Е.А.</i> Психологическая ригидность как модератор силы переживаний в психотравмирующей ситуации	248
<i>Кузнецова А.Д., Кадыров Р.В.</i> Взаимосвязь характеристик посттравматического стресса и психологических характеристик пожилых людей с различным уровнем качества жизни	255
<i>Мерсалова Е.А.</i> Влияние боевой психической травмы на временную перспективу военнослужащих	261
<i>Наумчук Н.С.</i> Признаки посттравматического стресса у женщин с различной репрезентацией собственного рождения	266
<i>Полякова О.Б.</i> Клинический анализ посттравматического стрессового расстройства у женщин, сделавших аборт, и перспективы оказания психологической помощи	273
<i>Посохова О.А., Ананьевая К.И.</i> Связь показателей симптомов КПТСР со спецификой оценок личности по изображениям лиц людей в военной форме	279
<i>Ребеко Т.А.</i> Нарушенное телесное воплощение как tacit stress . . .	286
<i>Руденко С.В.</i> Субъективное благополучие лиц, проживающих в условиях психотравмирующей ситуации	291
<i>Семизорова И.Н.</i> Диссоциация как невозможность обработки стресса, полученного во время пандемии COVID-19	297
<i>Сергиенко Е.А.</i> Субъективный возраст как буфер стрессовых и постстрессовых состояний	304
<i>Трифонова И.В.</i> Роль тревоги в преодолении последствий психической травмы	310

Фаустова А.Г. Когнитивные паттерны в структуре экофенотипа жестокого обращения 314

Яковлева А.В., Савельева О.А., Бугрий Г.С., Ефиминюк А.А.
Влияние стресса на точность формирования репрезентаций пространства у людей с различным уровнем перфекционизма 321

РАЗДЕЛ 4 **СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**

Агиишева А.А. К актуальным проблемам исследования психологических последствий насилия 329

Бузина А.А. Посттравматический стресс при переживании оскорбления в период средней взрослости 335

*Дукорский В.В., Великодворская Е.В., Голубович В.В.,
Свериденко А.Ю.* Психическая травма и восстановление справедливости 340

Защиринская О.В. Социальная изменчивость как предиктор виктимизации личности 345

Козлов М.Ю. Роль небезопасных стилей привязанности в развитии комплексного ПТСР 352

Ковалева Ю.В., Рубцова Е.К., Шмеерова Е.Р. Стressовые состояния у представителей больших социальных групп (на примере пользователей социальных сетей) 357

Лебедева В.Е. Самостигматизация как модератор связи идентичности и симптомов посттравматического стресса у женщин, переживших сексуальное насилие 363

Сапоровская М.В., Каменская А.С. Негативные и позитивные последствия стресса вынужденной разлуки в близких отношениях 369

Тиунов С.В. Детерминанты развития тревожности в российском обществе в период глобальных перемен (из опыта работы с комбатантами и членами их семей в психологической приемной СВО) 374

<i>Тропов В.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А.</i> Чрезвычайная ситуация в уголовно-исполнительной системе как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников	381
<i>Хавыло А.В.</i> Посттравматический стресс у волонтеров поисково-спасательных отрядов: этиология, профилактика и комплексная реабилитация	387
<i>Хажуев И.С.</i> Исследование динамики выраженности ПТС у населения ЧР (за период с 2009 по 2024 г.)	391
<i>Щербакова А.М., Короткова И.С.</i> Нарушения социального познания при посттравматическом стрессовом расстройстве: систематический обзор	398

РАЗДЕЛ 5 **РЕСУРСЫ СОВЛАДАНИЯ** **С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ**

<i>Абитов И.Р., Краснова И.В.</i> Взаимосвязь совладающего поведения и посттравматического роста (на примере жертв дорожно-транспортных происшествий)	409
<i>Ахметшина А.Г., Абитов И.Р.</i> Перспективы исследования личностного потенциала устойчивости к боевому стрессу	415
<i>Великодворская Е.В., Дукорский В.В.</i> Подходы к исследованиям жизнеспособности женщин, переживших партнерское насилие	421
<i>Панич О.Е., Остапенко В.А., Разенков М.А.</i> Ресурсы совладания с травматическим стрессом у молодежи, проживающей на территориях, вовлеченных в последствия боевых действий	427
<i>Петров В.Е.</i> Личностный выбор участия в экстремальном добровольчестве как протектор генерализации симптоматики травматического стресса	433
<i>Пилишвили Т.С.</i> Поддержание посттравматического роста в процессе кризисного сопровождения личности	438

<i>Рягузова Е. В.</i> Забота личности о себе как фактор и условие посттравматического роста	443
<i>Троицких Е. Г., Навдущевич Г. В.</i> Ассертивность юношества как качество личности и поведение, способствующие эффективному преодолению стрессовых ситуаций	449
<i>Федотова М. В.</i> Ресурсная основа посттравматического роста	456
<i>Федюнина Д. Ю.</i> Психологическая подготовка пожарных и спасателей: значение социальных ресурсов для снижения риска посттравматического стрессового расстройства	462
<i>Чуканов Е. В.</i> Vita post: векторы посттравматического жизнепостроения	467
<i>Шмарина Т. А.</i> Аутентичность на работе как фактор защиты от посттравматического стресса у сотрудников экстренных служб	472

РАЗДЕЛ 6 ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

<i>Бузина Т. С., Яцун Н. А.</i> Психологические особенности адаптации детей в условиях профессионального спорта: влияние травматического опыта	483
<i>Волкова Е. Н., Орлова А. А.</i> Кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение: связь феноменов онлайн-деструкций у подростков	488
<i>Ермолаева А. В.</i> Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство в детском и подростковом возрасте	494
<i>Ефремов А. Г., Кузнецова С. О., Ениколов С. Н.</i> Исследование эффективности когнитивной психотерапии в работе с подростками с посттравматическим стрессовым расстройством	500
<i>Захарчук Е. В., Доценко Е. Л., Игумнов С. А., Исмаилов Д. Х.</i> Психологические факторы повторных непреднамеренных травм у детей	506

<i>Кудренко Н.Н.</i> Психологическое сопровождение детей с ПТСР: эффективные технологии и подходы	512
<i>Лямин Д.П., Лямина Е.А.</i> Некоторые аспекты влияния детской травмы на выбор методики лечения ПТСР	517
<i>Мороз Т.С.</i> Посттравматическое стрессовое расстройство и антивитальное поведение в подростковом возрасте	522
<i>Руднова Н.А., Корниенко Д.С.</i> Признаки стресса и качество сна у детей, имеющих потенциально травматический опыт	529
<i>Тихонова И.В.</i> Исследование травматического и посттравматического стресса в контексте родительства	536
<i>Шаталова Н.Е.</i> Копинг-стратегии подростков из разных по составу семей	542

РАЗДЕЛ 7

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

<i>Бонкало Т.И., Полякова О.Б.</i> Особенности посттравматического стресса медицинских работников: анализ эмпирических статей Scopus 2024	551
<i>Кленкова А.Д., Фаустова А.Г.</i> Влияние способа сообщения диагноза на выраженность посттравматических реакций онкологических пациентов	556
<i>Никитина Д.А.</i> Феноменология болезни человека в психологической науке	561
<i>Полякова К.А., Никитина Д.А.</i> Представление о болезни как о стрессоре и его особенности в зависимости от наличия данного опыта в анамнезе человека	568
<i>Рычкова О.В., Филиппов М.В.</i> Постпсихотическое посттравматическое стрессовое расстройство: феноменологический анализ	574
<i>Тимченко Д.Д.</i> Взаимосвязь выраженности стресса и травматического опыта с возрастом у женщин с диагнозом бесплодие	579

<i>Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Елисеева В.В., Кондратьева А.А.</i>	
Психологические последствия сокрытия информации от ребенка, имеющего тяжелое онкологическое заболевание	586
<i>Холмогорова А.Б., Рахманова А.А., Пуговкина О.Д., Карчевская Н.А.</i>	
Психологические факторы посттравматического стресса у пациентов после перенесенной инфекции COVID-19	593
<i>Шелоумова О. С.</i> Длительное стационарное лечение туберкулеза органов дыхания как фактор риска посттравматического стресса	600

РАЗДЕЛ 8

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

<i>Алёшичева А. В., Лебедева О. Е., Иваницкая В. Б.</i> Комплексная программа психосоциальной и духовной помощи при проявлении симптомов ПТСР, обусловленного внезапной утратой близкого человека	609
<i>Власов Н.А.</i> История развития метода десенсибилизации и переработки движениями глаз: от ПТСР к различной проблематике	615
<i>Гамзатова А. С.</i> Консультирование пациентов в период острого стресса после психотравмирующих воздействий различного характера в условиях скоропомощного стационара	622
<i>Глинская О. И., Синицына Т. Ю.</i> Использование искусственного интеллекта при обучении специалистов для работы с посттравматическим стрессовым расстройством	628
<i>Добряков И. В.</i> Оптимизация организации психологической помощи комбатантам	634
<i>Казачёнок Ж. И.</i> Травмафокус как нейropsихотерапевтический метод для переработки психических травм и сохранения ресурсного состояния	639

<i>Кияненко И.К.</i> Применение практик осознанности в терапии посттравматического стрессового расстройства	645
<i>Кучеренко С.В.</i> Образный рефрейминг как метод психологической коррекции ПТСР	651
<i>Ларина Г.Н., Сарычев С.В.</i> Технологии социального обучения как психологическая помощь в экстремальных условиях: курский опыт оказания психологической помощи при вторжении ВСУ	657
<i>Лозко С.В.</i> Проект по развитию равного консультирования для участников СВО и членов их семей	662
<i>Максименко Е.Г.</i> Опыт психоаналитической работы с посттравматическим стрессовым расстройством в условиях военного конфликта	666
<i>Одинцова М.А., Ставбун Н.Ю., Радчикова Н.П.</i> Отражение проективной методики «Раненая птица» в способах организации жизни после травматического события	672
<i>Орли Ю.Л.</i> Сравнительный энцефалографический и психометрический анализ способов работы с травматическим опытом в психотерапевтической практике	678
<i>Самохвалова А.Г., Вишневская О.Н., Тихомирова Е.В., Шипова Н.С.</i> Феноменологическое интервью как метод диагностики посттравматического стресса у детей в условиях гибридной войны	684
<i>Соловьев С.Л.</i> Духовно-ориентированное направление реабилитации комбатантов	691
<i>Спиваковская А. С.</i> Беатотерапевтическая работа с отрицательными эмоциями повседневной жизни	696
<i>Степанова Е.Б., Савченко Т.Н.</i> Влияние краткосрочного психологического консультирования в различных модальностях на настроение у лиц с депрессией	702
<i>Таволжанская Н.А.</i> Работа с посттравматическим стрессовым расстройством в рамках подхода терапии принятия и ответственности	708

<i>Федорова Е.М.</i> Психологическая помощь при ПТСР у судей военных судов	714
---	-----

РАЗДЕЛ 9

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ И СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ПТСР

<i>Демина В.А., Ананьева К.И.</i> Эмоциональное отношение к ситуациям кибербуллинга людьми с симптомами ПТСР	723
<i>Маринова М.М., Серов Е.Л.</i> VR-технологии в психологической помощи при посттравматическом стрессе: анализ подходов и оценка эффективности	729
<i>Сафонов П.А.</i> Методология междисциплинарного исследования специфики переживания человеком травматического события с помощью технологий искусственного интеллекта	736
<i>Соболева М.А.</i> Интерес к информации о посттравматическом стрессовом расстройстве у пользователей поисковой системы «Яндекс» в России как проблема своевременного выявления ПТСР	743
<i>Ушаков И.Б., Богомолов А.В.</i> Цифровые технологии в сопровождении лиц с высоким риском развития посттравматических стрессовых расстройств	750

Психология посттравматического стресса: история и современность (вместо предисловия)

*Д. В. Ушаков, А. Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина,
Н. Е. Харламенкова, А. В. Махнач, Ю. В. Быховец*

Институт психологии РАН, Москва

ushakovdv@ipran.ru

zhuravleval@ipran.ru

nvtarab@gmail.com

harlamenkovan@ipran.ru

makhnach@ipran.ru

bykhovec@ipran.ru

Настоящая книга подготовлена по материалам исследований, результаты которых были представлены в виде докладов на Всероссийской научной конференции с международным участием «Посттравматический стресс: методология, теория, практика». Конференция, целью которой стало обсуждение методологических оснований, теоретических положений и результатов эмпирических исследований последствий воздействия на человека стрессоров высокой интенсивности, прошла 22–23 мая 2025 года в Институте психологии РАН (ИП РАН).

Проведение конференции в ИП РАН обусловлено целым рядом причин, главная из которых состоит в том, что уже в 90-е годы XX века

в ИП РАН была принята программа проведения комплексного исследования фундаментальных проблем психологии посттравматического стресса (ПТС). В 1991 г. под руководством Н.В. Тарабриной создана инициативная группа исследователей, которая приказом директора ИП РАН А.В. Брушлинского от 17 декабря 1993 г. переведена в статус Лаборатории психологии посттравматических состояний.

Актуальные на тот период социально-политические события в стране (авария на Чернобыльской АЭС, окончание войны в Афганистане и возвращение ветеранов) показали необходимость исследований психологических последствий столкновения человека со стрессорами высокой интенсивности и разработки на их основе программ социально-психологической реабилитации и помощи пострадавшим. Ключевым событием, определившим курс развития исследовательской деятельности лаборатории, стал совместный с психофизиологической лабораторией Гарвардского университета (США; руководитель — Р. Питман) проект, поддержанный грантами Национальных институтов здравоохранения Международного центра Дж.Э. Фогарти (National Institutes of Health Fogarty International Center) и Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). В рамках этого сотрудничества был выполнен большой объем экспериментальных исследований: впервые в отечественной и мировой практике проведено кросскультуральное сравнение последствий переживания военного стресса у участников боевых действий в Афганистане и Вьетнаме, а также сопоставление психологических особенностей посттравматических состояний, вызванных переживанием травматического стресса разной этиологии: военного (событийного) стресса и «невидимого» стресса радиационной опасности (Тарабрина и др., 1992; Нирка et al., 1993).

За прошедшие с момента создания лаборатории психологии посттравматических состояний ИП РАН годы проблема травматического стресса и его психологических последствий стала предметом всестороннего исследования, которое включало в себя разработку теоретико-методологических положений концепции посттравматического стресса (Тарабрина, 2009), изучение отсроченных во времени негативных изменений в когнитивной, эмоциональной, социально-психологической, соматической и иных сферах, описание психологических последствий влияния на людей разного пола, возраста таких событий, как война, эмоциональное и физическое насилие, угрожающее жизни заболевания, террористическая угроза, пандемия, утрата близкого и др. (Дымо-

ва и др., 2015; Казымова, 2018; Никитина, 2021; Тарабрина, Быховец, 2014; Харламенкова, Никитина, 2023; и др.).

Объективные ограничения возможности широкого обсуждения этих проблем научной аудиторией, вызванные малочисленностью специалистов, занимавшихся вопросами психологии посттравматического стресса, долгое время не позволяли сделать их предметом дискуссии, организованной в рамках крупного мероприятия, такого, например, как конференция. В настоящее время проблематика повседневного, травматического и посттравматического стресса вследствие, прежде всего, расширения спектра реально действующих угрожающих жизни стрессоров и ее отражение в научных статьях и докладах, публикациях, размещенных в сети Интернет и других источниках, демонстрирует высокий уровень заинтересованности специалистов в анализе, обобщении и структурировании знания о природе ПТС и дифференциации истинного знания о разных видах стресса от ложных представлений о нем (Психология повседневного и травматического стресса..., 2016; Тарабрина и др., 2017; Харламенкова, 2017).

Уровень разработанности любой проблемы, объем имеющейся информации о ней, перспективы ее исследования, формулировка социальных запросов о необходимости ее обсуждения на разных дискуссионных площадках выступают в качестве очевидных критериев готовности научного сообщества, специалистов-практиков к интенсивной работе, направленной на ее углубленное и дифференцированное понимание. Выявленные критерии оценки готовности научной аудитории к рефлексии над проблемой посттравматического стресса — причинами его развития, системой признаков (вторжением, избеганием, когнитивно-эмоциональными нарушениями, физиологическим возбуждением), появлением риска актуализации психопатологической симптоматики, социальной дезадаптации и др. — указывают на своевременность и необходимость обсуждения данного круга вопросов, ответы на которые (хотя и частично) можно найти в статьях, опубликованных в настоящей книге.

Социальная значимость и актуальность исследований в этой области знаний определяют разнообразие представленных в книге тем, включающих методолого-теоретические основания исследования посттравматического стресса в психологии, вопросы истории разработки этой проблемы, анализ субъектных и личностных особенностей человека и его ресурсов, социальных аспектов переживания интенсивного стресса, специфики психотравматизации в детском возрасте и др.

В первый раздел сборника научных трудов «*Методологические аспекты изучения психической травмы и посттравматического стресса*» включены работы, посвященные соотношению уровневой и процессуальной моделей посттравматического стресса. В ряде материалов указывается на то, что следствием современной социально-политической жизни является наложение стрессовых событий различного масштаба, что обуславливает полиморфизм клинических проявлений посттравматических состояний. Обосновывается позиция относительно критерии определения травматического стресса. В качестве основного параметра психической травмы предлагается рассматривать степень нарушения психического здоровья в связи с психотравмирующим событием. Некоторые работы указывают на значимость личностных особенностей в прогнозировании посттравматической симптоматики. Среди синонимичных понятий посттравматического стресса и психической травмы выступает понятие травматического горя. При этом указывается на ряд отличительных признаков этого феномена. Также обсуждается вопрос соотношения понятий психической и психологической травмы. Часть работ посвящена вопросам возможности раннего распознавания симптомов ПТСР, то есть до его выраженных клинических проявлений. Авторы указывают, что маркерами посттравматических изменений личности в связи с психической травмой могут выступать когнитивные искажения. В сфере реабилитации лиц с боевой травмой для решения этой задачи разработан специальный алгоритм прогноза ПТСР. Отдельным значимым вопросом в науке и практике остается проблема психодиагностических методик. Авторы отмечают особую значимость индивидуального структурированного диагностического интервью для определения специфики и интенсивности ПТСР. Несмотря на это, в популяционных исследованиях незаменимыми остаются бланковые методики для оценки выраженности посттравматического стресса.

В качестве актуальной тенденции исследований посттравматического стресса указывается на важность изучения не только событийных стрессоров, то есть чувственно воспринимаемых (пожар, военные и стихийные бедствия и др.), но и невидимых угроз, то есть не отраженных в органах чувств (радиационная, вирусная, террористическая угроза для косвенных свидетелей и др.). Приведены теоретическое обоснование данного направления и результаты эмпирических исследований.

Раздел «*История изучения последствий психической травматизации*» представлен работами по историческим аспектам изучения про-

блемы психической травмы в отечественной психологии. Приведены данные о вкладе В.М. Бехтерева в обозначение психотерапии как метода для лечения пострадавших на фронтах Первой мировой войны в первой половине XX века, а также о значимости введенной им дисциплины «военная психиатрия». Сделана попытка восстановить по заметкам и письмам психологическое состояние фронтовиков ВОВ. Использование историко-психологического анализа позволило выделить смену теоретических подходов в советских исследованиях по проблемам психологии состояний в 1960–1980-е гг. Описаны истоки зарождения психологических исследований травматического стресса в сфере авиации и силовых структурах (МВД).

Часть авторов выделила в качестве ключевого понятия своих работ феномен интеграции военнослужащих к условиям мирной жизни в обществе и в семье, что указывает на важность междисциплинарных исследований посттравматических состояний. Приведено описание американского опыта психологической реинтеграции семей военнослужащих.

Проведено сопоставление имплицитных представлений о психической травме с теоретически сконструированными эксплицитными концепциями психотравм.

Третий раздел «*Субъектно-личностные факторы психической травматизации*» посвящен данным эмпирических исследований психологических переменных, часть которых выступают как факторы риска развития психопатологической симптоматики, а другие рассматриваются в качестве протекторов психического здоровья человека в связи с воздействием на него стрессоров высокой интенсивности.

Отдельным блоком представлены работы по специфике ПТСР у ветеранов боевых действий. Показан своего рода замкнутый цикл: одним из последствий боевой психической травмы является смещение эмоционального состояния к полюсу враждебности и тревожности, что, в свою очередь, делает военнослужащих особенно чувствительными к негативному воздействию социального окружения. Данный эмоциональный фон становится основой для тревожно-оборонительного поведения, усиливающего базовую дисфорическую и тревожную симптоматику, что в конечном итоге приводит к социальной изоляции. Частным проявлением посттравматической симптоматики у ветеранов войн выступают изменения в оценке временной перспективы. По данным сравнительного эмпирического исследования, в ситуации

участия в боевых действиях в зоне риска психической травматизации находятся военнослужащие из числа гражданских лиц по сравнению с военнослужащими из кадровых силовых ведомств.

Не менее важным с практической точки зрения является изучение психологических последствий переживания женщинами насилия. Показано, что такая личностная черта, как враждебность, утяжеляет течение посттравматического стресса у пострадавших от жестокого обращения женщин и усиливает выраженность их коморбидных состояний. Однако рефлексия жизненного опыта и связанных с ним чувств выступает протективным фактором при переживании травматической ситуации данного типа. Предложен термин «экофенотип» для обозначения влияния факторов внешней среды на формирование и проявление индивидуально-психологических характеристик. Установлены данные о том, что экофенотип жестокого обращения рассматривается в качестве средового фактора, трансформирующего генетически обусловленную траекторию психического развития и определяющего формирование психопатологической симптоматики. Приводятся данные о широком каскаде психосоциальных последствий пережитого в детстве инцеста: нарушение базовых привязанностей, отсутствие доверия и чувства безопасности, потеря самоидентификации и деструктивное отношение к себе, отсутствие семьи и детей, выбор работы с минимальным взаимодействием с людьми, наличие психосоматических заболеваний.

Часть работ указывает на особую значимость возраста при переживании психотравмирующих ситуаций. Отмечается, что хронический стресс, опосредованный переживанием одиночества в пожилом возрасте, является важным фактором суициального риска. Кроме того, авторы указывают на то, что выраженное избегание проблемных ситуаций, низкая самооценка, негативные чувства (печаль, уныние, тревога), проявления агрессии и раздражительности в пожилом возрасте выступают факторами риска посттравматического стресса при столкновении с психотравмирующими ситуациями. В то же время показано, что субъективный возраст выступает буфером стрессовых и постстрессовых состояний.

Еще одной темой данного раздела стало изучение специфики переживания психотравмирующей ситуации военных действий молодежью. В качестве психологических последствий воздействия такого стрессора указывается на снижение учебной мотивации. Причем чем выше у молодежи с признаками ПТС значимость негативных событий,

тем меньше у них чувство вины за несоответствие ожиданиям социума и за собственное невыполнение учебных обязанностей. На выборке студентов Донецка показан сниженный уровень психологического благополучия, но при этом в целом они способны к совладанию со стрессовыми ситуациями и негативными эмоциями, более подвержены влиянию внешних факторов, чаще нуждаются в дополнительной поддержке или ресурсах для сохранения эмоционального равновесия. Установлено, что у юношей и девушек, которые длительное время проживают на прифронтовых территориях ДНР, посттравматический стресс, связанный как с событиями отдаленного прошлого, так и военными событиями, вызывает психопатологические симптомы схожей интенсивности.

Анализируется взаимосвязь переживания травматического опыта и телесной репрезентации. В отдельных работах приводятся данные о том, что нарушенное телесное воплощение является потенциальной зоной риска развития стрессового и постстрессового расстройства. Сходная роль приписывается повышенной тревоге, диссоциации, психологической ригидности, деструктивным моделям поведения и нарушенной структуре самости.

Частным вопросом, который раскрывается в материалах конференции, является изучение нарративов историй собственного рождения как факторов уязвимости к травматическим событиям.

В статьях раздела «*Социальные факторы психической травмы*» рассматривается широкий круг вопросов социального характера, касающихся причин и следствий переживания посттравматического стресса. Отмечается изменение уровня психологического благополучия, показателей адаптации, настроения и социального познания в больших и малых социальных группах, в обществе в целом. В отдельных работах обсуждаются проблемы эмоционального выгорания, развития посттравматического стресса у людей, работающих в экстремальных условиях деятельности, в том числе у волонтеров поисково-спасательных отрядов. Прослеживается динамика признаков ПТС у гражданского населения в отсроченном периоде, имеющего опыт проживания в условиях ведения военных действий.

Наиболее остро стоит вопрос о семейных факторах, способных стать угрозой для благополучного развития ребенка. В нескольких материалах раздела анализируется проблема физического, эмоционального и сексуализированного видов насилия и их последствий — появления

признаков самостигматизации и виктимизации, симптомов навязчивого повторения, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере, нарушения идентичности и др. Представлены данные современных научных исследований, посвященных влиянию небезопасных стилей привязанности на развитие симптомов комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР); рассматривается проблема стресса вынужденной разлуки.

Анализ особенностей переживания посттравматического стресса проводится в соответствии с оценкой способов совладания с негативными последствиями влияния экстремальных факторов; отдельное внимание уделяется травма-информированному подходу.

Раздел «*Ресурсы совладания с экстремальными ситуациями*» посвящен проблеме предупреждения и преодоления негативных последствий психотравматизации. В ряде статей раздела обозначены социальные (например, партнерское насилие) и профессиональные (деятельность пожарного, спасателя и др.) риски и угрозы, способные с определенной долей вероятности привести к посттравматическому стрессу и сопутствующим психопатологическим симптомам; обсуждается феномен экстремального добровольчества.

В качестве ресурсов совладания с отсроченными во времени психологическими последствиями переживания травматического стресса рассматриваются проблемы антиципационной состоятельности и посттравматического роста, асертивности и аутентичности, жизнеспособности, личностных выбора и потенциала, заботы о себе и других. Успешность преодоления негативных последствий психотравматизации прогнозируется в связи с включением переживаний по поводу конкретного жизненного события в целостное жизненное пространство личности, в жизнепостроение, предполагающее принятие прошлого, оценку настоящего, планирование будущего и ориентацию на ключевые ценности. Интерпретация и обоснование предикторов посттравматического роста строятся на разных методологических и теоретических основаниях, одним из которых является субъектный подход, рассматривающий человека как способного к осуществлению внутренней смыслообразующей работы по восстановлению субъектности и целостности личности, поддержанию осознанности и ответственности, выстраиванию конструктивных отношений с миром.

Раздел «*Психическая травма в детском возрасте*» объединяет исследования, посвященные особенностям психической травматизации

и ее последствиям в детском и подростковом возрасте. В ряде статей отмечается, что группа детей и подростков, имеющих опыт психотравматизации, демонстрирует более высокие показатели по шкале субъективного одиночества, наблюдаются признаки дезорганизованного поведения, эмоционального уплощения или, наоборот, неадекватно интенсивного эмоционального переживания (гнева, чувства вины и др.).

Рассматриваются разные причины психической травматизации детей и подростков, в том числе особенности семейного воспитания, травматический опыт родителей, кибербуллинг и кибервиктимизация, жестокое обращение с ребенком в детстве и др.; обсуждается феномен повторной психотравматизации. В качестве предмета анализа выступают различные технологии и методы работы психолога, направленные на помочь детям, пережившим травматические события. Это — когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), арт-терапия, песочная терапия; обсуждается специфика психологической помощи детям и подросткам с признаками комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР).

Влияние травматического опыта детства исследуется в связи с анализом психологических особенностей адаптации детей к условиям профессионального спорта, оценкой достижений в разных сферах деятельности, изучением коммуникативных трудностей и проблем в подростковом возрасте и в разные периоды взрослости, прогнозированием появления признаков антивитальных намерений (рискованного поведения, самоповреждения, суициdalных мыслей).

Анализ материалов раздела показывает, что проблема психической травматизации в детском и подростковом возрасте требует объединения усилий специалистов разных областей знания — психологов, педагогов, врачей, юристов — и проведения комплексных междисциплинарных исследований.

В статьях раздела «Проблемы изучения посттравматического стресса в клинической практике» анализируются различные эмоциональные состояния человека, вызванные переживаниями по поводу опасных (угрожающих жизни) заболеваний. В одном из таких исследований угрожающее жизни заболевание рассматривается в качестве ненормативного кризиса, где ключевым стрессором выступает постановка диагноза, а вызванный им стресс характеризуется как переживание, опосредованное контекстуальными (социальными ориентирами, условиями ненормативного кризиса) и субъектными (психоэмоци-

ональными и личностными) особенностями человека. Сопутствующие посттравматическому стрессу симптомы депрессии, тревожности, обсессивно-компульсивные реакции, коммуникативные проблемы, особенности идентичности и др. анализируются у женщин с диагнозом бесплодие, у лиц с расстройствами шизофренического спектра, часто переживающих постпсихотическое или психоз-ассоциированное посттравматическое стрессовое расстройство, у пациентов после перенесенной инфекции COVID-19, у детей, проходящих длительное стационарное лечение по поводу туберкулеза органов дыхания (ТОД), у онкологических пациентов. Обсуждается вопрос о том, что психологическая травма — важный этиопатогенетический механизм развития шизофрении: детская травма повышает риск заболевания, а в период, непосредственно предшествующий острому психозу, отмечается переизбыток неблагоприятных жизненных событий.

В качестве дискуссионной остается проблема информирования пациента о диагнозе и способах его сообщения; анализируются психологические последствия сокрытия информации от ребенка, имеющего тяжелое онкологическое заболевание.

Вопросы методологии, теории и практики оказания психологической и психотерапевтической помощи людям с симптомами травматического и посттравматического стресса обсуждаются в статьях раздела «*Проблемы реабилитации и психотерапевтической помощи при ПТСР*».

Программы, методы, приемы, направленные на оказание профессиональной помощи людям, оказавшимся в ситуации угрозы собственной жизни или жизни близких и отсрочено переживающих эту ситуацию как актуальное событие, имеют не только практическое, но и научное значение. В статьях раздела анализируются и обобщаются данные, полученные на разных выборках людей — участников боевых действий и их родственников, представителей профессий, имеющих непосредственное отношение к анализу жизненных обстоятельств травматического характера (например, состава судебного корпуса, в том числе военных судей), онкологических больных, людей, переживших утрату близкого, и др.

Разнообразие обсуждаемых в статьях раздела подходов соотносится с большой вариативностью и специфичностью психических травм, с социально-демографическими и индивидуально-психологическими особенностями жертв воздействия интенсивных стрессоров. Среди предлагаемых авторами методов — традиционные и хорошо зареко-

мендовавшие себя подходы: метод десенсибилизации, бихевиоральная психотерапия, экзистенциально-аналитическая, логотерапия, понимающая психотерапия, нарративная, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия.

Интерес представляют анализируемые в статьях нейропсихотерапевтический метод, используемый для переработки психических травм и сохранения ресурсного состояния, — травмафокус, практики осознанности и образный рефрейминг, технологии социального обучения как психологическая помощь в экстремальных условиях, духовно-ориентированные практики, beatотерапевтическая работа с отрицательными эмоциями и многие другие. Рассматриваются бригадный подход к работе с людьми, пережившими травматический стресс, программа комплексной реабилитации семей с детьми, проживающими кризис внезапной утраты близкого человека, энцефалографический и психометрический способы работы с травматическим опытом, феноменологическое интервью как метод диагностики посттравматического стресса у детей и др.

В некоторых статьях отмечается важность консультирования людей непосредственно после психотравмирующего воздействия в условиях скоропомощного стационара с учетом возможности предотвращения развития ПТСР.

В целом эффективность консультативной и психотерапевтической работы находит подтверждение в снижении симптоматики ПТСР, повышении устойчивости и восстановлении эмоционального, когнитивного, социального и духовного компонентов личности.

Раздел «*Цифровые технологии для изучения и сопровождения лиц с ПТСР*» объединяет статьи, в которых обсуждаются возможности использования современных знаний в области науки и практики, необходимых для диагностики и оказания профессиональной помощи людям, имеющим опыт переживания психотравмирующих событий. Предлагается обсудить методологические подходы к изучению природы и особенностей посттравматического стресса и оценить актуальность междисциплинарного исследования специфики переживания человеком травматического события с помощью технологий искусственного интеллекта. Авторы пишут об успешности использования технологий виртуальной реальности (VR-технологий) в редукции симптоматики ПТСР и повышении мотивации к терапии, а также об эффективности релаксационных VR-приложений для коррекции ситуативной тревожности.

Современные цифровые технологии выступают в качестве информационных ресурсов, обращение к которым предоставляет сведения об особенностях ПТСР: его причинах и способах преодоления. Показано, однако, что стихийный интерес к информации о ПТСР недостаточен для создания благоприятной социальной среды, обеспечивающей успешность исхода лечения данного заболевания. Контроль за этим процессом, а именно информирование представителей групп риска об особенностях посттравматического стрессового расстройства при проведении лечебных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, позволит, как полагают авторы, регламентировать процедуру сбора информации о ПТСР и обосновать целесообразность обращения за медицинской, медико-психологической или социальной помощью.

Опубликованные в данной книге статьи отражают особенности актуального психического состояния общества, пережившего за последние 5 лет и переживающего в настоящее время травматические события глобального масштаба. Наряду с этим научное и практическое знание о характере и психологических последствиях воздействия антропогенных и природных катастроф опровергает обыденное мнение об уязвимости каждого человека и о неспособности большей части популяции проживать и переживать самые сложные события жизни, обращаясь к индивидуальному и групповому копингу, оставаться субъектом собственной жизни и использовать этот опыт для решения задач личностного, социального и профессионального роста.

Представленные в статьях настоящего сборника материалы свидетельствуют о значительных успехах современной науки в понимании природы посттравматического стресса, о некоторых пробелах в этом знании, о перспективах изучения особенностей психического развития человека до, во время и после воздействия психотравмирующих стрессоров, о богатых возможностях социального копинга, характерного для общества, ориентированного на коллективистические ценности.

Литература

Дымова Е.Н., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. Психологическая безопасность и травматический опыт как модуляторы поиска социальной поддержки в трудной жизненной ситуации // Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 3. С. 15–27.

- Казымова Н.Н. Индивидуально–психологические ресурсы устойчивости человека к переживанию террористической угрозы: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: Институт психологии РАН, 2018.*
- Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: Институт психологии РАН, 2021.*
- 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.*
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.*
- Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В. Террористическая угроза: теоретико-эмпирическое исследование. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014.*
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Синдром посттравматических стрессовых нарушений // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.*
- 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.: Изд–во «Институт психологии РАН», 2017.*
- Харламенкова Н.Е. Психология посттравматического стресса: итоги и перспективы исследований // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 1. С. 16–30.*
- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Травматический стресс и его специфика при угрожающем жизни заболевании // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 3. С. 10–27. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310301>*
- Tarabrina N.V., Lazebnaia E.O., Zelenova M.E., Lasko N.B., Orr S.F., Pitman R.K. The psychophysiological reactivity of workers dealing with the aftermath of the accident at the atomic power station at Chernobyl // Journal of Russian and East European Psychology. 2001. V. 39 (3). P. 43–68.*

РАЗДЕЛ 1

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ
И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССА**

Психодиагностика развития посттравматического стрессового расстройства на ранних стадиях с помощью анализа когнитивных искажений

O. H. Arrestova

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
arestova@mail.ru

Статья посвящена проблемам ранней диагностики развития ПТСР на стадии отсутствия выраженных поведенческих и психических проявлений. В основе предлагаемого подхода — анализ когнитивных искажений. Когнитивные искажения рассматриваются как проявление протекающих в латентной форме регуляторных и когнитивных изменений, связанных с развитием ПТСР. Проведенные исследования указывают на связь когнитивных искажений с развитием и тенденциями разрешения внутриличностных конфликтов. Предлагается комплекс методик, позволяющих диагносцировать риск развития ПТСР и прогнозировать степень выраженности развивающихся патологических симптомов. Комплекс методик включает авторские модификации методик пиктограмм, толкования пословиц и исключение четвертого. Ранняя диагностика развития ПТСР позволит существенно повысить эффективность как лечебных, так и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, латентная стадия, когнитивные искажения, методики диагностики, методика пиктограмм, толкование пословиц, исключение AD5

Современная жизнь с ее экстремальными событиями становится интенсивным источником развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Как известно, психологическим фоном развития ПТСР является переживание категорически не соответствующих картине мира субъекта травматических событий, угрожающих его жизни или жизни окружающих (Падун, Тарабрина, 2003; Тарабрина, 2012). Специфика и, соответственно, опасность ПТСР состоит в отсроченном характере развития явных признаков расстройства, при этом длительность процесса может быть весьма значительной. Диагностические критерии ПТСР достаточно четко разработаны, и в своей развернутой

форме ПТСР, как правило, не представляет диагностической сложности. Как правило, клиническая и консультативная практика сталкивается с достаточно выраженным проявлением ПТСР у людей, переживших травматическую ситуацию (Тарабрина, 2012). Соответственно и работа с такими ситуациями представляет значительную трудность, занимая длительное время и требуя больших профессиональных и социальных вложений.

Между тем длительный характер латентной стадии, проходящей между переживанием травматического события и полномасштабным развитием ПТСР, указывает на постепенное разворачивание психических нарушений, в конечном счете приводящих к яркой манифестации ПТСР. Постепенное нарастание угрожающих признаков часто оказывается вне зоны внимания окружающих и специалистов, особенно до того момента, когда начинают проявляться поведенческие признаки развития ПТСР. Ранняя диагностика назревающего расстройства с высокой долей вероятности могла бы создать благоприятные условия для эффективного лечебного и даже профилактического воздействия.

Психологические изменения, в динамике которых осуществляется разворачивание выраженной симптоматики ПТСР, безусловно, имеют весьма неравномерный и индивидуальный характер. Тем не менее можно предположить их протекание в области взаимодействия когнитивных и аффективных процессов нашей психики. Такое взаимодействие бурно активизируется при переживании травматической ситуации и в зависимости от ряда факторов приводит либо к продуктивному развитию картины мира субъекта с учетом произошедших событий, либо при субъективной невозможности таких продуктивных процессов к развитию ПТСР.

При невозможности встраивания травматического опыта в систему представлений субъекта возникают специфические изменения когнитивных процессов, имеющие аффективный характер и служащие диагностическим признаком нарастающих в психических системах (как регуляторных, так и когнитивных) конфликтов, в конечном счете приобретающих неразрешимый характер и приводящий к развитию ПТСР. Эта позиция основывается на представлениях о когнитивных искажениях, сформулированных в работах Д. Канемана и А. Тверски (Канеман и др., 2005). В наших исследованиях (Арестова, 2006, 2007, 2008; Арестова, Морозова, 2024) указывается на тесную связь когнитивных искажений с мотивационными конфликтами личности, динамика ко-

торых и рассматривается нами как причина возникающих локальных когнитивных нарушений. От общепатологических процессов психики эти нарушения отличаются именно избирательностью, локальностью, выглядят буквально нелогично на фоне в целом сохранных и даже высоких когнитивных возможностей субъекта. Так, например, на общем фоне хороших мыслительных возможностей эти искажения проявляются избирательно и локально в области содержательно связанных с личностной проблемностью представлений (Арестова, Горшкова, 2023; Арестова, Савченко, 2010; Арестова, Морозова, 2024).

Конкретно-психологический механизм когнитивных искажений не вполне изучен, часто исследователи ссылаются на мистическое влияние защитных механизмов личности, которые искажают картину мира в угоду позитивности представлений человека о себе самом. Между тем вопрос о причинах когнитивных искажений в процессе развертывания ПТСР предполагает выход за пределы представлений о взаимодействии и взаимовлиянии в пространство функционального, генетического и актуалгенетического единства.

Проведенное нами исследование включает целый цикл работ, посвященных изучению когнитивных процессов в личностно проблемных и травмирующих ситуациях. На первом этапе производилась диагностика актуального для субъекта мотивационного конфликта (методики интервью, неоконченные предложения, тест Люшера, беседа, проективные рисунки). На втором этапе проходило сопоставление выраженности когнитивных искажений памяти и мышления в содержательных областях, связанных или не связанных с личностно конфликтной мотивацией испытуемых с помощью модифицированных нами для задач исследования методик (пиктограммы, толкование пословиц и исключение четвертого). Для целей исследования были разработаны как специальные схемы организации стимульного материала (деление стимулов на нейтральные и аффектогенные), так и более дифференцированные схемы анализа полученных первичных данных. Анализ базировался на сопоставлении степени выраженности и характера когнитивных искажений при запоминании материала в методике пиктограмм, толковании пословиц или способах обобщения в методике исключения четвертого.

В результате исследования было показано, что при решении задач, содержательно связанных или нейтральных по отношению к актуальному мотивационному конфликту, наблюдаются значимые разли-

чия, проявляющиеся в избирательных искажениях когнитивных процессов при столкновении с аффектогенным материалом, связанным с конфликтными содержаниями (Арестова, Горшкова, 2023; Арестова, Морозова, 2024). Мнемическая деятельность обнаружила большую устойчивость по отношению к воздействию аффектогенного материала по сравнению с мыслительной. Так, толкования пословиц дают более существенную выраженность когнитивных искажений по сравнению с методикой пиктограмм. Соответственно и методики на исследования мышления могут рассматриваться как более чувствительные к проявлениям когнитивных искажений на латентной стадии развития ПТСР.

Полученные искажения имеют выраженный аффективный характер и выражаются в «сдвиге» решения задачи на толкование пословиц в сторону в целом нехарактерного для испытуемого уровня аффектогенной субъективности (эгоцентричности) или конкретности полученного решения. Мы предполагаем, что избирательные искажения когнитивных процессов служат свидетельством связи интеллектуальных процессов с мотивационным конфликтом личности и отражают сам факт, характер и тенденции к разрешению этого конфликта.

Так, искажение смысла пословицы при попадании ее в аффектогенную зону мотивационно-смыслового конфликта личности имеет две причины: адаптивно-защитную и конструктивно-понятийную. Пословица может расходиться или согласовываться с позицией испытуемого, имеющей личностный смысл, что и приводит к избирательному искажению в ее толковании. Задачи, «попадающие» в зону актуального для субъекта смыслового конфликта, аффективно «втягиваются» в его динамику, включаясь в процесс понятийного оформления возникающего в ходе мотивационного конфликта смыслового противоречия. Возникающие при этом формы обобщения весьма далеки от собственно понятийных и указывают на полиморфность понятийных образований здорового взрослого человека, их структурное и функциональное разнообразие. В ситуации внутриличностного конфликта дополнительные формы мышления приобретают наряду с понятийными уровнями мысли функциональное значение. Основной смысл интеллектуального процесса при этом — понятийное оформление возникающих в результате мотивационного конфликта смысловых образований.

Полученные данные предоставляют доступ к диагностике ранних стадий развития ПТСР, когда такой исход является одним из возможных неблагоприятных путей развития психических систем в резуль-

тате травмирующих событий. Использование стимульного материала (специально подобранные по содержанию пословицы и слова для запоминания) позволяет диагностировать процесс назревания симптомокомплекса ПТСР и своевременно принять соответствующие профилактические меры. Эти когнитивные искажения могут проявляться на стадии полного отсутствия выраженных проявлений ПТСР и служить ранними сигналами патологизации субъекта по данному сценарию.

Литература

- Арестова О.Н. Диагностика мотивационного конфликта личности с помощью метода пиктограмм // Вопросы психологии. 2007. № 2. С. 161–171.*
- Арестова О.Н. Психологические механизмы структурирующего влияния мотивации на мыслительную деятельность // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2006. № 3. С. 3–14.*
- Арестова О.Н. Развитие представлений о роли мотивации в мыслительной деятельности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2008. № 2. С. 95–107.*
- Арестова О.Н., Горшкова А.С. Особенности мыслительной деятельности в связи с гендерной идентичностью личности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. Т. 46. № 3. С. 75–97.*
- Арестова О.Н., Савченко П.В. Специфика мыслительной деятельности у лиц с высоким уровнем агрессивной мотивации // Прикладная юридическая психология. 2010. № 4. С. 86–94.*
- Арестова О.Н., Морозова А.И. Особенности познавательной деятельности у лиц с выраженными чертами темной триады // Вопросы психологии. 2024. Т. 70. № 3. С. 84–97.*
- Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в определенности: правила и предубеждения. М.: Изд-во «Институт прикладной психологии. Гуманитарный центр», 2005.*
- Падун М.А., Тарабрина Н.В. Психологические травмы и базисные когнитивные схемы // Консультативная психология и психотерапия. 2003. Т. 11. № 1. С. 121–141.*
- Тарабрина Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 6. С. 20–33.*

Травматическое горе и ПТСР: теоретические аспекты соотношения понятий*

A. A. Баканова

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия
ba2006@mail.ru

Несмотря на очевидную распространенность травматического опыта как в детском, так и во взрослом возрастах, а также сопряженность этого опыта с переживанием утраты, понятие травматического горя редко становится предметом отечественных психологических исследований. Анализ зарубежных публикаций показывает, что травматическое горе является отдельным клиническим феноменом, который изучается как в теоретическом, так и в эмпирическом плане, имея принципиальные отличия от ПТСР, в том числе — свою специфику в детском возрасте. Травматическое горе может быть обусловлено не только наличием травматического контекста смерти близкого человека, но и целым рядом субъективных факторов риска, связанных в том числе с травмами развития. В этой связи представляется целесообразным дальнейшее изучение данного феномена, включая его теоретическую концептуализацию, исследование феноменологии переживания в различных возрастных периодах, а также возможности диагностики и психологической помощи.

Ключевые слова: осложненное горе, травматическое горе, ПТСР, травматический стресс

Травматическое горе, являясь одним из видов осложненного, до сих пор все еще находится в тени теоретического и эмпирического изучения в отечественной психологии. Несмотря на очевидную распространенность различного травматического опыта как в детском, так и во взрослом возрастах (стихийные бедствия, теракты, военные действия, ДТП, а также различные виды насилия и др.), оно редко в на-

* Публикация подготовлена в рамках проекта «Отношение к жизни и смерти на разных этапах жизненного пути личности», поддержанного в рамках конкурса на выполнение перспективных фундаментальных научно-исследовательских работ молодыми учеными РГПУ им. А.И. Герцена.

стоящее время становится предметом научного изучения отечественных специалистов. В качестве иллюстрации можно привести результаты поиска в интернете.

Так, при поиске в Киберлендинке за 2015–2025 годы по ключевому слову «травматическое горе» поисковая система отражает 4 статьи, где есть лишь упоминание про этот феномен. РИНЦ показывает 2 публикации (Кадыров, Маслова, 2015; Кадыров, 2016), в которых речь идет больше о результатах эмпирического исследования переживания утраты, а не о конструкте травматического горя. Поиск в базе данных PubMed за 10 лет показал уже 114 статей, так или иначе посвященных данной проблеме. Примечательно, что 79 статей датированы последними пятью годами. Эти данные отражают, с одной стороны, недостаточную изученность проблемы травматического горя, а с другой — возрастающий интерес к ней в последнее время, в том числе вызванный пандемией COVID-19.

Так, анализируя заголовки публикаций, можно увидеть, что исследователей за рубежом интересуют следующие темы, связанные с данным феноменом: переживание травматического горя в связи с разными заболеваниями (COVID-19, эпилепсия) и ситуациями (теракты, насильственные преступления, беженцы); валидизация и психометрическая оценка опросника «Травматическое горе» турецкими, норвежскими, шведскими, немецкими, французскими, испанскими и китайскими учеными, а также вопросы разработки опросника травматического горя для детей и подростков; концептуализация травматического горя, в том числе — его связь с ПТСР и длительным расстройством горя; различные аспекты психологической помощи подросткам и взрослым, переживающим горе, а также помогающим специалистам. Таким образом, можно видеть, что в зарубежной психологии научный интерес к проблеме травматического горя, в том числе — детского, не только сформирован, но и охватывает основные направления ее теоретического, эмпирического и прикладного изучения. Это позволяет нам опираться на имеющийся мировой опыт, чтобы развивать собственный пул психологических исследований в данной области.

Можно обратить внимание на то, что термин «травматическое горе» часто используется как в научных, так и научно-популярных отечественных публикациях для того, чтобы подчеркнуть интенсивность страданий горюющего, связанных с утратой (чаще — в контексте смерти ребенка или родителя). Но достаточно ли кровных уз и на-

личия привязанности, чтобы считать горе травматическим или для его диагностирования все-таки есть иные — эмпирически верифицированные — основания? Говоря о наличии травматического компонента в горе, какие существуют критерии для его дифференциации от ПТСР? Является ли травматический контекст утраты единственным фактором риска? И наконец, какие специфические отличия травматического горя есть у детей и подростков по сравнению со взрослыми? Эти и многие другие вопросы оказываются важными для концептуализации травматического горя, которая, в свою очередь, может дать ответы на вопросы о мишенях психологической помощи.

Понятие травматического горя. Знакомство с зарубежной литературой показывает, что вокруг травматического горя (ТГ) все еще существует научная дискуссия, целью которой является стремление понять, является ли травматическое горе специфичным видом переживания или входит в понятие осложненного горя, а также его принципиальное отличие от ПТСР. Этот факт отражает существующую проблему недостаточной дифференциации нормальных реакций горя от осложненных, а также травматического горя от ПТСР, в том числе — в детском и подростковом возрастах.

Несмотря на продолжающееся изучение травматического горя, впервые как отдельный клинический феномен оно было выделено в работе Prigerson et al. (1999). Травматическое горе, по сути, это комбинация травматического стресса и переживания утраты значимого человека, что, собственно, и создает проблемы в различении этих двух феноменов. Необходимо подчеркнуть в этой связи, что ряд исследований, выполненных зарубежными авторами еще в начале 2000-х годов, позволил также эмпирически подтвердить обоснованность выделения детского травматического горя (ДТГ) как отдельного клинического феномена, отличного от ПТСР (например, Brown et al., 2008; Melhem et al., 2004; Cohen et al., 2011).

Принципиальным в травматическом горе является то, что горюющие не могут выполнить задачи примирения с утратой, потому что воспоминание о близком человеке обычно служит напоминанием о травме (Mannario, Cohen, 2011). Предполагается, что в результате люди начинают избегать воспоминаний об умершем и любых напоминаний о нем из-за склонности этих образов стимулировать болезненные воспоминания, хотя в некоторых исследованиях на детской выборке симптом избегания не был подтвержден. Таким образом, суть травмати-

ческого горя — это «застревание» на травматических аспектах смерти близкого, которые снижают способность и детей, и взрослых решать типичные задачи, связанные с переживанием горя (Brown et al., 2008). Именно поэтому психологическая помощь при ТГ должна, в первую очередь, включать работу с травмой.

Сходства и отличия травматического горя от ПТСР. В ряде исследований как у детей, так и у взрослых была подтверждена взаимосвязь между ТГ (ДТГ), осложненным горем, симптомами ПТСР и депрессией (например, Brown et al., 2008, и др.). ПТСР и ТГ схожи в том, что оба синдрома являются реакциями на стресс. У них также есть такие общие симптомы, как навязчивые мысли, эмоциональное оцепенение, отчужденность от других, раздражительность и гнев. Но несмотря на сходства, у этих феноменов есть и отличия.

Первоначально Prigerson et al. (1999), а затем и ряд других исследователей (например, Duffy, Wild, 2023) сформулировали следующие различия между травматическим горем и ПТСР: 1) в ТГ присутствует так называемый дистресс разлуки, характеризующийся тоской по умершему человеку, которая символически поддерживает с ним связь и уменьшение которой часто воспринимается горюющим как предательство; 2) повышенная бдительность при ТГ ориентирована на поиск в окружающем мире напоминаний об умершем, в то время как при ПТСР бдительность направлена на предотвращение повторного переживания события; 3) для ТГ преобладающим эффектом является печаль, в то время как при ПТСР — страх (а также гнев, вина или стыд); 4) при ПТСР люди избегают напоминаний, связанных с травмирующим событием, тогда как при ТГ избегание связано с напоминаниями о реальности утраты. Дополнительных исследований требует также специфичность симптомов, связанных с нарушением сна или повышенной бдительностью.

Травматическое горе: объективные и субъективные факторы риска. Появление симптомов травматического горя связано, в первую очередь, с травматическими обстоятельствами ситуации утраты. Среди таких ситуаций ученые выделяют: террористический акт, стихийное бедствие, автомобильную аварию (Mannario, Cohen, 2011, и др.), убийство, самоубийство, множественные смерти родственников (Kaplow et al., 2020). К травматическому контексту утраты могут быть отнесены такие обстоятельства, как столкновение с изуродованным телом (Revet et al., 2020), невозможность увидеть тело умершего,

обнаружение тела ребенком и длительное нахождение рядом с ним, множественные утраты (например, во время стихийных бедствий или военных действий), опасность для жизни во время события, которое привело к смерти и т. д. На данный момент предполагается, что именно травматические аспекты смертей, а не сами смерти являются прогностическими для ТГ (Brown et al., 2008); более того, доказано, что именно жестокость утраты, а не ее внезапность в большей степени коррелирует с симптомами ПТСР (Duffy, Wild, 2023).

С другой стороны, кроме объективных обстоятельств смерти существенную роль в возникновении травматического горя могут играть другие, в том числе субъективные причины. Среди таких факторов риска зарубежными учеными выделяется травма развития, связанная с воздействием в детстве множественных травмирующих событий, обычно межличностного характера (например, жестокое обращение, разные формы насилия в семье и т. д.), которая считается основой для развития ПТСР во взрослом возрасте, а также может вносить вклад в развитие ТГ.

Также выделяются специфические для детского возраста факторы риска. Например, для ДТГ такими факторами являются тесные отношения с умершим или наблюдение ребенка за его физическими страданиями на протяжении болезни, а также эмоциональная реакция членов семьи на утрату и др. (Brown et al., 2008; Mannario et al., 2011). Примечательно в этой связи, что степень осведомленности детей о подробностях смерти их родителей или присутствие на похоронах не увеличивают симптомы осложненного горя.

Таким образом, при отнесении утраты к категории травмирующей необходимо принимать во внимание не только объективные обстоятельства смерти значимого человека, но целый ряд субъективных факторов риска.

Подводя итог теоретическому анализу, связанному с постановкой проблемы травматического горя, необходимо сделать следующие выводы: 1) травматическое горе, как комбинация травматического стресса и переживания утраты значимого человека, выделяется зарубежными исследователями в качестве отдельного клинического феномена, имеющего не только сходства, но и принципиальные отличия от ПТСР; 2) наряду с травматическим горем (ТГ) выделяется детское травматическое горе (ДТГ); 3) возникновение травматического горя в ответ на смерть значимого человека может быть связано не только с травмати-

ческим контекстом утраты, но и с целым рядом субъективных факторов риска, которые будут иметь свою специфику в детском возрасте.

Перспективными направлениями как теоретического, так и эмпирического исследования в данном контексте являются вопросы концептуализации травматического горя, его места в осложненном горе и роли в формировании симптомов ПТСР, феноменология переживания, а также возможности диагностики и психологической помощи детям и взрослым.

Литература

- Кадыров Р.В.* Психологическая помощь в переживании утраты близкого у женщин с психическими расстройствами // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. 2016. № 1 (24). С. 75–80.
- Кадыров Р.В., Маслова М.В.* Психологическая помощь при переживании травматического горя у больных с психическими расстройствами: творческие техники с использованием МАК // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2015. № 5. С. 474–486.
- Brown E.J., Amaya-Jackson L., Cohen J., Handel S., De Bocanegra H.T., Zatta E., Goodman R.F., Mannarino A.* Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates // Death Studies. 2008. V. 32 (10). P. 899–923.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Iyengar S.* Community treatment of post-traumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence a randomized controlled trial // Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2011. V. 165. P. 16–21.
- Duffy M., Wild J.* Living with loss: a cognitive approach to prolonged grief disorder — incorporating complicated, enduring and traumatic grief // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 2023. V. 51 (6). P. 645–658.
- Kaplow J.B., Wamser-Nanney R., Layne C.M., Burnside A., King C., Liang L.J., Steinberg A., Briggs E., Suarez L., Pynoos R.* Identifying bereavement-related markers of mental and behavioral health problems among clinic-referred adolescents // Psychiatric Research and Clinical Practice. 2020. V. 16 (3). P. 88–96.
- Mannarino A., Cohen J.A.* Traumatic loss in children and adolescents // Journal of Child & Adolescent Trauma. 2011. V. 4 (1). P. 22–33.
- Melhem N.M., Day N., Shear K.M., Day R., Reynolds Ch. F. III, Brent D.* Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide // American Journal of Psychiatry. 2004. V. 161. P. 1411–1416.

- Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C., Reynolds C.F. III, Maciejewski P.K., Davidson J.R., Rosenheck R., Pilkonis P.A., Wortman C.B., Williams J.B., Widiger T.A., Frank E., Kupfer D.J., Zisook S.* Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test // The British Journal of Psychiatry. 1999. V. 174. P. 67–73.
- Revet A., Bui E., Benvegnu G., Suc A., Mesquida L., Raynaud J.-P.* Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives // L'Encéphale, 2020. V. 46 (5). P. 356–363.

Методический инструментарий для изучения посттравматического стрессового расстройства: актуальные методики*

A.A. Бары, Ю.В. Быховец**, Н.Н. Казымова***

*Государственный академический университет
гуманитарных наук, Москва, Россия
barts.alyona313@mail.ru

**Институт психологии РАН, Москва, Россия
bykhovec@ipran.ru
kazymovann@ipran.ru

В статье анализируется существующий психодиагностический инструментарий на предмет его актуальности и пригодности для современных исследований посттравматического стрессового расстройства. Развитие теоретических представлений о последствиях переживания травматических событий должно приводить к совершенствованию методических средств для их диагностики. Представлены современные методики для диагностики ПТСР, основанные на симптоматических критериях ПТСР в DSM-5, адаптированные для использования в России. Опросник посттравматического стресса (PCL-5) является надежным и валидным инструментом оценки ПТСР в предварительной диагностике, скрининговых исследованиях, отслеживании динамики симптомов. Структурированное клиническое интервью CAPS-5 рекомендовано в индивидуальной диагностике ПТСР. Для оценки

* Работа выполнена в соответствии с Госзаданием № 0138-2025-0009.

травматического опыта может быть применен контрольный список травматических ситуаций (LEC-5).

Ключевые слова: ПТСР, диагностика, симптомы, DSM-5, PCL-5, CAPS-5, LEC-5

В Лаборатории психологии развития человека в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН с начала 1990-х годов осуществляется систематическое исследование последствий психологических травм, обусловленных техногенными катастрофами, военными конфликтами и иными стрессовыми событиями. За три десятилетия работы под руководством Н. В. Тарабриной сформировалось новое научное направление — психология посттравматического стресса. Одним из приоритетных направлений деятельности лаборатории является разработка и апробация методик для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и сопутствующих психопатологических состояний.

Оценка психического состояния индивида, пережившего воздействие стрессора высокой интенсивности, является первоочередной и ключевой задачей в процессе психологической интервенции. Проведение точной диагностики необходимо для оказания адекватной помощи пострадавшему. Часто за недоступностью более актуальных альтернатив используются методики, основанные на устаревших версиях классификаторов психических расстройств, не учитывающих современные представления о симптоматике ПТСР.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ для психодиагностического исследования ПТСР предписывают использование ряда опросниковых методик, более половины из которых адаптированы в ИП РАН коллективом исследователей под руководством Н. В. Тарабриной (Клинические рекомендации..., 2023):

1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, TSQ) (Brewin et al., 2002);
2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale, CAPS) в адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами (Тарабрина, 2001);
3. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R) в адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами (Тарабрина, 2001);

4. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты) в адаптации Н.В. Тарабриной с коллегами (Тарабрина, 2001);
5. Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale, CES) в адаптации Н.В. Тарабриной с коллегами (Тарабрина, 2001);
6. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс (PSM-25) R. Tessier, L. Lemyre, L. Fillion (1990) в адаптации Н.Е. Водопьяновой (2009);
7. Опросник перитравматической диссоциации (Агарков, Тарабрина, 1998);
8. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES) в адаптации Н.В. Тарабриной с коллегами (Тарабрина, 2001);
9. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS, 1974);
10. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale, TOP-8) (Davidson, Colket, 1997).

Официальная рекомендация к применению этих методик способствует их широкому использованию в целях диагностики ПТСР. Однако большинство из этих методик были разработаны в 80–90-е годы прошлого века и основывались на диагностических критериях версий классификатора DSM того времени (III, III-R, IV). Соответственно, собранная с помощью этих методик информация не отвечает в полной мере современным диагностическим критериям ПТСР. Кроме того, информация об отечественных адаптациях трех методик (TSQ, BHS, TOP-8) отсутствует, что снижает уровень убедительности рекомендаций, так как русскоязычные версии не проходили процедуры проверки психометрических свойств и стандартизации.

Диагностические критерии ПТСР были уточнены в новом пересмотре DSM-5 (APA, 2013). В частности, выделен в самостоятельную группу симптомов кластер D, включающий негативные изменения когнитивных процессов и настроения (нарушения памяти в отношении причины, последствий и самого произошедшего травмирующего события, стойкие и преувеличенные негативные убеждения или ожидания в отношении себя и мира, стойкие отрицательные эмоции, чувство вины, саморазрушающее поведение, снижение интереса, чувство отстраненности и отчужденности, стойкая неспособность испытывать положительные эмоции). Кроме того, диагностика ПТСР дополнена требованием критерия H — симптомы не должны быть связаны с фи-

зиологическим воздействием психоактивных веществ (например, лекарства, алкоголь) или другим заболеванием.

Отметим, что критерии диагностики ПТСР в классификаторе Американской психиатрической ассоциации в целом согласуются с критериями используемого в России Международного классификатора болезней (МКБ-10). Однако диагностические критерии ПТСР в DSM представлены более подробно. Кроме того, европейский классификатор не учитывает диссоциацию, а также устанавливает срок проявления симптомов — 6 месяцев. Таким образом, диагностические стандарты, представленные в DSM-5, являются более удобными в плане разработки методологии эмпирических исследований ПТСР.

В 2017 г. была опубликована русскоязычная адаптация опросника посттравматического стресса PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, Weathers et al., 2013), основанная на критериях диагностики DSM-V. Проведенная на большой выборке респондентов апробация методики показала высокую согласованность вопросов PCL-5 (α -Кронбаха=[0,80; 0,93]), устойчивость ее показателей, конструктную валидность и т. д. (Тарабрина и др., 2017).

Методика представляет собой шкалу самоотчета, состоящую из 20 пунктов, описывающих симптомы ПТСР. Интенсивность каждого симптома предлагается оценить от 0 до 4 баллов, что соответствует вариантам ответа «Совсем нет», «Немного», «Умеренно», «Сильно», «Очень сильно».

Опросник не имеет военного и гражданского варианта: в отличие от первоначальной версии (PCL) в PCL-5 входит один набор вопросов, однако методику можно использовать в трех форматах, различающихся по тому, как в них оценивается критерий А (наличие травматического события в анамнезе). В первом варианте этот критерий специально не оценивается. Такой вариант может быть применен в случае, если критерий А учитывается другими методами. Второй вариант проведения PCL-5 предполагает включенный в текст методики компонент, позволяющий оценить критерий А: в инструкции приводятся примеры возможных травматических событий, респонденту предлагается выбрать самое худшее событие из его собственного опыта, кратко его описать и ответить на вопросы, соответствующие диагностическим требованиям критерия А. Третий вариант включает в себя контрольный список жизненных событий LEC-5 (Life Events Checklist) и расширенное описание критерия А, что позволяет более детально проанализировать травматический опыт респондентов.

В соответствии с целью исследования результаты могут быть обработаны несколькими способами:

- 1) подсчет итогового показателя тяжести симптомов (от 0 до 80 баллов), полученного путем суммирования баллов по всем 20 пунктам опросника;
- 2) оценка тяжести симптомов по отдельным критериям симптомов ПТСР по DSM-V. Подсчитываются суммы баллов: кластер В (симптомы навязчивого повторения) — пункты 1–5, кластер С (симптомы избегания) — пункты 6–7, кластер D (негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере) — пункты 8–14, и кластер Е (симптомы возбудимости) — пункты 15–20;
- 3) предварительный диагноз ПТСР устанавливается, если выполняются следующие условия в соответствии с требованиями DSM-V: отмечен один пункт из кластера В, один пункт из кластера С, два пункта из кластера D, два пункта из кластера Е. Каждый из отмеченных симптомов должен иметь оценку по меньшей мере 2 = «Умеренно» или выше.

Детальное изучение индивидуального травматического опыта и последствий его переживания возможно в ходе проведения интервью. Актуальным инструментом, отвечающим современным представлениям о симптомах ПТСР, является структурированное клиническое интервью для диагностики ПТСР CAPS-5 (Clinician-Administired PTSD Scale). Перевод текста интервью на русский язык выполнен сотрудниками лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях в 2024 г. В настоящее время методика проходит апробацию на русскоязычной выборке.

Интервью состоит из 30 пунктов, 20 из которых отражают симптомы ПТСР в соответствии с DSM-V, 2 вопроса касаются симптомов диссоциации, остальные вопросы направлены на определение давности возникновения и длительности симптоматики, ее влияние на социальное и профессиональное функционирование, общие оценки тяжести состояния и достоверности ответов. Существует несколько форматов проведения CAPS-5: оценка состояния за последний месяц, последнюю неделю и худший в жизни месяц. Диагностический статус ПТСР следует оценивать с использованием версий CAPS-5 за прошлый месяц (для текущего посттравматического стрессового расстройства) или за худший месяц (для пожизненного посттравматического стрессового расстройства). Оценка симптомов за последнюю неделю оправдана в ситуациях

отслеживания динамики состояния респондента. Кроме того, оригинальная методика имеет версию для детей старше 7 лет и подростков.

Для каждого симптома предусмотрены стандартизированные вопросы и шкала ответов. Важным отличием CAPS-5 от предыдущих версий является необходимость определения только одного травматического события, относительно которого будет строиться интервью. В предыдущей версии CAPS был возможен выбор до 3 травматических событий, в текущей же версии необходимо установить связь каждого симптома с конкретным событием, рассматриваемым в качестве причины травмы (критерий А). Дополнительно рекомендуется использовать контрольный список жизненных событий LEC-5.

Аналогично PCL-5 в CAPS-5 возможны разные варианты расчета общего балла ПТСР: 1) Общая оценка тяжести ПТСР проводится путем суммирования оценок тяжести по 20 симптомам, которые складываются из двух показателей: частота и интенсивность симптома (за исключением амнезии и снижения интереса, которые основаны на количестве деталей/занятий и интенсивности); 2) оценка тяжести отдельных кластеров симптомов ПТСР (см. выше); 3) установление соответствия критериям DSM-5: выявлены по крайней мере один из симптомов критерия В, один из симптомов критерия С, два симптома по критерию D, два симптома критерия Е, критерий F удовлетворен (нарушение длилось не менее 1 месяца), критерий G соблюден (нарушение вызывает клинически значимый дискомфорт или функциональные нарушения).

Применение CAPS-5 требует от интервьюера наличия специальных знаний о ПТСР и психическом здоровье в целом, а также навыков проведения диагностических интервью. Длительность проведения интервью составляет 45–60 минут. Трудоемкость проведения интервью компенсируется высокой детализацией полученной с его помощью качественной информации, позволяющей описать картину травматического переживания респондента. Кроме того, несмотря на то, что CAPS-5 в первую очередь — диагностический инструмент, беседа со специалистом в ходе интервью может иметь и психотерапевтическое значение для респондента.

Представленные в данной работе методики PCL-5 и CAPS-5 отвечают современным представлениям о симптоматической структуре ПТСР и могут быть рекомендованы к использованию специалистами для диагностики ПТСР. Применение опросника посттравматического стресса PCL-5 оправдано для решения широкого круга исследовательских задач: масштабные скрининговые исследования, мониторинг

изменения симптомов во время терапии и после нее, установление предварительного диагноза ПТСР и др. Сферой применения структурированного клинического интервью CAPS-5 является индивидуальное обследование для постановки диагноза ПТСР.

Литература

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American psychiatric association, 2013.

Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» [Электронный ресурс]. 2023. URL: https://cr.menzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1 (дата обращения: 1.04.2025)

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

Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажиев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.

Системно-эволюционный подход в трансляционных исследованиях стресса*

А.И. Булава, В.В. Куделькина***, Ю.И. Александров**

*Институт психологии РАН, Москва, Россия
bulavaai@ipran.ru

**Институт психологии РАН; НИИ морфологии человека
им. академика А.П. Авцына

***Российский научный центр хирургии
им. академика Б.В. Петровского, Москва, Россия
aleksandrovji@ipran.ru

Ключевую роль в патогенезе стресс-ассоциированных расстройств играют эпигенетические механизмы нейроиммunoэндокринных взаимодействий, что объясняет их клиническую гетерогенность и мультифакторность. Системный изоморфизм в организации функциональных

* Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 23-18-00801).

систем позволяет сопоставлять закономерности формирования и реализации поведения человека и других животных. Консервативность стресс-реализующих механизмов обосновывает валидность трансляционных моделей, однако их адекватность зависит от методологического дизайна и процедур анализа эмпирических данных, так как зачастую применяемые методы анализа межгрупповых различий не описывают значительную часть наблюдаемой вариативности данных. Обсуждаемые в статье результаты собственных исследований подчеркивают важность учета внутригрупповой вариативности и часто нелинейный характер анализируемых взаимосвязей. Обосновывается необходимость использования стандартизированного типирования экспериментальных животных и выявления соответствующих референсных значений для конкретной популяции.

Ключевые слова: системогенез, индивидуальные различия, стресс, поведение, тревожность, ПТСР, трансляционные исследования

Поведенческие модели в трансляционных исследованиях стресса на грызунах

Системогенез, связанный с изменениями свойств нейронов на молекулярно-генетическом и морфофункциональном уровнях, сопровождается процессами клеточной дифференциации и определяет характеристики клеточной микросреды (Alexandrov, Pletnikov, 2022; Булава, Александров, 2025). Мы предполагаем, что состав микросреды варьирует в зависимости от типа формируемого и реализуемого поведения в конкретной ситуации, а определяющим фактором, обусловливающим эти различия, служит выраженность стрессового компонента.

Консервативность стресс-реализующих механизмов у разных видов обуславливает валидность применения животных моделей. Различный экспериментальный инструментарий позволяет формировать основные фенотипы стрессовых расстройств людей, определяемые с помощью поведенческих и биохимических показателей. Исследовательский дизайн с обучением животных поведению избегания широко применяется для создания моделей, воспроизводящих спектр симптомов стресс-ассоциированных расстройств, включая депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Феноменологическое сходство животных моделей стресс-индуцированных состояний подтверждается соответствием критериям внешней валидности при анализе динамики уровней периферических биомаркеров, таких как

катехоламинов, про- и противовоспалительных цитокинов и др. (см. обзоры: Bali, Jaggi, 2015; Sarapultsev et al., 2024). Однако оптимизация моделей должна балансировать между воспроизводимостью ключевых симптомов и сохранением индивидуальной вариативности, отражающей гетерогенность расстройств (см. подробнее ниже).

Модели стресса грызунов (например, однократный длительный стресс (*single prolonged stress*), обусловливание страха (*fear conditioning paradigms*), модели детской травмы (*early life stress*) и мн. др.) воспроизводят ключевые поведенческие и нейробиологические фенотипы стрессовых расстройств, а также позволяют исследовать механизмы формирования памяти о травматических событиях. Большинство моделей имеют модифицированные для специальных задач варианты. Однако критически важно дифференцировать модели избегаемого (то есть условно контролируемого) стресса от моделей неизбежаемого стресса (таких как социальная изоляция/поражение (*social isolation/defeat*), принудительное плавание (*forced swim test*), неизбежаемое электроболевое раздражение (*unescapable footshock*) и пр.), потенцирующих дистресс. Особое внимание уделяется моделям комбинированного стресса, учитывающим кумулятивные эффекты и демонстрирующим высокую конструктивную валидность по основным симптоматическим кластерам ПТСР. Например, сочетание протоколов предсказуемого хронического стресса иммобилизации (*chronic restraint stress, CRS*) и непредсказуемого хронического стресса с вариативными параметрами предъявления (*chronic unpredictable stress, CUS*)) (Sarapultsev et al., 2024).

В сравнительном исследовании с привлечением независимых научных коллективов продемонстрировано, что поведенческие модели для типирования животных дают сходные результаты в разных лабораториях и/или у разных экспериментаторов только при условии стандартизации протоколов всех процедур (Leweijohann et al., 2006). Доказана значимость таких факторов, как генотип лабораторных животных (штамм, линия), условия содержания (плотность посадки, обогащение среды и др.), алгоритм и время тестирования (учет циркадных ритмов и т. д.). Чтобы обеспечить надежность и воспроизводимость результатов поведенческого фенотипирования и моделирования разных состояний, должны быть задействованы соответствующие средства контроля. Стандартизация, которую мы применили в наших работах, позволила нам получить согласованные результаты от нескольких экспериментаторов (Bulava et al., 2023).

Мы исследуем потенциал комплексного нефармакологического подхода, основанного на контролируемом формировании и актуализации опыта, в том числе с применением животной модели ПТСР. Протокол модели ПТСР включает интенсивное неизбежаемое электроболевое раздражение (ток силой 1,2 МА) в течение 40 минут однократно (single unescapable footshock stress). Для отслеживания динамики состояния проводили дополнительные поведенческие тесты (ретесты) на следующий день и через 1 месяц после стрессирующего события. Часть животных групп «стресс» и «контроль» (все процедуры, исключая подачу тока) после ретестов была выведена из эксперимента для выявления числа и характера распределения вовлекаемых в системогенез нейронов с помощью иммуногистохимического маркирования c-Fos. У животных группы «стресс» число вовлекаемых в начальные стадии системогенеза нейронов неокортикса оказалось значительно меньше по сравнению с группой не подвергавшихся стрессу крыс. Остальных животных групп «стресс»/«контроль» в том же контексте (для актуализации опыта о стрессовом событии) обучили трем инструментальным пищедобывательным навыкам. Животным группы «стресс+обучение» требовалось значительно больше дней для формирования первого навыка в сравнении с группой крыс «контроль+обучение». Различий в скорости обучения второму и третьему навыку между группами не обнаружено. В числе вовлекаемых в системогенез нейронов неокортикса у животных группы «стресс+обучение» в сравнении с животными группы обучения без предшествующего опыта стресса различий не выявлено. Таким образом, продемонстрирован положительный эффект формирования пищедобывательного поведения на снижение выраженности признаков ПТСР (Булава и др., 2020). Была обнаружена связь между индивидуальными различиями, выявленными с помощью поведенческого фенотипирования и специфичным для разных слоев ретросплениальной коры уровнем вовлечения нейронов в системогенез, а также обнаружен значимый эффект уровней тревожности и исследовательской активности на скорость обучения (Bulava et al., 2023).

Индивидуальная вариабельность в доклинических моделях стрессовых расстройств

Исследования стресса сталкиваются с методологической дилеммой, обусловленной необходимостью балансировать между стандартизацией экспериментальных протоколов с целью получения однородной

выборки и учетом индивидуальных различий в выраженности формируемого состояния. Для преодоления этого ограничения предлагается переход от анализа усредненных групповых показателей к индивидуальному поведенческому профилированию. Экспериментальные данные свидетельствуют, что комбинация поведенческих тестов позволяет дифференцировать животных на подгруппы по выраженности признака (например, тревожности). Такой подход соответствует клинической практике диагностики ПТСР, основанной на идентификации гетерогенных симптомокомплексов (Sarapultsev et al., 2024).

Часто исследовательские дизайны не учитывают возрастные и половые различия, однако эпидемиологические данные указывают на преобладание ПТСР среди женщин. Экспериментальные данные подтверждают, что самки грызунов демонстрируют более высокий уровень стресса, что особо контрастирует с историческим доминированием исследований на самцах. К диспропорции выборки в сторону самцов приводит необходимость упрощения дизайна исследования, так как показано, что поведение самок грызунов в эксперименте может зависеть от фазы эстрального цикла.

В нашей модели стресса крыс Long-Evans обоих полов обучали поведению активного избегания электроболевого раздражения (escapable footshock stress). Экспериментальная установка была снабжена электродной платформой, состоящей из двух равных секторов. На один из секторов подавалось напряжение, при этом электрический ток возрастал постепенно. Перед следующей пробой следовала пауза. В каждой пробе активен был только один сектор, который затем инактивировался, а активным становился другой сектор, таким образом, опасная и безопасная зоны чередовались. Задача для животного состояла в том, чтобы как можно быстрее покинуть опасную зону. При анализе поведения определяли время пребывания животного на активном секторе платформы (количество отрицательного подкрепления) в процессе роста тока. По результатам анализа поведения животных были выделены две стратегии избегания: 1) частичное избегание или убегание — переход с активного сектора в начале роста тока, но до максимальных значений; 2) полное избегание — переход в паузу между пробами, когда оба сектора неактивны. Первая стратегия снижает вероятность получения сильного раздражения за счет выбора слабого, но гарантированного. Вторая стратегия наряду с большей эффективностью характеризуется более высоким риском, так как при совершении ошибки (то есть при

пересечении секторов до начала паузы) животное подвергалось электроболевому воздействию максимальной интенсивности. Паттерн активности мозга самок в данной модели поведения отличался значимо меньшим уровнем вовлечения зон неокортекса (c-Fos картирование) и большим — подкорковых ядер. При этом самки значительно чаще выбирали стратегию минимизации риска, снижающую вероятность получения сильного наказания за счет выбора гарантированного, но слабого. Вероятно, самки в нашей модели демонстрируют более высокий уровень стресса, что приводит к предпочтению стратегии с предсказуемым результатом (Булава, Александров, 2017; Александров и др., 2022).

Для того чтобы выявить общеорганизменный характер формирования опыта и эффект на локальные клеточные интеграции, были применены модели формирования поведения, в том числе инструментального, у животных с интрацеребрально имплантированной глиобластомой 101.8, глиомой С6 и анапластической астроцитомой 15/47. Для выявления индивидуальных различий и их возможной роли в динамике развития патологического процесса провели поведенческое фенотипирование. Для части крыс была применена описанная выше модель однократного интенсивного неизбежаемого стресса (*single unescapable footshock stress*). Затем животным под наркозом имплантировали один из указанных штаммов опухоли. Полученные на настоящий момент результаты свидетельствуют о наличии связи характеристик клеточной микросреды со степенью вовлечения в системогенез стресс-реализующих механизмов, а также о потенциальной возможности манипулирования состоянием клеток мозга за счет направленного формирования опыта. Выявлены достоверные различия в объеме глиомы штамма С6 (по данным МРТ) у животных с разным уровнем тревожности. Данная связь носит нелинейный характер и не могла быть обнаружена без выделения подгрупп животных, различающихся выраженной признаком. Значимо больший объем опухоли демонстрировали животные с низким и высоким уровнем тревожности. Кроме того, животные со средним уровнем тревожности характеризовались лучшей выживаемостью.

Биомаркеры стресс-ассоциированных расстройств

Интенсивный и/или хронический стресс может привести к долгосрочным изменениям на нейроэндокринном и морфофункциональном уровнях, потенцировать нейровоспаление и стресс-индукционные

расстройства. При этом системное неспецифическое воспаление, опосредованное стресс-реализующим механизмом, лежит в основе этих эффектов. Показана роль медиаторов воспаления в гибели нейронов и глии в острых (инфаркт, травма и т.д.) и хронических (болезни Альцгеймера и Паркинсона) патологиях, а также таких расстройствах, как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное расстройство, шизофrenия и др. (Bali, Jaggi, 2015; Gulyaeva, 2021). Поиск достоверных биомаркеров ПТСР сталкивается с рядом методологических сложностей, таких как низкая специфичность потенциальных маркеров из-за перекрытия с другими психиатрическими расстройствами: динамика цитокинового профиля, изменения объема зон палеокортекса (гиппокампа и ядер амигдалы) и неокортекса (в особенности фронтальных и префронтальных). На данный момент принято считать морфометрические изменения церебральных структур следствием развития патологии, а не причиной (Булава и др., 2020; Gulyaeva, 2021). Таким образом, перспективным направлением считается разработка интегральных диагностических панелей, сочетающих поведенческие параметры с генетическими и нейроэндокринными показателями, а также методами нейровизуализации.

Проблема антропоморфизма

Одним из ключевых методологических ограничений животных моделей является риск антропоморфизма — некорректной интерпретации. Эта проблема особенно актуальна при моделировании психических расстройств, диагностические критерии которых включают субъективные описания (навязчивые мысли, когнитивные искажения и пр.), недоступные или труднодоступные для прямой оценки у животных. В трансляционных исследованиях используют количественный анализ поведенческих событий, однако они не являются прямыми аналогами клинических проявлений. Может наблюдаться подмена симптомокомплексов оценкой базового поведения, например, модели с «угасанием страха» получают чрезмерное внимание из-за простоты применения, хотя их клиническая значимость сильно ограничена. Такие показатели, как замирание и груминг, представляют собой комплексные интеграции поведенческих адаптаций, однако часто трактуются как прямые аналоги эмоциональных состояний. Антропоморфизм может привести к искажению данных относительно терапевтических эффектов, снижая прогностическую валидность моделей (Verbitsky et al., 2020).

Заключение

Трансляционные исследования стресса требуют перехода от анализа усредненных данных к учету индивидуальной вариабельности. Для этого необходимы: 1) внедрение комплексных схем поведенческого типирования животных и стандартизации протоколов их проведения; 2) анализ поведения и динамики изменений биохимических и/или психофизиологических показателей; 3) учет половых, возрастных и генотипических различий. Реализация этих принципов будет способствовать повышению трансляционного потенциала доклинических исследований и разработке персонализированных подходов к терапии.

Литература

- Александров Ю.И., Булава А.И., Бахчина А.В., Гаврилов В.В., Колбенева М.Г., Кузина Е.А., Знаменская И.И., Русак И.И., Горкин А.Г. Стресс и индивидуальное развитие // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2022. Т. 72. № 4. С. 437–456.*
- Булава А.И., Александров Ю.И. Половой диморфизм в поведении активного избегания крыс, картирование экспрессии гена c-fos // Когнитивное моделирование: Труды V международного форума по когнитивному моделированию. В 2 частях / Отв. науч. ред. С.И. Масалова, В.Н. Поляков, В.Д. Соловьев. Часть 2. Когнитивное моделирование в науке, культуре, образовании. CMSCE-2017. Ростов н/Д: Фонд науки и образования, 2017. С. 251–260.*
- Булава А.И., Александров Ю.И. Связь уровней BDNF в медиальных зонах префронтальной коры крыс при обучении с мотивацией формируемого поведения: достижение/избегание // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2025. Т. 75. № 1. С. 105–114.*
- Булава А.И., Назарова А.Г., Гуляева Н.В., Александров Ю.И. Системогенез при психотравмирующем опыте // Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен / Отв. ред. А.Л. Журавлев, М.А. Холодная, П.А. Сабадош. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2020. С. 1527–1537.*
- Alexandrov Y.I., Pletnikov M.V. Neuronal metabolism in learning and memory: the anticipatory activity perspective // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2022. V. 137. № 104664. P. 1–9.*
- Bali A., Jaggi A.S. Electric foot shock stress: a useful tool in neuropsychiatric studies // Reviews in the Neurosciences. 2015. V. 26. № 6. P. 655–677.*

- Bulava A.I., Osipova Z.A., Arapov V.V., Gorkin A.G., Alexandrov I.O., Grechenko T.N., Alexandrov Y.I.* The influence of anxiety and exploratory activity on learning in rats: mismatch-induced c-Fos expression in deep and superficial cortical layers // Advances in Neural Computation, Machine Learning and Cognitive Research VII / Studies in Computational Intelligence. Cham: Springer Nature Switzerland, 2023. V. 1120. P. 323–333.
- Gulyaeva N.V.* Stress-associated molecular and cellular hippocampal mechanisms common for epilepsy and comorbid depressive disorders // Biochemistry. 2021. V. 86. № 6. P. 641–656.
- Leweijohann L., Reinhard C., Schrewe A., Brandewiede J., Haemisch A., Görtz N., Schachner M., Sachser N.* Environmental bias? Effects of housing conditions, laboratory environment and experimenter on behavioral tests // Genes, Brain and Behavior. 2006. V. 5. № 1. P. 64–72.
- Sarapultsev A., Komelkova M., Lookin O., Khatsko S., Gusev E., Trofimov A., Tokay T., Hu D.* Rat models in post-traumatic stress disorder research: strengths, limitations, and implications for translational studies // Pathophysiology. 2024. V. 31. № 4. P. 709–760.
- Verbitsky A., Dopfel D., Zhang N.* Rodent models of post-traumatic stress disorder: behavioral assessment // Translational psychiatry. 2020. V. 10. № 1. P. 132–160.

Психология переживания невидимых угроз*

Ю.В. Быховец

Институт психологии РАН, Москва, Россия
bykhovets@yandex.ru

Статья посвящена теоретико-методологическому обоснованию изучения психологии переживания невидимых угроз. Приводятся определение угрозы и переживания невидимой угрозы. Представлены общие и специфические характеристики невидимых угроз. В качестве моделей для изучения предлагаются террористическая, вирусная и радиационная угрозы.

* Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2025-0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

Ключевые слова: переживание, невидимая угроза, террористическая угроза, вирусная угроза, радиационная угроза

Мировое сообщество и национальная безопасность отдельных стран в последние 20–30 лет столкнулись с глобальными невидимыми угрозами в виде террористических актов, вирусной угрозы COVID-19, наряду с возникшей уже давно, но в последние годы вновь ставшей актуальной угрозой применения ядерного оружия.

Феномен переживания невидимой угрозы на данный момент является одним из ключевых в современной психологии. Под угрозой понимается потенциально возможное или реальное действие или явление, способное нанести моральный или материальный ущерб. Начать необходимо с разделения всех угроз на воспринимаемые органами чувств и не воспринимаемые непосредственно через органы чувств, а в первую очередь через эмоционально-когнитивные структуры. В первом случае человек идентифицирует угрожающий ему объект с помощью одного или более органов чувств, то есть образы и представления об угрозе строятся на основе связи между органами чувств, которые непосредственно контактируют с окружающим миром, и мозговыми анализаторами — участками коры, формирующими представления на основании чувственно переживаемой информации.

Во втором случае речь идет о восприятии и переживании невидимых угроз, когда образы и представления возникают без реального раздражителя, но воспринимаются как реальность. Источником переживаний в данном случае является информация, то есть различные знания, выраженные в сигналах, известиях, уведомлениях об окружающем мире. Данные угрозы воспринимаются и переживаются не непосредственно, а косвенно через цепочку посредников, которые информируют человека об угрозе. Это так называемые модераторы информации, к которым относят правительство, медиков, ученых и пр. Эти модераторы сообщают о ряде признаков, по которым угроза может быть реконструирована в сознании человека. Реконструированный образ угрозы выступает источником негативных переживаний. Восприятие угрозы влияет на силу эмоционального напряжения человека и обуславливает то, какие варианты действий он предпримет.

Невидимая угроза — это травматический стрессор. Введение термина «стрессор» необходимо нам для того, чтобы описать широкий спектр психопатологических ответов человека на угрозы. Существует

много невидимых стрессоров. В качестве теоретических моделей для изучения механизма переживания невидимой угрозы мы будем рассматривать континuum невидимых угроз от радиационной к террористической и вирусной угрозам. Эта последовательность выстроена по критерию степени отсутствия контакта с органами чувств. Далее вместо словосочетания «угроза, не воспринимаемая органами чувств» мы будем использовать «невидимая угроза», т.к. считается, что благодаря зрительному анализатору человек получает более 80% всей информации о внешней среде, т.е. зрение — это ведущий анализатор для человека.

Самой невидимой из изученных угроз является радиационная опасность. Радиацию невозможно увидеть, услышать, ощутить, осознать. Авария на ЧАЭС в 1986 году является самым значительным ядерным инцидентом и выступила источником негативных эмоциональных состояний для ее участников (ликвидаторы, жители зараженных радиацией регионов). Исследования Н.В. Тарабриной с соавторами показали, что у 19,7% обследованных ликвидаторов аварии на ЧАЭС выявлено ПТСР (Тарабрина и др., 1994, 1996). Особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов физиологической возбудимости, а также направленность, обращенность симптомов ПТСР в будущее. У них также наблюдался высокий уровень тревоги и депрессии, нарушения сна, потеря аппетита, снижение сексуального влечения и раздражительность. По данным некоторых исследований, у 24,9% населения, проживающего на территории «малых доз радиации», в противоположность 6,7% жителям «чистых территорий» были зафиксированы невротические, аффективные и психопатоподобные нарушения на фоне соматических заболеваний (Хавенар, 1996).

Второй по степени отсутствия контакта с органами чувств выступает террористическая угроза. С одной стороны, теракты существовали, существуют и, вероятно, будут существовать. Мы изучали переживание террористической угрозы косвенными свидетелями, когда происходили реальные теракты (2000-е годы). Переживание террористической угрозы основывалось на картинах СМИ о трагических событиях с мест терактов (например, Беслан, «Норд-Ост» и пр.), т.е. восприятие террористической угрозы основывается на зритально-слуховой информации в отличие от радиационной угрозы, которую никак не увидишь и не услышишь. По данным исследований, около 24% косвенных свидетелей терактов впоследствии страдали от признаков ПТСР (Быховец, 2007; Ениколопов и др., 2004). СМИ и другие источники информации

повлияли на создание некоторого обобщенного образа теракта, распознавание которого в будущем может приводить к интенсивным стрессовым переживаниям. Проведенное нами эмпирическое изучение представлений (образа) о террористических актах у косвенных свидетелей терактов из различных регионов РФ (Москвы, Чеченской Республики и Забайкалья) показало, что семантическое пространство образа «террористического акта» содержит следующие эмоционально-негативные определения: СТРАХ, СМЕРТЬ, ВЗРЫВ, БОЛЬ, УБИЙСТВО, БЕДА, КРОВЬ, СЛЕЗЫ, ЖЕРТВЫ. Таким образом, террористическую угрозу сложно увидеть, но ее обобщенный образ представляется в виде взрыва, который приводит к смерти и вызывает страх. Следует отметить, что образы теракта очень индивидуальны и зависят от многих индивидуально-личностных особенностей.

Переходя к вирусной угрозе, можно указать на то, что вирусы также нельзя чувственно воспринять, мы испытываем только их последствия. В ситуации с вирусной угрозой COVID-19 маркетологи сделали попытку визуализировать вирус в виде сферы с отходящими от нее шипами. Таким образом, люди могли получить более четкий образ того, что их может убить. Также следует отметить большую доступность информации о данной угрозе в различных источниках. С одной стороны, вирусная угроза COVID-19 глобально не видима, но через представления, знания и последствия у людей формируется переживание этой угрозы разной интенсивности. По данным нашего исследования, у 7,25% опрошенных были выявлены признаки ПТСР в связи с ситуацией распространения COVID-19 (Быховец, 2023). Интересными представляются данные о том, что распространенность тревоги и депрессии среди фонового населения (с неизвестным статусом COVID-19) во время пандемии составляла более 30%, т.е. предполагается связь роста депрессии/тревожных состояний с косвенными последствиями пандемии (Salari et.al., 2020).

Далее можно выделять промежуточные формы не воспринимаемых чувственно угроз. Например, онкологические заболевания, которые, с одной стороны, не воспринимаются органами чувств, но некоторые виды рака (например, РМЖ) обнаруживаются при пальпации, для других (например, менингиомы) есть специальные технические средства определения. По нашему мнению, онкологические заболевания в представленном нами континууме занимают промежуточное положение между террористической и вирусной угрозами.

Можно выделить следующие общие и частные характеристики рассматриваемых нами невидимых угроз. Следует отметить, что все угрозы имеют многофакторный характер воздействия. Общими характеристиками невидимых угроз выступают следующие особенности. Во-первых, это отсутствие чувственного воспринимаемого объекта угрозы. Во-вторых, все они связаны с реальной опасностью утратить здоровье или жизнь. Существование этих угроз связано с фактом существования потенциальной смертельной опасности. Известно, что мысли о собственной смерти или смерти близких нам людей приводят к возникновению страха смерти. В-третьих, переживание угрозы жизни относится к будущему человека и формируется, как правило, после того как человек стал жертвой или свидетелем угрожающих событий. Анализ и прогнозирование вероятности стать жертвой становятся основой для возникновения моделей будущего. Четвертой характеристикой невидимых угроз является неопределенность и непредсказуемость, с точки зрения возможности или момента наступления, масштаба воздействия, что оказывает угнетающее влияние на психику человека. Еще Г. Селье в своих исследованиях показал, что непредсказуемые и неуправляемые события более опасны, чем предсказуемые и управляемые (Селье, 1992). Пятая особенность — это глобальность невидимых угроз, которая заключается в том, что они носят всеобщий характер и затрагивают не отдельного человека или страну, а все человечество. Всеобъемлемость невидимых угроз связана с тем, что человек осознает отсутствие у него возможностей, которые могли бы предупредить нависшую над ним угрозу. В результате он начинает осознавать свою личную уязвимость перед данными угрозами. Происходит осознание того, что эти события могут прервать жизнь любого человека. Шестая особенность связана с противоречивостью информационного освещения этих событий в СМИ. Седьмая специфика определяется экономическими последствия данных угроз и изменениями привычного уклада жизни, затрагивающими все население. Например, в случае с COVID-19 — это сокращение заработной платы, потеря работы, нахождение длительное время в замкнутом пространстве, снижение социальной активности, переход на домашний режим учебы/работы в связи со здоровьесберегающими мерами.

Частные характеристики изучаемых нами угроз проявляются в их дифференциации как исходящих от человека и из внешней среды (естественные). Так, вирусная угроза может быть отнесена к естественным

угрозам и носит непреднамеренный характер. Террористическая угроза в свою очередь относится к исходящим от рук человека и связана с его злым умыслом. Известно, что в случае антропогенного характера травматической ситуации последняя воспринимается как бессмысленная, неоправданно жестокая, несправедливая и неконтролируемая, люди испытывают интенсивные эмоции страха, ужаса, беспомощности и предательства, наблюдаются гнев и обвинения в адрес преступников, ненависть и желание отомстить. Это обуславливает более высокие по сравнению с природными катастрофами показатели посттравматического стрессового расстройства, депрессии, длительные реакции горя и тяжелой утраты, изменение мировоззренческих установок (Стрельникова, 2015).

Угрозы, исходящие от человека, могут быть и непреднамеренными, как с ситуацией со взрывом на ЧАЭС. Это событие было направленно непосредственно против человека, но намерения совершить это событие не было. Но поскольку угроза есть результат эмоционально-когнитивной оценки, непреднамеренное причинение вреда человеку от человека также вызывает острый психопатологический ответ.

Различия рассматриваемых нами угроз проявляются также в маркерах их объективизации. Радиационную угрозу можно измерить дозиметром, о признаках носительства вируса можно косвенно узнать по наличию кашля, а о существовании террористической угрозы мы узнаем из сообщений о совершившихся терактах в СМИ, а также по наличию большого количества отрядов полиции в общественных местах.

Третья особенность связана с тем, что в ситуации с радиационной и вирусной опасностью мы имеем дело с их биологическим воздействием, влияющим не только на здоровье тех людей, которые непосредственно подверглись облучению, но и через генетические эффекты на здоровье последующих поколений (Румянцева и др., 2006). Террористическая угроза не связана с отсроченным воздействием на будущие поколения через генетические связи.

Таким образом, показано, что существует уязвимая часть населения с повышенным риском психической травматизации в связи с воздействием информации о невидимых угрозах, связанных с массовой гибелью населения. Невидимый образ угрозы объективируется в видимых объектах, косвенно связанных с ней (террористическая угроза — лица иных национальностей, вирусная угроза — кашель, радиационная угроза — объекты утраты). Последующие стрессовые реакции связаны

с этими объектами. Имплицитные представления о невидимых угрозах выполняют функцию структурирования и объяснения действительности, которая не представлена чувственно.

Литература

- Быховец Ю.В.* Представления о террористическом акте и переживание террористической угрозы жителями разных регионов РФ: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2007.
- Быховец Ю.В.* Стресс от невидимых информационных угроз и его последствия // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 3. С. 132–166.
- Ениколов С.Н., Лебедев С.В., Бобосов Е.А.* Влияние экстремальных событий на косвенных жертв // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 6. С. 73–81.
- Румянцева Г.М., Левина Т.М., Степанов А.Л.* Особенности нарушений психического здоровья после радиационной аварии // Альманах клинической медицины. 2006. С. 79–90.
- Селье Г.* Когда стресс не приносит горя. М.: МНПП «РЭНАР», 1992.
- Стрельникова Ю.Ю.* Особенности психологических последствий чрезвычайных ситуаций антропогенного и природного характера // Современные технологии обеспечения гражданской обороны и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. 2015. № 1 (6). С. 136–138.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Ласко Н.Б., Орр С.Ф., Питман Р.К.* Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов. аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 2. С. 30–45.
- Хавенар Й.М.* После Чернобыля. Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы. М., 1996.
- Salari N., Hosseiniyan-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B.* Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // Global Health. 2020. № 16. P. 57.

Понимание невидимой угрозы как возможного будущего^{*}

B. B. Знаков

Институт психологии РАН, Москва, Россия
znakov50@yandex.ru

Отмечается, что важной тенденцией развития современной психологической науки является смещение фокуса внимания ученых с «того, что есть» на «что могло бы быть». Наиболее отчетливо такая тенденция проявляется в понимании угроз (террористических, радиационных, эпидемиологических, онкологических) как антиципируемых человеком возможных неприятных изменений в его жизни. Вследствие невозможности предсказания точных обстоятельств своей жизни человек может видеть угрозу там, где объективно опасных для жизни факторов нет. Особенно часто это происходит при необходимости «воспринять» и понять «невидимую угрозу». Понимание невидимой угрозы потому означает нечто немыслимое, невыразимое в словах, что ее осмысление направлено не на конкретные факты, а на целостную психотравмирующую ситуацию. Угроза, мнимая или реальная опасность, это не просто событие, т.е. нечто, что может быть рассказано обычным образом. Скорее это неспособность события обрести смысл, стать частью сознания.

Ключевые слова: понимание, невидимая угроза, невыразимое, немыслимое

Одной из значимых тенденций развития современной психологической науки является смещение фокуса внимания ученых с «того, что есть» на «что могло бы быть». Такое изменение научной точки зрения означает, что исследователи делают акцент не столько на реальном положении дел, сколько на действиях, предпринимаемых людьми для понимания будущего. При этом будущее оказывается матрицей возможного: оно конструируется не как предсказание того, что обязательно произойдет, а как набор альтернативных возможностей для событий, результатов и действий. Понимая будущее, человек должен предсказы-

* Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2025-0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

вать не столько то, что произойдет, сколько определять точки, в которых возможны и несовместимы несколько различных результатов, некоторые из которых сбудутся, а другие нет. Следовательно, для понимания будущего важнее предсказать точки выбора, а не конечные результаты.

Сегодня в социогуманитарном познании проблема понимания возможного будущего занимает видное место. Неудивительно, что ученые пытаются строить модели, обобщающие представление о компонентах психики субъекта, думающего о будущем. В этом контексте, безусловно, значимой является пятифакторная модель, разработанная финскими и швейцарскими учеными. Она состоит из следующих компонентов: временная перспектива, субъективные убеждения, открытость альтернативам, системное восприятие и забота о других. Временная перспектива позволяет понимать прошлое, настоящее и будущее, а также ценность долгосрочного мышления. Понимание течения времени и осознание завтрашнего дня являются основными предпосылками для осознания будущего. Субъективные убеждения отражают веру человека в свою способность влиять на будущие события. Ключевым вопросом является управляемость, т. е. в какой степени люди могут формировать ход будущих событий. Открытость альтернативам позволяет критически подвергать сомнению устоявшиеся истины и видеть возможности, которые могут принести изменения. Открытость субъекта альтернативам дает ему возможность принимать и ценить изменения, видеть ценность альтернативных путей и подвергать сомнению устоявшиеся истины. Системное смысловое восприятие ситуаций помогает увидеть взаимосвязь между человеческими и природными системами, а также сложные последствия решений. Системные и целостные подходы считаются особенно применимыми при работе с человеческими культурами и обществами, а их сложность затрудняет и иногда делает невозможным предвидеть все последствия принимаемых решений. Следовательно, в таких познавательных ситуациях всегда существует вероятность неожиданных воздействий: могут возникать конфликты при определении того, что хорошо или лучше всего, потому что оптимальное решение для одной части системы может не быть лучшим для системы в целом. Забота о других побуждает человека стремиться к лучшему миру для всех. Как только человек становится способным к долгосрочному мышлению, он оценивает разнообразие и непредсказуемость потенциального будущего, критически анализирует свое окружение и понимает сложность общества и действий, возникает

вопрос: что с этим делать? К какому будущему следует стремиться? Забота о других объединяет характеристики, отражающие ценности, мораль и этическое мышление. Понимание будущего требует, чтобы человек был озабочен направлением, в котором он хочет видеть будущее (Ahvenharju, Minkkinen, Lalot, 2018).

Актуальность и научная новизна тенденции перехода от научного анализа от «того, что есть» на «что могло бы быть» определяется не только теоретическими соображениями, но и практикой человеческого поведения. Наиболее отчетливо такая тенденция проявляется в понимании угроз (террористических, радиационных, эпидемиологических, онкологических) как антицирируемых человеком возможных неприятных изменений в его жизни. В самом общем виде угрозой называется «фактор, способный причинить вред системе, обществу или индивиду, который уже активирован или вероятность активации которого достаточно велика» (Кимберг, Улько, 2021, с. 43–4). Понимание угрозы представляет собой сложное психическое образование, определяемое разными характеристиками человека — индивидуально-личностными, социально-психологическими, социотехническими и т. п. «Возможные объяснительные модели: психическое напряжение, психологические защиты, концепция невозможного и немыслимого, объективация неочевидного, эволюционная система безопасности, социальные формы поддержки, артикуляция бессознательного в социальных сетях, дискредитация экспертов, неопределенность ситуации» (там же, с. 43). Важнейшей составляющей понимания угрозы является антиципация, прогнозирование, направленное на возможное будущее, сопоставление того, что есть, с тем, что может быть. Понимание будущего всегда основано на наших представлениях о возможном, потому что «когда мы планируем будущее или когда мы готовимся к событиям, которые, как мы думаем, могут произойти, определенный ход событий приводится в движение. Но то, как мы ожидаем, имеет значение, поскольку это влияет на то, как мы думаем и действуем в текущий момент. Следовательно, когда мы думаем о возможностях, то не столько то, что мы делаем в настоящем, формирует будущее, сколько то, как мы используем будущее для формирования настоящего» (Damhof, Gulmans, 2023, р. 52).

Объективная неопределенность мира человека способствует тому, что социогуманитарное познание, в том числе psychology, имеет дело с открытыми саморазвивающимися социальными системами. Неопределенность, множественность влияющих факторов, а также динамика

их развития приводят к тому, что прогнозирование социальных систем не может указывать на их конкретное положение в определенный промежуток времени — прогноз отражает только тенденции, направления движения. Однозначное и точное описание открытых систем, прогноз их точного положения и состояния в будущем оказывается недостижимым. В результате невозможности предсказания точных обстоятельств своей жизни человек может видеть угрозу там, где объективно опасных для жизни факторов нет. Особенно часто это происходит при необходимости «воспринять» и понять «невидимую угрозу» (радиационную, эпидемиологическую и др.). «Невидимые угрозы отличаются тем, что, во-первых, причину, угрожающий фактор человек не может увидеть глазом. У него есть только представления, знания о том, что данная угроза опасна. Эти знания он получил либо исходя из его предшествующего жизненного опыта, либо от так называемых модераторов информации о внешнем мире (СМИ, правительственные институты, научное сообщество). Во-вторых, последствия воздействия невидимых угроз отсрочены во времени» (Быховец, 2023, с. 1137). Специфика невидимых угроз как травматических стрессоров сопряжена с их непредсказуемостью, с невозможностью получить предварительную информацию о реальности угрозы, со снижением чувства собственной безопасности, с их многофакторным воздействием, с высокой степенью отличий данных событий от обычного жизненного опыта человека. Осознание и переживание угрозы жизни относится к будущему человека, а оценка вероятности стать жертвой прогнозируемой опасности становится основой для возникновения эмоционально-когнитивных структур, содержащих представления о террористической угрозе. Непредсказуемость возможности или момента наступления опасного события оказывает угнетающее влияние на психику человека (Быховец, 2023).

Наиболее характерной психологической особенностью понимания невидимой угрозы является отсутствие в экзистенциальном опыте человека, его памяти чувственных признаков радиационной, эпидемиологической и других видов опасности. Следовательно, в процессе понимания субъект сталкивается с невыразимым и немыслимым. Невыразимость — одна из важнейших характеристик знания, известная психологам как личностное знание (Полани, 1985). Одним из самых значимых оснований существования невыразимого является невербализуемость экзистенциального опыта субъекта. Анализируя экзистенциальную реальность мира человека, исследователи нередко сталки-

ваются с невозможностью понимания психологических проблем, основанного только на познавательном знании. В частности, вербально невыразимый травматический опыт нельзя понять на основе знания, его можно только пережить и преодолеть. Невыразимость многих событий человеческого бытия очень часто определяется их непредсказуемостью, неожиданностью. Если у человека нет установки на восприятие и понимание неожиданного, то многие потенциально стрессовые ситуации могут вызвать у него не только стресс, но и психические отклонения: неспособность прогнозировать возможное может приводить к неврозогенезу. В психологии наиболее ярким проявлением невыразимости экзистенциального травматического опыта считаются свидетельства выживших узников нацистских лагерей смерти. Однако проблемой невыразимости занимаются и ученые других специальностей — философы, филологи, историки. Фактически невидимая угроза предстает перед человеком как немыслимое.

Проблема понимания немыслимого — новая для российской психологической науки. В недавно проведенных исследованиях проанализирована семантика понятия «немыслимое». Показано, что когнитивные составляющие феномена сводятся или к невероятному, невозможному, тому, что трудно представить, или к чрезвычайному, исключительному по степени проявления. Непонимание — следствие расхождения экзистенциального опыта субъекта и применяемых им для понимания рациональных схем рассуждений, шаблонов, фреймов. Когда люди имеют дело с немыслимым, во-первых, нельзя однозначно выявить причины и следствия событий и явлений: они детерминированы случайным для понимающего мир субъекта способом; во-вторых, немыслимыми оказываются иррациональные по своей сути события и явления, понять которые люди пытаются с помощью рациональных когнитивных способов рассуждений. События и ситуации, которые люди оценивают как немыслимые, характеризуются подавлением иррационального рациональным; выходом за границы привычных нравственных рассуждений, обусловленным невозможностью морального выбора; таким расхождением между знанием и экзистенциальным опытом понимающего мир субъекта, при котором он оказывается в амбивалентной позиции: одновременно надо и нельзя видеть немыслимое. Для субъекта немыслимое — источник умственного напряжения и внутреннего конфликта: есть задача понимания смысла феномена, но нет знаний, умений и навыков для ее решения.

Понимание невидимой угрозы потому означает нечто немыслимое, невыразимое в словах, что ее осмысление направлено не на конкретные факты, а на целостную психотравмирующую ситуацию. Здесь отчетливо проявляется разница между знанием и экзистенциальным опытом: люди думают о чем-то таком, о чем слушатель (например, врач) не может даже помыслить, потому что подобных фактов нет и не может быть в его экзистенциальном опыте. Угроза, мнимая или реальная опасность — это не просто событие, т. е. нечто, что может быть рассказано обычным образом. Скорее, это неспособность события обрести смысл, стать частью сознания. Чтобы видеть, надо не осознавать. Как отмечает К. Карут, «видение из прошлого фактически говорит: ты должен видеть, но ты не можешь знать. Видимая “буквальность” образа поэтому есть не репрезентация события, но сила его непостижимости или сопротивляемости осмысливанию. Образ на самом деле говорит: есть что-то, что ты еще не понял» (Травма: пункты, 2009, с. 561).

Таким образом, «невидимая угроза» — это еще один психологический феномен, включенный в поле исследований невыразимого и немыслимого. Актуальность его психологического анализа очевидна не только с теоретико-методологической, но и с практической, социальной точек зрения.

Литература

Быховец Ю.В. К вопросу о концептуализации понятия «переживание невидимой угрозы» // Человек, субъект, личность: перспективы психологических исследований. Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения А.В. Брушлинского и 300-летию основания Российской академии наук, 12–14 октября 2023 г., Москва / Отв. ред. Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, Н.Е. Харламенкова, А.В. Махнач, Г.А. Виленская, Н.Н. Казымова. М.: «Институт психологии РАН», 2023. С. 1137–1141.

Кимберг А.Н., Улько Е.В. Восприятие человеком «невидимых» угроз // Психологические проблемы личности и общества в условиях эпидемиологической угрозы: сборник статей Всероссийской конференции с международным участием / Под ред. И.В. Антоненко, Н.В. Калининой, И.Н. Карицкого. М.: ФГБОУ ВО «РГУ им. А.Н. Косыгина», 2021. С. 43–54.

Полани М. Личностное знание. На пути к посткритической философии. М.: Прогресс, 1985.

Травма: пункты / Сост. С. Ушакин, Е. Трубина. М.: Новое литературное обозрение, 2009.

Ahvenharju S., Minkkinen M., Lalot F. The five dimensions of Futures Consciousness // *Futures*. 2018. V. 104. P. 1–13.

Damhof L., Gulmans J. Imagining the impossible: An act of radical hope // Possibility Studies & Society. 2023. V. 1. № 1–2. P. 51–55.

Фобия как маркер шоковой травмы

A. B. Зобков

Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского,
Нижний Новгород, Россия
av.zobkov@yandex.ru

Представлено определение психической травмы как сильного и сложного субъективного переживания, обозначено отличие психической травмы от психологической травмы. Приведены примеры травматических событий, психологические компоненты травмы и ее личностные проявления. Диссоциация обозначена как ведущий критерий психологической травмы. Отдельно выделена шоковая травма, критерием которой выступает работа защитных механизмов психики, вытесняющих сильные эмоции и чувства из сознания. Представлен психологический механизм образования фобии в результате шоковой травмы в русле глубинной психологии: перенос и вытеснение как защитные механизмы психики, запечатление как функция Эго. Знание о нем рассматривается как признак шоковой травмы в прошлом клиента практикующего психолога. Данна краткая иллюстрация случая.

Ключевые слова: психическая травма, шоковая травма, фобия, критерии травмы, механизм формирования фобии

Психическая травма — это сильное и сложное субъективное переживание вследствие какого-либо жизненного события, разрушающее привычную жизнь человека, встраивающееся во все сферы его личности, прежде всего в потребностно-мотивационную и эмоционально-волевую сферы, имеющее долговременные дезадаптивные последствия

в узком или широком смысле. Травма есть феноменологическое явление, которое сложно описать вне терминов самого события, которое ее вызвало. Травмирующее событие делит (фрагментирует) жизнь человека (осознает он это или нет) на «до» и «после». Прохождение через него есть травматический опыт. В определении травмы часто указывается на то, что травмирующее событие «явилось бы стресогенным практически для любого человека» (Левин, 2023, с. 46). К ужасам таких событий готовит культурно-исторический опыт, содержащий обобщающий ценностно-смысловой характер отношения к ним: катастрофы, свидетельство ужаса военных действий, смерть близкого и т. п. При этом феноменология травмы всегда различна, хотя и имеет ряд общих закономерностей. Также подобными травмирующими событиями могут быть и сугубо личностные истории — не являющиеся универсальными, травмирующие не большинство людей из тех кто переживал подобный опыт, а наоборот, единиц, — события, затрагивающие только определенную «совокупность внутренних условий» (С.Л. Рубинштейн). Такие ситуации Б.Д. Карвасарский называл психотравмирующими (Карвасарский, 1980), и к ним более уместен термин «психологическая травма». Это болезни, расставания, внешние оценки, переезд, увольнение и др., что по какой-либо причине воспринимается психикой как угроза жизни.

Ядро травматической реакции составляют четыре компонента травмы: гипервозбуждение; спазм, сдавливание; диссоциация; оцепенение, сопровождающееся чувством беспомощности (Левин, 2023). Из перечисленного практикующие специалисты часто указывают в качестве основного маркера травмы на диссоциацию как адаптивную стратегию выживания — фрагментацию личности. Например, жертва насилия отделяет от своей «души» свое пострадавшее тело: мол, весь ужас произошло с ним — телом, а не со мной; ребенок, «задавленный» долгостроями и негативными оценками взрослых, отделяет свою «плохую» часть от «хорошей», стараясь держаться дальше от «плохой» (Фишер, 2022). Для психолога-практика наличие подобной фрагментации есть яркий маркер травматизации, подкрепленный пятью кластерами диагностических симптомов, описанных М. Штайнберг (Steinberg, 2001). Вместе с этим хорошо описаны соматические симптомы, проблемы с памятью, паттерны саморазрушительного и аддиктивного поведения (Фишер, 2022). Механизм помощи фрагментированным личностям также представлен в научной и практической литературе

(Фишер, 2022) и опирается во многом на телесно-ориентированный подход в психологической практике.

Отдельно следует сказать о шоковой травме, имеющей место в ситуации, угрожающей целостности, физическому и психологическому здоровью (Дробышевский, 2020), при этом шоковой травма становится лишь в том случае, когда защитные механизмы психики вытесняют сильные эмоции и чувства из сознания, дабы сохранить целостность психического функционирования человека. Человек не отреагировал на событие, при этом неотреагированные эмоции и чувства никуда не делись, они подавлены и находят свой выход, казалось бы, в неожиданных ситуациях. Стоит сказать, что при шоковой травме также само травмирующее событие обесценивается личностью и со временем забывается: нет чувств и эмоций — ничего страшного и не произошло. Т.е. шоковая реакция «обезболивает» и поддерживает организм в дееспособности для текущего самосохранения и успешного выхода из травмирующей ситуации. В норме, после того как стрессогенный фактор перестает действовать и ситуация перестает быть жизненно угрожающей для организма, чувствительность возвращается: возвращаются эмоции, чувства, приходит осознание произошедшего, но иногда это не случается, когда внутренний «цензор» (З. Фрейд) считает эти переживания настолько опасными, что не пропускает их в область сознания, — вот здесь мы и имеем дело с шоковой травматизацией.

В этом случае такой значимый маркер, как диссоциация, не имеет места, ибо диссоциация есть личный выбор, хотя и малоосознаваемый. Если же на уровне сознания нет переживаний, если событие обесценено в личностном плане, то незачем разделяться. Конечно, вы можете возразить, что обесценивание это и есть фрагментация — важная часть переживаний просто вычеркнута. Соглашусь, но замечу, что вычеркнутая часть никак не переживается, в отличие от описываемых в литературе примеров диссоциаций (потому и диссоциируются, т.к. переживаются на уровне сознания). А вот сильное чувство беспомощности, панические атаки и фобии могут выступать показателями наличия в прошлом человека опыта шоковой травмы.

Конечно, связь фобий с психологической травмой хорошо известны. Любое травматическое событие может запустить фобии, но механизмы формирования фобий различны (Гофман, Колочихин 2020).

Ниже представим механизм формирования фобии как неочевидного результата шоковой травмы, что характеризует фобию как маркер

последней. Представители поведенческой науки могли бы объяснить формирование фобии в случае шокового события возникновением ассоциативной связи, но в биологическом смысле такая связь здесь лишена адаптационного смысла, значимого для организма в поведенческом акте. Объяснение в русле глубинной психологии через работу защитных механизмов психики в ситуации сильного стресса более уместно.

В основе формирования посттравматической фобии может лежать механизм смещения, описанный З. Фрейдом,— защитный механизм, реализующий перенос эмоции на относительно менее значимый объект; запечатление как функция Эго, сохраняющая в памяти опыт внешних воздействий, системно связанная с функцией самосохранения организма и избегания угрожающего влияния; вытеснение как защитный механизм, удаляющий травмирующие переживания из сознания (Фрейд, 2022). Дело в том, что должна эмоциональная (например, страх, ужас) и поведенческая (например, оцепенение) реакции, которые вполне естественны для травмирующей ситуации и которые должны быть отреагированы в ней, смещаются и закрепляются за второстепенным объектом, находящимся в перцептивном поле субъекта, после чего происходит вытеснение.

Поясним на примере. Девушка обратилась к психологу с запросом на избавление от необъяснимого страха перед голубями (орнитофобия). Страх вызывают только голуби, при этом, когда голубь взлетает с поверхности, интенсивность переживаний усиливается. Страх появился чуть менее года назад. Никакого негативного опыта с птицами девушка вспомнить не могла. В ходе линейного опроса случайно выясняется, что примерно в то же время, когда проявился симптом, девушка стала свидетелем автомобильной аварии со смертельным исходом и лишь случайно сама не стала жертвой, находясь на тротуаре. Про это событие она вспомнила не сразу, рассказывала о нем легко, но без деталей и без каких-либо видимых переживаний, сказала, что не придает ему никого значения и оно никак не связано с птицами. Подобная безэмоциональная реакция при свидетельстве описанного события не является нормальной для человека. Налицо травматический опыт. Дальнейшая работа выстраивалась вокруг неотреагированного страха в русле экзистенциального подхода через целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии и осознания всех обстоятельств травмы (Демидова, Сойко, 2014) и чувств, возникающих в сессиях, в том числе чувств психолога, обращенных клиенту; с опорой на сома-

тические процессы и арт-терапевтические методы. В ходе работы в памяти клиентки восстанавливались подробности, которые сопоставлялись с нынешними их переживаниями. Здесь и всплыло предположение о взлетающем голубе на фоне произошедшего события, который и вобрал в себя весь ужас произошедшего. Достоверно подтвердить клиентку этого не могла (реальный ли это образ или привнесенный), но допускала такую возможность. Включение в событийную картину птицы и отражение адекватных чувств в травмирующей ситуации способствовало снижению страха до уровня внутренней напряженности при встрече со взлетающим голубем.

Конечно, приведенного примера недостаточно для утверждения вышеобозначенного механизма — он лишь иллюстрация.

Жизнь человека есть череда сменяющих друг друга ситуационных кризисов, многие из которых имеют психотравмирующие последствия. Практикующий психолог сопровождает клиента на пути обнаружения этих ситуаций и их отреагирования исходя из осознанных и принятых потребностей человека.

Литература

- Гофман А.А., Колочихин К.С. Фобии: их разновидность, причины возникновения и влияние на поведение человека // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2020. № 12 (214) С. 644–650.
- Демидова Т.А., Сойко В.В. Принципы работы с психической травмой в гештальт-подходе // Психиатрия. Клиническая психология и психоанализ. 2014. Т. 18. № 3 (68). С. 23–28.
- Дробышевский Б.А. О шок травме [Электронный ресурс]. Вестник психологии. 2020. URL: <https://psychologyjournal.ru/public/o-shok-travme/> (дата обращения: 1.04.2025)
- Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980.
- Левин П.А. Пробуждение тигра: исцеление травмы. М.: Эксмо, 2023.
- Фишер Я. Исцеление фрагментированных личностей, переживших травму. Преодоление внутреннего самоотчуждения. СПб.: Диалектика, 2022.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2022.
- Steinberg M. Updating diagnostic criteria for dissociative disorders: Learning from scientific advances // Journal of Trauma and Dissociation. 2001. V. 2. P. 59–63.

Психическая травма: к дискуссии о понятии

Э.Б. Карпова

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
e.karpova@spbu.ru

В статье рассматриваются соотношения дефиниций «травматический стресс», «психическая травма», «травматическое событие» в историческом аспекте и их использование в современной теоретической и практической психологии. Отмечается неоднозначность в определениях понятия «психическая травма» и его расширительное использование в психологическом консультировании. Заключается, что ключевым для определения травматического стресса и психической травмы является не наличие экстраординарности ситуации и не интенсивность эмоционального ответа на нее, а ее разрушительный для психического здоровья характер. Экстраординарное событие, присутствующее в опыте человека, равно как и опыт негативных переживаний, корректно называть травматичным лишь при условии возникновения симптоматики, соответствующей синдрому травматического стресса.

Ключевые слова: психическая травма, травматический невроз, травматический стресс, травматическое событие, посттравматическое стрессовое расстройство

В настоящее время словосочетание «психическая травма» вышло за рамки научного дискурса и за пределы профессионального употребления. Термин «психологическая травма», благодаря популярной психологии, стали широко использовать, часто обозначая им любые события в своей жизни, которые оставили негативный след в памяти. Люди стали называть психической травмой обиду, ссору, конфликт (актуальные или случившиеся с ним в прошлом). Психической травмой часто называют любой дискомфорт и жизненную трудность. Для человека ценно признание другими пережитых им интенсивных негативных переживаний, поэтому часто они с готовностью патологизируют нормальные человеческие переживания. Кроме того, самодиагностика человеком психической травмы может иметь психологическую «выгоду» — нанесенной кем-то или чем-то «травмой» он объясняет свои ак-

туальные поступки или их отсутствие, снимая с себя ответственность за собственную жизнь.

Понятие «психическая травма» широко используют и психологи-консультанты в своей практике, часто подменяя термином «травма» трудные жизненные ситуации человека, что приводит к тому, что специально направленная на травму профессиональная психологическая помощь людям, столкнувшимся с трудными ситуациями, оказывается не всегда оправданной. Такое широкое недифференцированное использование понятия «травма» девальвирует его и требует его уточнения. Однако, как показывает анализ научной литературы, и в научной среде нет устойчивого общепризнанного определения термина «психическая травма».

В последние десятилетия дефиниция «психическая травма» стала широко использоваться наряду с понятием «травматический стресс», относительно недавно вошедшим в научный оборот и связанным с введением в DSM, а затем и в МКБ нозологической единицы — «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). В связи с этим важным представляется соотнести понятия «психическая травма» и «травматический стресс».

«Травматический стресс», или «посттравматический синдром», по своему содержанию совпадает с такими описанными еще в начале прошлого века расстройствами, как «травматический невроз», «военный невроз» и «травматические неврозы войны», «компенсационный невроз», «рентное заболевание», «посттравматическое реактивное состояние», «постреактивное развитие личности» и др.

Клиническая картина этих расстройств схожа с неврозами, однако в их этиопатогенезе присутствует сокрушающее психику событие, входящие в них симптомы превосходят невротические по своей интенсивности, а функционирование психики характеризуется рассогласованностью.

В результате накопленного психиатрией опыта (в первую очередь наблюдений психических нарушений у участников войн в течение первой половины ХХ в.) в МКБ-8, утвержденной Всемирной ассамблей здравоохранения в 1965 г., к рассмотрению был представлен синдром «преходящее ситуационное нарушение». Описание этого синдрома включало симптомы, аналогичные «травматическому неврозу» и «боевому неврозу», однако в этой редакции в нем подчеркивался его реактивный и преходящий характер (возможно, в связи с влиянием военной психиатрии). В МКБ-9, утвержденной в 1975 году,

были выделены два расстройства: острая реакция на стресс и реакция адаптации. И наконец, в дополнение к «острой реакции на стресс» и «расстройству адаптации» сначала в DSM-III, а затем и в одобренной ВОЗ в 1990 г. МКБ-10 нозологическим синонимом диагноза «травматический невроз» впервые в новой формулировке появляются два расстройства: F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которые могли возникать вследствие воздействия стресса экстремального характера (например, пыток или пребывания в концентрационных лагерях).

Надо полагать, что одна из составляющих названия ПТСР — «стрессовое» — является данью прочно вошедшего в научный дискурс понятия «стресс» и соответственно месту в МКБ-10 — Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43). Этим подчеркивается, что посттравматическое развитие происходит вследствие внешних воздействий — стрессора. На стрессовый характер ПТСР указывает диагностический критерий — необходимость наличия внешнего запускающего это расстройство события (критерий А в формате DSM) и особое его субъективное переживание (страх, ужас, беспомощность). Другая составляющая названия ПТСР — «посттравматическое» — отсылает это расстройство к понятию «травма». Что же такое «психическая травма»? Истории развития этого понятия посвящен не один подробный и содержательный обзор (Бурмистрова, Федунина, 2014; Решетников, 2018; Жарук, Баиндурашвили, Залетина, 2023; и многие другие), поэтому не видим необходимым описывать путь, который оно прошло. Остановимся лишь на главной, на наш взгляд, проблеме — проблеме неточности формулировок «травмы» и отсутствии единого взгляда на нее. Как справедливо замечают авторы таких обзоров, несмотря на длящуюся более 100 лет историю понятия «психическая травма», складывается впечатление, что с годами оно не только не стало определенное, а напротив, в последние десятилетия приобрело самые разные трактовки.

Как и в случае с понятием «стресс», терминами «психическая травма», «психотравма» обозначают и факторы среды, и психическое состояние, и реакции организма. Некоторые из авторов называют психической травмой событие, ее запускающее: «Психической травмой называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим

переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций», и относят его к факторам этиопатогенеза любого невротического расстройства (Менделевич, 2008, с. 234). Но корректно ли называть травматичным любое событие, выходящее за рамки обычного? Слово «посттравматический», дословно означающее «после травмы», ведет к допущению, что стрессовое событие и есть травма. Однако в МКБ — и в 10-й, и в 11-й редакциях — сами события не определяются как «травматические», а названы «экстремальным», «угрожающим», «катастрофическим» стрессом. Травматическим событие, относящиеся к ПТСР, названо так лишь при описании расстройства «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0) в пояснении, что ему может предшествовать «расстройство, вызванное травматическим стрессом» (F43.1), и при описании его симптомов — «повторное переживание травматического события(ий)». В DSM-III-R травматическим событие названо только при уточнении, что воздействие данного события для большинства людей является «травмирующим (стрессогенным) фактором». Но и здесь речь идет о потенциальной его травматичности. То есть, как видим, само событие называется травматичным лишь при констатации его этиологической роли в расстройстве и при наличии соответствующих симптомов. Обязательное наличие экстраординарного события, вызывающего ужас и беспомощность и запускающее всю клиническую картину, указывает на его необходимость в анамнезе для постановки диагноза ПТСР (МКБ-10, МКБ-11), но только наличие других критериев диагностики переводит его тем самым в ранг травматических, и только тогда можно говорить о психической травме.

Другой взгляд на психическую травму фокусируется на переживаниях или особом состоянии психики. Под психической травмой понимаются эмоционально негативно окрашенные тяжелые переживания, сопровождающие какое-либо жизненное событие (Эйдемиллер, Юстицкис, 1989). Здесь акцент делается на интенсивности негативных переживаний, связанных с внешним воздействием или событием. Возможно, именно употребление понятия «травма» для обозначения тяжелых для человека ситуаций позволило некоторым авторам утверждать, что каждый человек хотя бы раз в жизни переживает психическую травму (Решетников, 2022). Однако и это определение не отражает специфики понятия «травма». Трудно не согласиться с тем, что в жизни любого человека встречаются утраты, ситуации, угрожающие

здоровью, жизни собственной или близких ему людей и сопровождающиеся интенсивными негативными переживаниями. Поэтому само рассмотрение травмы как состояния не отражает в полной мере ее специфики. Тяжелые аффективные переживания сопровождают все экстремальные и кризисные ситуации, но само их наличие не свидетельствует о психической травме. Кроме того, переживания при травме качественно отличаются от других интенсивных эмоциональных состояний. «Интенсивные аффекты сами по себе не порождают травму, и при определенных условиях они могут даже желаться... И лишь подавление этого, капитуляция к полной беспомощности и безнадежности и продвижение к кататонOIDному состоянию делают ситуацию травматической. Травматическое состояние нельзя ни приравнять к интенсивным аффектам, которые могут положить ей начало, ни понять через них» (Кристал, 2006, с. 313). Подчеркивая различие психического состояния при психической травме от других, Г. Кристал ввел специальный термин «катастрофическая травма».

Л. А. Пергаменщик, подчеркивая неоднозначность термина «травма», вносит еще большее его разночтение, называя наряду с некоторыми зарубежными коллегами психологическую травму «психологической» и фокусируясь, с одной стороны, на состоянии, а с другой стороны — на изменениях в картине мира человека вследствие этого состояния. По его словам, «психологическая травма — потрясение, переживание особого взаимодействия человека и окружающего мира с утратой веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю» (Пергаменщик, 2004, с. 12). Во-первых, неясно, чем такое определение психологической травмы отличает ее от психической. Во-вторых, безусловно, пережитые потрясения могут и оставляют след в жизни человека, как любое значимое событие. Более того, они могут повлечь и психические нарушения, такие, например, как депрессия, тревожное расстройство, психосоматические нарушения. Однако, как писал Г. Кристал, «то, что часто описывается как психическая травма, в действительности имеет отношение к околотравматическим ситуациям, которые не становятся травматическим состоянием, но которые в процессе предотвращения порождают невротические или другие симптомы», т. е., добавим, их можно отнести к другим психогенным расстройствам (Кристал, 2006, с. 351).

Здесь уместно вспомнить и сегодня актуальное предостережение А. Фрейд, что расширительное, даже «небрежное», по ее словам,

употребление понятия «травма» «...неизбежно приведет, с течением времени, к неясности смысла и, в конечном счете, к отказу от него и утрате ценного понятия» подобно тому, как это случалось с другими концепциями (Freud, 1967, p. 235). «Всегда, когда я испытываю искушение назвать событие в жизни ребенка или взрослого “травматичным”, я задаю себе ряд вопросов: имею ли я в виду, что данное событие было расстраивающим; что оно имело значение для изменения дальнейшего хода развития? Или же я действительно думаю, что травматическим в самом строгом смысле этого слова. Травматическое событие — это сокрушительное, опустошающее, вызывающее внутреннее крушение — то, что выводит из строя функционирование и посредничество Эго...» (там же, с. 214). Об этом предупреждали и другие исследователи, указывающие на «разжижение» концепции травмы и угрозу ее полезности. Ее специфику они определяли «подавляющим, парализующим психическим состоянием, которое подразумевает обязательную психопатологию» (Furst, 1967). Как отмечает Н. В. Тарабрина, «стресс становится психической травмой, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями» (Тарабрина, 2009, с. 14); «“стресс” соотносится с понятиями гомеостаза, адаптации и “нормальности”, тогда как термин “травматический стресс” — скорее с нарушениями, расстройствами, психопатологическими реакциями» (Тарабрина, 2009, с. 15).

Таким образом, в понимании концепции «психическая травма» запускающим является экстраординарное внешнее воздействие (потенциально травмирующее событие), остроэмоциональный специфичный (бессилие и капитуляция) ответ на него, но ключевым является нанесенный психическому здоровью человека вред.

Литература

- Бурмистрова Е. В., Федунина Н. Ю. Психическая травма. К истории вопроса // Журнал Практической Психологии и Психодиагностики. 2005. Т. 13. № 5. С. 164–90.*
- Жарук И. А., Баиндурашвили А. Г., Залетина А. В. История формирования и начало развития подходов к понятию психической травмы. На основе работ Зигмунда Фрейда 1880-х–1900-х годов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12. № 10А. С. 20–39.*

- Кристал Г.* Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
- Решетников М.М.* Современная проблематика психической травмы и посттравматического расстройства [Электронный ресурс]. Психологическая газета. 12.08.2022. URL: <https://psy.su/pubs/10186/> (дата обращения: 1.04.2025)
- Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. М: МЕДпрессинформ, 2008.
- Пергаменщик Л.А.* Кризисная психология. Учебное пособие. Минск: Вышэйшая школа, 2004.
- Тарабринна Н.В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Семейная психотерапия. Сост. Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2000.
- Freud A.* Comment on trauma // *Psychic Trauma* / S.S. Furst (Eds.). New York: International Universities Press: Basic Books, 1967. P. 235–245.
- Furst S.S. (Ed.).* *Psychic trauma*. New York: Basic Books, 1967.

Психодиагностический алгоритм прогноза посттравматического стрессового расстройства у лиц с боевой травмой

O. C. Kovshova

Самарский государственный медицинский университет
Минздрава России, Самара, Россия
Ol1955ga@yandex.ru

В статье с методологическим обоснованием рассматривается клинико-психологическое сопровождение военнослужащих (40 человек), которые проходили медико-психологическую реабилитацию в Самарском госпитале ветеранов войн в 2023 году. Установлено, что в развитии посттравматических стрессовых нарушений (ПТСН) наименее благоприятной является 1-я группа — мужчины-участники СВО. У них преобладает демонстративно-возбудимая типология личности, высокие показатели тревоги и депрессии, снижение фрустрационной толерантности и социальной адаптации. На основании полученных результатов

исследования разработан диагностический алгоритм — получена регрессионная математическая модель значимых психологических факторов — типа и направления эмоционального реагирования — «переработка агрессии» (E/e), сумма необходимо-упорствующих реакций ($\sum NP$), позволяющая в 70% случаев достоверно прогнозировать развитие ПТСН у воинов.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые нарушения, тип и направление эмоционального реагирования, психосоциальная адаптация

В настоящее время психологическая реабилитация военно-служащих, участников специальной военной операции, которые перенесли значительные психотравмирующие воздействия в ходе участия в боевых действиях, представляет собой актуальную проблему. Психологическая травма, связанная со стрессом, полученным при участии в боевых действиях, является одним из основных внутренних барьеров для адаптации военнослужащих к мирной жизни (Дереча, Дереча, 2023; Резник, Сюняков, 2020; Ройтер, 2021; Ben, Hayes, 2018; Elshansky et al., 2018). Необходимо работать с психологическими травмами и вырабатывать конструктивные механизмы психологических защит выхода из стрессовых ситуаций (Решетников, 2023).

В 2025 году в Самаре начал действие инновационный проект «Сердце воина» при поддержке Агентства стратегических инициатив и при личном участии губернатора В.А. Федорищева. Комплексный межведомственный план мероприятий по оказанию помощи гражданам, вернувшимся со специальной военной операции, включает социальные гарантии, клинико-психологическую реабилитацию, трудоустройство, а также организацию свободного времени. Медицинские психологи используют системный целостный подход в комплексном исследовании психики человека в работе с пациентами при клинико-психологических вмешательствах.

Цель: выявить значимые психологические факторы в развитии посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий, переживших острый и хронический стресс.

Выборка. Исследование проводилось на базе Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн им. О.Г. Яковлева. В исследовании приняли участие 40 мужчин. На основании анализа врачебных заключений стационарных и амбулаторных карт были сформированы две группы сравнения. Первая группа мужчин, участвовавших

в специальной военной операции (20 человек): возраст от 22 до 66 лет; диагнозы: M42.1, G93.4, T90.8, M50.8, T94.0, G57.0, I25.8, H47.2. Вторая группа мужчин, участвовавших в Афганской войне (20 человек): возраст от 54 до 69 лет; диагнозы: M51.0, M42.1, T90.8, I25.8, G93.4.

Методы исследования. Наблюдение; клиническая беседа; психологическое тестирование: тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда, Методика «Акцентуации характера и темперамента личности» (1970), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale, HADS), Тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций.

Для статистической обработки данных использовалась программа SPSS-2022.

Результаты. Проведенное нами исследование было направлено на выявление значимых психологических факторов в развитии посттравматических стрессовых нарушений (ПТСН) у ветеранов боевых действий, переживших острый и хронический стресс. В характерологическом портрете личности мужчин первой группы, имеющих практический опыт современных боевых действий, преобладает смешанное эмоциональное реагирование по демонстративно-возбудимому типу. У мужчин второй группы сравнения характерологический портрет личности отличается от мужчин первой группы, и у них преобладает смешанное эмотивно-застраивающее эмоциональное реагирование.

По результатам методики рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга у мужчин второй группы сравнения были выявлены достоверно значимые различия по сравнению с мужчинами первой группы по типу направленности реакций «I» ($2,95, p < 0,05$). У мужчин первой группы сравнения преобладают импунистивные реакции ($\sum M = 11,5, p < 0,05$). У мужчин второй группы сравнения значительно преобладают интропунитивные реакции ($\sum I = 6,6, p < 0,05$). «Степень агрессивности, направленной вовне» ($\Sigma E / \Sigma M = 0,7; 1,1$) у первой группы достоверно ниже, чем во второй группе. Значимые различия были получены по показателю «степени социальной адаптации» (GCR). У мужчин первой группы выявлены достоверно значимые низкие показатели GCR (38,9%, $p < 0,05$) по сравнению с мужчинами второй группы, что говорит о сложности адаптации в послевоенной жизни, затруднении прогнозирования дальнейшей деятельности и места в обществе (норма $> 45\%$ по Н.В. Тарабриной). Во второй группе GCR в пределах нормы (52%, $p < 0,05$).

Среди мужчин — ветеранов боевых действий в развитии посттравматических стрессовых реакций наименее благоприятной является первая группа, имеющая самозащитный, импульсивный тип эмоционального реагирования, который имеет неадаптивные психологические характеристики (согласно нормативному стандарту по Н. В. Тарабриной): значительное повышение импульсивных реакций в 1,5 раза и снижение экстра- и интрапунитивного реагирования ED (38%)>OD (34%)>NP (28%), что свидетельствует о неудовлетворении потребности, затруднении разрешения конфликтных ситуаций, снижении фрустрационной толерантности и социальной адаптации (GCR=38,9%).

У мужчин первой группы имеются достоверно значимые различия по сравнению с мужчинами второй группы по шкалам тревоги (6,8, $p < 0,05$) и депрессии (5,8, $p < 0,05$).

По результатам сравнения значений Миссисипской шкалы выявлено, что средний показатель выше в первой группе обследования, но он не достигает значений ПТСР. У мужчин — участников СВО (1-я группа) диагностированы достоверно высокие значения посттравматических стрессовых нарушений (ПТСН) (70,2, $p < 0,05$) по сравнению со второй группой мужчин — ветеранов боевых действий.

У мужчин — ветеранов боевых действий отмечена высокая достоверно значимая связь посттравматических стрессовых нарушений с тревогой ($r=0,587^{**}$) и депрессией ($r=0,798^{**}$), особенно в первой группе сравнения.

У мужчин — ветеранов боевых действий в развитии посттравматических стрессовых нарушений регистрируется высокая достоверно значимая связь с «возбудимой» ($r=0,652^{**}$) и «застраивающей» ($r=0,501^{**}$) акцентуациями характера в первой группе сравнения.

У мужчин — ветеранов боевых действий в развитии посттравматических стрессовых реакций определены достоверно значимые факторы психической дезадаптации: формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию ED ($r=0,451^{**}$); снижение баланса агрессивности вовне ($\Sigma E / \Sigma M$), предрасположенность к психосоматическому реагированию (i , при $r=-0,546^{**}$), низкая фрустрационная толерантность и социальная адаптация (GCR=38,9%).

При рассмотрении индивидуальных показателей у 20 обследуемых участников СВО в первой группе у 7 человек выявлены отдельные симптомы ПТСР, только у двух человек — признаки клинического варианта ПТСР.

По математической модели регрессионного анализа на основе полученных показателей была получена математическая модель (К): окон-

ло 80% прогноза посттравматических стрессовых нарушений (ПТСН) с высокой достоверностью прогноза ($p < 0,001$):

$$K_{\text{ПТСН}} = 83,59 + (5,6 \times F1) - (3,6 \times F2), \text{ где:}$$

F1 — «переработка агрессии» (E/e);

F2 — сумма необходимо-упорствующих реакций ($\sum NP$).

Диагностический алгоритм (регрессионная модель), включающий показатели психодиагностической оценки ПТСН у мужчин, позволяет с высокой точностью и достоверностью (80%) прогнозировать развитие ПТСН, что может использоваться при медико-психологической реабилитации мужчин, перенесших острый и хронический стресс в условиях боевых действий. При $K \geq 60$ баллов делается положительный прогноз развития ПТСН (в 80% случаев); при $K = 40-60$ баллов — неустойчивый прогноз ПТСН.

Выводы

1. У мужчин — участников СВО по сравнению с ветеранами Афганистана достоверно высокий уровень тревоги и депрессии. Тип направления эмоционального реагирования в ситуациях фruстрации у лиц СВО идет по импультивному (M), препятственно-доминантному (OD), с низкой фрустрационной толерантностью и низким GCR ($p < 0,05$).
2. Диагностический алгоритм (регрессионная модель), включающий показатели психодиагностической оценки ПТСН у мужчин, позволяет с высокой точностью и достоверностью (80%) прогнозировать развитие ПТСН: при $K \geq 60$ баллов делается положительный прогноз развития ПТСН (в 80% случаев); при $K = 40-60$ баллов — неустойчивый прогноз ПТСН.

Литература

Дереча В.А., Дереча Г.И. Психогенные переживания и расстройства. М.: Юрайт, 2023.

Резник А.М., Сюняков Т.С. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. 2020. № 6. С. 31–36.

Решетников М.М. Психическая травма. М.: Юрайт, 2023.

Ройтер К. Диалектическая поведенческая терапия ПТСР: тренинг на- выков. Практические упражнения для преодоления травмы и пост- травматического стрессового расстройства. М.: Диалектика, 2021.

Ben B.J., Hayes A.M. The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment. // Psychiatry Research. 2018. V. 259. P. 442–449.

Elshansky S.P., Anufriev A.F., Polyakova O.B., Semenov D.V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. № 104 (6). Art.1000322.

Посттравматический стресс как предмет эмпирического исследования

C.B. Колобова

Мариупольский государственный университет
им. А.И. Куинджи, Мариуполь, Россия
prgaga@mail.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психическое расстройство, возникающее в результате переживания или свидетельства травматических событий. В последние десятилетия ПТСР стал объектом интенсивных эмпирических исследований, что связано с его значительным влиянием на качество жизни и функционирование людей. Цель данной статьи — рассмотреть ПТСР как предмет эмпирического исследования, проанализировать методы, используемые для его изучения, и обсудить результаты, полученные в ходе исследований. Эмпирические исследования посттравматического стрессового расстройства направлены на глубокое изучение этих симптомов, их причин и последствий. Таким образом, эмпирические данные играют ключевую роль в совершенствовании диагностики и лечения ПТСР, а также в разработке рекомендаций для профессионалов в области психического здоровья.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, стратегии совладания, депрессия, травматическое событие, тревога, флешбэки

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было впервые официально описано в третьем издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III), опубликованном Американской психиатрической ассоциацией в 1980

году. Это событие стало значимым этапом в области психиатрии, так как ПТСР был признан как отдельная клиническая единица, что способствовало более глубокому пониманию последствий травматических событий для психического здоровья. С момента его введения в диагностическую практику концепция ПТСР претерпела значительные изменения как в теоретическом осмыслении, так и в диагностических критериях (Тарабриня и др., 2017).

Современные критерии диагностики ПТСР, представленные в пятом издании DSM (DSM-V), выделяют четыре основные группы симптомов, которые характеризуют это расстройство. Первая группа включает повторяющиеся и навязчивые воспоминания о травматическом событии, что может проявляться в виде флешбэков,очных кошмаров или настойчивых мыслей о пережитом травматическом опыте. Эти симптомы часто приводят к значительному эмоциональному дистрессу и могут мешать нормальному функционированию человека. Вторая группа симптомов связана с избеганием. Пациенты с ПТСР часто стремятся избегать всего, что может напоминать им о травме, включая места, людей и даже разговоры на эту тему. Это избегающее поведение может значительно ограничивать их социальное взаимодействие и качество жизни. Третья группа симптомов охватывает негативные изменения в настроении и когнитивных процессах. Это может включать в себя постоянное чувство страха, стыда или вины, а также трудности с концентрацией и памятью. Люди с ПТСР могут испытывать отчуждение от окружающих и испытывать трудности в установлении и поддержании близких отношений. Четвертая группа симптомов связана с повышенной возбудимостью и реактивностью. Это может проявляться в виде раздражительности, агрессивного поведения и проблем со сном. Эти симптомы могут быть результатом хронического стресса, что приводит к состоянию постоянной тревоги (Бостанова, Бостанова, 2018; Бостанова, Богатырева, Акбаева, 2019).

Эмпирические исследования посттравматического стрессового расстройства направлены на глубокое изучение этих симптомов, их причин и последствий. В рамках таких исследований ученые используют разнообразные методологические подходы, включая количественные и качественные методы, чтобы лучше понять механизмы формирования ПТСР и его влияние на индивидуальное и общественное здоровье. Эти исследования помогают выявить не только факторы риска, способствующие развитию ПТСР, но и механизмы защиты, а также эф-

фективность различных терапевтических интервенций. Таким образом, эмпирические данные играют ключевую роль в совершенствовании диагностики и лечения ПТСР, а также в разработке рекомендаций для профессионалов в области психического здоровья.

Эмпирические методы исследования ПТСР

1. Количественные методы

Количественные методы являются основным инструментом для изучения ПТСР. Они включают в себя использование стандартных опросников и шкал, таких как, например:

- Опросник посттравматического стрессового расстройства (PCL) для оценки наличия и интенсивности симптомов ПТСР (Тарабрина и др., 2017);
- Опросник депрессии Бека (BDI) — используется для выявления сопутствующих депрессивных симптомов (Тарабрина и др., 2007);
- Шкала состояния тревожности Спилбергера для оценки уровня тревожности у испытуемых.

Эти инструменты позволяют собирать количественные данные, которые можно анализировать с использованием статистических методов, таких как корреляционный анализ, регрессионный анализ и факторный анализ.

2. Качественные методы

Качественные методы исследования ПТСР включают в себя глубинные интервью и фокус-группы. Эти методы позволяют исследовать субъективный опыт людей, переживших травму, а также выявлять индивидуальные различия в восприятии и преодолении травмы. Качественные данные помогают дополнить количественные результаты, предоставляя более глубокое понимание симптомов и механизмов адаптации.

3. Лонгитюдные исследования

Лонгитюдные исследования играют важную роль в изучении динамики ПТСР. Они позволяют отслеживать изменения в симптомах и механизмах совладания на протяжении времени после травматического события. Такие исследования помогают выявить факторы, способствующие улучшению или ухудшению состояния пациентов.

Результаты эмпирических исследований

1. Распространенность ПТСР

Эмпирические исследования показывают, что распространенность ПТСР варьируется в зависимости от контекста травмы (Идрисов, 2002). Например, среди ветеранов войн распространенность может достигать 30%, тогда как у людей, переживших природные катастрофы, этот показатель составляет около 10%.

2. Факторы риска и защиты

Исследования выявили множество факторов риска, способствующих развитию ПТСР (Падун, 2018; Лошинин, 2021). К ним относятся:

Предшествующие психические расстройства: наличие депрессии или тревожных расстройств увеличивает вероятность развития ПТСР.

Социальная поддержка: отсутствие социальной поддержки является значительным фактором риска.

Личностные характеристики: низкая устойчивость к стрессу и высокая восприимчивость к негативным эмоциям могут способствовать развитию ПТСР.

Факторы защиты включают в себя наличие крепких социальных связей, эффективные стратегии совладания и доступ к психотерапевтической помощи.

3. Эффективность интервенций

Эмпирические исследования, посвященные лечению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), активно изучают эффективность различных терапевтических модальностей (Туркингтон, Браун, Холмогорова, 2011; Ичтовкина и др., 2015; Прашко, Можны, Шлепецки, 2015; Кадыров, Венгер, 2021). В частности, значительное внимание уделяется оценке когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и экспозиционной терапии, которые неоднократно демонстрировали высокую эффективность в снижении выраженности симптомов ПТСР. Метаанализы, включающие обширные выборки пациентов с разнообразными травматическими переживаниями, подтверждают статистически значимое улучшение показателей, таких как частота и интенсивность флешбэков,очных кошмаров, избегающего поведения и гипервозбудимости после прохождения курсов КБТ и экспозиционной терапии. Более того, исследования выявляют специфические механизмы действия этих методов, например, реструктуризацию негативных когнитивных схем (в случае КБТ) и габитуацию (при экспозиционной терапии), способствующие снижению эмоциональной реактивности на травмирующие стимулы.

Помимо КБТ и экспозиционной терапии, растущий интерес вызывает применение методов, основанных на внимательности (mindfulness-

based interventions, MBI). Исследования демонстрируют позитивное влияние MBI на различные аспекты ПТСР, включая регуляцию эмоций, снижение уровня тревоги и улучшение качества жизни пациентов. Механизмы действия MBI в лечении ПТСР связывают с развитием способности к саморегуляции, повышением осознанности телесных ощущений и эмоциональных состояний, а также с ослаблением реакции на травмирующие воспоминания. Однако необходимо отметить, что результаты исследований эффективности MBI в лечении ПТСР пока менее однозначны, чем в случае КБТ и экспозиционной терапии, и требуют дальнейшего изучения с использованием строгих методологических подходов, таких как рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с крупными выборками. Кроме того, необходимы дополнительные исследования, чтобы определить оптимальные параметры применения MBI в контексте лечения ПТСР, включая продолжительность терапевтического курса, частоту сессий и специфические техники, наиболее эффективные для данной клинической группы.

Заключение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой сложный феномен, требующий междисциплинарного подхода к исследованию. Эмпирические исследования ПТСР охватывают широкий спектр методологических подходов, включая продольные когортные исследования, случай-контроль исследования, клинические испытания и нейробиологические исследования. Эти исследования используют разнообразные инструменты сбора данных, такие как структурированные клинические интервью (например, Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS), самооценки (например, PTSD Checklist, PCL), нейровизуализационные техники (например, функциональная магнитно-резонансная томография, фМРТ), а также биомаркеры (например, уровень кортизола в слюне).

Полученные эмпирические данные позволяют углубить понимание этиопатогенеза ПТСР, выявляя как биологические факторы риска (например, генетическая предрасположенность, особенности нейроанатомической структуры и функциональной активности мозга), так и психосоциальные факторы (например, тяжесть травмы, наличие социальной поддержки, индивидуальные когнитивные и эмоциональные характеристики). Кроме того, эмпирические исследования способствуют разработке и совершенствованию методов диагностики и лечения ПТСР, оценивая эффективность различных терапевтических интервенций, включая

психотерапевтические методы (например, когнитивно-поведенческая терапия, экспозиционная терапия) и фармакологические средства (например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — СИОЗС).

Будущие исследования должны быть направлены на уточнение моделей патогенеза ПТСР, учитывая взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Необходимо больше внимания уделять изучению гетерогенности ПТСР, разрабатывая более персонализированные подходы к лечению, основанные на индивидуальных особенностях пациентов. Важным направлением является дальнейшее изучение долгосрочных последствий ПТСР и разработка эффективных стратегий профилактики, ориентированных на раннюю идентификацию лиц с высоким риском развития ПТСР и на представление своевременной психологической поддержки. Многоуровневый подход, учитывающий как индивидуальные особенности (биология, когнитивные стили), так и социальный контекст (социальная поддержка, культурные факторы), является необходимым условием для успешного прогресса в понимании и лечении ПТСР.

Литература

- Бостанова Л.Ш., Богатырева А.С., Акбаева Д.Д. Психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств // Ученые записки университета Лесгафта. 2019. № 11 (177). С. 494–499.*
- Бостанова Л.Ш., Бостанова С.Н. Теоретический анализ проблемы посттравматического расстройства личности // Ученые записки университета Лесгафта. 2018. № 10 (164). С. 363–369.*
- Идрисов К.А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.*
- Ичтовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г., Эпштейн А.М. Комплексная терапия психогенных расстройств комбатантов. Вестник современной клинической медицины. 2015. № 6. С. 17–24.*
- Кадыров Р.В., Венгер В.В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиология, диагностика и психотерапия [Электронный ресурс] // Психолог. 2021. № 4. URL: URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=35811 (дата обращения: 07.02.2025)*
- Туркингтон Д., Браун С., Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и*

- основные техники работы с галлюцинациями и бредом [Электронный ресурс] // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 1. С. 25–32. URL: <https://ctmd.psypharma.ru/index.php/ctmd/article/view/243> (дата обращения: 01.04.2025)
- Лощинин Г.А.* К вопросу об этиологии посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. № 2 (33). С. 125–132.
- Падун М.А.* Социокультурные факторы в переживании посттравматического стресса [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2018. № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf> (дата обращения: 07.02.2025)
- Прашко Я., Можны П., Шлепецки М.* Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015.
- 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.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.
- 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. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.

Особенности современных направлений психологических исследований посттравматического стресса

K. C. Laas, A. B. Korostyleva

Санкт-Петербургский университет Государственной
противопожарной службы МЧС России,
Санкт-Петербург, Россия
laaskira@yandex.ru
alisakorostyleva3100@yandex.ru

В статье рассматривается история развития исследований посттравматического стресса. Авторы акцентируют внимание на росте количества и интенсивности стрессоров в современном обществе. Последовательная

смена одной стрессовой ситуации на другую и взаимное их наложение друг на друга свидетельствуют о возможности проявления посттравматического синдрома, обусловленного не только хорошо изученными факторами, но и особенностями нынешних реалий. Авторы статьи основное внимание уделяют обзору как традиционных, так и новых направлений в развитии психологических исследований посттравматического стресса. Были рассмотрены известные теоретические подходы посттравматического стрессового расстройства. Проведенное исследование позволило сделать вывод о необходимости расширения направлений исследований посттравматического стресса и применения современных технологий и методов восстановления психического здоровья.

Ключевые слова: посттравматический стресс, ПТСР, стресс, стресс-согенная ситуация, травма

В настоящее время политические, социальные и экономические процессы в обществе создают достаточно напряженную атмосферу, характеризующуюся повышенным уровнем стресса у людей. Особенностью современного общества является то, что интенсивность стрессовых ситуаций имеет тенденцию к росту, что вызывает не просто тревогу и беспокойство, а панику, страх и навязчивые воспоминания, приводящие к психическому заболеванию (Бонкало, 2023). Следует также отметить, что в настоящее время значительно расширился список причин посттравматического стресса. Это не только чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, аварии, физическое насилие, военные действия и высокая активность террористических и экстремистских группировок, но и условия глобализации, стремительная цифровизация всех сфер жизни, финансово-экономические кризисы, пандемия, оказывающие значительное влияние на людей в современных условиях. Таким образом, в современных условиях человек постоянно находится в напряжении, когда одна стрессовая ситуация сменяется другой или они накладываются друг на друга, что значительно снижает уровень индивидуальной психологической устойчивости и способствует увеличению интенсивности стрессовых ситуаций. В связи с этим тема изучения посттравматического стресса становится все более актуальной в настоящее время.

История развития психологических исследований посттравматического стресса берет свое начало еще в Древней Греции, когда Геродотом и Лукрецием были описаны случаи появления тревожности и

раздражительности у солдат. Однако первый систематизированный подход к описанию посттравматического стресса и его симптомов был дан Д. Е. Эриксоном в 1867 году. В 1871 году во время гражданской войны в Америке Джейкобом Мендесом Да Костой был описан синдром «солдатское сердце», сопровождающийся нарушением дыхания и чувством тяжести в грудной клетке (Солдаткин и др., 2015). В дальнейшем Х. Опенгейм развел эту теорию, определив травматический невроз через эмоциональное состояние, возникшее под воздействием психологической травмы, полученной в боевых условиях.

Очередным витком развития психологических исследований посттравматического стресса стала Первая мировая война. В 1915 году Ч. Майерс для описания посттравматического стрессового состояния у солдат ввел два понятия: «военный невроз» и «снарядный шок», связанных с получением травм в результате артиллерийских атак. Важным заключением Майерса для последующих исследований стали выводы о том, что посттравматический стресс возникает только у тех, кто к этому предрасположен под влиянием провоцирующих факторов, в данном случае военных действий. Однако полное описание симптомов военного невроза относится к периоду уже Второй мировой войны (Пятибратова и др., 2023). Ряд психологических исследований, проведенных отечественными и зарубежными учеными на основе собранного уникального материала, позволил сделать заключение, что термин «травматический невроз» не обладает дифференциированностью и четкими критериями диагностируемости. В связи с этим он был заменен понятием «посттравматическое расстройство» (Давиденков, 1955).

Дальнейшее развитие психологических исследований посттравматического стресса связано с изучением Питером Г. Борном симптомов повторяющихся навязчивых воспоминаний после локальных военных действий в Корее и Вьетнаме. Эта симптоматика не могла быть применена ни к одной из общепризнанных нозологий. В результате М. Горовитцем в 1980 году было предложено выделить синдром посттравматического стрессового расстройства. Следует отметить, что на этом заканчивается изучение симптомов посттравматического стресса в результате военных действий. Данный и последующие периоды характеризуются не только локальными войнами в Афганистане, Чечне, Югославии, но и глобальными чрезвычайными катастрофами, такими как землетрясение в Армении, авария на Чернобыльской АЭС,

катастрофа на Фукусиме, взрывы на шахте в Кемеровской области и серии терактов в Нью-Йорке, на Бали, в Беслане.

Таким образом, в настоящее время можно выделить несколько направлений психологических исследований посттравматического стресса:

- Исследования особенностей поведения личности в результате боевых действий. Большое количество локальных военных конфликтов, которые вовлекают все больше людей и стирают границы между странами (конфликт в Украине, конфликт между Израилем и Палестиной, армяно-азербайджанский конфликт). По официальным данным, в 2024 году в дремлющей или активной фазе военных конфликтов находится около 20 стран мира (Гилева, 2024).
- Исследования особенностей поведения личности после катастроф. Антропогенное воздействие на природу и стремительное внедрение новых технологий является причиной того, что количество чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера стремительно увеличивается (Королев и др., 2023).
- Исследования особенностей поведения личности в результате террористической угрозы и ее последствий. Рост активности террористических и экстремистских организаций во всем мире оказывает прямое влияние на рост числа вовлеченных в этот процесс людей, как непосредственных участников, так и косвенных жертв терактов (Тарабрина, 2009).
- Исследования особенностей поведения личности у жертв сексуального насилия, у онкологических больных и в результате суициdalного поведения можно определить в одну группу по признаку массовости вовлечения людей в этот процесс. Тем не менее данные направления в настоящее время актуальны. Рост числа психических расстройств в результате депрессии, страха и тревожности приводит к усугублению общей психопатологии.
- Исследования особенностей поведения личности в результате радиационной угрозы и его последствий. На фоне продолжающихся военных конфликтов большое количество людей испытывает стресс от возможности применения ядерного оружия, а также угрозы химического и биологического поражения.

Развитие психологических исследований посттравматического стресса на современном этапе может быть связано с изучением особенностей поведения детей в результате роста объема поступающей инфор-

мации и количества источников информации. В настоящее время данные стрессоры оказывают огромное влияние на несформировавшуюся психику детей всех возрастов. Отсутствие ограничительных барьеров, фильтрующих информацию, и уязвимость к воздействию стрессоров относят детей к отдельной группе при изучении посттравматического стресса. На сегодняшний день это одна из наиболее острых проблем современного общества. Несмотря на большое внимание к процессу воспитания в образовательных учреждениях, зачастую дети остаются в одиночестве со своими проблемами и той информацией, которую они могут получить из открытых источников.

Одним из новых направлений психологических исследований посттравматического стресса является изучение межпоколенческого травматизма на фоне разрушения семейных устоев, утраты семейных ценностей и отсутствия детско-родительского взаимодействия (Тарабрина, Майн, 2015).

Также особого внимания заслуживает направление исследования психологических последствий влияния на человека такого стрессора, как утрата близкого человека. На фоне других стрессовых ситуаций люди очень тяжело переживают смерть, и зачастую этот факт является основополагающим в сохранении психологического благополучия.

Следует отметить и тот факт, что на фоне пандемии в обществе также наблюдаются симптомы посттравматического стресса. Особенности возникновения и протекания болезни вызывают тревожность и в некоторых случаях панику даже при обычном респираторном заболевании. Кроме того, информация о биологическом оружии как источнике возникновения пандемии свидетельствует о том, что исследования в данном направлении тоже актуальны.

Таким образом, востребованность и расширение направлений психологических исследований посттравматического стресса является одной из важных задач современного общества не только в силу роста интенсивности стрессоров, но и роста числа людей, которые испытывают их влияние на себя как непосредственно, так и косвенно. Кроме того, эти процессы могут затронуть не одно поколение в будущем, поскольку признаки посттравматического стресса редко исчезают полностью.

В настоящее время в результате развития и систематизации большого количества исследований посттравматического стресса сформулировано несколько теоретических моделей (психодинамическая, когнитивная, психосоциальная и психобиологическая). На основе этого разработана мультифакторная теория изучения посттравматического

стресса. Однако до сих пор не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей происхождение и механизмы возникновения и развития этого явления. Кроме того, особенности современного общества требуют разработки новых теоретических подходов к исследованию посттравматического стресса и поиска новых более совершенных подходов лечения (Бундало, 2007).

Таким образом, на современном этапе для создания эффективной коррекции функционирования травматической личности необходимо использование комплексного подхода на основе применения новых знаний, технологий и методов.

Литература

Бундало Н.Л. Актуальные вопросы этиологии посттравматического стрессового расстройства // Сибирское медицинское обозрение. 2007. Т. 42. № 1. С. 3–10.

Бонкало Т.И. Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс]: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/daydzhestmeditsinskii-turizm-i-eksport-meditsinskikh-uslug/> (дата обращения: 09.02.2025)

Гилева К. Военные конфликты в 2024 году: где сейчас горячие фазы. Карта [Электронный ресурс]. URL: <https://ura.news/news/1052820025> (дата обращения: 09.02.2025)

Королев Д. С., Вытовцов А. В., Куприенко П. С., Русских Е. А. Статистический анализ чрезвычайных ситуаций природного характера в мире и на территории Российской Федерации // Техносферная безопасность. 2023. № 3 (40). URL: [https://uigps.ru/userfls/ufiles/nauka/journals/ttb/TB%203%20\(40\)/12.pdf/](https://uigps.ru/userfls/ufiles/nauka/journals/ttb/TB%203%20(40)/12.pdf) (дата обращения: 09.02.2025)

Давиденков С.Н. Неврозы и их предупреждение. Ленинград: Медгиз, 1955.

Пятибратова И.В., Крылов С.Ю., Якушева О.В. Обзор теоретико-методологических подходов в изучении посттравматического стрессового расстройства // Живая психология. 2023. Т. 10. № 6 (46). С. 35–43.

Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Сукиасян С.Г., Каргина А.М. Посттравматическое стрессовое расстройство: Эволюция взглядов на происхождение // Материалы Российской научной конференции с международным участием «Психопатология войны: психические

- и поведенческие расстройства у жертв тяжелого стресса». Ростов-на-Дону, 2015. С. 210–218.
- Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабрина Н. В., Майн Н. В. Межпоколенческая психотравматизация усыновителей и качество приемной семьи // Проблема сиротства в современной России: психологический аспект (Фундаментальная психология — практике). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 517–545.

От психологии травмы к метапсихологии экстремального бытия личности

М. Ш. Магомед-Эминов

Московский государственный университет
им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
m_sh_m@mail.ru

Мириады последствий психологической травмы, многообразие их интерпретаций не только создают научно-теоретическую неопределенность и практические трудности, но и ставят онтологическую задачу предельного вызова опыта перед каждым человеком. Травма открывается негативными, нейтральными, позитивными аспектами, требуя сборки из многообразных сторон идентичности. Взгляд на психологическую травму осуществляется с учетом современных реалий и подходов в русле разработок 35-летнего проекта НИР «Личность в экстремальной, стрессовой жизненной ситуации». В теоретико-методологическом плане проблематизируются понятия «личность» и «стресс», осуществляется переход от психологии к личностно-ориентированной человечекомерной трансформационной онтологии личности как человеческой индивидуальности. В конкретно-научном плане рассматривается переход от стимульно-реактивных моделей к личностному опосредствованию травматического стресса или ситуации предметной деятельности как субстанции психического самого субъекта.

Ключевые слова: травма, трансформационная онтология личности, работа личности, идентичность, смысл, экзистенциальный вызов,

посттравматический рост, посттравматическое обесценивание, резильтентность, стойкость, трансгрессия

Травма не тождественна ПТСР, а имеет мириады последствий и траекторий жизни человеческой индивидуальности в трансординарном бытии. Травма подобно двуликуму Янусу открывается не только своей негативной стороной расстройства и страданий (ипостась, закрывающая возможности), но и обратной, позитивной стороной стойкости и мужества, духовного роста и аутентичности личности (ипостась, открывающая возможности). Для концептуализации феномена бытия травмы и предельного опыта человека в полной научно-теоретической конкретности, охватывающей не только негативную, но и обратную, позитивную сторону травмы в диалектике триады «расстройство — стойкость — рост», предпринимается теоретико-методологический сдвиг: 1) от натуралистической парадигмы психологии стресса и травмы, 2) к историческому пониманию предельного бытия человеческой индивидуальности, 3) в которой личность осуществляет экзистенциально-личностную практику над собой — над своей жизнью, субъектностью, 4) отправляясь из разных смысловых горизонтов, 5) задаваемых заботой о себе (в том числе работой личностных смыслов) и заботой о другом (в том числе работой культурных универсалий) (Магомед-Эминов и др., 1989; Magomed-Eminov, 1996; Магомед-Эминов, 1998, 2007).

Многоликий Протей. Согласно социокультурному, деятельностному подходу к человеческой субъективности, личности, реализующему принцип историзма Маркса, человеческая индивидуальность определяется (добавим, и самоопределяется) на ансамбле жизненных отношений (природных и общественных), реализуемых в многообразных деятельностих. Между тем в теориях деятельности, социокультурной обусловленности человека в этом моменте завязывания отношений, деятельности в узлы человеческой субъективности, личности имеется теоретический провал, редуцирующий феномен онтологически-личностного синтеза в многообразии отношений и деятельности.

Нужно учитывать, что системная, историческая целостность ансамбля не является тотальностью «бесшовной». Она содержит в себе противоречия, разрывы, которые требуют синтетической (историко-критической) практики человека над собой (Магомед-Эминов, 1998). Необходимость в ней особенно явно проявляется в экстремальном бытии личности в со-бытии с другими.

Действительно, бытие травмы указывает на множественную трансформацию личности, формирующую множественную идентичность, которая разрывает мультизадачного субъекта, и клиповое сознание, и гибридную идентичность. Возникает необходимость возвратной деконструкции деконструированного, децентрированного субъекта посредством деятельного полагания человека в действительности (Леонтьев, 1975). В критическом бытии личности требуется особая гетерогенная диалектическая работа личности, которая в работе дизъюнктивного синтеза осуществляет сборку многообразия несочетаемых ипостасей идентичности в гетерогенное единство; и производится эта работа сборки в пределах конкретной человеческой единичности (Магомед-Эминов, 2007).

Суть травматической диссоциации раскрывается в фрагментации самоидентичности личности, приводящей к существованию в конкретном единичном, сингулярном человеке многообразия несочетаемых идентичностей. Сборка этих ко-экзистентных субидентичностей конституируется в гетерогенной диалектической практике личности, которая является темпорально-исторической практикой.

Пример конститутивных форм темпоральной практики идентичности: военное Эго и мирное Эго в структуре самоидентичности уцелевшего, человека с травматическим военным опытом, а также констелляция темпоральных идентичностей в модусах прошлого — бывшего (Я), настоящего — происходящего (Я), будущего — грядущего (Я). Военное Эго или идентичность продолжает существовать в мире возращения уцелевшего с войны и становится внутренней преградой, в том числе смысловой, для адаптации, ресоциализации уцелевшего и личностного роста и становления аутентичности личности. Отметим, что природа аутентичности личности гетерогенно-диалектична. Она существует в практике над собой в переходах самобытия и инобытия. То есть аутентичность предполагает рекурсивный круг самоутверждения через самонегацию.

Двуликий Янус, прокладывая рубикон между пре (до) и после (потом), конституирует историчность, живую темпоральность в единстве переходов преисторичности, периисторичности, постисторичности и их рекурсивного темпорально-смыслового круга. Согласно этому движению историчности личности, смысловая работа личности темпоральна и конституируется в диалектике ретроспективного смысла, актуального смысла и проспективного смысла. Другими словами, в единстве

1) смысла того, что было (бывалый человек, умудренный опытом), 2) смысла того, что происходит — живые смыслы (живой человек), 3) смысла наступающего, грядущего (грядущий человек, мессия).

Двуликий Янус травмы проясняет также негативные и позитивные аспекты последствий травмы, и их соотнесение также конституируется в транзитных (или нейтральных) последствиях.

По ту сторону повседневности. Травма ставит человека на границе природного и культурного, индивидного и личностного и задает, как мы уже отмечали, два движения: укоренение в наличном существовании жизни и выход, трансценденция из наличного существования в сверхчувственное социокультурное бытие. Значит, травматический опыт одновременно открывает человека в витальном, жизненном опыте и витальных жизненных смыслах и в трансвitalьном опыте трансценденции жизни. Жизнь, как говорил Ницше, всегда есть превосходжение себя. По Агамбену, интерпретирующему Аристотеля, жизнь имеет два плана: зое — голая жизнь, и биос — благая жизнь, значит, более совершенная жизнь, которая всегда есть выход за пределы голой жизни, голой наличности.

Сделаем следующий вывод. В травматической, экстремальной ситуации человек оказывается на границе в предельном бытии, когда опыт его существования выходит за пределы повседневного, обычного существования, окаймленного горизонтом верховного смысла (конечная смысловая структура верховой реальности — повседневного мира, по Шюцу, перекликающегося с Гуссерлем и отчасти с Хайдеггером) — фундаментального смысла жизни как основание всех конечных смысловых структур регионов повседневного жизненного мира.

Под неповседневным миром, трансцендентным повседневному миру, мы называем опыт существования в выходе из повседневности, когда в мир жизни человека вторгается опыт смерти, небытия, который из потустороннего становится посюсторонней реальностью. Фреймы референции неповседневной реальности и конечные смысловые структуры опыта жизни окаймлены, очерчены смысловым горизонтом фундаментального смысла смерти. В этой несовпадающей с современной научной философской рациональностью дифференциацией мира жизни человека на повседневную и неповседневную реальность строится на их соотнесении и гетерогенной диалектике фундаментального смысла жизни (L -смысла, смысла бытия) и фундаментального смысла смерти (D -смысла, смысла небытия, ничто).

Расширение посттравматического роста. В новой расширенной версии опросника оценки посттравматического роста вводится дополнительное измерение посттравматического обесценивания (Карачева, Магомед-Эминов, 2023). Расширенная концепция роста позволяет нам расширить триадическую модель, трансформировав ее в четырехмерную структуру «посттравматическое обесценивание — расстройство — стойкость — посттравматический рост», или шире «духовное обесценивание — расстройство — стойкость — духовный рост».

Трансформация личности, самоидентичности, аутентичности личности. Экзистенциально-личностное измерение травмы раскрывается на основе трансформации личности, опосредованной транзитной ситуацией перехода из повседневного мира в неповседневный, опосредованной диалектической практикой над собой. Действительно, бытие травмы транзитно. Травма конституируется в переходе личности из повседневного мира (L-смысловая центрация) в неповседневный мир (D-смысловая центрация) и рекурсивной работы — работы возвращения, работы повторения.

Если человек возвращается в повседневность живым, то мы говорим об уцелевшем с трансординарным опытом, в частности травматическим опытом. Имеется мириада последствий этого опыта, негативных — нейтральных — позитивных, в триаде «расстройство — стойкость — рост». Если индивид не вернулся из неповседневного мира в повседневную реальность (живым), из которой он ушел, то мы говорим о феномене утраты и переживания горя.

Травматический опыт повторяется, является рекурсивным как собственный опыт, а опыт утраты значимого другого — как собственный опыт о другом, который не является мною, хотя моим близким и родным.

Концепт повторения Ницше, Фрейда, Дерриды применительно к рекурсивной практике проясняется в других наших работах.

Экстраординарный, трансординарный опыт раскрывает темпорально-смысловую работу личности, которая игнорируется в традиционной психологии, в которой осуществляется переход, трансформация, преобразования, изменение личности, идентичности. Всякая трансформация, становление, развитие, сборка личности, идентичности, ауто-идентичности личности опосредствована рекурсивной темпорально-исторической работой, практикой конкретного человека, личности над собой (как над другим — другим Я и Я другого).

Рекурсивность и триада. Триаду «расстройство — стойкость — рост» можно трактовать диспозиционально, когда акцент делается на устой-

чивые факторы, определяющие эти явления или их процессуальный характер. Мы трактуем эти феномены как продукты рекурсивной работы личности над собой. Значит, формирование, возникновение, производство расстройства, стойкости и роста, в том числе резильентности, осуществляется в рекурсивной работе над собой, в которой они возникают, разворачиваются, развиваются, укрепляются или разрушаются, перерастают, преображаются.

В соответствии с возвратной, круговой темпоральностью рекурсивной работы (Магомед-Эминов, 2007) резильентность не столько диспозиция или процесс, сколько транзитный феномен, производящийся в рекурсивной работе, направленной на фундаментальную мотивацию, которую Спиноза обозначал термином «канатос», а Бергсон — длением. Это выражение особой работы живого существа продолжать быть, продолжать существовать в «повторении без повторения». Другими словами, в каждом повторении и круговом возвращении к предшествующему от последующего состояние существования индивид возвышается, или, говоря словами Спинозы, повышается его способность к существованию. По сути, конституируется экзистенциально-временная работа человеческого индивида.

Таким образом, в рекурсивной трансформационной работе личности происходит круговой процесс движения от преопыта к периопыту и к постопыту и далее — возвратный круг. В этом процессе опыт находится в постоянном обновлении и становлении согласно изменяющейся ситуации и процессинга человека в жизненных ситуациях. Повторение опыта в работе личности относительно феноменов резильентности и посттравматического роста происходит как повторение без повторения или как повторение различия. В то время как повторение опыта в модусе расстройства и соответственно посттравматических расстройств — ПТСР, комплексного ПТСР, пролонгированного расстройства утраты, происходит в форме или фрейме повторения повторения. Эта форма как компульсивное повторение и фиксация на травме у З. Фрейда, перекликающаяся с принципом нирваны, является центральной характеристикой, механизмом работы травматического опыта. Этот же механизм фиксируется в диагностических критериях ПТСР как вторжение опыта. Он же детерминирует феномен поиска утраченного даже тогда, когда человек сознает, что утраченный ушел из этого мира.

Таким образом, травма многолика (принцип Протея), проявляется в многообразии своих ипостасей, измерений, в том числе негативных,

нейтральных (транзитных), позитивных. Эта множественность модусов бытия травмы уточняется образом двуликого Януса, закрывающего возможности, указывающие на конечность человека, человеческого существования (вitalность смыслов), и открывающего возможности в трансгрессии личности (в поле трансвitalных смыслов); и в практике работы личности над собой в заботе о себе и заботе о другом.

Литература

- Агамбен Дж. Homo sacer Суверенная власть и голая жизнь.* М.: Издательство «Европа», 2011.
- Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность.* М.: Политиздат, 1975.
- Магомед-Эминов М.Ш. Аутентичность личности: личность между самобытием и инобытием // Психология личности: методология, теория, практика / Отв. ред. Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, А.В. Махнach, Н.Е. Харламенкова, А.В. Юрьевич, Е.А. Никитина.* М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 69–74.
- Магомед-Эминов М.Ш. Деятельностно-смысловой подход к психологической трансформации личности: дисс. ... д-ра психол. н.* М., 2009.
- Магомед-Эминов М.Ш., Кадук Г.И., Филатов А.Т., Квасова О.Г. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса.* Харьков, 1989.
- Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.* 1996. № 4. С. 26–35.
- Магомед-Эминов М.Ш. Онтологическая концептуализация феномена экстремальности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.* 2014. № 3. С. 79–91.
- Магомед-Эминов М.Ш. Позитивная психология человека. От психологии субъекта к психологии бытия.* В 2 т. М.: ПАРФ, 2007.
- Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности.* М.: Психоаналитическая Ассоциация; 1998.
- Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности.* М.: Психоаналитическая Ассоциация; 2008.

Особенности современного социального стресса

B.A. Рудницкий, И.Л. Шелехов**, А.Н. Кошечко***

*НИИ психического здоровья Томского национального научно-исследовательского центра РАН, Томск, Россия,
rudnizki99@gmail.com

**ФГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
Томск, Россия
shelekhov.il@ssmu.ru
nastyk78@mail.ru

В работе рассмотрены особенности непсихотических психических расстройств у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами, описаны подходы к лечебно-профилактическим мероприятиям и проанализированы общие закономерности, определяющие течение травматических расстройств. Заболевания, развивающиеся под действием экстремальных стресс-факторов обладают большим клиническим полиморфизмом, что обусловлено воздействием всегда комбинированных факторов — психогенных, социальных, соматогенных, экзогенно-органических и т.д. Проанализированы научные данные и результаты собственных наблюдений. Проведено обследование 80 пациентов с диагнозами ПТСР (F43.1), в число которых входили ликвидаторы аварии на ЧАЭС, комбатанты, пациенты, перенесшие тяжелые соматические заболевания (в основном COVID-19), жертвы бытового насилия, беженцы.

Ключевые слова: стресс, травма, психическое здоровье, профилактика, терапия

В настоящее время происходящие в нашем мире события законо-мерным образом увеличивают интерес исследователей, врачей-практиков, клинических психологов, государственных политических деятелей и социальных активистов к тематикам влияния на психику человека интенсивного стресса. Последние десятилетия значительно расширили спектр травматических воздействий, в связи с чем в поле зрения врачей и клинических психологов нашей психиатрической клиники (НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН), сотрудников и студентов кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины СИБГМУ все чаще стали попадать пациенты, подвергшиеся воздействию

различных психических травматических факторов — боевого стресса, стресса радиационной катастрофы, беженцы, жертвы бытового насилия, стресса тяжелой болезни (на примере онкопатологии, сердечно-сосудистых тяжелых заболеваний, COVID-19) и т. д. В данном сообщении мы бы хотели остановиться на некоторых общих клинических и теоретических аспектах, наблюдающихся у пациентов с наиболее тяжелым или существенно отклоняющимся от наиболее распространенного течения посттравматических расстройств у наших пациентов. Данные патологические состояния приводят не только к значительным медико-социальным потерям (медицинскому и экономическому ущербу), но и к прямому и косвенному росту социального напряжения в обществе.

Заболевания, развивающиеся под действием экстремальных стресс-факторов, обладают большим клиническим полиморфизмом, что обусловлено воздействием всегда комбинированных факторов — психогенных, социальных, соматогенных, экзогенно-органических и т. д. Часто трудности возникают при выявлении роли ведущих патологических факторов, так как они редко носят устойчивый и линейный характер. Поскольку их роль не постоянна, сильно изменчива и к тому же они объединяются между собой в различных комбинациях и могут иметь как привязанный к реальности и конкретному временному событию психологической травмы (например, насилие, ранение, взятие в заложники, или тяжелая болезнь), так иметь и ретроспективный или вневременной характер (радиационная катастрофа, сведения о супружеской измене, предательстве и т. д.), оценка их наличия и иерархических связей между ними имеет высокую научную и практическую ценность.

Цель исследования: изучить особенности непсихотических психических расстройств у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами, разработать и провести лечебно-профилактические мероприятия и проанализировать, какие могут быть общие закономерности, определяющие нетипичное течение травматических расстройств.

Клиническими базами исследования были клиника НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, клиники и кафедра фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России, лечебно-профилактические учреждения города Томска. В научно-исследовательской работе принимали участие сотрудники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, студенты и преподаватели кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава

России. Консультирование и обследование пациентов проходило во время лечения в вышеуказанных клиниках, а также индивидуального приема психотерапевтов и клинических психологов, и проведения психотерапевтических и психокоррекционных групп.

Материалы и методы. В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический.

Обсуждение результатов. Нами были проанализированы научные данные и результаты собственных наблюдений. Проведено обследование 80 пациентов с диагнозами ПТСР (F43.1), в число которых входили ликвидаторы аварии на ЧАЭС, комбатанты, пациенты, перенесшие тяжелые соматические заболевания (в основном COVID-19), жертвы бытового насилия, беженцы и 2 пациента, пострадавшие в результате пожара. Пациенты с эндогенными психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями в выборку не включались (критерий исключения). Группой сравнения были 50 пациентов отделения, не имеющие интенсивных психических травм со схожими социальными характеристиками.

При анализе травматических симптомов на момент обследования удалось выделить структурные различия, среди которых имели значимость соотношение облигатных симптомов (интрузия, избегание, повышенная «активация») и факультативных, среди которых наибольший удельный вес у комбатантов занимали признаки психовегетативной дисфункции; у больных, перенесших тяжелый COVID-19,— симптомы органического происхождения и расстройства личности и поведения.

Наиболее распространенными были астенические, аффективные и тревожные нарушения, которые доминировали у всех пациентов, но наиболее выраженными были в группе соматически отягощенных больных старших возрастных групп. Хуже всего они поддавались коррекции у больных, перенесших COVID-19, у этих же пациентов была больше склонность к рецидивам и затяжному течению, сложнее формировался терапевтический альянс и приверженность лечению. Данная ситуация определялась выраженной соматической и аффективной отягощенностью и тем, что данные пациенты чаще, чем другие больные, преждевременно прекращали терапию, объясняя это указаниями врачей-интернистов.

В целом более тяжелое течение ПТСР во всех подгруппах больных наблюдалось у лиц с акцентуированными и психопатическими черта-

ми в преморбиде. Еще более неблагоприятным было присоединение массивных соматогенных и экзогенно-органических повреждающих факторов, формирующих затяжной, хронический характер болезни и вторичных психогений. У больных, перенесших COVID-19, наименее благоприятными были случаи с повторным или многократным перенесением данного заболевания, что имело большее значение, чем тяжесть однократной инфекции. Для комбатантов и участников СВО — перенесенные контузии, ранения, наличие аддикций и патохарактерологических нарушений в предшествующее время, реже — присоединившиеся уже по ходу развития болезни. Более тяжелым течением характеризовались ПТСР у больных, перенесших инфекции COVID-19 с реанимационными мероприятиями и соматическими осложнениями течения инфекции.

При анализе травматических симптомов на момент обследования удалось выделить структурные различия, среди которых имели значимость обуславливающих течение и прогноз формирующихся при этом заболеваний.

При обследовании больных всех групп в состоянии отмечалось наличие и облигатных, и факультативных симптомов, на основании которых выставлялся диагноз, различным было лишь их соотношение между собой.

Самыми тягостными и часто встречающимися симптомами (около 70%) были симптомы повторного переживания психотравмирующего события в виде навязчивых проявлений (интрузии). Они носили характер стойких непроизвольных, чрезвычайно ярких и «живых» (термин пациента) реминисценций, возникали спонтанно или при напоминании о ситуации травмы. Пациенты повторно напряженно мысленно «прокручивали» актуальные эпизоды травматического стресса.

Частыми примерами интрузий были кошмарные мучительные сновидения по травматической фабуле. Пациентам снилось, что они на войне либо в реанимации (в зависимости от травматического опыта). Сновидения могли иискажаться, носить запутанный или нелепый характер, однако травматическая тематика обычно прослеживалась достаточно устойчиво. Сновидения обычно носили характер ночных кошмаров и сопровождались выраженными вегетативными проявлениями и чувством тревоги.

Мотивацией для обращения к врачу в группе комбатантов чаще были психологические проблемы, тревога, вспыльчивость или нарушения сна, тогда как у больных с ПТСР, перенесших ковид, как правило, данной

причиной, несмотря на очень высокую распространенность тревоги и депрессивных нарушений, являлось соматическое неблагополучие.

Еще одним обратившим на себя внимание обстоятельством было неожиданное содержание травматических переживаний, существенно, а иногда и фатально влияющее на дальнейшие события, влияющие на здоровье пациентов. В ситуации травм 15–20-летней давности мы не встречали данных проявлений, по крайней мере они не были частыми и систематическими.

Если первоначально и у больных с ПТСР, попавших с тяжелым течением COVID-19 в реанимационное отделение, и у участников СВО основной фабулой стресса были ситуации угрозы жизни и здоровья, то в дальнейшем, по мере адаптации к экстремальным условиям жизни, их значимость и интенсивность уменьшались, и у многих пациентов по их субъективной оценке повышалась негативная роль ситуаций бытовых или гигиенических трудностей. Пациенты говорили о трудно выносимом физическом и эмоциональном дискомфорте в связи с отсутствием вкусной еды (или утратой вкуса или запаха пищи при ковиде), трудностях и лишениях военной службы с бытовым дискомфортом и трудной доступностью привычных вещей, в том числе пищи, напитков, секса и т. д. Данные проявления были частыми во всех подгруппах больных, и среди перенесших COVID-19, и среди беженцев, и среди комбатантов последних лет, и среди других больных с ПТСР. Несколько пациентов с COVID-19 из-за проблем гигиенического характера в больнице (общий душ, туалет, качество еды) отказались от госпитализации, осознавая при этом высокий риск такого решения для жизни и здоровья.

По всей видимости, повышение комфортности жизни, развитие системы сервиса, стремления части людей не к развитию и самореализации, а к удовольствию и комфорту в сочетании со все большей виртуализацией окружающего социального пространства создает и формирует новые системы предпочтений, мотивационную и поведенческую активность, лучший учет которых будет полезен в решении проблем и вопросов лечения, профилактики и реабилитации различных психических и соматических расстройств.

Литература

Аленина О.К., Диденко А.В., Бондар Н.А. Характеристика спектра психопатологических проявлений у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 // Бюллетень медицинской науки. 2021. № 1 (21). С. 39–44.

- Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К.* Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией // Психиатрия. 2022. Т. 20. № 2. С. 14–23.
- Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Аксенов М.М., Костин А.К.* Возможности прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств на основе гормональных показателей // Якутский медицинский журнал. 2019. № 4. С. 51–54.
- Никитина В.Б., Рудницкий В.А., Белокрылова М.Ф., Перчаткина О.Э., Костин А.К., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М.* Прогнозирование формирования органического тревожного расстройства на основе иммунобиологических показателей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 3 (108). С. 28–36.
- Рудницкий В.А., Костин А.К., Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Иванова А.А., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э.* Особенности аффективной симптоматики в структуре непсихотических психических расстройств органического происхождения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 2 (111). С. 13–22.
- Рудницкий В.А., Белокрылова М.Ф., Диденко А.В., Костин А.К., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Гарганеева Н.П., Шелехов И.Л., Булатова Т.А.* Проблемы терапии пациентов с психическими расстройствами органического регистра в период пандемии // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16. № 3(86). С. 41–43.

Посттравматический стресс: рецидивирующий или латентный характер проявления признаков^{*}

Н.Е. Харламенкова

Институт психологии РАН, Москва, Россия
harlamenkovan@ipran.ru

Рассматривается проблема изменчивости/стабильности признаков посттравматического стресса (ПТС). Выражается сомнение в возможности использования уровневой модели ПТС для понимания фундаментальных

* Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2025-0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

проблем психологии — системности, непрерывности, обратимости, детерминированности психических процессов, понимания психического с позиции восприятия человека как субъекта жизни. Доказывается, что для решения проблемы развития посттравматического стресса важно использовать как уровневую, так и процессуальную объяснительные модели. В рамках процессуальной модели посттравматического стресса проводится анализ двух вариантов проявления его признаков — рецидивирующего и латентного; делается вывод об их сходстве и различии, а также о сопряженности в реальной жизни субъекта. Процессуальная модель развития посттравматического стресса рассматривается как перспективное направление исследования в этой области знания.

Ключевые слова: посттравматический стресс, рецидив, ремиссия, латентность

Психология травматического и посттравматического стресса (ПТС) — одно из актуальных направлений исследования в современной психологии. Востребованность подобных разработок обусловлена расширением спектра психотравмирующих событий пролонгированного характера и их плотностью в картине жизни отдельного человека и общества в целом. Примечателен тот факт, что увеличение вероятности воздействия стрессоров высокой интенсивности на людей создает видимость ускоренного восполнения ими собственных протективных ресурсов, которые, как иногда кажется, обеспечивают возможность снижения степени уязвимости личности во взаимодействии с нежелательными факторами среды.

Сомнительно, однако, рассуждать на такую тему, как привыкание человека к воздействию экстремальных стрессоров в случае, если их влияние становится все более интенсивным и множественным. Фальсификация этого положения строится на основе существующего в науке знания о природе и особенностях посттравматического стресса, выступающего в качестве отсроченного ответа на психотравмирующее событие. Отсутствие явных признаков напряжения, беспокойства и в целом — психологического неблагополучия может быть своеобразным фасадом, за которым скрываются истинные мысли, чувства, желания. Скрытие подлинных переживаний бывает осознанным и неосознанным.

Сопряженность травматического и посттравматического стресса признается большинством исследователей. Не вызывает возражений и широко известный факт об отсроченном (отставленном) характере

посттравматического стресса, что зафиксировано в различных диагностических и статистических руководствах и классификаторах психических заболеваний. Отмечается, что симптомы ПТС могут появиться спустя 3–6 месяцев после воздействия стрессора и в последующем либо нарастать, либо редуцироваться, либо стабилизироваться. Возможна смена периода ремиссии периодом осложнений в протекании стресса. Волнообразный характер течения ПТС зависит от целого ряда факторов, в том числе от устойчивости личности к стрессу, от стремления к совладанию с последствиями его негативного влияния, от наличия или отсутствия социальной поддержки и др. Значительную роль в рецидивировании состояния человека играют психологические триггеры, ассоциативно напоминающие о стрессоре и запускающие механизмы, способные «вернуть» субъекта в ситуацию травмы.

Несмотря на хорошо проработанные критерии диагностики признаков посттравматического стресса, открытym остается вопрос о характере его течения и проявления, о феномене возврата к состоянию острого стресса, переживаемого в момент воздействия стрессора, и/или о латентности развития ПТС.

Цель статьи — сопоставить рецидивирующий и латентный характер проявления признаков посттравматического стресса.

Идеальным планом изучения особенностей протекания посттравматического стресса следует считать лонгитюдное исследование, включающее в себя построение индивидуальных кривых психического развития человека в ближайшем после психотравмирующего влияния стрессора периоде и в отдаленной перспективе. Достоинства и трудности выбора лонгитюдного метода исследования детально описаны в литературе (Дружинин, 1997; Малых и др., 1998). Дополнительно к этому следует сказать, что длительное наблюдение за человеком, пережившим тяжелые жизненные потрясения, только с целью исследования, т. е. без оказания адекватной профессиональной психологической помощи пострадавшему, может стать этическим барьером для реализации поставленных целей.

Учитывая этот факт, современные планы исследования посттравматического стресса строятся таким образом, чтобы провести сравнительный анализ групп респондентов с разными по интенсивности переживаниями (например, Быховец, 2008; Дан, 2021; Никитина, 2021; Хажуев, 2013; и др.). Подобные приемы позволяют понять особенности функционирования людей с более и менее выраженным уровнем психотравматизации и при использовании дополнительных методических

приемов ответить на вопросы о социально-психологическом статусе обследуемых групп, особенностях интеграции идентичности, эмоциональных реакциях и др. психологических характеристиках респондентов.

Проблема, однако, состоит в том, что сведения о респонденте, полученные в момент проведения исследования, сложно использовать для оценки динамики посттравматического стресса на всем жизненном пути человека, начиная с момента воздействия стрессора. Более того, для доказательства значимости этой проблемы в разработке общих методологических и теоретических вопросов психологии, информации, полученной в исследовании, построенном по такому принципу, оказывается не вполне достаточно.

Фундаментальность проблемы посттравматического стресса состоит в том, что ее изучение связано с принципиально важными для психологического знания проблемами — системностью, непрерывностью, обратимостью, детерминированностью психических процессов, с пониманием психического с позиции восприятия человека как субъекта жизни. При этом сравнительный анализ результатов групп респондентов с низким, средним, высоким уровнями посттравматического стресса не всегда открывает возможности для обращения к теме непрерывности и обратимости ПТС, подтверждая тот факт, что деление на группы вполне допустимо, но недостаточно для понимания сущности посттравматического стресса с точки зрения его развития на последующих после воздействия стрессора этапах жизни.

Правдоподобность этого вывода подтверждается тем, что анализ дополнительных диагностических данных, сопутствующих уровню ПТС, указывает на неравномерность нарастания жизненных проблем (Дан, 2021), на зависимость баланса ресурсности и уязвимости личности от возраста (Никитина, 2021), на необходимость учета особенностей жизненного контекста, влияющего на этот баланс (Дымова, 2019), а также на важность привлечения данных об истории семьи, ее функциональности/дисфункциональности, ведущих ценностях и интенсивности их трансляции (Рыцарева, 2018).

Продолжая эту тему, отметим, что при анализе последствий влияния травматического стресса на человека наибольшее внимание привлекает группа респондентов с высоким ПТС. Замечено, однако, что группа респондентов с низким уровнем ПТС чаще двух других оказывается негомогенной по составу. Значительный разброс данных по показателям психопатологической симптоматики в этой группе респондентов

свидетельствует о возможном латентном характере признаков ПТС или о намеренном утаивании информации о своем состоянии. Допустимо и такое объяснение — течение ПТС имеет рецидивирующий характер.

В медицинских справочниках и пособиях рецидивирующее течение болезни соотносят с наличием ремиссий (временным улучшением состояния больного), связанным с «замедлением или прекращением прогрессирования болезни, частичным обратным развитием»; понятием «латентное течение» обозначают внешне не проявляющиеся признаки заболевания (Введение в патофизиологию, 2015, с. 22).

Остановимся на объяснении динамики травматического стресса как процесса, характеризуемого сменой периодов рецидива и ремиссии. Для начала отметим, что в медицинской практике рецидив объясняется тем, что в процессе лечения патоген, вызвавший симптомы болезни, устраняется из организма не полностью и при определенных условиях вызывает появление симптомов болезни, повторяющих клиническую картину первичного заболевания.

В психологии посттравматического стресса острые стрессовая реакция на воздействие (например, утрату близкого, участие в боевых действиях, физическое и другие виды насилия и т.д.) может со временем рецидивировать, при этом на фоне кажущегося восстановления психического здоровья после влияния травматического события некоторая (наиболее уязвимая) часть людей продолжает проживать событие прошлого как событие настоящего. В отличие от соматического заболевания признаки посттравматического стресса проявляют себя в виде ранее не наблюдавшихся особенностей функционирования когнитивной, эмоциональной, мотивационной сферы; обнаруживаются как на осознаваемом, так и на неосознаваемом уровнях. Следует заметить, что переживание первичного травматического стресса происходит уже в переработанном виде.

С нашей точки зрения, рецидивирующий характер течения ПТС типично проявляется у субъекта, пережившего травматический стресс и не имеющего достаточных ресурсов для его переработки. Избегание негативных переживаний, напоминающих о травме, достигается благодаря механизмам подавления и контроля, ослабление которых переживается в виде рецидива травматического опыта. Следует предположить, что отдаленные во времени рецидивы не являются первичными, но проявляются более явно вследствие кумулятивного эффекта стресса и ослабления когнитивного и эмоционального контроля (Харламенкова и др., 2014).

Латентное течение посттравматического стресса характеризуется отсутствием видимых признаков нарушения нормального функционирования личности и может не проявлять себя достаточно долгое время. В медицинской литературе латентное течение болезни трактуется как состояние функциональной готовности организма к развитию заболевания. В отличие от рецидивирующего (волнообразного) течения ПТС его латентность объясняется недостаточной информированностью субъекта о имеющемся у него негативном опыте (например, при скрытии родителями тяжелой болезни у ребенка либо вследствие слабо развитой способности к рефлексии самого субъекта или при неосведомленности об угрожающем характере воздействия). Латентность посттравматического стресса, с нашей точки зрения, наблюдается и в тех случаях, когда непосредственное воздействие стрессора не привело к значительному повреждению, но будет усилено при возможном повторении этого опыта.

Подводя итоги, отметим, что разовая диагностика состояния субъекта не всегда дает достоверные результаты. Скрытый характер течения ПТС или состояние ремиссии могут расцениваться как показатели отсутствия признаков психотравматизации у субъекта, который на самом деле является «носителем» этих признаков и в зависимости от тех или иных жизненных обстоятельств обнаруживает их явно или неявно. Рассмотрев разные варианты течения посттравматического стресса, мы обратились к одной из важных проблем этой области знания — к проблеме изменчивости, динамики ПТС. Необходимость в дифференциации рецидивирующего и латентного видов течения стресса, которые в реальности тесно связаны между собой, была вызвана потребностью показать сопряженность уровневой и процессуальной моделей ПТС, в разной мере подтверждающих роль самого субъекта в переживании трудных и психотравмирующих жизненных ситуаций.

Литература

- Введение в патофизиологию. Общая нозология: учебное пособие / Сост. Д. А. Еникеев и др. Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015.
- Быховец Ю. В. Представления о террористическом акте и переживание террористической угрозы жителями разных регионов РФ: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008.

- Дан М.В.* Психологические последствия воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной зрелости: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021.
- Дружинин В.Н.* Экспериментальная психология. М.: ИНФРА-М, 1997.
- Дымова Е.Н.* Уровень посттравматического стресса в трудной жизненной ситуации [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7. № 4. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/13PSMN419.pdf> (дата обращения: 1.04.2025)
- Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А.* Основы психогенетики. М.: Изд-во «Эпидавр», 1998.
- Никитина Д.А.* Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021.
- Рыцарева Т.В.* Индивидуально-психологические особенности подростков с разными типами отклоняющегося поведения и их связь с ценностными ориентациями родителей: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2018.
- Хажуев И.С.* Посттравматический стресс и защитно-совладающее поведение в условиях чрезвычайной ситуации (половозрастная специфика): автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013.
- Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Евдокимова А.А.* Посттравматический стресс и совладающее поведение в пожилом возрасте // Научный диалог. 2014. № 3 (27). С. 92–105.

РАЗДЕЛ 2

**ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ
ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ
ТРАВМАТИЗАЦИИ**

Посттравматическое стрессовое расстройство в годы Великой Отечественной войны*

E. H. Дымова

Институт психологии РАН, Москва, Россия
dymovaen@ipran.ru

Проведен анализ психотравмирующих событий и сопутствующего посттравматического стрессового расстройства в период Великой Отечественной войны на основе результатов современных исследований. Рассмотрены возможности исследования ПТСР с помощью ретроспективного анализа, проводя который можно предполагать и исследовать психологические особенности переживания людьми жизненных событий психотравмирующего характера в разных временных периодах. Показано, что в качестве главного способа совладания со стрессом выступает социальная поддержка как защита от неблагоприятных факторов внешней среды и источник социальных и психологических ресурсов. В период Великой Отечественной войны социальная поддержка приобретала массовый характер, имела огромное значение, люди оказывали ее друг другу независимо от степени родства, социального происхождения, уровня образования, общих интересов.

Ключевые слова: историческая психология, посттравматический стресс, Великая Отечественная война, психотравмирующие события, смерть близких людей, социальная поддержка

Посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой психическое состояние человека, пережившего одно или более психотравмирующих событий, характеризующихся угрозой жизни и/или здоровью субъекта и/или его близким и оказавших сверхмощное негативное воздействие на психику личности. Согласно общепризнанным классификаторам заболеваний МКБ-11 и DSM-5, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) сопровождается негативными, не-произвольными и рецидивирующими мыслями и воспоминаниями о психотравмирующей ситуации, желанием субъекта избегать деталей,

* Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2025-0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

связанных с травматическим событием, и ухудшением когнитивно-эмоционального функционирования субъекта.

История исследований ПТСР берет начало в 50–60-х годах XX века; среди ветеранов войны во Вьетнаме (1957–1975 гг.), в Афганистане (1979–1989 гг.), двух чеченских войн (1994–2009 гг.) и других военных операций. Результаты этих исследований показали наличие симптомов ПТСР с различной степенью выраженности у большой части участников военных действий (Зелянина, Падун, 2017; Тарабрина, Хажуев, 2015; Терехова, Фонталова, 2014). На основе этих данных можно предположить, что посттравматическое стрессовое расстройство могло быть и у участников других военных действий, в том числе в годы Великой Отечественной войны.

Сведений относительно психического состояния участников Великой Отечественной войны в открытом доступе крайне мало, но есть небольшая часть данных, полученных зарубежными специалистами относительно психического состояния участников Второй мировой войны. К примеру, в то время из всех зарегистрированных военных у 37% наблюдалась различные психические расстройства, а если сравнивать с Первой мировой войной, количество психических нарушений увеличилось на 300%, и это только зафиксированные случаи (Shephard, 2000). Также можно анализировать архивные письма с фронта и рассказы участников тех событий, в которых нередко описываются страхи, тревога и общее психическое состояние человека. В качестве примера приведем несколько писем с фронта:

«Дорогие мои, отец и мать, будьте спокойны, подумайте о себе.

Меня вы, дорогие мои, не жалейте. Сегодняшняя ночь решит: буду я жить или нет. Если нет, если суждено мне умереть здесь,— у белофинской проволоки, отец мой, ведь лучше умереть хорошей смертью, о которой будут говорить и которую я отдаю не бесцельно. Мама, сестры мои, не плачьте, я отдаю жизнь за счастье нашей Родины и ваше счастье, а это — смерть хорошая, за это дело можно отдать жизнь. Мама, отец, простите мне горе, которое я причинял вам, простите за все. Целую вас, дорогие мои, будьте счастливы. Передайте последний мой привет Тане, ее детям Вале и Рае» (Письма с фронта..., 1943).

В данном письме автор прощается с близкими людьми, пытается успокоить их осмысленностью его будущей смерти. В словах чувствуются страх и беспокойство.

«Милая, Лёлик. Не получаю от тебя писем в течение 10 дней, что очень меня беспокоит, зная о том, что у тебя ерундовское здоровье. О

себе писать нечего, все время в походах, все гоним и гоним немцев, знаешь, как сейчас приятно читать сводку информбюро, везде, почти на всех фронтах бьют и в хвост и в гриву немецкую нечисть. Скоро будет два года, как я тебя не видел, из них полтора года на фронте все старею, и если суждено будет по приезду к тебе, и на лбу будет тысяча и одна морщинка, но как ни странно, нет ни одного седого волоса, а по положению должны быть, все это, конечно, ерунда, важно увидеть тебя. Что слышно от старииков из Сатино, как они живут? Целую, твой В.» (Письма с фронта..., 1943).

Особенностью Великой Отечественной войны является то, что она не ограничивалась исключительно военными действиями на фронте, а масштабно распространялась среди гражданского населения: концентрационные лагеря, оккупации и блокады городов и сел, события на передовой и в тылу, люди, насильно отправленные на работы в Германию, и многое другое. Из 18 миллионов человек, находившихся в концлагерях (Бухенвальд, Дахау, Освенцим и др.), погибли свыше 11 миллионов граждан Советского Союза. В 1941–1943 годах в районе Бабьего Яра функционировал Сырецкий лагерь смерти, в котором были заключены коммунисты, комсомольцы, подпольщики, военнопленные и другие советские граждане. Всего там было уничтожено свыше 100 тысяч человек (Аристов, 2017). Точное количество погибших до сих пор установить невозможно. В настоящий момент имеется достоверная информация, что со стороны Советского Союза воевало более 35 миллионов человек, более 1 миллиона числились в рядах партизан и воевали в тылу оккупационных войск; в числе погибших, пропавших без вести и попавших в плен — около 12 миллионов советских солдат и 14 — мирного населения (Тарасов, 2011).

Современные исследования, посвященные проблеме вооруженных военных конфликтов (чеченские войны, грузино-осетинский конфликт, военные действия на территории ЛНР, ДНР и в Нагорном Карабахе), показали, что существует взаимосвязь интенсивности военных действий, продолжительности пребывания в зоне военных действий и выраженности психогенных расстройств. Великая Отечественная война была длительной, интенсивной и разрушительной по масштабу, общеизвестно, что практически в каждой семье были погибшие или пропавшие без вести. Ожидание утраты было особенностью того времени, люди боялись получения похоронного письма или справки о признании близкого человека без вести пропавшим. По сохранившим-

ся воспоминаниям известно, что, несмотря на то, что смерть была частым событием в военное время, люди переживали все стадии горевания: от отрицания («это ошибка», «перепутали») до злости («котомщу», «накажу виноватого»), от просьбы помочь у высших сил («отмените смерть», «пусть это будет сон») до депрессии («как же жить теперь»).

Имеющиеся данные современных исследований показывают, что для участников военных действий характерны нарушения сна, подавленность, тревожность, сниженный фон настроения, затруднения в общении, повышенная раздражительность или вспышки гнева, слезливость (Терехова, Фонталова, 2014).

Результаты современных исследований указывают на наличие у участников военных действий неуверенности в себе, навязчивых воспоминаний, чувства несправедливости, влечения к алкоголю, суициdalных мыслей (Хажуев, Тарабрина, 2016). Причем это характерно как для участников боевых действий, так и для гражданских лиц, проживавших на территории военных действий. На основе современных исследований можно ретроспективно оценить посттравматическое стрессовое расстройство времен Великой Отечественной войны, а также можно предполагать наличие ПТС и среди гражданского населения, не ограничиваясь участниками военных действий (см., например, Журавлев и др., 2016 и др.).

Переживание травмирующих ситуаций независимо от категории события требует мобилизации всех ресурсов человека, а военное время ограничивало и те незначительные возможности, которые имелись. Главным способом совладания со стрессом является социальная поддержка как защита от неблагоприятных факторов внешней среды, как источник социальных и психологических ресурсов. Представляя собой медиатор между стрессовыми ситуациями и реакциями человека на них, социальная поддержка предоставляет условия для формирования и развития эффективных, «менее затратных» ответов на стрессы или обеспечивает ресурсами для решения проблем.

Во время войны социальная поддержка имела огромное значение, люди оказывали ее друг другу независимо от степени родства, социального происхождения, уровня образования, общих или не очень интересов. Схожие условия жизни в период войны сближали людей. Имеется немало литературных источников, в которых отмечается коллективное переживание трагедий военного времени. Известно, что проговаривание и обсуждение трудных жизненных событий в первое время после

произошедшего помогает справиться с угрозой отсроченного влияния стрессора (Тарабрина, Быховец, 2014). Важно отметить, что сама по себе поддержка в период войны подразумевала угрозу жизни как для самого человека, так и для его семьи. Например, помочь партизанам с особой жестокостью наказывалась смертью, которая демонстрировалась окружающим. А укрывание людей из «низших» рас (по определению нацистской идеологии) — жестокими пытками и избиениями. Именно угроза жизни определяет специфичность социальной поддержки военного времени.

Современными исследованиями показано, что не существует определенного временного диапазона при проявлении ПТС, симптоматика может проявиться и через год, и спустя десятки лет (Тарабрина, 2009). Но так как более 80 лет прошло со времен Великой Отечественной войны и участников тех событий осталось немного, проведение психологических исследований выраженности и специфики ПТС у них затруднено. Однако в современной науке набирают популярность исследования на основе архивных данных. Например, можно анализировать определенный психологический конструкт по письменным воспоминаниям людей, видео- и фотоматериалу. Это направление исследований представляется весьма перспективным, поскольку практически любое психологическое явление может быть раскрыто и конкретизировано для давнего времени. Проводя ретроспективный анализ, можно предполагать и изучать психологические особенности переживания людьми жизненных событий психотравмирующего характера в разных временных периодах.

Литература

- Аристов С.В. Повседневная жизнь нацистских концентрационных лагерей.* М.: Молодая гвардия, 2017.
- Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. Современные аспекты исследования повседневного и травматического стресса (вместо предисловия) // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание.* М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 5–24.
- Зелянина А.Н., Падун М.А. К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы // Психологические исследования.* 2017. Т. 10. № 53. С. 4.
- Письма с фронта. Онлайн-архив фронтовых писем [Электронный ресурс]. URL: <https://may9.ru/our-victory/letters/?years=1943> (дата обращения: 31.03.2025)

- Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В.* Террористическая угроза. Теоретико-эмпирическое исследование. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014.
- Тарабрина Н.В., Хажуев И.С.* Посттравматический стресс и защитно-совладающее поведение у населения, проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 215–226.
- Тарасов В.П.* Потери СССР в годы Второй мировой войны: современное состояние проблемы (доклад) [Электронный ресурс] // Международная конференция «Одиночество жертв. Методологические, этические и политические аспекты подсчета людских потерь Второй мировой войны» (Венгрия, г. Будапешт, 9–10 декабря 2011 г.). 2011. URL: <https://archives.gov.ru/reporting/report-tarasov-2011-budapest.shtml> (дата обращения: 31.03.2025)
- Терехова Т.А., Фонталова Н.С.* Влияние боевого стресса на состояние психического здоровья участников военных действий // Психология в экономике и управлении. 2014. № 1. С. 71–75.
- Shephard B.* A War of nerves: Soldiers and psychiatrists, 1914–1994. London: Jonathan Cape, 2000.

**Разработка проблемы психических состояний
в экстремальных и психотравмирующих
условиях в советской психологии
1960-х — 1980-х гг.***

А.Л. Журавлев, А.А. Костригин

Институт психологии РАН, Москва, Россия
alzhuravlev@yandex.ru
artdzen@gmail.com

В статье проводится историко-психологический анализ советских исследований по проблемам психологии состояний в 1960-е — 1980-е гг. Рассматривается специальный вопрос в рамках данного научного

* Работа выполнена в соответствии с госзаданием № 0138-2025-0010.

направления — характеристики состояний в специальных условиях жизнедеятельности человека. Описываются классификации и факторы возникновения и функционирования состояний в экстремальных, особых и психотравмирующих ситуациях, которые разрабатывались в советской психологии. Показывается теоретико-методологическая динамика исследования выделенных феноменов: состояния в экстремальных условиях изучались на основе системно-структурного подхода, в особых — системно-функционального, в психотравмирующих — системного с личностной ориентацией. Делается вывод об интенсивной разработке данного научного направления в изучаемый период.

Ключевые слова: история психологии, советская психология, психология состояний, экстремальные ситуации, особые ситуации, психотравмирующие ситуации, пограничные состояния

Одной из тенденций современной истории психологии является обращение к изучению возникновения и развития различных направлений в психологической науке. В качестве основных характеристик такого анализа можно обозначить дифференциацию феноменов, категорий, понятий и проблем, а также ограничение персоналий и источников, которые относятся к изучаемой области исследований. Такая постановка задач позволяет формулировать более репрезентативные выводы об особенностях разработки конкретного научного направления в различные исторические периоды и не выносить общие суждения о состоянии психологической науки в целом.

В последние годы активно анализируются научные направления различного уровня: фундаментального — методологии психологии, истории психологии; парадигмального и отраслевого — постнеклассической, культурно-исторической, медицинской психологии; проблемно-ориентированного — психологии индивидуальности, нравственности, дискурса и др. Актуальным является изучение формирования специального научного направления — психологии состояний. Изначально развиваясь как междисциплинарная область, она до сих пор находится на пересечении психологии, психофизиологии и медицины; ее проблемы интенсивно разрабатываются в общей психологии, психологии личности, труда, спорта и др.

Однако историко-психологический анализ становления психологии состояний в современной литературе представлен недостаточно подробно. В прошлых работах нами была предпринята попытка рас-

смотрения истории изучения психических состояний с учетом хронологического (в определенном историческом периоде 1960-х — начала 1990-х гг.), структурного (по некоторым векторам развития научного направления), понятийного (выделения центральных категорий направления) и содержательного (по определенным проблемам изучаемых векторов исследований) критерииев. Было выявлено, что в психологии состояний второй половины XX в. разрабатывались различные теоретико-методологические подходы, создавались классификации феноменов, определялись факторы их возникновения и функционирования, развивались методы их исследования и диагностики.

Дополнительным вопросом в рамках советской психологии состояний являлось их функционирование в различных ситуациях жизнедеятельности человека, в частности экстремальных. Базовую предпосылку изучения состояний в специальных условиях обозначил В. И. Лебедев: «Погружаясь в глубины морей, поднимаясь в воздушный океан, проникая в космос, осваивая труднодоступные районы земного шара, человек попадает в необычные условия существования, к отражению которых его психофизиологическая организация не была подготовлена ни в процессе филогенеза, т. е. развития рода, ни в процессе онтогенеза, т. е. индивидуального развития. Вот почему пребывание в необычных для человека условиях существования, особенно при освоении космического пространства, поставило на повестку дня серьезную проблему: насколько и каким образом психофизиологическая организация человека может обеспечить адекватное восприятие реальной действительности в условиях, к которым она не была приспособлена в процессе своего развития. Решение этого вопроса имеет не только теоретическое, мировоззренческое значение, но и очень важно практически» (Лебедев, 1989, с. 4). Вместе с состояниями в экстремальных ситуациях деятельности в данном векторе исследований изучались переживания в особых и дезадаптирующих условиях. В перечисленных обстоятельствах у человека возникают психогенные состояния в ответ на психотравмирующие факторы (Лебедев, 1989), связанные с содержанием труда, характеристиками окружающей среды, особенностями нахождения человека в подобных условиях, спецификой взаимодействия с другими людьми и др.

Рассмотрим работы советских авторов 1960-х — 1980-х гг. по проблемам психических состояний в экстремальных, особых и психотравмирующих ситуациях жизнедеятельности и выделим следующую струк-

туру этого вектора публикаций — исследовательская проблема, классификации состояний, факторы их возникновения и функционирования.

В рамках экстремальных условий деятельности изучались психические состояния в военной, авиационной, космической, пожарной, экспедиционной и других сферах труда, в условиях которых возникают определенные состояния в ответ на короткое интенсивное или длительное умеренное воздействие среды, объекта и средств труда на человека. Проблемой исследования подобных состояний Л. Г. Дикая и О. М. Салманина обозначили специфику функционирования системы психофизиологической активации организма при выполнении деятельности в экстремальных условиях: такая система состоит из общей генерализованной активации организма и мозга, которая обуславливает реализацию деятельности как таковой (выражается в состоянии бодрствования), а также локальных уровней активации конкретных подсистем организма и структур мозга, которые регулируют отдельные виды и фазы деятельности (проявляются в состоянии ориентировочной реакции). Таким образом, психофизиологические и психологические трудности осуществления специальных видов труда влияют на составляющие системы активации и выражаются в специфических психических состояниях; сами экстремальные ситуации предъявляют повышенные требования к человеку, что выражается в переживании им нетипичных феноменов. Подход к изучению состояний в экстремальных условиях можно обозначить системно-структурным (Дикая, 1985). По нашему мнению, он являлся отправной точкой в данном векторе исследований.

Среди характерных для деятельности в экстремальных условиях описывались состояния стресса/напряженности, утомления, рассогласования образа и результата действия, несоответствия схемы тела и площади опоры, изоляции, растерянности, чувство неустойчивости, ложные восприятия и др. (Горбов, 1966); феномены, выводящие человека из процесса деятельности (сон, утомление, потеря сознания) и усложняющие его (эмоциональное напряжение, отвлечение внимания) (Лукьянов, Фролов, 1969), и др. Факторами возникновения и функционирования психических состояний в экстремальных видах труда обозначались: повышенная нагрузка, непрерывность деятельности, обязательный/принудительный порядок работы, дефицит времени, измененная ориентация, гиподинамия (расхождение между потребностью в двигательной активности и условиями, которые этому

препятствуют), аварийные ситуации, опасность компонентов деятельности (Горбов, 1966); условия неопределенности, новизны и необходимости альтернативных решений, информационное (сенсорное) голодание (Симонов, 1975); монотонность, рассогласованность режима бодрствования и сна, труда и отдыха, измененная пространственная структура, ограничение информации, одиночество, групповая изоляция, угроза для жизни (Лебедев, 1989).

Другая группа состояний выделялась в рамках особых ситуаций профессиональной деятельности человека, в которых ему необходимо осуществлять адаптацию к сложившимся условиям. Функционирование таких состояний описывалось следующим образом: 1) особые условия предъявляют к психологической системе деятельности, сформированной в типичных условиях, такие требования, к выполнению которых функциональные системы могут быть либо не готовы, либо не способны перестроиться; 2) переорганизация функциональных систем или создание новых составляет сущность процесса адаптации к особым условиям; 3) ведущей в процессе адаптации выступает система саморегуляции, которая управляет психическим состоянием человека и оптимально организует его поведение (Дикая, 1985). Подход к психологическому анализу состояний, возникающих в особых ситуациях профессиональной деятельности, обозначался системно-функциональным; он развивал базовые системно-структурные принципы (Дикая, 1985).

Среди подобных состояний определялись напряженное бодрствование, разные фазы утомления (начальная, компенсаторная и декомпенсаторная), субъективное чувство усталости (Дикая, 1985); переживание неясности в восприятии окружающего, спутанности мыслей, нетипичных субъективных ощущений в теле (например, прилива жара к голове) (Чайнова, Горбов, 1960); и др. К факторам особых состояний относились переизбыток получаемой информации, перегрузка при выполнении деятельности, сверх длительная продолжительность работы (до 3-х суток), нестандартные обстоятельства в привычной (в том числе экстремальной) деятельности (Дикая, 1985; Чайнова, Горбов, 1960).

Проблематика состояний в дезадаптирующих психотравмирующих ситуациях также обсуждалась в связи с психической адаптацией и дезадаптацией, однако последняя вызывалась не самой экстремальной ситуацией деятельности, а травматическим характером воздействия. Ю.А. Александровский об этом писал так: «При любом психотрав-

мирующим воздействии, обусловливающим возникновение невротического, неврозоподобного состояния или декомпенсацию поведения у психопатических личностей, прежде всего происходит психическая дезадаптация, выражаяющаяся в нарушении наиболее тонких и сложных форм социально-детерминированного психического реагирования человека на окружающее» (Александровский, 1977, с. 89). При этом такие состояния не относились к психотическим, они выявлялись также у психически здоровых людей. Кроме того, дифференциация этих феноменов от экстремальных и особых проводилась по критерию индивидуальности их переживания, поэтому данные состояния обозначались также «индивидуально-экстремальными» (Александровский, 1977, с. 89). Данный подход, вслед за предыдущими, также обозначался системным, однако он обладал личностной ориентацией: механизмы обеспечения психической адаптации описывались как относящиеся преимущественно к самой личности человека и зависящие от их индивидуальной сформированности и функционирования, личностного отношения к получаемой информации и внешнему воздействию.

Вследствие психотравмирующих ситуаций возникают пограничные состояния, которые часто рассматривались авторами с клинико-психологической точки зрения, однако к ним можно также отнести состояния человека во время допроса, в тюремном заключении, подвергшихся нападению, переживших ситуации опасности для жизни и здоровья и др. Среди феноменов выделялись фрустрирующие (Тарабрина, 1973); невротические, неврозоподобные, навязчивые (Александровский, 1977); аффективные — возбуждение («дисфория») и торможение («растерянность»), функциональные — возбуждение («ликование»), напряженность («настороженность») и торможение («тревога») (Плишко, 1980); состояния растерянности, отчаяния, апатии, подчинения судьбе, безнадежности и обреченности, ожидания, субъективной незащищенности (Глотовкин, Пирожков, 1968); и др. Среди факторов возникновения пограничных состояний описывались те причины, которые нарушают адаптацию человека,— фармакологические (алкоголь, медицинские препараты), биологические (нарушение функционирования организма и отдельных структур мозга, нарушение сна), социальные (нестандартные социальные воздействия, взаимоотношения в семье и трудовом коллективе, ограничение свободы и действий), личностные (конкретные установки человека по отношению к окружающей среде и событиям, прошлый индивидуальный опыт).

Проведенный анализ работ советских авторов по проблеме психических состояний в экстремальных, особых и психотравмирующих условиях показал высокую интенсивность исследований в рассматриваемый период, более того, содержательную сформированность и теоретико-методологическую разработанность данного вектора исследований: состояния в экстремальных условиях изучались на основе системно-структурного подхода, в особых — системно-функционального, в психотравмирующих — системного и личностного. При этом важно отметить существовавшую в 1960-е — 1980-е гг. дифференциацию феноменов в экстремальных, особых и психотравмирующих ситуациях, которая объяснялась тем, что данные вопросы разрабатывались в различных научных отраслях — инженерной психологии и психологии труда, клинической психологии и патопсихологии, психиатрии. В настоящее же время эти явления объединяются в совокупность экстремальных и кризисных состояний и изучаются в рамках междисциплинарных направлений — психологии стресса, экстремальной и кризисной психологии.

Литература

- Александровский Ю.А. Системный анализ состояний психической дезадаптации и пограничные нервно-психические расстройства // Проблемы системного подхода в психиатрии / Гл. ред. М.М. Кабанов. Рига, 1977. С. 89-93.*
- Глотов А.Д., Пирожков В.Ф. Психические состояния человека, лишенного свободы. М., 1968.*
- Горбов Ф.Д. Космическая психология // Космическая биология и медицина: медико-биологические проблемы космических полетов / Под ред. В.И. Язловского. М.: Наука, 1966. С. 392–400.*
- Дикая Л.Г. Особенности регуляции функционального состояния оператора в процессе адаптации к особым условиям // Психологические проблемы деятельности в особых условиях / Отв. ред. Б.Ф. Ломов, Ю.М. Забродин. М.: Наука, 1985. С. 63–90.*
- Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. М.: Политиздат, 1989.*
- Лукьянин А.Н., Фролов М.В. Сигналы состояния человека-оператора. М.: Наука, 1969.*
- Плишко Н.К. Особенности сенсомоторных реакций при изменении эмоционального состояния // Диагностика состояний в норме и патологии / Под ред. Ф.И. Случевского. Л.: Медицина, 1980. С. 126–134.*

Симонов П.В. Психофизиологический стресс космического полета // Основы космической биологии. В 2 т. Т. 2. М.: Наука, 1975. С. 153–172.

Тарабрин Н.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах: дисс. ... канд. психол. наук. Л., 1973.

Чайнова Л.Д., Горбов Ф.Д. О «трудных состояниях», возникающих в задачах сложного различения при лимитированной деятельности // Вопросы психологии. 1960. № 6. С. 123–130.

Американский опыт психологической реинтеграции семей военнослужащих после военных конфликтов

A. Г. Карайани

ФГКВУ ВО «Военная ордена Жукова академия войск национальной гвардии Российской Федерации»,
Санкт-Петербург, Россия
karayani@mail.ru

Статья посвящена анализу американского опыта воссоединения семей участников боевых действий после боевого развертывания. Обсуждается феномен временной десинхронизации физического и психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь. Обосновывается необходимость социально-психологической реадаптации ветеранов боевых действий и членов их семей. Анализируется система реинтеграционной деятельности различных субъектов в США: психообразовательной, реадаптационной, консультационной, организационной, поддерживающей, реабилитационной. Раскрываются масштабные государственные и негосударственные программы, нацеленные на психологическое воссоединение семей ветеранов боевых действий. Обосновывается возможность критического осмысления и использования элементов американского опыта психологической реинтеграции семей участников боевых действий в контексте воссоединения семей участников специальной военной операции.

Ключевые слова: специальная военная операция, ветераны боевых действий, реинтеграция семей ветеранов, социально-психологическая реадаптация ветеранов войны, реинтеграционные программы

Завершение специальной военной операции ознаменуется возвращением сотен тысяч участников боевых действий (военнослужащих, мобилизованных и добровольцев) в мирную жизнь. Опыт военных событий XX–XXI веков свидетельствует о том, что их окончание и послевоенная интеграция общества — это сложный, пролонгированный во времени и в значительной мере драматический процесс (см., например: Журавлев и др., 2016; Тарабрина и др., 2017; и др.). Для того чтобы вместе с ветеранами боевых действий в общество не пришла «война», чтобы линия их воссоединения с семьями, воинскими, трудовыми, учебными, творческими коллективами не превратилась в «клинию боевого соприкосновения», необходимо осуществление программ социально-психологической реадаптации, ресоциализации, психологической реабилитации ветеранов войны, целенаправленной реинтеграции общества (Кааяни, 2020; Кааяни, 2023).

Интересный и полезный опыт реинтеграционной работы накоплен в армиях разных стран, в том числе США.

Исследование американских военно-психологических источников показывает, что главной политической задачей послевоенного времени является интеграция общества, то есть мягкое и бесконфликтное воссоединение участников боевых действий и невоевавшей части общества. Такое внимание к рассматриваемому вопросу сформировалось в США после вьетнамской войны, которую, по мнению военно-политического руководства страны того времени, Америка проиграла не в джунглях Вьетнама, а внутри своей собственной страны, буквально полыхавшей антивоенными протестами.

С тех пор в стране сформировался подход, при котором объектами реинтеграции в равной мере считаются как возвращающиеся с войны ветераны, так и все остальное общество. И это не случайно, ведь последние данные исследований показали, что реинтеграция семей ветеранов может стать более напряженным периодом, чем разлука, и что плохие семейные отношения являются одной из серьезных причин 20% неудачных исходов лечения ПТСР (Лайонс, 2021, с. 263).

Для достижения целей реинтеграции реализуется комплекс разнообразных программ. Цикл боевого развертывания предполагает в том

числе и оценку состояния здоровья военнослужащих после развертывания, включая психиатрическую помощь по возвращении, такую как перевод в систему здравоохранения по делам ветеранов, если военнослужащий переходит к гражданской жизни» (Мур и др., 2021, с. 62–63).

Так, участники боевых действий включаются в реадаптационные и ресоциализационные программы, которые начинают осуществляться еще в зоне боевых действий, в рамках которых военнослужащий проходит процедуру оценки состояния здоровья (в том числе и психического) после развертывания (Post-Deployment Health Assessment, PDHA), а затем и переоценку (PDHRA). Интересным является то, что эти оценочные процедуры являются неотъемлемой частью цикла боевого развертывания, без осуществления которого боевые действия не считаются полностью завершенными. PDHA реализуется в течение 90–180 дней после окончания боевых действий и включает обязательную для всех участников боевых действий скрининговую проверку на ПТСР и черепно-мозговые травмы.

В целях обеспечения мягкого транзита военнослужащих из боевой обстановки в мирную жизнь в армии США реализуется программа BATTLEMIND (battle — бой, mind — сознание). BATTLEMIND — акроним, объединяющий 10 качеств военнослужащего, которые нужно у него развить для безопасного и быстрого транзита в мирный социум.

Армейский исследовательский институт им. Уолтера Рида (Walter Reed) представляет эти качества так: Buddies — приятели вместо единения; Accountability — ответственность вместо контролирующего поведения; Targeted aggression — целевая вместо неуместной агрессии; Tactical awareness — осознание ситуации вместо гипербдительности; Lethally armed — вооруженный вместо заблокировавшийся дома; Emotional control — контролирующий свои эмоции вместо отчужденного; Mission operational security — безопасность миссии вместо секретности; Individual responsibility — индивидуальная ответственность вместо вины; Non-defensive (combat) driving — незащищенное вождение вместо агрессивного вождения; Discipline and ordering — дисциплина и порядок вместо конфликтов. Перечисленные навыки Battlemind облегчат переход домой, если они будут сформированы.

Обучение по программе по окончании развертывания состоит из двух учебных модулей. Первый модуль проводится в течение первых двух недель после возвращения домой. В центре внимания этой начальной переходной тренировки — безопасность, взаимоотношения,

а также нормализация общих реакций и симптомов стресса. Второй модуль рассчитан на период от 3 до 6 месяцев после развертывания. Он направлен на то, чтобы солдаты могли проводить проверку себя, а также своих приятелей для того, чтобы знать, когда обращаться за помощью. Обучение заканчивается устранением тех барьеров, которые мешают солдатам обращаться за помощью. Обучение предназначено для небольших групп, чтобы стимулировать взаимодействие и обсуждение в течение 35-40 минут (Мур и др., 2021; Field Manual, 2009).

Наряду с этим все ветераны боевых действий и члены их семей имеют возможность пройти до шести консультационных сессий по любому вопросу в рамках специальной программы медицинского страхования военнослужащих и членов их семей oneSource.

В последнее время резервисты также получили право обращаться в военный центр в рамках бесплатной программы TRICARE (действует 24 часа в сутки, 7 дней в неделю и доступна для военнослужащих срочной службы, Национальной гвардии и запаса, а также членам их семей по всему миру) или в Департамент по делам ветеранов.

Для семей резервистов осуществляется проект Стратегического охвата семей резервистов (Strategic Outreach to Families of All Reservists, SOFAR). В рамках проекта для работы с семьями приглашаются гражданские психотерапевты, добровольно посвящающие один час в неделю в режиме pro bono (во благо). Программа «Дайте час» бесплатно предоставляет семьям один час в неделю для решения жизненно важных вопросов в то время, когда опытные специалисты ухаживают за их детьми (Лайонс, 2021, с. 264).

Наряду с этим реализуется комплекс дополнительных онлайн- и офлайн-занятий и брифингов, организуется выдача раздаточных материалов по темам: «Карта возвращения домой», «Руководство по воссоединению семьи», «Личное и семейное руководство», «Возвращение домой и уход (из дома)», «Нормализация опыта», «Я могу это сделать», «Воссоединение с солдатами», «Признаки и симптомы бедствия», «Брифинг по реинтеграции семьи» (Мур и др., 2021, с. 64), «Как снова стать парой: как выработать чувство общей цели после развертывания» и др. Ведущие научные журналы публикуют рекомендации семьям ветеранов (Лайонс и др., 2021, с. 264–265; Фримен, Фримен, 2021).

С членами семей ветеранов проводятся психологические консультации по вопросам воссоединения, а также систематические занятия, включающие встречи с капелланами, семейными адвокатами, кон-

сультантами по семейной жизни военнослужащих и др. Такие же занятия, посвященные бесконфликтной интеграции семей, проводятся и с участниками боевых действий (Карайани, 2020).

Для лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством, Национальным центром ПТСР департамента по делам ветеранов разработана и реализуется программа для совладания с гневом, включающая психологическое образование по вопросу ПТСР, овладения методами самоконтроля, управления стрессом и гневом, обучения асsertивности и коммуникативным навыкам (Мур и др., 2021, с. 65). При этом используются экспозиционная психотерапия, когнитивная терапия, ДПДГ, семейное консультирование и т. д.

Для оказания психологической помощи лицам, страдающим ПТСР, работают десятки различных учреждений, центров, подразделений, таких как Медицинский клинический центр развертывания, Национальный центр посттравматического стрессового расстройства, Армейский научно-исследовательский институт Уолтера Рида и др. Многочисленные фирмы проводят семинары для ветеранов, переживших боевую психическую травму, и членов их семей (Лайонс, 2021, с. 265). Американское государство выделяет огромные средства для излечения ветеранов. Каждый неработающий ветеран с установленным диагнозом «ПТСР» ежемесячно получает около 3000 \$ на лечение. Однако, несмотря на это, лишь порядка 18% из них прибегают к лечению (Селигман, 2019). Как следствие этого уровень ПТСР у американских военнослужащих остается чрезвычайно высоким. Например, он существенно выше, чем у британских комбатантов, действующих бок о бок с американскими союзниками в одних и тех же военных конфликтах (6,2–12,9% против 4%) (Коносцети, 2021; Селигман, 2019). Причины этих негативных тенденций требуют отдельного изучения.

Таким образом, в вооруженных силах США действует целостная система психологической интеграции семей участников боевых действий. Интеграционные мероприятия охватывают самих ветеранов, членов их семей и общество в целом. Американский опыт может быть полезным при организации воссоединения семей российских воинов после завершения СВО.

Литература

Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. Современные аспекты исследования повседневного и травматического

- стресса (вместо предисловия) // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 5–24.
- Карайни А.Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента: учебное пособие.* М.: Юрайт, 2020.
- Карайни А.Г. Психологические последствия участия в боевых действиях: «Не ПТСРом единственным» // Российский военно-психологический журнал.* 2023. № 2 (2). С. 75–83.
- Коносмети Л.К., Вайн В., Пана Э., Литц Б. Сканирование опасности: адаптация к небоевой среде // Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / Под общ. ред. С.Э. Зверева.* СПб.: Алетея, 2021. С. 117–143.
- Лайонс Д.А. Интимные отношения в семьях военных // Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / Под общ. ред. С.Э. Зверева.* СПб.: Алетея, 2021. С. 247–273.
- Мур Б.А., Хоупвелл А., Гроссман Д. После битвы: насилие и воин // Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / Под общ. ред. С.Э. Зверева.* СПб.: Алетея, 2021. С. 39–67.
- Селигман М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия.* М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.
- Тарабрина Н.В., Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., Харламенкова Н.Е. Повседневный и травматический стресс: современные направления исследований // Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития.* М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. С. 1468–1475.
- Фримен А., Фримен Ш.М. Факторы уязвимости: повышение и понижение порога реагирования // Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / Под общ. ред. С.Э. Зверева.* СПб.: Алетея, 2021. С. 68–87.
- Field Manual № 6-22.5 Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers. Washington, DC, 2009.

К истокам психологических исследований состояний травматического стресса у сотрудников МВД

И. О. Котенёв

Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия
ikotenev@ya.ru

В статье представлены исторические факты, связанные с развитием исследований посттравматического стресса в системе МВД. История этих исследований, проводившихся при участии автора в 1984–2000 гг., связана с деятельностью Группы экстренной помощи МВД СССР, работами по проблематике экстремальной психологии сотрудников Академии управления МВД России, ВНИИПО МВД России, других образовательных и научных организаций МВД. Отражен вклад ученых-психологов МВД в разработку проблем диагностики, профилактики и коррекции посттравматических стрессовых состояний, а также решение практических вопросов организации психологической помощи сотрудникам и военнослужащим, испытывающим воздействие психотравмирующих факторов. Показано, что посттравматические стрессовые состояния у сотрудников МВД, являясь нормальной реакцией психически здорового человека на экстремальные события, требуют дальнейших исследований и выработки своевременных профилактических и коррекционных мер для предотвращения развития ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, психологическая диагностика, психопрофилактика и психокоррекция, опросник травматического стресса, органы внутренних дел, чрезвычайные обстоятельства

Введение. Предыстория

Развитие научной, прикладной и практической психологии в системе МВД имеет множество траекторий, множество ракурсов, отличается полигонтичностью. Основными центрами «кристаллизации» ведомственной психологической науки в доперестроочный период выступали Всесоюзный НИИ МВД СССР (образован 19 декабря

1945 г.), Всесоюзный НИИ противопожарной обороны МВД России (отдел исследования ресурсов и социально-психологических проблем, рук. Марьин М. И., 1986–1999 гг.) и Академия МВД СССР (кафедра психологии управления, 1973 г., рук. А. И. Китов, А. М. Столяренко, В. И. Черненилов).

1 июля 1981 г. был издан приказ МВД СССР «О создании Центральной научно-исследовательской психофизиологической лаборатории МВД СССР». ЦНИПФЛ МВД СССР состояла из 3 отделов: проблем психофизиологического отбора и профессиональной ориентации личного состава органов и войск МВД СССР, проблем профessionальной психодиагностики и психопрофилактики личного состава органов и войск МВД СССР, проблем повышения психофизиологической устойчивости личного состава органов и войск МВД СССР в условиях военного времени. В последующем ЦНИПФЛ пережила несколько реорганизаций, неоднократно меняла свое название и, к сожалению, была ликвидирована в 1998 г. (Котенев, 2019, с. 108). В середине 1980-х гг. из числа сотрудников ЦНИПФЛ была сформирована Группа экстренной помощи МВД СССР в составе врачей-психиатров и психологов. «Группа работала в таких чрезвычайных ситуациях, как смерч в Ивановской области (1984 г.), землетрясение в Узбекистане (г. Газли, 1985 г.), землетрясение в Горном Бадахшане (г. Хорог и г. Ишкашим, 1986 г.), авария на Чернобыльской АЭС (1986 г.), взрыв состава на железнодорожной станции Арзамас-І (1987 г.), землетрясения в Молдавии (1987 г.) и Армении (1988 г.), конфликт в Нагорном Карабахе и массовые беспорядки в г. Баку (1988–1990 гг.)» (Энциклопедия юридической психологии, 2003, с. 357), осетино-грузинский конфликт и землетрясение в Южной Осетии, Цхинвали (1992 г.).

Перед сотрудниками были поставлены следующие задачи:

- оценка психологических последствий воздействия чрезвычайных ситуаций природного, техногенного и социального характера на личный состав, несущий службу в местах их возникновения;
- разработка методов повышения психической устойчивости личного состава в экстремальных условиях деятельности, в том числе с помощью психофармакологических средств;
- непосредственное участие в оказании специализированной психолого-психиатрической помощи сотрудникам и военнослужащим, а также нуждающимся лицам из числа гражданского населения.

По сути, организация работы группы предвосхитила деятельность нынешнего Центра экстренной психологической помощи МЧС России.

Главный вопрос, на который предстояло получить ответ, можно сформулировать следующим образом: действительно ли масштабные события катастрофического характера вызывают, по выражению Л. Я. Брусиловского, «пандемию нервно-психического травматизма»? И если это так, в какой степени подобное явление затрагивает сотрудников ОВД, выполняющих служебные обязанности в зоне катастрофы? «Был детально изучен и проанализирован отечественный и зарубежный опыт организации психоневрологической помощи в период Первой мировой войны, Крымского землетрясения 1927 года, Великой Отечественной войны, Корейской и Вьетнамской войн армии США. Интересными оказались материалы Группы по изучению бедствий, «Disaster Research Group», США» (Энциклопедия юридической психологии, 2003, с. 357).

Во время служебных командировок в различные «горячие точки» проводились и собственные эмпирические исследования. Так, согласно данным обследования 550 сотрудников ОВД и военнослужащих внутренних войск, было показано, что патологические психические состояния, квалифицировавшиеся на тот момент как «состояния психической дезадаптации», по своей распространенности могли достигать не более 30%. Исходя из временного критерия (а исследования проводились непосредственно в местах дислокации на 3–10 сутки после катастроф), а также из емкого и лаконичного определения ПТСР как «комплекса психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными ситуациями, после перенесенного острого стрессового расстройства» (Сукиасян, Тадевосян, 2010, с. 66), речь шла о преимущественно остром периоде постстрессовых состояний, т.е. об «остром стрессовом расстройстве». При этом у 48% обследованных наблюдалось оптимальное психическое состояние, а в 18% случаев присутствовала высокая мобилизованность на решение задач (мобилизация волевых и нравственных качеств, повышение требовательности, целеустремленность, самоотдача, стимулирование интеллектуальных возможностей, скорости подготовки и принятия решений, точности суждений и действий) (Котенев, 1994).

Эту группу состояний, названных «эустрессовыми», следует отличать от состояний «ажитации» (5–6% случаев), характеризующихся значительным нарушением психической адаптации при повышенном

уровне активации. Этот тип реакций на поведенческом уровне характеризуется повышенной речевой активностью, суетливостью, непоседливостью, стремлением браться за множество дел, не доводя до конца ни одного, разбросанностью, переживанием особой важности своей роли, собственной значимости или героизма. При этом продуктивность деятельности, несмотря на внешний эффект, остается крайне низкой. Отдельная группа психологических реакций была представлена «простым» утомлением (переутомлением), которое обычно не сопровождается выраженными психоэмоциональными нарушениями, а лишь снижением работоспособности (примерно 6% наблюдений). К этой группе могут быть отнесены также случаи, когда при наличии отдельных функциональных нарушений (астенизация, неглубокие нарушения сна, колебания настроения) временно сохраняется оптимальный уровень работоспособности (Котенев, 1994).

Диагностика ПТСР

Работа психологов МВД в зонах ЧС, в регионах проведения КТО в Северо-Кавказском регионе, а также с сотрудниками, возвращавшимися оттуда по завершении сроков командировки, потребовала разработки и совершенствования психодиагностического инструментария. Так, в частности, авторским коллективом Академии МВД России под руководством Н. В. Андреева были разработаны, апробированы и внедрены в практическую деятельность следующие инструменты (Котенев и др., 1997):

- методика структурированного опроса участников психотравмирующих событий (составитель С. В. Долгополов);
- методика оценки уровня психологического дистресса в экстремальных условиях деятельности — «Индекс психологического дистресса» (автор И. О. Котенев);
- опросник LIFE, предназначенный для оценки стрессогенных событий в профессиональной деятельности (36 событий) и личной сфере сотрудников ОВД (45 событий) (автор Н. Г. Хохлова);
- опросник травматического стресса (OTC) (автор И. О. Котенев). Этот симптоматический опросник, ориентированный на диагностические критерии ПТСР в DSM-4 (МКБ-10), был разработан в 1995 г., в начале 1-й Чеченской кампании, и впервые опубликован в 1996 г. (Котенев, 1996).

Работа по изучению феномена посттравматического стресса и разработке приемлемого диагностического инструментария осуществлялась в тесном сотрудничестве с ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Ю.А. Александровский), лабораторией психологии посттравматического стресса ИП РАН (зав. Н.В. Тарабрина). Ей способствовало также международное сотрудничество, в частности с Международным обществом исследований травматического стресса (ISTSS, образовано в 1985 г.), Центром кризисной психологии военного госпиталя им. королевы Астрид (Брюссель, Бельгия).

Психопрофилактика и психокоррекция

Первоначально в работе Группы экстренной психологической помощи решение этих задач осуществлялось путем проведения в коллективах общепрофилактических мер информационно-просветительского характера, направленных на информирование сотрудников о «нормальности» и обратимости негативных психических состояний, что способствовало уменьшению тревоги, снятию озабоченности. С нуждающимися сотрудниками врачами-психиатрами проводилась психофармакотерапия (прописывались витамины, ноотропы, транквилизаторы, в отдельных случаях назначались антидепрессанты) с элементами рациональной психотерапии.

Однако при всей ее эффективности фармакотерапия, рассчитанная на более длительные курсы, в условиях краткосрочности присутствия специалистов в зоне ЧС оказалась все же ограниченным средством. Поэтому необходимо было искать и внедрять сугубо психологические профилактические методы, которые в последующем, в частности в период проведения КТО в Северо-Кавказском регионе, стали использоваться в работе стационарных и передвижных пунктов психологической помощи.

Психологами ОВД при оказании психологической помощи были взяты на вооружение хорошо известные ныне «принципы Салмона» (безотлагательности, приближенности, ожидаемости восстановления, единства и простоты), названные по имени американского военного психиатра полковника Томаса Салмона, сформулированные им еще во время Первой мировой войны (Исаев и др., 1989). Кроме того, исходили из необходимости преемственности мер психологической подготовки, психологического сопровождения и психологической реабилитации, их сочетания с фармакологической коррекцией, семейной терапией,

социальной поддержкой, что соответствовало основным этапам выполнения опасного задания.

«Целями психологической помощи на всех этапах являлись: дать пострадавшему возможность выразить свои переживания и реакции и оценить их характер; предоставить необходимую информацию, восполнить “информационный вакуум”; поддержать и вселить уверенность в себе; побудить к скорейшему возвращению к эффективной деятельности» (Русаев, 2003, с. 105).

В условиях совместного выполнения сотрудниками возложенных задач высокую эффективность показала технология «Дебрифинга стресса критических инцидентов» Дж. Митчелла, разработанная в 1983 г. Автору этих строк случилось познакомиться с Дж. Митчеллом в 1996 г. на одной из конференций ISTSS. Помню, он выразил удивление тем, что психологи в России не только знают его работы, но активно применяют дебрифинг в своей практической деятельности, а также дал ряд ценных рекомендаций по другим технологиям менеджмента стресса критических инцидентов (CISM).

Кроме дебрифинга как формы оказания неотложной психологической помощи, были описаны и рекомендованы психологам ОВД рациональная психотерапия и психотерапия по типу «вентиляции эмоций» по Ю.А. Александровскому, аутогенная тренировка, нервно-мышечная релаксация, когнитивно-поведенческая терапия, техники эриксонианского гипноза, гештальт-терапии, а также терапии смыслом по В. Франклу (Котенев и др., 1997).

Заключение

В 2003 г. статья «Посттравматические стрессовые состояния у сотрудников правоохранительных органов» вошла в «Энциклопедию юридической психологии» (Энциклопедия юридической психологии, 2003, с. 376–377). Проблематика ПТСР и связанных с ним негативных психологических последствий (в т. ч. делинквентного и суициdalного поведения, социально-психологической и профессиональной дезадаптации) для органов внутренних дел не теряла и не теряет своей актуальности. Она нашла отражение в целом ряде диссертационных исследований, защищенных учеными МВД в разные годы, — М.И. Марыниным, М.В. Леви, Н.Г. Ещенко, А.В. Метелевым, Н.И. Мягких, Ю.Г. Касперович, А.И. Адаевым, В.Н. Смирновым, А.М. Ксенофонтовым, Г.С. Човдыровой, Ю.Ю. Стрельниковой, В.А. Шаповалом и

др. Наиболее значимой, на наш взгляд, работой является докторская диссертация Ю.Ю. Стрельниковой «Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах: на примере сотрудников органов внутренних дел», защищенная в 2005 г. по специальности «19.00.04 — Медицинская психология», ее основные идеи позднее развиты в монографии автора (Стрельникова, 2020).

Будучи первоначально исключительно клиническим феноменом, проблема ПТСР приобрела выраженное общественное звучание. Она исследуется специалистами в области психологии труда, юридической и социальной психологии, в том числе в контексте проблем обеспечения психологической безопасности субъекта труда и развития личности.

Литература

Исаев А.Б., Котенев И.О., Филиппов Н.М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований) // Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении / Под ред. Ю.А. Александровского. М.: ВНИИ общ. и судеб. психиатрии, 1989. С. 15—26.

Котенев И.О. Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1994.

Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях: Учебно-методическое пособие. М.: Академия МВД России, 1996.

Котенев И.О. История становления и развития подразделений психологической работы в органах внутренних дел // Российская полиция: три века служения Отечеству: Сборник статей Юбилейной международной научной конференции, Москва, 21 декабря 2018 года. В 2-х ч. Ч. 2 / Под ред. В.Л. Кубышко. М.: Академия управления МВД РФ, 2019. С. 102–115.

Котенев И.О., Свирская И.Б., Хохлова Н.Г., Шпаченко А.Д., Долгополов С.В. Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний: методические материалы по специальности «Практическая психология». М.: Академия МВД России, 1997.

Русаев Э.С. Психология человека в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. Уфа: ГУ МЧС России по Республике Башкортостан, 2003.

Стрельникова Ю.Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции. СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД РФ, 2020.

Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматические стрессовые расстройства: медицинская и социально-психологическая проблема в Армении // Российский психиатрический журнал. 2010. № 5. С. 59–69.

Энциклопедия юридической психологии / Под общ. ред. А.М. Столяренко. М: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2003.

Феномен «потерянное сердце» на этапе зарождения отечественной авиационной психологии

Н.Д. Лысаков, Е.Н. Лысакова

Московский авиационный институт (национальный исследовательский университет), Москва, Россия
lyssakov@mail.ru

В статье раскрывается психологическая сущность и роль феномена «потерянное сердце», впервые зафиксированного в военной авиации в начале XX в., на этапе зарождения отечественной авиационной психологии, как начало изучения боевых стрессов, посттравматических стрессовых расстройств, психического выгорания. Понимание всей серьезности последствий «потери сердца» для безопасности полетов, боеспособности подразделений и реальности личных трагедий утвердило мнение о необходимости создания и совершенствования профессиональной ориентации и отбора, всестороннего сопровождения летчика на всех этапах профессионализации. На протяжении XX в. научное обоснование профессиональной надежности в авиации привело к созданию целостной системы медицинского, психофизиологического, психологического обеспечения авиационной (военно-авиационной) деятельности. В XXI в. эта работа в области изучения и учета человеческого фактора успешно продолжается.

Ключевые слова: история психологии, авиационная психология, «потерянное сердце», профессиональная надежность, человеческий фактор

Зарождение отечественной авиационной психологии приходится на начало XX века, проходит проверку Первой мировой войны и завершается в 1917 г. Этот период интересен тем, что впервые в истории человечества и отечественной истории появляются авиаия и авиационная профессия. В Российской империи в достаточно сжатые сроки начинает оформляться система всех производственных циклов самолетостроения и подготовки специалистов для летной и технической эксплуатации аэропланов, организации вспомогательных служб. Получают стимулы для развития науки о человеческом факторе в авиации — авиационная медицина, авиационная педагогика и авиационная психология. Благодаря мнению летчиков-методистов, летчиков-асов, ученых того времени, отраженному в методических пособиях, лекционных курсах, выступлениях в прессе и на авиационных сборах, стало понятно, что к летному составу необходимо предъявлять повышенные требования, которые касаются как физического здоровья, так и личностных качеств. Опыт боевого применения авиации в полной мере подтвердил эту истину. Особое место на этапе зарождения отечественной авиационной психологии занимают произведения прозы и поэзии, в которых запечатлены яркие характеристики авиаторов и летной профессии (Лысакова, 2012).

Подтверждением сказанного является феномен «потерянное сердце» или своеобразный вердикт летной непригодности — «потерять сердце». Эмпирическое описание такого опасного явления можно встретить в художественной литературе и в мемуарах непосредственных участников событий начала жизнедеятельности военной авиации. Так, в одноименном рассказе А.И. Куприна «Потерянное сердце», изданном в 1931 г., сразу формулируется императив: «Потеряешь сердце — потеряешь жизнь, честь и славу» (Куприн, 1931, с. 19). Далее автор поясняет, что не только у молодых, но и опытных закаленных знаменитых летчиков встречается «особый трудно объяснимый и неизлечимый, внезапный недуг, который назывался “потерею сердца” и о котором ни один из авиаторов не позволил бы себе отзоваться насмешливо или легкомысленно» (Куприн, 1931, с. 21).

Более того, А. Куприн прямо квалифицирует его не как заболевание сердца, а как символ психологический, моральный. «Потерять сердце — это для летчика значит потерять божественную свободу разгуливать в небесном пространстве по своей воле на хрупком аппарате, пронизывать облака, спокойно встречать дождь, снег, ураган и молнии,

ничуть не теряясь оттого, что ты совершенно не знаешь: летишь ли ты во тьме, на юг или на запад, вверх или вниз» (Куприн, 1931, с. 22). В рассказе приводится пример «потерянного сердца» у офицера, который по службе отличался отвагой, хладнокровием и находчивостью, в общении с товарищами показывал дружеское расположение, доброту, как инструктор был строг и крайне требователен, поэтому «из молодежи, обтерпевшейся в его жестких руках, выходили немногие, но первоклассные летчики». Но на жизненном пути встретилась безответная любовь, которая привела его к потере уверенности в управлении аэропланом. Несколько дней он пытался выполнить хорошо ранее освоенный элемент полета, но это ему не давалось. Сердце было потеряно навеки.

Старший врач Эскадры Воздушных Кораблей (ЭВК) «Илья Муромец» К. Н. Финне в своем историческом очерке пишет следующее: «Один офицер, который считался хорошим пилотом, вступил в эскадру, имея опыт полетов на легких самолетах. Совершая перелет на новую воздушную базу, он был сбит своими же войсками, которые приняли его самолет за вражеский. Вместе с другими офицерами он был ранен. Оправившись от ран, этот пилот поступил в ЭВК, но он “потерял свое сердце” и избегал не только боевых вылетов, но также любых полетов. Были командующие офицеры, которые никогда не теряли сердца, потому что его у них никогда не было. Они стали активными врагами Муромцев, оставаясь при этом членами ЭВК. Эти люди использовали любой повод, чтобы критиковать эскадру. К счастью, такие случаи были редкими» (Финне, 1930, с. 102). Таким образом, проявления и причины «потерянного сердца» могут быть разными, но результат один — неспособность к летной работе.

Основоположник первой научной школы авиационной психологии К.К. Платонов (подробнее о нем см.: Зверева, 2012; Кольцова, Журавлева, 2017; К.К. Платонов ..., 2007; и др.) считал, что неспособность к полетам значительно сложнее, чем просто отсутствие летных способностей. Неспособность также обуславливается определенной структурой личности, в которую входят различные сочетания ряда неблагоприятных для летной деятельности качеств, к которым можно отнести: особенности темперамента, в которых проявляются черты слабости, инертности, неуравновешенности нервных процессов; разбросанность и неустойчивость интересов и склонностей вообще (а особенно связанных с летной деятельностью) и тем более отрицательное отноше-

ние к летной деятельности; нерешительность, отсутствие смелости; легкость срыва при необходимости произвольно повышать темп или качество работы; повышенная эмоциональность, проявляющаяся главным образом в эмоционально-моторной и эмоционально-сенсорной неустойчивости; замедленность и некритичность мышления, отсутствие инициативы; замедление переключения, быстрая истощаемость, неустойчивость внимания; замедленность и неточность сложных видов двигательных реакций и сенсомоторной координации; снижение памяти.

Изучая психологическую сущность первоначального летного обучения, К. К. Платонов выдвинул задачу профилактики вредного влияния неосторожного слова инструктора, руководствуясь выявленной в педагогической практике закономерностью: чем выше авторитет командира и педагога, тем большее значение для ученика имеет каждое их слово, тем с меньшей критикой оно принимается к исполнению. Изучение ошибочных действий курсантов позволило выявить одну из важных причин, их вызывающих. По аналогии с ятрогениями, т. е. заболеваниями, вызванными неосторожным словом врача, они были названы дидактогениями, т. е. вызванными нечуткостью или грубыми словами педагога (Платонов, 1960).

Создатель научной школы и междисциплинарной концепции опасной профессии В. А. Пономаренко (см. также: Пономаренко, 2007) затрагивает проблему принятия решений летчиком и экипажем в экстремальных ситуациях: «В свое время мне пришлось изучать вопрос о причинах выживания летчика в очень сложных аварийных ситуациях, когда к человеку предъявлялись не только служебные требования, но и этические. Именно личностные этические нормы (совесть, честь, долг) довлели тогда над сознанием и действиями. У лиц, которые выходили победителями из тех ситуаций, где должны были погибнуть, я обнаруживал многое сходного. Именно “сходность” структуры личности, страсть и любовь к полету, потребность к самосовершенствованию, интеллектуальный тренинг в области предвидений, способность к преобразованию надпороговой информации, пропускание своего “я” через “ты”, “они” позволили им в доли секунды сделать именно то, что спасало им жизнь» (Пономаренко, 1998, с. 97). Следовательно, научное обоснование профессиональной надежности на протяжении XX в. привело к созданию целостной системы медицинского, психофизиологического, психологического обеспечения всех видов авиационной (военно-авиационной) деятельности.

В истории современной авиации известен интересный факт из профессиональной судьбы Заслуженного летчика-испытателя, шеф-пилота конструкторского бюро ПАО «Ил», Героя России Николая Дмитриевича Куимова. В годы учебы в школе летчиков-испытателей Николай отличился тем, что слетал на самолете Як-28 без вывозных и контрольных полетов. Дело в том, что по своим тактико-техническим характеристикам — это очень сложный самолет, совершенно другой по сравнению с теми самолетами, на которых у Николая был опыт полетов. Самый первый полет на Як-28 являлся своеобразным тестом на пригодность к работе в экспериментальной авиации, и далеко не все проходили такую проверку. Цена ошибки высока (Лысаков, 2023).

По воспоминаниям Н.Д. Куимова, «первый заход не удался. Не получалось выдерживать режим на глиссаде снижения и обеспечить условия благополучной посадки. Оставался один шанс — второй заход. Сначала пришло чувство досады, что напрасны все усилия на пути к цели стать летчиком-испытателем. И вдруг как будто открылась шторка кабины, и вместе с ней наступило какое-то внутреннее облегчение, при этом самолет стал послушен, со всеми параметрами, которые нужны. Дальнейший полет доставлял удовлетворение, радость победы над собой. Все летчики-испытатели школы встречали меня в качестве испытателя, построившись на рулежной дорожке». Почему это произошло? Почему не было «потери сердца»? Н.Д. Куимов был отлично подготовленным пилотом: прочные знания материальной части (авиатехники) и аэродинамики, сильная профессиональная мотивация, нравственное, доброжелательное отношение к товарищам, любовь к семье, готовность оказать поддержку ближнему, высокая ответственность за результаты работы.

Феномен «потерянное сердце» можно считать первой психологической характеристикой сложных, взаимообусловленных состояний, имеющих разную причинность и ведущих к уходу из летной профессии. Несмотря на то, что выражение «потерять сердце» не вошло в научный оборот, оно стало началом изучения боевых стрессов, посттравматических стрессовых расстройств, психического выгорания. Понимание всей серьезности последствий «потери сердца» для безопасности полетов, боеспособности подразделений и реальности личных трагедий утвердило мнение о необходимости создания и совершенствования профессиональной ориентации и отбора, всестороннего сопровождения летчика на всех этапах профессионализации. В XXI в. эта работа в области человеческого фактора в авиации успешно продолжается.

Литература

- Зверева Т.В.* Система психологических взглядов К.К. Платонова: дисс.
канд. психол. наук. М.: Московский гуманитарный университет, 2012.
- Кольцова В.А., Журавлев А.Л.* Жизнь и научное творчество К.К. Платонова // Выдающиеся ученые Института психологии РАН. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. С. 171–190.
- Куприн А.* Потерянное сердце. Рассказы и повести. М.: Издательские технологии, 2018.
- Лысаков Н.Д.* Николай Дмитриевич Куимов в истории авиации России // Человеческий капитал. 2023. № 1 (169). С. 1–19.
- Лысакова Е.Н.* Серебряный век и авиационная психология // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 1. С. 121–126.
- Платонов К.К.* Психология летного труда. М.: Военное издательство Министерства обороны Союза ССР, 1960.
- К.К. Платонов — выдающийся отечественный психолог XX века: Материалы юбилейной научной конференции. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007.
- Пономаренко В.А.* Психология духовности. М.: ИЧП «Издательство Магистр», 1998.
- Пономаренко В.А.* Профессия — психолог труда. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007.
- Финне К.Н.* Русские воздушные богатыри И.И. Сикорского. Белград, 1930.

Психическая травма: история становления категории и социальные представления о феномене

C.B. Набатова

Донецкий государственный университет, Донецк, Россия
sofy.a.nabatova@yandex.ru

Интерес к проблеме психологической травмы обусловлен запросом социума на создание эффективной комплексной междисциплинарной программы работы с людьми, имеющими опыт нахождения в зоне проведения специальной военной операции (как ветеранов боевых

действий, так и гражданского населения). В статье представлен обзор исследований психической травмы в историческом аспекте. Развитие такого многогранного понятия, как психическая травма, невозможно без анализа существующих на уровне обыденного познания представлений о травме. Опрос жителей Донбасса показал, что существуют определенные социальные представления о травме (как о повреждении, нарушении целостности личности, негативного переживания события, оставившего след в жизни человека), травмированной личности (сломленной, избегающей, скрытной, страдающей и т.д.) и эффективных способах преодоления психической травмы (поиск социальной поддержки, сознательное принятие опыта).

Ключевые слова: психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, социальные представления, травматический невроз, травмирующее событие

Риск возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как у ветеранов специальной военной операции, так и у гражданского населения, оказавшихся в условиях проведения боевых действий, свидетельствует о высокой актуальности данной проблемы для научного сообщества (в первую очередь психологического и медицинского). ПТСР как тяжелое психическое состояние приводит к разрушительным последствиям для человека и затрагивает различные сферы его жизни — эмоциональную, физическую, профессиональную, социальную и др. В основе механизмов формирования ПСТР лежит психическая травма — определенная отправная точка развития патологического состояния. Такие симптомы, как навязчивые воспоминания, избегание травмирующих стимулов, гипервозбуждение и эмоциональное онемение, напрямую связаны с пережитыми человеком событиями. Следовательно, определение границ понятия «психическая травма», понимание того, что ею считается, а что — нет, является важной задачей для понимания причин возникновения ПТСР и возможностей прогнозирования его последствий.

Целью данного исследования является анализ понятия «психическая травма» в научной литературе и обыденном сознании в форме социальных представлений.

На протяжении всей истории человечества глубокие эмоциональные страдания человека, вызванные травмирующими событиями, находили свое отражение в мировой литературе и мифологии. Так, на-

пример, в «Илиаде» Гомера было показано, как Ахилл, узнав о гибели верного друга Патрокла, посыпает голову и всего себя «пеплом», падает на землю, рвет на себе волосы — он переживает гнев, скорбь и чувство вины (Апресян, 2015). А Одиссея Гомер называл не иначе как «страдалец» — мужественно претерпевший все невзгоды войны и многолетних скитаний, он часто искренне плачет и испытывает чувство уныния, будто боги забыли о нем, бросили на произвол судьбы (Котенева, 2013). Подобные описания можно встретить у У. Шекспира, Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого, Э. Хемингуэя и многих других авторов.

Философы, начиная с античных времен, исследовали природу страдания, его влияния на жизненный путь человека и способы преодоления последствий травмирующих событий. Так, Аристотель в своей работе «Поэтика» вводит понятие катарсиса — трагического очищения через страдание и сострадание в искусстве, что можно рассматривать как психологический процесс переживания травмы и освобождения от ее последствий. Данная идея подтверждается современными исследованиями выражения травматических переживаний через рассказ (нarrатив), способствующего эмоциональному исцелению (Pennebaker, Seagal, 1999). Платон в диалоге «Федон» подчеркивает, что душа может быть ранена не только физически, но и морально, что можно интерпретировать как раннее осмысление психической травмы. Ван дер Колк описывает, как травма нарушает способность мозга интегрировать переживания, что соответствует платоновской идеи о дисгармонии души (Van der Kolk, 2014). Стоики (Сенека, Эпиктет, Марк Аврелий) уделяли большое внимание контролю над эмоциями и принятию страданий как части жизни, что отсылает к современным идеям когнитивно-поведенческой терапии о роли когнитивных стратегий в управлении эмоциями и снижении различных симптомов, возникших вследствие психической травмы (Beck, 2008).

Идеи философов Нового времени о взаимосвязи психических состояний с физиологическими процессами (Р. Декарт), фрагментации памяти и потере связи с прошлым в случаях прерванного сознания (Дж. Локк), ключевой роли эмоций и ассоциаций в формировании опыта (Д. Юм), важной роли разума в преодолении страданий и моральных дилемм (И. Кант), влиянии среды на формирование личности (Ж.-Ж. Руссо) дополнili представления античных мыслителей о страдании человека.

Возникновение научных исследований собственно психической травмы связано с промышленной революцией в XVIII-XIX вв., а именно — с ростом количества случаев техногенного травматизма и, как следствие, числа пострадавших от несчастных случаев. Первая монография о «травматическом неврозе» 1889 г. принадлежит перу немецкого психиатра Г. Оппенгейма. Он подробно описал психические последствия испуга, пережитого людьми при транспортных происшествиях на железнодорожном транспорте (Качалов, 2004). Данную работу можно считать отправной точкой в развитии психоаналитического подхода в понимании психической травмы.

Психическая травма рассматривалась З. Фрейдом в ранних работах в качестве причины неврозов, симптомы которых появляются вследствие влияния вытесненных в бессознательное травматических воспоминаний (Breuer, Freud, 1895). Позже, во время Первой мировой войны, З. Фрейд описал феноменологию психотравмы, вызванной военными действиями, и раскрыл симптоматику ПТСР (не используя самого понятия посттравматического стресса).

М.Ш. Магомед-Эминов обобщил представления о травматических расстройствах после несчастных случаев, сложившихся в конце XIX — начале XX вв., следующим образом: травматическое расстройство включает в себя болезненные явления у нормального человека после психической травмы (преходящие нервно-психические реакции), травматический невроз (травматическую истерию, травматическую неврастению, травматическую ипохондрию, собственно травматический невроз) и психоз после психической травмы (травматический психоз) (Магомед-Эминов, 2006). На этом этапе развития науки психическая травма понималась как психическое потрясение (шок) в момент инцидента, что не раскрывает психологическую работу личности с травматическим опытом.

Современный взгляд на травматическое расстройство позволяет говорить о нем как о негативном последствии травмирующего события, в отличие от нейтральных (адаптационно-транзиторных реакций) и позитивных (посттравматического роста) последствий (Магомед-Эминов, 2007). Это позволяет расширить понимание психической травмы и внести множество дополнительных переменных в схему «травматическое событие — психическая травма — травматическое расстройство».

В МКБ-10 зафиксировано понятие ПТСР, но, несмотря на это, для описания самого проживания психотравмирующего воздействия ис-

пользуется множество понятий: «психическая травма», «психологическая травма», «психогения», «военный невроз», «психологическая боль» и т. д. Все перечисленные термины могут иметь различные оттенки значения в зависимости от контекста и, в сущности, описывают состояния, связанные с негативным воздействием на психическое здоровье, однако это вносит неоднозначность в практическое использование теоретических знаний.

Следовательно, научный интерес вызывают представления о психической травме людей на уровне обыденного сознания, а особенно — социальные представления, основанные на личном опыте проживания психотравмирующих воздействий. Для этого была разработана анкета, включающая незаконченные предложения, свободные ассоциации и выбор утверждений на тему психической травмы. В качестве респондентов выступили 66 человек (41 женщина и 25 мужчин) в возрасте от 17 до 55 лет, проживающие в городах ДНР в условиях проведения военных действий и не имеющие психологического образования.

Контент-анализ свободных ассоциаций респондентов на слово-стимул «травма» позволил выделить следующие категории ответов: боль (26% всех ответов), физический ущерб («перелом», «ушиб», «си-няк», «порез» и др.— 21%), насилие («война», «обстрел», «нанесениеувечий», «психологическое и физическое насилие» и др.— 17%), части тела («ноги», «коленка» и др.— 8%), больница (8%), эмоции и чувства («горе», «печаль», «слезы» — 7%), кровь (5%), детский опыт («детская травма», «родители», «болезнь бабушки» и др.— 5%), рана (5%), разрыв отношений (5%), нарушение целостности («поломка», «надлом» — 3%). Так, у опрошенных жителей Донбасса в опыте закреплены не только связь травмы с физическими проявлениями, но и отнесенность травмы к психическим состояниям и особенностям межличностных взаимоотношений. Интересно, что ассоциативная связь между травмой и тяжелыми эмоциональными переживаниями характерна для респондентов зрелого возраста.

Своими знаниями о травме в широком смысле (когнитивный уровень) респонденты поделились, составляя определение данному понятию. Анализ ответов показал, что почти треть опрошенных (32%) имеют представления как о физической травме, так и о психической (давали два определения травмы). В определениях половины респондентов (55%) встречается упоминание «повреждения» (тела, психики, души), а также фиксируется внешнее воздействие. Если обобщить результаты,

то можно вывести следующее определение: «травма — это урон, нанесенный организму или психике и выраженный в форме повреждения».

Треть респондентов (33%) при определении понятия «психическая травма» упоминали ее последствия: «взгляд на окружающий мир кардинально изменился», «события, несущие негативные последствия в жизни человека», «травма, которая оставила след в памяти», «это след, оставленный после какого-то травмирующего события», «это событие в жизни человека, которое понесло за собой плачевые последствия», «... человек не прежний после какого-то события» и т. д. К тому же некоторые опрошенные приравнивали психотравму к опыту. 27% респондентов обязательными составляющими психической травмы также отметили негативные эмоции и стресс.

Благодаря ответам испытуемых удалось выделить собирательный образ «травмированного человека»: запуганный, тихий в большинстве случаев, агрессивный, раздражительный, когда задевают за больное, замкнутый из-за страха быть непонятым, избегающий контактов, тревожный, зажатый, грустный и апатичный страдалец, несчастный человек, который может «прятаться за улыбкой» или «заглушать боль» чрезмерной оживленностью. При этом некоторые респонденты (около 10%) не могут выделить конкретные характеристики травмированной личности, отмечая индивидуальные особенности каждого человека и специфику социального контекста.

Также испытуемым было предложено из 15 различных утверждений, касающихся темы психической травмы, страданий и боли, выбрать те, с которыми они согласны в большей или меньшей степени (или не согласны вообще). Наиболее популярными, совпадающими с мнением респондентов, стали следующие утверждения: «Нельзя избежать боли. Это часть прелести быть живым» (60% выборов), «Травмы могут быть разными, но каждый человек переживает свою собственную боль, и для него она — самая сильная» (60%), «Когда рядом близкий человек, готовый утешить и поддержать, травмы излечиваются легче и быстрее» (55%), «Ты не поймешь другого человека, не поняв его боль» (32%). Данные выборы демонстрируют представления жителей Донбасса о боли как естественной составляющей жизненного пути, о психической травме как уникальном и сложном опыте, о социальной поддержке как эффективном способе преодоления психической травмы.

Практически все опрошенные жители прифронтовых районов (96%) выразили свое несогласие с утверждением «Душевые трав-

мы превращают человека в чудовище», что свидетельствует о наличии у них важной человеческой способности — сопереживания. Следовательно, данное социальное представление о человеке, переживающем психическую травму, можно отнести к руководящим (разделяемому всеми членами социальной группы). Также наиболее часто отвергаемыми стали следующие утверждения: «Показать кому-то свои травмы — все равно что снять перед человеком одежду: как прежде, на тебя смотреть уже не будут» (37%), «Не жалуйся на боль — вот лучшее лекарство» (37%). Данные отвергаемые утверждения показывают, что замалчивание симптомов не относится к эффективным стратегиям совладания с травмой, по мнению опрошенных жителей Донбасса.

Таким образом, неоднозначность трактовок психической травмы в психологической литературе отражает многообразие содержания данного понятия на уровне обыденного сознания современных людей, имеющих личный опыт нахождения в ситуации угрозы жизни и благополучию. В свою очередь, богатая история становления учения о психотравме, доступность психологических знаний могли способствовать формированию достаточно четких, детализированных социальных представлений о психической травме у жителей Донбасса.

Литература

- Апресян Р.Г. Динамика образа героя в «Илиаде» Гомера // Философский журнал. 2015. № 4. С. 31–46.*
- Качалов П.В. Психоаналитическая концепция травматического невроза. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство. В 2 т. Т. 2. М.: ГНЦСП им. В.П. Сербского, 2011.*
- Котенева А. В. Печаль и горе: пути и способы их преодоления (на материале эпических поэм Гомера «Илиада» и «Одиссея») // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2013. № 4. С. 152–155.*
- Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. В 2 т. Т. 2. От психической травмы к психотрансформации. М.: ПАРФ, 2006.*
- Магомед-Эминов М.Ш. Позитивная психология человека. От психологии субъекта к психологии бытия. В 2 т. Т. 1. М.: ПАРФ, 2007.*
- Beck A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // American Journal of Psychiatry. 2008. V. 165 (8). P. 969–977.*

- Breuer J., Freud S. Studies on Hysteria. In 2 vols. V. 2. London: Hogarth Press, 1895.
- Pennebaker J.W., Seagal J.D. Forming a story: The health benefits of narrative // Journal of Clinical Psychology. 1999. V. 55 (10). P. 1243-1254.
- Van der Kolk B.A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, 2014.

Итоги и перспективы исследований психологических проблем человека в экстремальной жизненной ситуации

*М.Ш. Магомед-Эминов, Е.А. Каракева, О.Г. Квасова,
О.И. Магомед-Эминова, О.О. Савина*

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

m_sh_m@mail.ru
k.karacheva@list.ru
220163@mail.ru
m_sh_m@mail.ru
savinaolgaolegovna@gmail.com

Конкретный человек, его окружение и общество находятся в ситуации духовных, ценностных, смысловых вызовов современности и конструктивных ответов на них, существуют в пространстве и времени войны и мира, на острие столкновения смысла жизни и смысла смерти. Война может быть рассмотрена как экстремальное событие в жизни личности и общества, при котором нарушаются психические структуры выживания, имеются многосторонние серьезные последствия, затрагивающие различные категории населения, а не только людей, участвующих в боевых действиях, членов их семей. В этом событии за негативным лицом деструкции и травмы открывается обратная сторона духовного испытания — стойкости, мужества, личностного роста, сохранения и утверждения человеческого в человеке. В оптике 35-летних исследований (проект НИР «Личность в экстремальной стрессовой жизненной ситуации») представлены результаты и перспективные направления научных исследований и практики помощи человеку в условиях экстремального бытия.

Ключевые слова: психологическая травма, экстремальность, культурно-исторический подход, деятельностный подход, трансформация личности, работа личности, смысл, экзистенциальный вызов, триада последствий экстремальной ситуации, ресоциализация, психологическая помощь

Геополитические сдвиги и реалии жизни последних лет ставят перед обществом и психологией задачи, связанные с проблемами ресоциализации и психологической помощи участникам военных конфликтов, их семьям и детям, в том числе возвращенным из зон боевых действий. Еще в конце 80-х гг. XX века, после вывода войск из Афганистана, с этими задачами столкнулись психологи (Магомед-Эминов, 1989), в том числе группа специалистов в Московском университете, которая занималась созданием научно обоснованной модели Психологической службы ветеранов Афганистана (Магомед-Эминов и др., 1990), проблемной лаборатории для изучения личности в экстремальной стрессовой жизненной ситуации, специализации «Экстремальная психология и психологическая помощь» для обучения и подготовки специалистов соответствующего профиля (Магомед-Эминов, 1996, 1998, 2009). Трансформационные, транзитные процессы, происходящие в современном обществе, обусловливают необходимость пересмотра социализации, перехода к ситуации, которую можно обозначить как перманентную ресоциализацию человека в социальном мире. В свою очередь, понятие ресоциализации выходит за пределы своей узкой трактовки, относящейся только к девиантным личностям, к самым широким категориям населения, которые обращаются за психологической помощью в страдании, травме, расстройстве, при необходимости восстановления определенного уровня функционирования, в ситуации стойкости, а также решении проблем идентичности, личностного роста, развития личности (Магомед-Эминов, 2008, 2024).

Сегодня снова остро стоит задача консолидации специалистов-практиков и научных работников в области психологического, педагогического, социального, медицинского и юридического обеспечения ресоциализации и психологической помощи для разработки научных основ инновационных стратегий, технологий и методов комплексной медико-психологической и междисциплинарной реабилитации, абилитации, реадаптации, ресоциализации, психологической помощи, социальной поддержки участников военных конфликтов, членов их семей

и детей, в том числе возвращенных из зон боевых действий, и других затронутых категорий населения для эффективной интеграции человека в социум, укрепления стойкости и достижения благополучия личности, творческой самореализации и духовно-нравственного развития личности, формирования ответственной гражданской российской идентичности.

За 35 лет проекта на базе лаборатории «Личность в экстремальной стрессовой жизненной ситуации» и кафедры экстремальной психологии и психологической помощи факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова с 1987 года разрабатывались направления исследований, связанных с многообразными проблемами экстремального бытия человека в современном мире. Преодолевая биологические и натуралистические трактовки стресса в науках о природе и человеке, во главу угла психологической трактовки стресса и травмы нами была поставлена проблема личности и смысла (Магомед-Эминов, 1996, 2009, 2014, 2024).

В первую очередь, проводилась разработка философских и теоретико-методологических оснований междисциплинарного научного понимания современного человека в контексте спецоперации и трансформирующегося многополярного мира в многообразии психологических, социальных, медицинских, экономических, этнокультурных, духовно-нравственных и других вызовов, рисков и перспектив их комплексного решения (Магомед-Эминов, 2024). На этой базе создавались научные основы и модели эффективных технологий с включением инновационных модулей комплексной медико-психологической и междисциплинарной реабилитации, абилитации, ресоциализации и реадаптации ветеранов и участников боевых действий, членов их семей и других затронутых категорий населения.

С первых же публикаций и исследований по этой проблеме мы поставили вопрос о том, что негативная трактовка травмы редуцирует феномены, выявленные нами на примере афганских ветеранов (15 тысяч анкет, полученных в результате пресс-опроса «Комсомольской правды» в ноябре 1989 года). Мы обосновали парадигму о «прямой и обратной стороне травмы» в деятельностно-смысловой оптике экзистенциальной триады «травма — стойкость — рост» и комплексных практик с негативными, нейтральными и позитивными последствиями экстремального события спецоперации, включая инновационные трансдиагностические подходы к работе с травмой и утратой.

Практическая деятельность нашей группы была также направлена на диагностику, мониторинг, скрининг мультиспектра жизненных

проблем и посттравматического здоровья участников боевых действий, их семей, детей и затронутых лиц, в том числе феноменов посттравматической резильентности, посттравматического роста и посттравматического обесценивания (Karacheva et al., 2024; Kvasova et al., 2024).

В качестве перспективы исследований, с нашей точки зрения, необходимо поставить вопрос о персонификации помощи в контексте видов военной деятельности, ролей и функций; широкого возрастного диапазона, жизненного и профессионального опыта; мотивации и личностно-гражданской позиции, статуса участия людей в военных действиях. В этой связи представляется важным провести исследования дифференциации и спецификации практик помощи разным контингентам, нуждающимся в ней: при утрате близких и переживании горя; инвалидам и членам их семей; членам семей погибших участников боевых действий; участникам, вернувшимся из плена, и членам их семей, в том числе семьям пропавших без вести; матерям и женам участников боевых действий; детям участников военных конфликтов, а также находящимся/возвращенным из зон боевых действий; вынужденным мигрантам.

Особой проблемой исследований была и является диагностика и практики помощи детям с травматическим опытом войны и ее последствий, трансформацией психики и личности ребенка с их спецификой в перспективе ПТСР, комплексного ПТСР, пролонгированного горя, расстройства адаптации, с учетом влияния расстройства привязанности и расстройства развития, вызванного травмой, а также феномены детской резильентности и посттравматического роста. Требуют дальнейшего осмысления практики и технологии помощи семьям участников спецоперации, работа с супружескими парами, детско-родительскими отношениями, личностными и межличностными проблемами членов семей.

Практикующие психологи сталкиваются с проблемой рисков и угроз противоправного, девиантного, асоциального, агрессивного поведения, связанного с травматическим дистрессом войны, а также с особым контингентом участников из пенитенциарной системы, что требует дополнительной научной рефлексии и исследований.

Важным направлением научно-исследовательской работы является разработка методологий и специфики психологической работы с проблемами военнопленных, жертв злочестивенного насилия и деструкции и членов их семей, включая практики работы с трансформацией базисных ценностно-смысловых структур картины мира. Остро акту-

альной становится проблема психологического сопровождения физического восстановления, восстановления и компенсации нарушенных функций, в том числе при протезировании пострадавших.

Задача, стоявшая перед нами в начале пути наших исследований, и по настоящий момент является столь же актуальной — разработка комплексных сетевых моделей психологической службы помощи ветеранам и членам их семей для преодоления неблагополучия, оказания социально-психологической поддержки, укрепления благополучия и стойкости личности, духовно-нравственного развития и роста личности, формирования российской гражданской идентичности для осуществления заботы о себе и заботы о другом.

Одним из важных направлений в практике современной психологической помощи и ресоциализации является активное внедрение аппаратурно-технических и информационно-симулятивных методов: БОС-технологий, виртуальной реальности, программ с использованием искусственного интеллекта, нейросетей, геймификации, что также требует рефлексии и дальнейших разработок, как и инновационные медицинские, нейронаучные, нейropsихологические, нейрофизиологические, нейровизуализационные методы и технологии в области реабилитации лиц с физическими и психическими травмами.

Необходимым в современных условиях нам видится создание и усовершенствование эффективных технологий психологического обеспечения деятельности представителей помогающих профессий, информационных служб, волонтерских организаций и др. в условиях СВО и других экстремальных событий. Вопросы профессиональной подготовки специалистов в области психологической помощи и ресоциализации заостряют актуальность разработки новых образовательных программ в МГУ, которые строятся на базе осмыслиения результатов научно-исследовательской и научно-практической деятельности по изучению человека в условиях экстремального бытия.

Практики ресоциализации граждан новых территорий для их эффективной социальной интеграции в общество и творческой самореализации личности, а также информационно-психологическая работа в целях обеспечения психологической безопасности и здоровья личности, экзистенциальной стойкости и духовно-нравственной устойчивости личности в условиях радикальных вызовов ставят вопросы о роли психолога в их реализации и создания новой методологии и теории ресоциализации в психологии.

Таким образом, многолетний опыт исследования личности в экстремальной, стрессовой жизненной ситуации свидетельствует о необходимости дальнейшей разработки вопросов теоретико-методологических оснований практики оказания помощи человеку в условиях экстремального бытия. В рамках предложенного нами деятельностно-смыслового подхода к личности как динамической парадигмы культурно-исторической психологии разрабатывается диалектический принцип, который может быть развернут и развит на основании концепции работы личности над собой. Мы, в соответствии с реалиями жизни и феноменологией, накопленной за эти 35 лет, можем с уверенностью констатировать широкую палитру проявлений травматического опыта, мириады последствий и многообразие траекторий жизненного пути личности, выступающих в наших разработках в инновационной перспективе трансляционной методологии и в оптике трансдиагностического подхода, включающего коммуникативные смыслонарративные практики и психотехники.

Литература

- Магомед-Эминов М.Ш.* Синдром фронтовика // Побратим. М.: Воениздат, 1989. С. 3.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. № 4. С. 26–35.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Трансформация личности. М.: ПАРФ, 1998.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Феномен экстремальности. М.: ПАРФ, 2008.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Деятельностно-смысlovой подход к психологической трансформации личности: дисс. д-ра психол. наук М., 2009.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Онтологическая концептуализация феномена экстремальности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 3. С. 79–91.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Аутентичность личности: личность между самобытием и инообытием // Психология личности: методология, теория, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 69–74.
- Магомед-Эминов М.Ш., Филатов А.Т., Кадук Г.И., Квасова О.Г.* Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Харьков, 1990.
- Karacheva E.A., Kvasova O.G., Magomed-Eminov M.S., Prichkodko P.I., Savina O.O.* Coping self-efficacy and personal growth in the situation of the COVID-19 threat // European Psychiatry. 2024. V. 67. № S1. P. 519–520.

*Kvasova O. G., Magomed-Eminov M.S., Karacheva K.A., Savina O. O.,
Magomed-Eminova O. I.* Relationship between factor structure of post-traumatic growth and meaning assessment of trauma // International Journal of Psychology. 2024. V. 59. № 1. P. 378–379.

О вкладе отечественных ученых первой половины XX века в изучение посттравматического стресса

B. Ю. Слабинский

АНО ДПО Петербургская школа психотерапии и психологии
отношений, Санкт-Петербург, Россия
slabinsky@yandex.ru

В 1900 году В.М. Бехтеревым был разработан метод терапии «сильных душевных потрясений» — «психотерапия перевоспитанием», а в 1910 году им же военная психиатрия была выделена в отдельную дисциплину. Системное изучение посттравматического стресса и посттравматических стрессовых расстройств началось в нашей стране после того, как в Петрограде был организован Клинический психотерапевтический институт. В структуре института были открыты 50 коек психотерапевтического профиля, 5 врачебных кабинетов и санаторий. Выполнение одномоментно двух типов задач — научных и лечебных — потребовало систематического проведения в стенах института образовательных программ не только в области психопатологии, но и в области психологии, философии и социальных наук. В результате означенных мероприятий была сформирована уникальная группа специалистов — инструкторов по психотерапии и социальной педагогике, принимавших активное участие в научно-исследовательской деятельности института.

Ключевые слова: история психологии, посттравматический стресс, Зигель, Бехтерев, Лазурский, военный невроз, история психотерапии

Актуальность нашего исследования обусловлена определенными лакунами в истории отечественной психологии и психологии посттравматического стресса в частности. Историю изучения стресса принято

начинать с работ Уолтера Кеннона (Walter Bradford Cannon) и Ганса Селье (Hans Hugo Bruno Selye) (Тарабрина, 2009). В концепции У. Кеннона стресс связан с нарушением гомеостаза, а по Г. Селье стресс интерпретируется в контексте общего адаптационного синдрома: человек сначала испытывает определенную степень тревоги, а затем развивает противодействующие ей ресурсные возможности (Матвеева, 2019).

Отдавая должное достижениям У. Кеннона и Г. Селье, необходимо отметить, что еще в 1910 году на III съезде отечественных психиатров В. М. Бехтерев, обобщая опыт Русско-японской войны (1904–1905), выделил военную психиатрию в отдельную дисциплину. Более того, в 1900 году им был разработан метод терапии «сильных душевых потрясений» — «психотерапия перевоспитанием» (Слабинский, 2020).

Однако системное изучение посттравматического стресса и посттравматических стрессовых расстройств началось в нашей стране после того, как в Петрограде, по инициативе Бехтерева, был организован специализированный институт. В ходе работы в архиве Научно-технической документации Петербурга нами был обнаружен фонд Клинического психотерапевтического института. В исторической справке к фонду № 175 ЦГАНТД СПб написано, что «Клинический психотерапевтический институт был образован в мае 1919 года из госпиталя для психоневротиков Северного района Красного Креста № 5 и до окончания Гражданской войны на 90% обслуживал Красную армию. Институт являлся узкоспециализированным лечебным учреждением. Фонд № 175 не закатологизирован и не микрофильмировался» (Дмитриева, 2016, с. 1).

Во время работы с фондом № 175 нами было выяснено, что период существования института продолжался 9 лет. Несколько раз менялось название учреждения: с 1919 по 1924 год — Клинический психотерапевтический институт; с 1924 по 1926 год — Психотерапевтический институт, а с 1927 года — Психотерапевтическая больница. Располагался институт в историческом центре города на Коломенском острове по адресу: Петроград, Алексеевская улица, дом 5, ранее она имела название Шафировская улица, по находящемуся здесь Шафировому двору (названный по имени владельца статского советника барона И. Шафирова). 8 февраля 1890 года присвоено имя Алексеевская улица, д. 5, по имени дворца великого князя Алексея Александровича, находившегося неподалеку. 6 октября 1923 года переименована в улицу Писателя Писарева, в честь русского критика и публициста Д. И. Писарева. С 1925

года появляется современный вариант написания — улица Писарева, от ул. Декабристов до наб. Мойки.

В структуре Клинического психотерапевтического института впервые в стране было открыто 50 коек психотерапевтического профиля: мужское и женское отделения по 20 коек каждое, а также вскоре был открыт амбулаторный прием больных (дневной стационар), страдающих неврозами. На 1920 год было 100 обращений в месяц, на 1925 год — уже 300 обращений в месяц. Палаты были рассчитаны на 3–7 человек. Институт имел 5 врачебных кабинетов. При институте функционировал санаторий для нервных больных в Новом Петергофе.

В стационарное и амбулаторное отделения принимались лица, пострадавшие на фронтах Гражданской войны. Больные поступали со всей России, особенно из Петроградской, Псковской, Нижегородской, Ярославской, Могилевской, Смоленской губерний.

Первоначально феномен посттравматического стресса планировалось изучать и лечить с позиций психоанализа, что повлияло на назначение научным руководителем института психоаналитика А. Б. Залкинда и на соответствующий подбор кадров (все были психоаналитиками). В первые послереволюционные годы А. Б. Залкинд был одной из наиболее влиятельных фигур советской психологии. В 1911 году он окончил Московский университет по специальности «психиатрия», в 1914–1917 гг. был военным врачом на фронте. Будучи убежденным психоаналитиком (по взглядам близок к Адлеру и Райху), уже в 1913 году в журнале «Психотерапия» он опубликовал программную статью «К вопросу о факторах, сущности и терапии психоневрозов» (Алексеев, 2002). Однако проведенное под руководством главного врача института В. С. Зигель клиническое исследование эффективности методов Фрейда, Адлера и Дюбуа при психотерапии посттравматических стрессовых расстройств показало их недостаточную эффективность и необходимость разработки нового психотерапевтического метода на основе психологии отношений (Слабинский, 2014).

Вера Самойловна Зигель окончила медицинский факультет Лозаннского университета (Швейцария) в 1910 году, работала в ряде европейских клиник. Вернулась в Россию и в 1913 году прослушала курс лекций в Женском Медицинском Институте (ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). Одним из лекторов был А. Ф. Лазурский, читавший авторский курс по психологии. За время обучения В. С. Зигель сдала 25

экзаменов и получила российский диплом «женщина-лекарь» с отличием. Зачетная ведомость по душевным и нервным болезням подписана В.М. Бехтеревым (Слабинский, 2020).

В штат Клинического психотерапевтического института входили врачи-ординаторы психотерапевты, врачи-интерны, инструкторы по психотерапии, психолог и социальный педагог. Состав института менялся в разные годы. Фигурировали такие фамилии, как Фирштенберг Софья Григорьевна, Певзнер Иосиф Семенович, Воеводский Владислав Стефанович, Гордон Мария Борисовна, Карташев Сергей Сергеевич, Аллегри Ольга Орестовна, Ковшарова Татьяна Вадимовна.

В докладной записке В.С. Зигель уведомляла, что «Изменения в намеченной области, косвенно подтверждаемые результатами исследований в смежных областях знания, дают возможность утверждать, что многочисленная группа психогенных заболеваний с массой промежуточных форм между болезнью и здоровьем в значительной мере формируется причинами, лежащими во взаимоотношениях индивида с социальной средой, и представляет систему действий и реакций, направленных к достижению социального равновесия личности. Отсюда непосредственно вытекает и лечебный метод, состоящий в установлении такового взаимоотношения личности и среды, где отпадала бы необходимость в создании болезненных форм борьбы за равновесие личности. Соответственно этому с половины 1920 года Институт всю свою работу производит применительно к исследованию социальной стороны заболеваний, выясняя условия возникновения и нарушения социальных взаимоотношений личности» (Зигель, 1922, с. 1).

Другими словами, по результатам проведенного исследования в Клиническом психотерапевтическом институте отказались не только от методов Фрейда, Адлера и Дюбуа, но и стали изучать посттравматический стресс на другой методологической базе.

С окончанием гражданской войны акцент в работе института сместился на научное изучение посттравматического стресса, разработку и лечение психогенных заболеваний собственным методом. Причем психоневрозы рассматривались как заболевания, «исходящие из неправильных взаимоотношений замкнувшейся в себе эгоцентрической личности с окружающей социальной средой» (Дмитриева, 2016, с. 1). Задачи лечения заключались в установлении и расширении социального комплекса при помощи методов индивидуальной и коллективной психотерапии (Дмитриева, 2016).

Изменение задач института повлекло за собой необходимость выработки нового положения и утверждения его в ПУНУ. В новом положении научно-исследовательские задачи вышли за пределы прикладной психотерапии. Выполнение одномоментно двух типов задач — научных и лечебных — привело к дефициту кадров. Это препятствие было устранено посредством систематического проведения в стенах института образовательных программ не только в области психопатологии, но и в области психологии, философии и социальных наук. В результате означенных мероприятий была сформирована уникальная группа специалистов — инструкторов по психотерапии и социальной педагогике, принимавших активное участие в научно-исследовательской деятельности института, а также специалистов по исследованию больных с приведением систематических записей и наблюдений и лечебных мер.

В заключение важно отметить, что В. Н. Мясищев (см. также: Исуринова и др., 2021; Карпова и др., 2023; и др.) имел возможность обучаться и стажироваться под началом В. С. Зигель, что повлияло на его становление как ученого и психотерапевта-практика. Косвенно на это указывают два факта: В. Н. Мясищев опубликовал в 1920-е годы две научные работы, посвященные описанию и критике метода Адлера, и что в качестве основы, проводимой им, его учениками и сотрудниками в блокадном Ленинграде психотерапии, В. Н. Мясищев указывал «ортопедию отношений» (Слабинский, 2024).

Литература

- Алексеев П. В. Залкинд Арон Борисович // Философы России XIX–XX столетий. Биографии, идеи, труды. 4-е изд. М.: Академический проект, 2002. С. 338–339.
- Дмитриева Л. И. Историческая справка из архива. СПб.: ЦГАНТД СПб., 2016. 2 с.
- Зигель В. С. Из дела от февраля 1922 г. Краткие сведения о ПТ Институте по вопросу о штатах и смете (Отчет Зигель): ЦГАНТД СПб., ф. Р-175, д. 44. СПб., 1922. 4 с.
- Исуринова Г. Л., Карпова Э. Б., Журавлев А. Л. Психологическая концепция отношений В. Н. Мясищева: учение о неврозах и психотерапия // Психологический журнал. 2021. Т. 42. № 2. С. 36–44.
- Карпова Э. Б., Исуринова Г. Л., Журавлев А. Л. Прошлое и настоящее творческих достижений В. Н. Мясищева (к 130-летию со дня рождения) // Психологический журнал. 2023. Т. 44. № 4. С. 113–123.

- Матвеева Е.Ю. Историография концепции стресса // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 4А. С. 259–265.*
- Слабинский В.Ю. Психотерапия реактивных расстройств в Петрограде в 1900–1926 гг. // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. 2014. № 8 (138). С. 273–278.*
- Слабинский В.Ю. Психотерапия. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения. СПб.: Питер, 2020.*
- Слабинский В.Ю. Владимир Николаевич Мясищев: психотерапия в блокадном Ленинграде // Российский военно-психологический журнал. 2024. № 2 (4). С. 29–37.*
- Тарабринна Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.*

Посттравматический стресс в истории психологии: проблемы интеграции и междисциплинарного исследования*

Ю.Н. Слепко, В.А. Мазилов

Ярославский государственный педагогический университет
им. К.Д. Ушинского, Ярославль, Россия
slepko@inbox.ru
v.mazilov@yspu.org

В статье рассматриваются некоторые проблемы истории и методологии изучения проблемы посттравматического стрессового расстройства в отечественной и зарубежной психологии. На основе научометрического анализа современных баз научных публикаций показана историческая динамика интереса психологического сообщества к изучению проблемы. Отмечается значительное возрастание интереса мирового психологического сообщества к проблеме на протяжении последних тридцати лет. Краткий обзор исследований позволил выделить основные направления изучения проблемы посттравматического

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 24-28-00599, <https://rscf.ru/project/24-28-00599/>

стрессового расстройства: клинико-психологическое, психологическое, медико-терапевтическое, нейрофизиологическое, психофизиологическое. Утверждается, что проблема посттравматического стрессового расстройства носит выраженный междисциплинарный характер. Последнее является важнейшим условием интеграции психологического и непсихологического знания в изучении проблемы посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: история психологии, посттравматический синдром, междисциплинарность, интеграция

Актуальность обращения психологического сообщества к обсуждению проблемы посттравматического стресса настолько очевидна, что вряд ли она нуждается в каком-либо специальном и дополнительном обозначении. Стоит только напомнить, что человек в течение жизни сталкивается со значительным количеством событий, становящихся источниками посттравматического стресса — военными, техногенными, пандемическими, событиями личной и семейной жизни и т. д. Эти события оказывают выраженное негативное воздействие на все системы организма человека, влияют на личность и деятельность человека. Именно ввиду значительных и долгосрочных негативных последствий для человека, общества и государства проблема посттравматического стресса нуждается в постоянном обсуждении и совершенствовании способов ее решения.

Несмотря на сказанное, проблема посттравматического стресса не всегда была в фокусе внимания психологической науки, точнее, динамика интереса к ее решению носит исторический и национально ориентированный характер.

Например, по данным ресурса Американской психологической ассоциации APA PsycNet (<https://psycnet.apa.org/home>), значительный рост числа публикаций, посвященных проблеме посттравматического стрессового расстройства, наблюдается с 70-х годов XX века: в период 1970–2000 гг. вышло более 12 000 таких публикаций; в период 2000–2024 гг. рост количества таких публикаций был более чем трехкратный и составил свыше 40 000 (запрос включал в себя поиск любых изданий по ключевому слову «posttraumatic stress disorder»).

По данным поискового сервиса международного издательства Wiley (<https://onlinelibrary.wiley.com>) объем опубликованных компанией Wiley изданий, посвященных проблеме посттравматического

стрессового расстройства, значительно вырос в 90-е годы XX века: за период 1991–2024 гг. количество таких публикаций составило около 25 000 (запрос включал в себя поиск любых изданий по ключевому слову «posttraumatic stress disorder»).

Несколько позднее активизировался интерес российского психологического сообщества к данной проблеме. По данным поискового сервиса eLibrary.ru (<https://www.elibrary.ru>), за период 2001–2010 гг. было опубликовано не более 500 публикаций, содержащих ключевое слово «посттравматическое стрессовое расстройство»; однако, начиная с 2011 г. и до 2024 г. рост количества таких публикаций был более чем четырехкратным и составил свыше 2000 наименований.

Таким образом, видно, что в мировой психологической науке интерес к проблеме посттравматического стрессового расстройства значительно вырос в последнюю четверть прошлого столетия; российские психологи активно обратились к ней относительно недавно. Сказанное вполне соотносится с утвердившимся представлением о том, что именно конец XX в., связанный с серией крупных техногенных катастроф, стихийных бедствий привел к значительному возрастанию интереса общества к проблеме посттравматического стрессового расстройства (Кадыров, 2025).

Конечно, нельзя сказать, что проблема посттравматического стрессового расстройства вошла в объект научных исследований только в XX в. Еще в Античности к ней обращались Геродот и Лукреций; в Новое время — Мати (1766), Дж. Эрикшайн (1867), Г. Оппенгейм (1889) и др.; в Новейшее время проблема обсуждалась в исследованиях зарубежных психологов — П. Жане, З. Фрейда, Э. Крепелина, А. Кардинера и др.; среди российских исследователей отмечаются работы В. Н. Полянского (1912), Г. Е. Шумкова (1915), Н. Н. Баженова (1908), Н. К. Краснушкина (1948) и др. (Кадыров, 2025). Между тем, по мнению исследователей, следствием значительного возрастания интереса к проблеме именно во второй половине XX в. стала дифференциация исследований посттравматического стрессового расстройства на две группы — медико-психиатрическое и психологическое. Знакомство же с современными исследованиями проблемы позволяет утверждать, что такое деление исследований выглядит слишком обобщенным. В действительности реальный объем и разнообразие исследований проблемы настолько велики, что со всей условностью эти исследования можно поделить на большее число групп.

Во-первых, объектом психологических исследований становятся проблемы стресса, депрессии, страхов, личностных нарушений, у например, участников военных действий (Грунина, Шурупов, 2024).

Во-вторых, клинико-психологические исследования связаны с изучением стрессовых, депрессивных, посттравматических расстройств в результате пандемии коронавируса (Пизова, Пизов, 2020), злоупотребления психоактивными веществами (Freichel et al., 2025).

В-третьих, медико-терапевтические исследования направлены на изучение роли лекарственных препаратов в преодолении или снижении тяжести последствий посттравматического стрессового расстройства (Волошин, 2003; Marler et al., 2025).

В-четвертых, нейрофизиологические исследования направлены, например, на изучение роли органических поражений головного мозга в динамике посттравматического стрессового расстройства (Сукиасян, Тадевосян, 2020).

В-пятых, объектом психофизиологических исследований является, например, влияние травм и посттравматического стрессового расстройства на нарушения сна у взрослых (Havlik et al., 2025).

Перечисление направлений исследований проблемы посттравматического стрессового расстройства не сложно продолжить. Возрастание количества публикаций, наблюдающееся в последние десятилетия, неизбежно приводит, во-первых, к появлению новых аспектов анализа проблемы, во-вторых, к установлению ранее не изучавшихся источников данного расстройства. Ввиду сказанного можно утверждать, что феномен посттравматического стрессового расстройства носит выраженный междисциплинарный характер, а также требует специальной интегративной работы по изучению всех возможных его проявлений в психологии и других научных дисциплинах. Кратко поясним данную идею.

Учитывая внимание к проблеме со стороны значительного числа научных дисциплин, полноценное ее изучение возможно только средствами комплексного междисциплинарного исследования. При этом для психологической науки подобное исследование должно предполагать такую особенность, как учет уровневого строения междисциплинарности (Журавлев, 2007).

На первом уровне — внутрипсихологическом — должны изучаться те проблемы посттравматического стрессового расстройства, которые возникают на границах различных психологических отраслей, на-

правлений, разделов. Речь может идти, например, о внутридисциплинарном взаимодействии психологии личности, психологии развития, клинической и консультативной психологии и др.

На втором уровне — внешней психологическом — проблема становится объектом исследования не только психологии, но и других научных дисциплин. Краткий обзор, сделанный выше, показал, что к таким дисциплинам могут относиться медицина, фармацевтика, физиология, нейрофизиология и др.

На третьем уровне — внепсихологическом, в терминах А. Л. Журавлева — специфика междисциплинарности проявляется в том, что психологическая наука «не только успешно функционирует на границах с другими науками, но и отдельные ее отрасли полностью «внедрились» в ряд наук, реально став их структурными составляющими и специальностями» (Мазилов, 2017, с. 301). Выше мы показали, что проблема посттравматического стресса является объектом исследования, например, в клинической психологии и психофизиологии как медицинских дисциплинах и др.

Таким образом, видно, что обсуждаемая в настоящей статье проблема носит выраженный междисциплинарный характер. Однако и на внутривнешней психологическом уровне междисциплинарности могут быть получены ценные данные о многообразии психологической феноменологии посттравматического стресса. Одним из важнейших условий этого может быть коммуникативная методология психологической науки, в рамках которой реализуется модель соотношения теории и метода в психологии (Мазилов, 2017). Изучение проблемы посттравматического стресса средствами данной модели должно предполагать ряд следующих действий.

Во-первых, сопоставление между собой многочисленных концепций и результатов исследований проблемы на уровне их моделирующих представлений. Можно предположить, что моделирующие представления о данном феномене будут носить принципиальный различающийся характер, связанный, например, с узким и широким пониманием феномена посттравматического стресса. Во-вторых, данный выше краткий обзор позволяет утверждать, что на уровне идеи метод исследования феномена посттравматического стресса включает использование как субъективных (изучение феноменов сознания средствами самонааблюдения — опрос, анкетирование, беседа и т. п.), так и объективных (изучение поведенческих проявлений стресса) диагностических процедур. В-третьих, многообразие исследований проблемы позволяет говор-

рить о том, что феномен посттравматического стресса выражается во множестве базовых категорий психического — как функциональное явление (влияние на качество жизни человека), уровневое (затрагивает индивидные, субъектные, личностные характеристики человека), структурное (включает множество компонентов и элементов), генетическое (динамика стрессового состояния) и др. В-четвертых, следствием множества категорий, в которых исследуется проблема, является непродуктивность простых организующих схем исследования. Только в сложных моделях возможно установление взаимосвязи разных проявлений феномена — структурно-функциональных, структурно-уровневых, функционально-генетических и др.

Таким образом, хорошо видно, что феномен посттравматического стресса носит не только выраженный междисциплинарный характер, но и должен быть объектом интеграции психологического знания. История развития представлений о проблеме и ее современное состояние убедительно свидетельствуют о том, что только такой подход к ее разработке и решению может быть продуктивным.

Литература

- Волошин В.М.* Терапия сертралином (золофтом) коморбидных тревожно-депрессивных расстройств у больных хроническим посттравматическим стрессовым расстройством // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5. № 1. С. 10–12.
- Грунина Т.А., Шурупов Э.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у участников специальной военной операции: психодиагностика и принципы организации посттравматической помощи // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2024. № 3. С. 22–30.
- Журавлев А. Л.* Особенности междисциплинарных исследований в современной психологии // Теория и методология психологии: постнеклассическая перспектива / Под ред. А. Л. Журавлева, А. В. Юревича. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007.
- Кадыров Р.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD). М.: Юрайт, 2025.
- Мазилов В.А.* Методология психологической науки: История и современность. Ярославль: РИО ЯГПУ, 2017.
- Пизова Н.В., Пизов А.В.* Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции // Лечебное дело. 2020. № 1. С. 82–88.

Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Боевой стресс и органическое поражение головного мозга: вариант динамики посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 9. С. 19–27.

Freichel R., Skjerdingstad N., Mansuetto A. C., Epskamp S., Hoffart A., Johnson S. U., Ebrahimi O. V. Use of substances to cope predicts posttraumatic stress disorder symptom persistence: Investigating patterns of interactions between symptoms and its maintaining mechanisms // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2025. V. 17. № 1. P. 216–224.

Havlik J.L., Rhee T.G., Rosenheck R.A. Correlates of impaired sleep duration among adults with trauma alone and with posttraumatic stress disorder // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2025. Advance online publication.

Marler S., Rabbia M., Sanders K., Derkx M., Bailey L., Vilimovskij A., Maurer J., Nordstroem A.-L., Guthrie H. Efficacy and safety of balovaptan for posttraumatic stress disorder: A randomized, placebo-controlled trial // Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2025. V. 33. № 1. P. 43–52. doi: 10.1037/pha000074

РАЗДЕЛ 3

СУБЪЕКТНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Враждебность как личностная характеристика при посттравматическом стрессе у женщин

Т.Д. Азарных

Воронежский государственный университет
инженерных технологий, Воронеж, Россия
azarnykh_t@mail.ru

Целью исследования являлось изучение связи между враждебностью и тяжестью посттравматического стресса (ПТС, диагностируемого по Миссисипской шкале и шкале оценки влияния травматических событий), а также выраженностью коморбидных состояний (тревожности, депрессии, симптомокомплексов психопатологической симптоматики (SCL-90-R)), личностных, характерологических и темпераментальных особенностей у молодых женщин (студентки). Установлено, что враждебность утяжеляет течение ПТС, усиливает выраженность коморбидных состояний, а также личностных, характерологических и темпераментальных особенностей. Установленные корреляционные зависимости свидетельствует о том, что враждебность связана с увеличением вероятности появления агрессивного поведения, а также проблем с somатическим здоровьем. Факторный анализ показывает, что наиболее тесно враждебность связана с двумя чертами — возбудимостью и застrevаемостью.

Ключевые слова: враждебность, ПТС, MMPI, характер, темперамент

Под враждебностью в данном исследовании понимается личностная особенность, характеризующаяся неприязнью и недоверием к другим (Cook, Medley, 1954). Интерес к изучению враждебности связан с тем, что она прогнозирует проявления агрессии, а также связана с somатическим здоровьем. Оба аспекта актуальны для ПТСР. Так, на взрослых выборках показано, что существует связь между враждебностью и ПТСР как комбатантного, так и некомбатантного генеза (Orth, Wieland, 2006). При этом на гражданских выборках как мужчин, так и женщин показано, что чем выше уровень гнева и враждебности, тем более вероятна их манифестация в виде агрессии и насилия (Birkley, Eckhardt, 2015). Установлено также, что как полное, так и частичное ПТСР связано с somатическими заболеваниями (Pietrzak et al., 2011).

При этом в ряде исследований отмечается, что при ПТСР проблемы с соматическими заболеваниями (в частности, сердечно-сосудистыми) опосредуются враждебностью (Beckham et al., 2009).

Однако исследования проведены на взрослых выборках и касаются в основном ПТСР. Поэтому существует необходимость проведения исследований по связи враждебности с ПТС на подростково-юношеских выборках, учитывая, что ПТС, сформированный в этом возрасте, может влиять на траектории развития как темперамента, так и характера, достигающих дефинитивного состояния к 12–20 годам (Русалов, 2012, с. 88–91).

Целью исследования являлось: 1) изучение связи враждебности с психометрическими показателями ПТС, личностными, характерологическими и темпераментальными особенностями у молодых женщин; 2) оценка вероятности наличия связи враждебности с: а) агрессивным поведением, б) проблемами соматического здоровья.

Определялись следующие психометрические показатели ПТС по двум специфичным для него шкалам: 1) Миссисипская (MS) (по Keane T. M. et al.), гражданская вариант (по Vreven D. I. et al.), 2) оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) (по Horovitz M. J. et al., Marmar C. R. et al.), а также коморбидных 3) депрессии BDI (по Beck A. et al.), 4) психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (по Derogatis L. R. et al.) (опросники 1–4 адаптированы на российских выборках в Институте психологии РАН (Тарабрина и др., 2007), 5) тревожность Тейлор MAS, а также 6) враждебность (Но) по Куку и Мидлей (обе — как дополнительные шкалы СМИЛ), 7) личностные особенности (СМИЛ, модифицированный MMPI) (Собчик, 2001), 8) черты характера (ОЧХ-В) (Русалов, 2012, с. 444–453), 9) темпераментальные особенности (ОФДСИ-В) (Русалов, 2012, с. 362–367; с. 393–396).

При статистической обработке данных (SPSS, версия 13) проводилось вычисление: 1) среднего арифметического M и стандартного отклонения SD (достоверность разницы между группами определялась с помощью критериев t Стьюдента или U-Манна–Уитни), 2) коэффициентов корреляций (r) по Спирмену, а также факторный анализ (метод: анализ главных компонент).

Исследования проведены на студентках инженерных и экономических специальностей государственных вузов г. Воронеж в допандемийный период. Всего в исследовании приняли участие 620 девушек (285 в группе с ПТС, 335 — в контрольной), в возрасте 18,9 ($SD=0,93$) года.

ПТС вызван стрессами насильтственного и ненасильственного генеза. Во всех случаях после стресса, приведшего к развитию ПТС, прошло не менее полугода (в среднем: $M=3,9$, $SD=3,78$ года), т.е. стрессы получены в основном в подростковом возрасте.

Установлено, что в группе с ПТС по сравнению с контрольной уровень враждебности выше: $M=57,7$, $SD=10,04$ против $M=50,8$, $SD=10,12$ ($U=29068,0$, $p=0,000$). Полученные данные совпадают с литературными, в которых установлено, что субклинические формы ПТСР связаны с враждебностью (McCubbin et al., 2016).

Рассмотрение по группам тяжести течения ПТС (нет ПТС — частичный ПТС — ПТС, точками деления служили баллы нижнего и верхнего квартиля MS: 80 и 108 соответственно) показывает, что уровень враждебности непрерывно увеличивается: $M=50,5$, $SD=9,46$ (нет ПТС) (1); $M=57,6$, $SD=8,93$ (частичный ПТС) (2); $M=65,1$, $SD=7,06$ (ПТС) (3). При этом разница достоверна: $t=5,354$, $p=0,000$ между группами (1) — (2), $t=6,227$, $p=0,000$ — (2) — (3). Такая зависимость означает, что враждебность не является предиктором ПТС, а растет по мере его формирования.

Между враждебностью и всеми психометрическими показателями ПТС (специфическими для ПТС MS и IES-R с субшкалами вторжение IN, избегание AV, физиологическая возбудимость AR, а также коморбидными депрессией BDI с субшкалами аффективно-когнитивной A-C и соматической S-P, тревожностью MAS, отдельными симптомокомплексами психопатологической симптоматики в виде соматизации SOM, обсессивности-компульсивности O-C, межличностной сензитивности INT, депрессии DEPR, включая шкалу ее дополнительной диагностики ADD, тревожности ANX, враждебности HOS, фобической тревожности PHOB, паранойальности PAR, психотизма PSY и обобщенными индексами общего количества симптомов PST, дистресса общего GSI и симптоматического PSDI) установлены прямые корреляционные зависимости. Коэффициенты корреляции враждебности с MS, MAS свидетельствуют о средней силе связи ($r=0,56\div0,55$), AV, SOM — слабой ($r=0,23\div0,27$), в остальных случаях — умеренной ($r=0,33\div0,48$). Все коэффициенты являются высокодостоверными ($p<0,001$).

Полученные данные означают следующее. Существует прямая связь между уровнем враждебности и тяжестью самого ПТС, а также степенью психического дискомфорта (как минимум), определяемого по выраженности коморбидных состояний.

Обращает также на себя внимание, что враждебность положительно связана с показателями, связанными с соматическим здоровьем: симптомокомплексом соматизации SOM, соматической составляющей депрессии S-P, а также субшкалой физиологической возбудимости AR. Полученные данные согласуются с литературными, согласно которым у студенток при ПТС с соматическим здоровьем связаны кластер физиологической реактивности и коморбидная депрессия (Pérez et al., 2012).

Враждебность связана и с 9 (из возможных 18) темпераментальными параметрами и индексами. Сила связи от очень слабой ($r=0,12 \div 0,14$, $p=0,04 \div 0,03$) (для интеллектуальной эргичности ЭРИ, психомоторной пластиности ПМ, индексов психомоторной активности ИПА и общей ИОА) до слабой ($r=0,21 \div 0,27$, $p=0,000$) (для эмоциональности в каждой из трех сфер психомоторной ЭМ, интеллектуальной ЭИ, коммуникативной ЭК, индекса общей адаптивности ИОАД) и умеренной ($r=0,3$, $p<0,001$) (для индекса общей эмоциональности ИОЭ). При этом все коэффициенты корреляции отрицательные, за исключением эмоциональности во всех трех сферах психомоторной ЭМ, интеллектуальной ЭИ и коммуникативной ЭК, а также общей ИОЭ. Это значит, что враждебность отрицательно связана со стремлением к деятельности в интеллектуальной сфере, а также переключаемостью в психомоторной сфере. Но сильнее всего она связана с высокоэмоциональными типами общего темперамента, а также дифференциальными во всех трех сферах и слабее — с низкоактивными типами темперамента в психомоторной сфере, а также общим.

Между враждебностью и личностными особенностями, выявляемыми СМИЛ, также существует связь. Коэффициенты корреляции установлены между враждебностью и 12 (из 13) шкалами СМИЛ (кроме эмоциональной лабильности 3). Все коэффициенты положительные, за двумя исключениями (по оценочным шкалам коррекции К и лжи L). Корреляционные связи по силе являются очень слабыми для шкал невротического сверхконтроля (1), мужественности-женственности (5) ($r=0,13 \div 0,18$, $p=0,02 \div 0,000$), слабыми — для социальной интроверсии (0), импульсивности (4), пессимистичности (2), оценочной лжи (L) ($r=0,24 \div 0,28$, $p<0,001$), умеренными — для тревожности (7), индивидуалистичности (8), оптимистичности (9) ($r=0,33 \div 0,42$, $p<0,001$) и средними — для ригидности (6), оценочных достоверности (F) и коррекции (K) ($r=0,51 \div 0,66$). Кроме того, существует умеренная по силе корреляционная зависимость между уровнем враждебности и количеством акцентуаций (≥ 70 баллов) по клиническим шкалам ($r=0,49$,

$p<0,001$). Это значит, что враждебность тем выше, чем выше уровень клинических шкал (за одним исключением) и оценочной достоверности F. При этом с агрессивным поведением в наибольшей степени связаны шкалы ригидности и достоверности. Кроме того, уровень враждебности тем выше, чем больше шкал превышает уровень, свидетельствующий о нарушении адаптации (как минимум).

Враждебность связана и с 7 (из 10) чертами характера, при этом со всеми положительно, кроме гипертимности. Сила связи от очень слабой ($r=0,15\div0,16$, $p=0,02\div0,01$) (тревожность, гипертимность) до слабой ($r=0,2\div0,29$, $p<0,001$) (дистимность, экзальтированность) и умеренной ($r=0,39\div0,45$, $p<0,001$) (циклотимность, застrevаемость, возбудимость). Это значит, что на уровне черт характера, т. е. определенного комплекса паттернов реагирования и поведения, существует связь враждебности, с одной стороны, с вероятностью появления агрессивного поведения (невербальная и вербальная агрессия для застrevаемости, возбудимости, только вербальная — для дистимности, экзальтированности), а с другой — включением соматического контура реагирования (тревожность, экзальтированность), т. е. вероятностью появления (или уже наличия) проблем с соматическим здоровьем.

С целью определения наиболее тесных связей враждебности с рассматриваемыми психологическими характеристиками был проведен факторный анализ в системе: враждебность — ПТС (по MS) — СМИЛ — черты характера. Установлено при 4-факторном разрешении (факторизация матрицы интеркорреляций 62,8%), что враждебность входит в третий фактор вместе с возбудимостью, застrevаемостью, а также циклотимностью, экзальтированностью, шкалой мужественности-женственности (5), поделенными с четвертым фактором, MS, шкалой ригидности (6), поделенными с первым фактором, шкалой оптимистичности (9), поделенной со вторым фактором. Это значит, что враждебность связана с застrevаемостью, возбудимостью, а также тяжестью ПТС, циклотимностью, экзальтированностью, шкалами ригидности (6), оптимистичности (9), мужественности-женственности (5), при этом сильнее всего — с первыми двумя чертами.

Выводы

1. Уровень враждебности при ПТС выше по сравнению с контрольной группой.
2. Враждебность не является предиктором ПТС.

3. Враждебность при ПТС связана положительно со всеми психометрическими показателями ПТС. Она связана также со всеми личностными особенностями (СМИЛ) (за единичным исключением), большинством черт характера и некоторыми темпераментальными параметрами и индексами. Сила корреляционных связей при этом варьирует от очень слабой до средней.
4. Установленные связи свидетельствуют о том, что враждебность а) утяжеляет течение ПТС, усиливает выраженность психического дискомфорта, б) увеличивает вероятность манифестации враждебности в агрессивное поведение (симптомокомплекс враждебности HOS, черты характера в виде возбудимости и застреваемости, личностные особенности, выявляемые шкалами ригидности 6, оптимистичности 9 и достоверности F), в) увеличивает вероятность появления проблем с somатическим здоровьем (связь с симптомокомплексом somатизации SOM, субшкалами somатической составляющей депрессии S-P и физиологической возбудимости AR, а также включенность somатического контура реагирования, характерные для тревожности и экзальтированности).

Литература

- Русалов В. М.* Темперамент в структуре индивидуальности человека: Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.
- Собчик Л. Н.* Компьютерная программа к психодиагностическому тесту СМИЛ (вариант 3). Лицензия № 05324. М.: Институт практической психологии, 2001.
- Тарабринна 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. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.
- Beckham J. C., Flood A. M., Dennis M. F., Calhoun P. S.* Ambulatory cardiovascular activity and hostility ratings in women with chronic posttraumatic stress disorder // Biological Psychiatry. 2009. V. 65 (3). P. 268–272.
- Birkley E. L., Eckhardt C. I.* Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review // Clinical psychology review. 2015. V. 37. P. 40–56.
- Cook W. W., Medley D. M.* Proposed hostility and Pharisaic-virtue scales for the MMPI // Journal of Applied Psychology. V. 38 (6). P. 414–418.

- Mccubbin J.A., Zinzow H.M., Hibdon M.A., Nathan A.W., Morrison A.V., Hayden G.W., Lindberg K., Switzer F.S.* Subclinical posttraumatic stress disorder symptoms: relationships with blood pressure, hostility, and sleep // *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. 2016. Art. 4720941.
- Orth U., Wieland E.* Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. V. 74 (4). P. 698–706.
- Pérez L.G., Abrams M.P., López-Martínez A.E., Asmundson G.J.* Trauma exposure and health: the role of depressive and hyperarousal symptoms // *Journal of Traumatic Stress*. 2012. V. 25 (6). P. 641–648.
- Pietrzak R.H., Goldstein R.B., Southwick S.M., Grant B.F.* Medical comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in US adults: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Psychosomatic medicine*. 2011. V. 73 (8). P. 697–707.

Длительное горе при переживании утраты близкого человека*

E. B. Битюцкая

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
bityutskaya_ew@mail.ru

В статье анализируется феномен длительного горя при утрате, его психологические характеристики. Приведены исследования, показывающие распространенность комбинированной симптоматики, описывающей сочетание длительного горя, посттравматического стресса и депрессии. Дан обзор факторов устойчивости и длительности горевания. В опоре на идею циклической динамики процесса совладания с утратой обоснована возможность системного анализа процесса горевания. Это позволяет объяснить устойчивость длительного горевания как равновесие, связанное с колебаниями составляющих этого переживания. Представлен случай, демонстрирующий циклическую динамику при

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23–28–01255, <https://rscf.ru/project/23–28–01255/>

переживании утраты ребенка матерью. Проанализированы факторы усиления процесса и устойчивости цикла, который описывает избегание мыслей и воспоминаний женщины о необратимой потере.

Ключевые слова: длительное горе, утрата, копинг, циклическая динамика, посттравматическое стрессовое расстройство, системная динамика, анализ единичного случая

Переживание утраты близкого человека в ряде случаев может проявляться в виде длительного горя (prolonged grief; prolonged grief disorder). Длительное расстройство горя (или в другом переводе «затяжная патологическая реакция горя») в научной литературе до 2010-х гг. рассматривалось как один из вариантов осложненного горя, а в 2022 г. было включено в 11-е издание Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Характерные проявления описываются как чувство невозможности принять утрату, навязчивые мысли и воспоминания об умершем человеке, переживание невозможности будущего без него, длительная тоска, избегание болезненных напоминаний о смерти, нарушения адаптации к изменениям, связанным с утратой (Djelantik et al., 2017).

Горе и длительное горе различаются по критериям времени или длительности, количества и типа дополнительных симптомов и диагностическим алгоритмам (Eisma et al., 2025). Последнее связано с оценкой распространенности длительного расстройства горя. В актуальной литературе ставится вопрос о недостаточности диагностики, основанной на самооценке симптомов и определении порогового балла по опросникам. Это может приводить к систематической переоценке распространенности расстройства. Отмечается необходимость клинического интервью (Stroebe et al., 2024).

Ряд исследований показывает, что длительное горе может сочетаться с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и депрессивного расстройства (Djelantik et al., 2017). Случаи, предполагающие такое сочетание, отличаются большей тяжестью горя и более выраженным нарушениями в трудовой деятельности и социальных отношениях. Для этих случаев описаны функциональные нарушения, расстройство сна, симптомы депрессии, общей тревоги, что сочетается с более высоким уровнем горя (Simon et al., 2007). Применение анализа латентных профилей позволило выделить наряду с устойчивым классом (resilient class) и классом длительного расстрой-

ства горя — комбинированный профиль, предполагающий сочетание симптомов этого расстройства и ПТСР. Показано, что насильственная причина смерти, потеря ребенка и потеря партнера связаны с принадлежностью к комбинированному профилю (Djelantik et al., 2017).

Длительное горе характеризуется высокой, «аномальной» устойчивостью (Stroebe, Schut, Eisma, 2024). В целом анализ причин длительности и тяжести горевания зачастую приводит исследователей к выводам, позволяющим выделить следующие факторы риска: демографические характеристики, «фоновые» причины (включая наличие у респондента нарушений психического здоровья, злоупотребление психоактивными веществами, а также пережитые им предыдущие потери или травмы), степень родства, личные и социальные ресурсы, характер привязанности и др. (Wortman, Boerner, 2011). Например, показано, что переживание внезапной и/или неестественной смерти близкого человека связано с повышенным риском развития длительного горя (Eisma et al., 2025). На наш взгляд, не менее интересен анализ внутренних причин устойчивости и длительности горевания, связанных с особенностями функционирования самого процесса и его структурой.

Цели данной работы: 1) рассмотреть длительное горевание как циклический процесс, 2) проанализировать причины устойчивости цикла утраты на примере анализа единичного случая, 3) проиллюстрировать возможности системной динамики как метода анализа цикла утраты.

Теоретическими основами исследования являются представления о совладании с утратой как процессе, имеющем циклическую динамику (обзор и обоснование см. в Битюцкая, 2022). Она определяется обратными связями, усилением и ослаблением процесса со временем. Цикл копинга мы рассматриваем как паттерн, который включает когнитивные, эмоциональные, поведенческие составляющие и воспроизводится по определенному сценарию. Значимым для нас является подход “The causal systems approach to prolonged grief” (Robinaugh et al., 2022), описывающий длительное горе как результат причинно-следственных связей между его составляющими. При этом структура системы, основанной на причинно-следственных связях, формирует определенную динамику. Авторы утверждают, что понять феномен длительного горя позволяют идиографические модели (там же). Это связано с анализом единичного случая (case study). Целесообразность метода основана на возможности раскрыть психологические механизмы изучаемого явления, обнаружить «законосообразные связи между психологическими

переменными» (Харламенкова, 2023). В контексте данной работы это позволяет проанализировать индивидуальные смыслы и целостную структуру восприятия необратимой утраты как комплекс взаимосвязанных компонентов.

Описание случая. Участницей исследования, проводимого на выборке матерей детей хосписа, стала женщина 44 лет, которая (на момент исследования) переживала потерю младшего ребенка в течение двух с половиной лет. Психолог, консультировавший семью на протяжении времени, когда ребенок был жив, и после его утраты, отметила атмосферу заботы о женщине в семье. Горевание женщины психолог описала как повторяющиеся циклы самообвинения и апатичное состояние, связанное с потерей жизненных смыслов после смерти младшего ребенка. Самообвинение связано с тем, что, по словам женщины, она мало времени уделяла ребенку. Двое старших детей на момент исследования были совершеннолетними и здоровыми. В нашем исследовании использовались опросники копинга и методика структурированного описания ситуации, позволяющая получить качественные данные. Описание ситуации мы обработали с помощью качественного анализа, направленного на получение смысловых категорий, которые далее рассматривали как компоненты в структуре переживания.

Результаты анализа случая. На основе выделенных составляющих образа утраты были построены круговые диаграммы с использованием языка системной динамики Дж. Форрестера (Forrester, 1994), что позволило визуализировать связи составляющих и проанализировать факторы усиления процесса и устойчивости системы. Анализ данного случая позволил выделить: 1) составляющие усиления процесса горевания: бессмысличество жизни после утраты младшего ребенка, чувство тупика, отсутствие цели и опустошенность; 2) факторы устойчивости цикла: намеренное забывание, связанное с когнитивным отстранением, и оценка ситуации, избавляющая от необходимости ее решать. В целом копинг характеризуется как психологическая защита: намеренное забывание, контроль эмоций, уход (отстранение) от осознания потери.

В структуре рассматриваемого образа утраты отметим защитную «блокировку» для формулирования цели. Женщина описывает отсутствие цели, переживание чувства опустошенности. Вероятно, на фоне такой опустошенности, связанной с исчерпанностью сил, решение о невозможности действий в ситуации является защитой, на первый взгляд, позволяющей сохранить ресурсы. Однако с большей вероятностью та-

кой защитный комплекс в долгосрочной перспективе определяет эмоциональное выгорание. С. Хобфолл с коллегами для описания подобных явлений используют метафору «неадаптивной спирали», которая связана с потерей ресурсов (Hobfoll et al., 2003). Не исключено также сочетание длительного горя, которое характеризует данный случай, с симптомами депрессии и ПТСР (соответствующая диагностика не проводилась). К этому добавим, что пусковым механизмом паттерна являются болезненные воспоминания о ребенке, которые женщина пытается притупить с помощью намеренного забывания; а следствием бессмысленности жизни является отказ от поддержки окружения. Все это формирует защитный разрушительный цикл утраты, который воспроизводится в виде устойчивого паттерна на протяжении двух с половиной лет.

Заключение. Данная работа представляет собой попытку проанализировать устойчивость длительного горевания в контексте системного подхода, а также применить теоретическое объяснение длительного горя с помощью системного анализа причинно-следственных связей между компонентами (Битюцкая, 2022; Robinaugh et al., 2022). Анализ воспроизводящегося паттерна горевания как циклического процесса позволил выявить факторы устойчивого равновесия системы переживания утраты. В представленном случае они связаны с избеганием мыслей и воспоминаний о потере.

Литература

- Битюцкая Е.В. Проблема циклической динамики копинга: характеристики процесса и методические решения // Вопросы психологии. 2022. Т. 68. № 1. С. 57–72.
- Харламенкова Н.Е. Идиографический принцип исследования личности: метод case study // Харламенкова Н.Е. Психология личности от методологии к научному факту. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2023. С. 106–121.
- Djelantik A.A.A.M.J., Smid G.E., Kleber R.J., Boelen P.A. Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis // Psychiatry Research. 2017. V. 247. P. 276–281.
- Eisma M.C., de Lang T.A., Christodoulou K., Schmitt L.O., Boelen P.A., de Jong P.J. Prolonged grief symptoms and lingering attachment predict approach behavior toward the deceased // Journal of Traumatic Stress. 2025. V. 38. № 2. P. 284–295.

- Forrester J. W. System dynamics, systems thinking, and soft OR // System Dynamics Review.* 1994. V. 10. № 2–3. P. 245–256.
- Hobfoll S.E., Johnson R.J., Ennis N., Jackson A.P. Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women // Journal of Personality and Social Psychology.* 2003. V. 84. P. 632–643.
- Robinaugh D.J., Toner E.R., Djelantik A.A.A.M.J. The causal systems approach to prolonged grief: Recent developments and future directions // Current Opinion in Psychology.* 2022. V. 44. P. 24–30.
- Simon N.M., Shear K.M., Thompson E.H., Zalta A.K., Perlman C., Reynolds C.F., Frank E., Melhem N.M., Silowash R. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief // Comprehensive Psychiatry.* 2007. V. 48. № 5. P. 395–399.
- Stroebe M.S., Schut H.A.W., Eisma M.C. On the classification and reporting of prolonged grief: Assessment and research guidelines // Harvard Review of Psychiatry.* 2024. V. 32. № 1. P. 15–32.
- Wortman C.B., Boerner K. Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence // The Oxford handbook of health psychology.* 2011. P. 438–476.

Нарциссизм и нарциссическая травма: путь от стыда к комплексному посттравматическому стрессовому расстройству

E. E. Блощанская

Государственный академический университет гуманитарных наук, Москва, Россия
kate141002@gmail.com

Данная статья посвящена анализу нарциссизма как многослойного психического явления, изучению его типов и особенностей, присущих каждому типу. Объясняются различия между нормальным и патологическим нарциссизмом. Говорится о наличии связи между нарциссизмом и пережитыми психологическими травмами, из-за которых личность становится уязвимой, и ей становится характерно сильное чувство стыда, что, в свою очередь, способствует формированию неадекватной

самооценки. Важным аспектом статьи является концепция нарциссической травмы, объясняющей, как переживание эмоционального или физического отвержения в детстве формирует нарциссические черты у личности. Отмечается, что данный процесс напрямую связан с межличностными отношениями, особенно с родителями. Рассматриваются понятие «стыда», особенности его связи с нарциссизмом, а также такие понятия, как «посттравматическое стрессовое расстройство» и «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», ассоциированные с нарциссической динамикой.

Ключевые слова: нарциссизм, стыд, посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, нарциссическая травма

Нарциссизм — популярное явление в психологии личности, привлекающее внимание исследователей уже долгое время. Он рассматривается с разных точек зрения и интерпретируется в соответствии с различными теориями личности. Несмотря на сложность определения этого понятия, современные подходы к изучению нарциссизма позволяют развивать наше понимание его влияния на реальные жизненные ситуации и взаимодействия личности с окружающим миром. Общее в этих подходах то, что они единообразно выделяют базовые составляющие нарциссизма: склонность человека считать, что он лучше других; несоответствующую реальности самооценку; чувство уникальности и неповторимости; склонность к социальному доминированию при слабом стремлении к построению социальных связей; ориентацию на успех; отсутствие эмпатии в отношении других (Поволяева, 2025).

Немецкий психоаналитик и психиатр Гюнтер Аммон выделял три типа нарциссизма: конструктивный, деструктивный и дефицитарный (Аммон, 1976). Конструктивный нарциссизм является его здоровым вариантом, и ему свойственны адекватная самооценка, отношение к себе с любовью, отсутствие при этом самолюбования и общий позитивный настрой. Личность реально оценивает свои возможности и спокойно принимает свои слабости. При деструктивном нарциссизме личность воспринимает реальность в искаженном виде и не способна принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих. Она ведет себя инфантильно, что порождает ее дезадаптацию. При дефицитарном нарциссизме личность не способна ощутить автономию и

самодостаточность, и ей свойственно подавлять свои желания. Она часто остается незамеченной и забытой (Клепикова, 2013).

Субъективный опыт нарциссических личностей пропитан чувством стыда. Чувствительность к стыду и унижению, проявляющаяся в любой трудной ситуации, говорит о непринятии собственного self. Нарциссическая личность предъявляет к себе очень высокие требования, не прощает себе ошибок и слабостей, не способна реально оценить собственные возможности. Выявляя свои слабые стороны, она стремится скрыть их любым способом, также ощущая при этом сильный стыд.

Говоря о нарциссизме, следует раскрыть такое важное понятие, как нарциссическая травма.

Нарциссическая травма — это психологическая травма, при которой происходит потеря собственной значимости, возникающая, как правило, в детстве, когда ребенок сталкивается с отвержением, унижением или игнорированием своей потребности в признании, принятии, уважении со стороны какой-либо значимой фигуры, чаще всего родительской. Нарциссическая травма приводит к нарушению Я-структуры человека, и чтобы защитить Я-структуру от различных психологических воздействий, человек начинает проявлять паттерны нарциссического реагирования. Это проявляется в том, что он стремится оградить себя от окружающих, проявляя тем самым отчужденность, ведет активную деятельность с целью избегания столкновения со своими чувствами, проявляет завистливость и ревность по отношению к другим людям, считая, что им все дается проще в жизни, и ведет себя агрессивно, демонстрируя нарциссический гнев. Поведение родителей, способствующее развитию нарциссической травмы у ребенка, может быть самым разным. Общение родителей с ребенком может быть «косвенным». При таком общении идет отказ от прямых просьб и открытого выражения чувств. Также родители не говорят о своей обиде или злости, а выплескивают их в виде ярких чувств и эмоций. Родители не дают право детям на их личное пространство и личные границы. Также очень часто бывает, что у матери отсутствуют удовлетворяющие ее любовные отношения с отцом ребенка, или они полны конфликтов. При таком раскладе мать вынуждена использовать своего ребенка как подкрепляющий ее значимость и самоуважение объект. Мать формирует свое собственное представление о ребенке, которому он, по ее мнению, должен полностью соответствовать. И если ребенок отклоняется от ее представления о том, каким он должен быть, мать отвергает его. В ответ ребенок

формирует «ложное Я», чтобы сохранять любовь матери, при этом жертвуя «Я истинным». Так формируются нарциссические черты характера (Колганова, 2017). При этом не всегда нарциссическая травма наносит большой вред человеку. Она может вызывать фрустрацию тех или иных потребностей у ребенка, но при должной поддержке родительской фигуры эта фрустрация спокойно переживается ребенком и не оказывает негативного влияния на него в будущем. Например, причиной фрустрации у ребенка может выступать вынужденная разлука с одним из родителей в силу его отъезда. Такое событие нельзя отменить, ребенку так или иначе придется справляться с ним. И в данном случае при своевременной и всесторонней поддержке значимого взрослого ребенок вполне сможет пережить это событие без тяжелых последствий.

Таким образом, если нарциссическая травма была прожита в детстве должным образом, то она впоследствии не будет оказывать негативное влияние на жизнь человека. При таком варианте индивиду будет свойственен здоровый или конструктивный нарциссизм. Такая форма нарциссизма позволит индивиду достигать поставленных целей, выстраивать линию поведения, которая соответствует социокультурным нормам и требованиям.

Если индивиду не удалось справиться с нарциссической травмой, то ему будет свойственен патологический нарциссизм, который может быть деструктивным или дефицитарным.

Патологическому нарциссизму характерны искажение реальности и зависть к окружающим. Зависть выражается в обесценивании и презрении других. Основная проблема патологического нарциссизма может быть охарактеризована как состояние потери самого себя. Из этого следует, что искусственно раздутое эго является способом компенсации потери себя. Грандиозное Я защищает личность от ощущения ничтожности.

Вследствие неблагополучного разрешения нарциссической травмы при патологическом нарциссизме и, что очень важно, сильном влиянии стыда, как составляющей нарциссизма, может развиться посттравматическое стрессовое расстройство. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

В результате психотравматизации, затрагивающей нарциссическое ядро личности, человек может полностью утратить связь со своими

чувствами и переживаниями и стать нечувствительным к собственному телу. Данные обстоятельства не позволяют человеку осмыслить случившееся, заставляют избегать воспоминаний о травмирующем событии (Тарабрина и др., 2007).

Центральным элементом патологического нарциссизма является стыд, который влияет на его развитие и функционирование. Стыд можно описать как неприятную эмоцию самосознания, связанную с негативной оценкой себя.

Следует подчеркнуть, что стыд весьма важен. Его функция заключается в том, что он регулирует дистанцию между людьми и помогает понять, когда нарушаются культурные нормы, но при патологическом нарциссизме регулирующая функция стыда утрачивается. Стыд полностью поглощает личность, и ее поведение становится как бы продиктованным обществом.

У нарциссической личности стыд является ядерным переживанием. Нарциссический стыд — это страх разоблачения «Истинного Я», спрятанный за надменностью и жестким бесцениванием других людей.

Сверхмощное негативное воздействие стыда на психику, ощущение собственной ничтожности и бесценивание себя, сохраняющиеся на протяжении длительного времени, могут привести к комплексному посттравматическому стрессовому расстройству (Ochberg, 1970). Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) — это состояние, которое может развиться в результате длительных, повторяющихся травм в контексте, в котором у человека мало или вообще нет шансов перестать быть жертвой (Cortman, 2018).

Про КПТСР говорят, когда травматическое событие оставляет неизгладимый след в психике субъекта (он часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят яркий и конкретный характер. У субъекта происходит сдвиг в мотивации: он больше не ищет удовольствия, а фокусируется на избегании боли, постепенно утрачивая обретенные в процессе социализации науки (Падун, 2021).

Американский психиатр Джудит Герман отмечала, что симптомами комплексного посттравматического стрессового расстройства являются хронический страх, ощущение собственной никчемности и беспомощности, а также нарушения на уровне личностной идентичности (Herman, 2012). По ее словам, КПТСР наиболее тесно связано с чувством стыда. Стыд охватывает все чувство самости, при котором

расщепляется собственное «Я». Состояния стыда и гордости предполагают отношения между собственным «Я» и интернализованным другим, в чьих глазах человек испытывает гордость или стыд.

Посттравматический стресс, возникший в результате тяжелого переживания нарциссической травмы, полученной в детстве, проявляется у личности в виде влечения к смерти, пристрастия к наркотическим веществам, страха близости и эмоциональной незрелости, отказа от близких отношений с партнером и предпочтения надежной родительской фигуры. Это объясняется тем, что личность испытала столь сильную боль в таком уязвимом возрасте, когда происходило активное формирование психики.

Если индивид, который уже пережил нарциссическую травму в детстве в тяжелой форме, попадает в какую-либо экстремальную ситуацию во взрослом возрасте, это может окончательно подорвать его личностную структуру и привести к тяжелому протеканию комплексного посттравматического стрессового расстройства. Тяжелое течение КПТСР будет объясняться тем, что у индивида уже развился патологический нарциссизм и все присущие ему особенности. В данном случае у индивида могут появляться флешбэки, постоянно напоминающие о травмирующем событии, сильное чувство стыда, также он может пре轻небрегать своими потребностями и испытывать социальную тревожность (Кадыров, Венгер, 2021). Однако очень важно то, что в отличие от обычного ПТСР при КПТСР предполагается слияние индивида с этим тяжелым расстройством. Слияние настолько сильное, что часто КПТСР становится как бы фоновым состоянием, и индивид может не замечать влияния данного расстройства на свою повседневную жизнь.

В заключение стоит сказать, что нарциссизм — это сложное и многогранное явление, которое может принимать как здоровую форму (конструктивный), так и быть патологическим (деструктивный, дефицитарный). Конструктивный нарциссизм предполагает позитивное и адекватное реальности отношение к себе, положительную оценку своих способностей и признание своих слабостей. Деструктивный нарциссизм проявляется в нереалистичной самооценке, уходе в себя и обидах на окружающих людей. Дефицитарный нарциссизм — это тип нарциссизма, при котором у личности отсутствует контакт с собой, и она игнорирует свои потребности и интересы. Нарциссизм тесно связан со стыдом. Стыд проявляется как страх разоблачения своего истинного «Я», тяжести переживания своей неидеальности. Нарциссическая травма — это травма неувиденности, нераспознанности близкими

фигурами и невозможности быть собой. Она возникает в результате такого поведения родителей, когда они обесценивают чувства и потребности ребенка, не видят в нем отдельную личность и проявляют холодность и отчужденность. Однако если нарциссическая травма являлась переносимой и была своевременно прожита ребенком с достаточной поддержкой взрослого, то она не нарушит гармоничное развитие личности, не будет иметь негативных последствий в будущем. Нарциссическая травма может разрешиться двумя путями: перейти в здоровый нарциссизм или же стать патологией. Патологический нарциссизм в связке со стыдом могут привести к такому явлению, как посттравматическое стрессовое расстройство, а при длительной или же неоднократно повторяющейся травматизации перейти в комплексное посттравматическое стрессовое расстройство.

Литература

- Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1995.
- Герман Д.* Травма и исцеление. Последствия насилия — от абьюза до политического террора. М.: Бомбара, 2024.
- Кадыров Р.В., Венгер В.В.* Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиология, диагностика и психотерапия // Психолог. 2021. № 4. С. 45–60.
- Клепикова Н.М.* Нарциссизм как объект дифференциальной психометрики // Science for Education Today. 2013. № 4 (14). С. 1–5.
- Колганова К.А.* Признаки «нарциссической семьи» // Аллея науки. 2017. № 12. С. 215–218.
- Падун М.А.* Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. № 3 (113). С. 69–87.
- Поволяева Д.К.* Понятие «нарциссизм» в теориях личности и современные подходы к изучению нарциссизма // Сборник научных статей IX Всероссийской межведомственной научно-практической конференции. Нижний Новгород: Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского. 2025. С. 260–265.
- Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Маркарчук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчян З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И.* Практическое руководство по психологии

- посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.
- Cortman C. Keep pain in the past: getting over trauma, grief and the worst that's ever happened to you.* Nashville: TMA Press, 2018.
- Ochberg F. Post-traumatic therapy and victims of violence.* New York: Routledge, 1988.

Хронический стресс воспринимаемого одиночества как основной фактор депрессии и суицидального поведения у пожилых

E. В. Борисоник ***, О.Д. Пуговкина* ***, А.Б. Холмогорова* ***,
А.Ю. Симонова**.***.****, М.М. Поцхверия* .*****

*Московский государственный психолого-педагогический
университет;

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Москва, Россия

borisonik-ev@mail.ru
olgapugovkina@yandex.ru
holmogorovaab@mgppru.ru

***Научно-практический токсикологический
центр ФМБА России;

****Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования Минздрава России,
Москва, Россия

simonovatoxy@mail.ru
potskhveriyamm@sklif.mos.ru

В исследовании рассматриваются проблемы депрессии и хронического стресса у пожилых людей, совершивших попытку суицида. Обследованы 48 пациентов пожилого возраста, совершивших суицидальную попытку путем самоотравления и проходивших лечение в отделении токсикологии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского». Результаты исследования показывают, что большой процент респондентов (87%) имеют вероятные симптомы депрессии и повышенные показатели по шкале одиночества. Стресс в пожилом возрасте

у пациентов, совершивших попытку суицида путем самоотравления, обусловлен переживанием серьезных соматических заболеваний, изоляцией, разобщенностью в семье и использованием непродуктивных стратегий совладания. Хронический стресс, опосредованный переживанием одиночества, является важным фактором суициального риска.

Ключевые слова: пожилой возраст, хронический стресс, самоотравление, суицид, психосоциальные факторы

Актуальность

В исследованиях, посвященных психосоциальному факторам суициального поведения, особое внимание уделяется переживанию одиночества пожилыми людьми. Хронический стресс — один из возможных механизмов, посредством которого одиночество может повлиять на ментальное и физическое здоровье. Исследования последних лет показывают, что люди с высоким уровнем одиночества чаще жалуются на повседневные стрессоры и имеют длительную эмоциональную реакцию на них. Более высокий уровень одиночества связан с большим количеством стрессовых жизненных событий (Kang, 2024).

Диатез-стрессовая модель суициального поведения учитывает взаимосвязи между текущими событиями, вызывающими стресс, и долгосрочной уязвимостью или предрасположенностью к суициду (т.е. диатезом). К диатезу относят долгосрочные факторы, повышающие склонность человека к самоубийству. В качестве примера диатеза можно рассмотреть трудности в решении проблем и социальную изоляцию (Lester, 2016). Суицидальное поведение в пожилом возрасте часто связывают с развитием депрессии из-за тяжелых утрат или потери физического здоровья и независимости (De Leo, 2022).

Цель исследования: выявить стрессогенные факторы, влияющие на увеличение суициального риска в пожилом возрасте.

Методический комплекс

- 1) Геронтологическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15, J.A. Yesavage, T.L. Brink, T.L. Rose et al., 1982, в адаптации О.Н. Ткачевой с соавт., 2020).
- 2) Опросник совладания со стрессом (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, COPE, C. Carver, M. Scheier, J. Weintraub, 1989, в адаптации Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осины, Е.И. Рассказовой и др., 2010).

- 3) Шкала одиночества (Loneliness Scale, LS, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg, 1999, в адаптации Т.Л. Крюковой, О.А. Екимчик, 2013).
- 4) Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet et al., 1988; в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сироты, 1994).
- 5) Опросник «Возраст не помеха» для скрининга старческой астении. Разработчик ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России — ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр (2020).

Статистические методы

Для анализа результатов использован пакет IBM SPSS Statistics 27.0. Для исследования взаимосвязи выраженности симптомов депрессии и психосоциальных факторов суициального риска был использован ранговый критерий Спирмена. Для анализа различий по шкалам социального и эмоционального одиночества был использован Т-критерий Уилкоксона.

Обследованная выборка

В исследовании приняли участие 48 пациентов отделения токсикологии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского», проходящие лечение после эпизода самоотравления: 10 мужчин и 38 женщин. Возраст пациентов составил от 59 до 88 лет, результаты выражены с использованием среднего арифметического ($M=69$) и стандартного отклонения ($SD=7,7$). У большей части обследованных диагностирован депрессивный эпизод средней степени тяжести — 58%, реже депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, — 13% и расстройства шизофренического спектра — 13%, у 11% — личностное расстройство, чаще всего связанное со злоупотреблением алкоголем.

Результаты исследования

По данным гериатрической шкалы депрессии, 87% обследуемых имеют вероятные симптомы депрессии, при этом половина из них имеет выраженные симптомы. Использование малоадаптивных копинг-стратегий, таких как самообвинение, отрицание, избегание, употребление психоактивных веществ и вентилирование эмоций, на уровне тенденции связано с более высокими показателями по шкале депрессии. Можно отметить, что 92% пациентов склонны к самообвинениям, которые являются одним из важных симптомов депрессии,

52% прибегают к вентилированию эмоций, 79% — к самоотвлечению. Использование непродуктивных стратегий совладания мешает справляться с текущими стрессовыми ситуациями и приводит к хроническому стрессу в долгосрочной перспективе.

Выраженность симптомов депрессии связана с отсутствием ощущения поддержки от семьи ($-0,408^{**}$). Хотя большая часть респондентов (69%) проживает совместно с кем-то из членов семьи, их отношения часто характеризуются как конфликтные и дистанцированные, что приводит к накоплению интерперсонального дистресса. К межличностным стрессорам можно отнести потерю близкого человека; респонденты описывают горе, связанное со смертью супругов, близких друзей и детей. Также часто участники исследования жалуются на полный разрыв отношений с кем-то из членов семьи или близким другом. Важно отметить, что выраженность депрессии связана в большей степени с эмоциональным, субъективно воспринимаемым одиночеством ($0,477^{**}$), нежели с социальным ($0,352^*$). Показатели по субшкале эмоционального одиночества статистически значимо превышают показатели по субшкале социального одиночества ($p=0,001$). Пожилые пациенты часто жалуются, что их никто не понимает, что они никому не нужны, и на обесценивание своих проблем. При содержательном анализе шкалы «Одиночество» обращает на себя внимание то, что пациенты в первую очередь жалуются на отсутствие доверительных отношений (68%), многие пациенты считают свой круг общения слишком узким (61%). Социальный круг часто ограничен семьей. Половина обследованных (52%) не общаются с соседями, дружеские отношения с соседями поддерживают 36%, 12% общаются изредка. Похожая ситуация наблюдается и с общением с друзьями: 43% пациентов не поддерживают отношения с друзьями совсем, только 36% поддерживают близкие отношения, 21% общаются формально — редко, только в дистанционном формате. Еще реже респонденты поддерживают отношения с бывшими коллегами по работе, только 30% указали, что сохранили отношения с кем-то из коллег. Социальная изоляция является еще одним источником хронического стресса.

Согласно зарубежным исследованиям, воспринимаемая обремененность является более значимым предиктором суицидальных мыслей среди пожилых людей, чем депрессия или нарушение чувства принадлежности (Gendron, 2024). Среди пожилых пациентов, совершивших попытку суицида, 87% имеют симптомы старческой астении,

среди которых 45% имеют выраженные симптомы старческой астении и 43% симптомы преастении. В сравнении с ними пациенты старше 65 лет, состоящие на учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Москвы, имеют от 4 до 8% случаев старческой астении и 46–61% симптомов преастении (Остапенко, 2020). Более половины осмотренных пациентов, совершивших суициальную попытку в пожилом возрасте, имеют тяжелые хронические заболевания, включая панкреатит, онкологические заболевания и ишемическую болезнь сердца. По данным разных источников, от 55 до 84% пациентов, совершивших суицид в пожилом возрасте, имеют соматические заболевания, в первую очередь это злокачественные новообразования, значительное снижение зрения, хронические обструктивные болезни легких, болезни сердечно-сосудистой системы и патологии опорно-двигательного аппарата. Количество диагнозов коррелирует со степенью суициального риска. Эти болезни могут приводить к потере независимости и восприятию себя как бремени для других, что опосредует повышение выраженности депрессии и суициального риска (Зинчук, 2018). Таким образом, проблемы, связанные с соматическим здоровьем, играют важную роль в формировании хронического стресса.

Заключение

Таким образом, хронический стресс в пожилом возрасте среди пациентов, совершивших попытку суицида путем самоотравления, связан с переживанием тяжелых соматических состояний, накоплением дистресса в межличностных отношениях и малоадаптивными стратегиями совладания со стрессом. Профилактика суициального поведения должна быть направлена на уменьшение хронического стресса как фактора уязвимости. Важной задачей психолога при работе с пожилыми людьми является налаживание эмоциональных связей внутри семьи и психообразовательная работа с родственниками пожилых пациентов. Доверительные отношения внутри семьи могут не только помочь уменьшить интерперсональный стресс, но и обеспечить инструментальную и эмоциональную поддержку, что может помочь пожилым пациентам лучше справляться с симптомами соматического неблагополучия.

Литература

Зинчук М. С., Аведисова А. С., Жабин М. О., Гехт А. Б. Суициальность в позднем возрасте: социокультуральные и клинические факторы

риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 118 (7). С. 104–111.

Остапенко В.С., Руничина Н.К., Шарашина Н.В. Распространенность синдрома старческой астении и его взаимосвязь с хроническими неинфекционными заболеваниями у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 2. С. 131–137.

Gendron T., Camp A., Amateau G., Iwanaga K. Internalized ageism as a risk factor for suicidal ideation in later life // Aging & Mental Health. 2024. V. 28. № 4. P. 701–705.

Kang J.E., Graham-Engeland J.E., Scott S., Smyth J.M., Sliwinski M.J. The relationship between loneliness and the experiences of everyday stress and stressor-related emotion // Stress and Health. 2024. V. 40. № 2.

De Leo D. Late-life suicide in an aging world // Nature Aging. 2022. V. 2. P. 7–12.

Lester D., Gunn J.F. Psychology of Suicide // Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior / G. Fink (Eds.). Academic Press, 2016. P. 267–272.

К вопросу об искажении системы субъективных семантических координат при посттравматическом стрессовом расстройстве у участников боевых действий

A. C. Власов

Областная клиническая специализированная
психоневрологическая больница № 1, Челябинск, Россия
andrey_wlasov@mail.ru

В статье проверяется гипотеза, согласно которой психическое состояние при посттравматическом стрессовом расстройстве искажает систему субъективных семантических координат социальной перцепции, и мера этого искажения пропорциональна выраженности основных симптомов, образующих клиническую картину расстройства. В исследовании приняли участие 15 респондентов, комбатантов СВО, с установленным диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство»

(F43.1), проходящих стационарное лечение в первичном отделении ГБУЗ «Областная клиническая психоневрологическая больница № 1» г. Челябинска. Установлено, что выраженность клинической симптоматики при ПТСР достоверно значимо искажает эмоционально-оценочные координаты субъективного семантического пространства при восприятии социальных стимулов со смещением семантического профиля в сторону негативного полюса оценивания.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, субъективные семантические координаты, семантический дифференциал, социальная перцепция

Актуальность. Современное понимание посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), помимо известных специфических клинических проявлений, таких как флешбэки, кошмары и астено-депрессивные расстройства, также включает патохарактерологические реакции в виде явлений дисфорического круга, сопровождающиеся чувствами вины, гнева и злости (Васильева и др., 2023). Известно, что редуцируемая с течением времени выраженность аффективных симптомов в клинической картине ПТСР в условиях стабилизации ситуации приводит к тому, что доминирующей становится аддиктивная патология, приводящая к тяжелым социальным последствиям (Крюков и др., 2022). Отмечающаяся высокая коморбидность ПТСР с другими психическими расстройствами, а также чувствительность симптоматики к условиям межличностного социального взаимодействия указывают на необходимость исследования взаимосвязи симптомов ПТСР со стимулами социальной перцепции, что особенно актуально в условиях современной действительности (Погодина и др., 2019; Караваева и др., 2022; Соловьева, 2022). Исходя из этого, нами была сформулирована гипотеза актуального исследования, согласно которой психическое состояние при ПТСР искажает систему субъективных семантических координат, актуализируемую при эмоционально-оценочном восприятии социальных стимулов.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе ГБУЗ «Областная клиническая психоневрологическая больница № 1» г. Челябинска. В экспериментальную группу включены 15 пациентов, комбатантов СВО, с установленным диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1), мужчины, средний возраст 32,3 года, проходящие стационарное лечение в первичном мужском отделении. Выраженность симптомов ПТСР была оценена с помощью

методики ШОВТС (IES-R, Horowitz et al., 1996) в адаптации Н. В. Тарабриной (2001); для оценки выраженности дефицита социального удовольствия применялась «Шкала социальной ангедонии» (RSAS, Eckblad et al., 1982) в адаптации О. В. Рычковой, А. Б. Холмогоровой (2016); для оценки выраженности психопатологической симптоматики была использована методика SCL-90-R в адаптации Н. В. Тарабриной (2001). В качестве стимулов социальной перцепции были использованы 16 изображений из теста «Чтение психического состояния по глазам» (RMET, Baron-Cohen et al., 2001), ранее прошедшие валидизацию на российской выборке, осуществленную А. Б. Холмогоровой и О. В. Рычковой (Холмогорова, Рычкова, 2016). Шкалы семантического дифференциала для оценивания предъявленных изображений были составлены с учетом целей и задач текущего исследования и формировались в опоре на алгоритм разработки специализированных семантических дифференциалов, предложенный В. П. Серкиным (Серкин, 2024). Методом экспертных оценок для шкал были определены такие семантические диполи наиболее значимых характеристик восприятия лицевой экспрессии, как «приятный — противный», «добрый — злой», «дружелюбный — враждебный», «открытый — закрытый», «сильный — слабый». Эти шкалы позволяли оценивать предъявленное изображение через эмоционально-оценочные свойства, которые, согласно Е. Ю. Артемьевой, составляют ядро семантических координат (Артемьева, 2007). Еще одна, дополнительная шкала являлась уникальной для каждого изображения и была образована путем подбора антонима к прилагательному, характеризующему лицевую экспрессию согласно диагностическому ключу методики (ключевая шкала). Таким образом, семантический дифференциал содержал шесть шкал. Оценивание производилось по семибалльной шкале, где 1 и 7 являлись показателями максимально выраженной оценки на полюсах семантической шкалы, а 4 — отсутствием данного признака при субъективном оценивании респондентом изображения. Эксперимент проводился традиционным образом: испытуемому последовательно предъявлялись изображения из набора стимульных карточек, каждое из которых предлагалось оценить с использованием шкал семантического дифференциала. В качестве статистических методов оценки были использованы коэффициент корреляции r Пирсона, t -критерий Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ, факторный анализ с Varimax-вращением. Статистический анализ проведен с помощью программы SPSS 22.0.

Анализ и обсуждение. При сравнении показателей методики SCL-90-R по t-критерию Стьюдента с нормативными значениями (Погодина и др., 2019) ожидаемо обнаруживается статистически достоверное различие всех субшкал с нормой (при уровне значимости $p \leq 0,05$). Наибольшие средние значения в группе респондентов выявлены в субшкалах тревожность (ANX) (2,30), межличностная сензитивность (INT) (2,27), индекс симптоматического дистресса (PSDI) (2,24), депрессия (DEP) (2,21), что подтверждается также другими исследователями (Нестренко, Аркунова, 2022). Оценки по методикам «Шкала социальной ангедонии» и ШОВТС находятся в пределах средней и среднетяжелой степени выраженности. Таким образом, респонденты актуального исследования обладали выраженным нарушениями аффективной сферы в рамках тревожно-депрессивного круга, а также коморбидной этому состоянию социальной ангедонии как неспособности получать удовольствие от социальных контактов, что характеризует общую картину посттравматического стрессового расстройства в той клинической выраженности, которая требует госпитализации и активного комплексного лечения. Исследование проводилось нами в несколько этапов. На первом этапе нами был осуществлен факторный анализ данных, полученных с помощью методик SCL-90-R, «Шкала социальной ангедонии» и ШОВТС. По результатам факторного анализа данные были сгруппированы в два фактора. В первый вошли основные шкалы выраженной патопсихологической симптоматики, такие как соматизация (SOM), навязчивости (O-S), депрессия (DEP), фобическая тревожность (PHOB), паранойальные симптомы (PAR), психотизм (PSY), а также их интегральные показатели — индекс тяжести симптомов (GSI), широта диапазона симптоматики (PST), индекс симптоматического дистресса (PSDI). Этот фактор был назван нами «Выраженность патопсихологической симптоматики». Во второй фактор вошли показатели субшкал SCL-90-R межличностная сензитивность (INT), враждебность (HOS), тревожность (ANX), а также показатели ШОВТС и шкалы социальной ангедонии. Очевидно, что данный фактор описывает социальную дезадаптацию, а вхождение в него показателей ШОВТС указывает на то, что эта дезадаптация связана с выраженностю симптомов ПТСР. Таким образом, этот фактор был нами назван «Социальная дезадаптация при ПТСР».

На следующем этапе мы осуществили анализ семантических оценок, полученных в ходе шкалирования изображений испытуемых-

ми. Средняя оценка семантического профиля по всем изображениям указывает на то, что испытуемые оценивают социальные стимулы как умеренно враждебные (4,49), умеренно сильные (3,76), незначительно злые (4,19), незначительно закрытые (4,17) и почти неприятные (4,06). В скобках указана средняя по шкальным оценкам для всех изображений; число больше 4 отражает преобладание условно негативного полюса шкалы семантического дифференциала, соответственно число меньше 4 отражает вектор в сторону условно положительного полюса шкалы. Дисперсионный анализ всей совокупности групповых семантических оценок по всем 16 изображениям, предъявленным испытуемым, с последующим отбором шкал, дисперсия оценки по которым составила менее 25% от средней оценки по всем шкалам для данного изображения (Серкин, 2024), позволили выявить наиболее значимые (центровые) шкалы в оценке изображений испытуемыми (семантические универсалии в терминах Е.Ю. Артемьевой). В ходе этих процедур было выявлено, что изображение взгляда с ключевой характеристикой «веселый» испытуемыми оценивается как «умеренно враждебный» (среднее 5,4); взгляд с характеристикой «дерзкий» испытуемыми оценивается как «умеренно дерзкий» (среднее 5,67); «уверенный» взгляд испытуемые воспринимают преимущественно как «умеренно злой» (среднее 6); «серъезный» взгляд респонденты преимущественно видят как «значительно враждебный» (среднее 6,2) и в меньшей степени как «умеренно серьезный» (среднее 6,07); наконец, взгляд, характеризуемый как «подозревающий», испытуемые преимущественно оценивают как в большей степени «умеренно подозревающий» (среднее 5,67) и незначительно уступающий в оценке как «умеренно враждебный» (среднее 5,6).

Корреляционный анализ полученных шкал с факторами «Выраженность патопсихологической симптоматики» и «Социальная дезадаптация при ПТСР» позволил получить достоверные корреляционные связи (на уровне значимости $p < 0,05$) всех 7 выделенных центровых шкал семантических оценок только с фактором «Социальная дезадаптация при ПТСР».

Выводы. Выраженность симптомов ПТСР и коморбидные этому состоянию аффективные нарушения в виде тревожности и враждебности оказывают влияние на систему субъективных семантических координат в условиях взаимодействия с социальными стимулами, в ряде случаев искажая эту структуру на глубинном уровне. Вследствие этого эмоционально-оценочные свойства условно положительных или

нейтральных социальных стимулов (веселый, уверенный, серьезный) в структуре субъективного семантического пространства смещаются в сторону «враждебного» и «злого». В свою очередь, оценка испытуемыми условно негативных социальных стимулов (дерзкий, подозревающий) при наличии соответствующих симптомах ПТСР потенцируется, усиливается. Содержательно такая картина указывает на то, что эмоционально-оценочные координаты социальной перцепции субъективного семантического пространства при ПТСР оказываются чувствительны к негативной социальной стимуляции и сами задают вектор, провоцирующий тревожно-оборонительное поведение, усиливая дисфорическую и тревожную симптоматику, что в конечном итоге приводит к социальной изоляции, препятствующей эффективной реинтеграции комбатанта в мирную социальную жизнь.

Литература

- Артемьева Е.Ю.* Психология субъективной семантики. М.: Изд-во ЛКИ, 2007.
- Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А.* Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57. № 1. С. 83–95.
- Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е.В. Крюкова и В.К. Шамрея. СПб.: Спец-Лит, 2022.
- Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С.* Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии // Вопросы наркологии. 2022. № 9–10 (212). С. 75–95.
- Нестеренко О.Б., Аркунова О.П.* Профилактика посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих в условиях военного госпиталя // Вестник науки. 2023. Т. 3. С. № 12 (69) С. 877–884.
- Погодина М.Г., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шульгин Л.М., Доде-ходе Т.А., Гридин Ю.В., Чебагина Е.Ф.* Особенности личностных характеристик и уровня дистресса у лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством с коморбидными психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29. № 2. С. 22–25.

Серкин В.П. Психосемантика: учебник и практикум для вузов. М.: Юрайт, 2024.

Соловьева С.Л. Психология и психотерапия посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14. № 6. С. 2. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 04.02.2025).

Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении: монография. М.: ФОРУМ, 2016.

Жизненный опыт человека как протективный фактор при переживании травматической ситуации

E.B. Зиновьева, Я.С. Платонова, Е.А. Кузнецова

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
e.zinovieva@spbu.ru
y.platonova@spbu.ru
kuznetsova@spbu.ru

Статья посвящена рассмотрению открытости жизненному опыту как протективного фактора при переживании травматической ситуации. Основное внимание уделяется процессам дифференциации, интеграции и согласованности жизненного опыта. В работе представлены результаты эмпирического исследования связи переживания травмирующей ситуации и открытости своему опыту. Выборку исследования составили 56 женщин, подвергшихся психологическому насилию. В ходе исследования применялись полуструктурированные интервью, опросник травматического стресса, шкала оценки влияния травматического события, а также опросник оценки психологической гибкости. Для обработки полученных данных использовались методы частотного анализа, контент-анализа, регрессионного анализа и анализ таблиц сопряженности. Результаты исследования показали, что тяжесть переживаний в потенциально травмирующей ситуации и сила последствий

этих переживаний могут быть связаны как с самим жизненным опытом человека, так и с его отношением к этому опыту.

Ключевые слова: жизненный опыт, протективный фактор, дифференциация, интеграция и согласованность жизненного опыта, посттравматическое стрессовое расстройство

Проблема переживания травматических событий, а также возможные виды реакций на такие события, включая развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), и их психологические последствия становятся все более обширным полем для исследований. Традиционные методы работы с людьми, переживающими посттравматический стресс, зачастую сосредоточиваются на выявлении факторов риска и смягчении симптомов, а также на минимизации негативных последствий, возникающих в результате травматического опыта. Хотя такие исследования играют важную роль в клинической практике, они имеют преимущественно проблемно-ориентированную направленность и акцентируют внимание на устранении патологических состояний.

Важным, на наш взгляд, аспектом современных психологических исследований является смещение акцента на выявление внутренних ресурсов личности, способствующих противостоянию негативным последствиям сложных жизненных ситуаций, связанных в том числе с переживанием посттравматического стресса. На сегодняшний день в психологической литературе активно разрабатывается проблемное поле, описывающее устойчивость личности к жизненным трудностям. Среди ключевых концепций в этом аспекте можно выделить такие, как резидентность, жизнестойкость и психологические ресурсы устойчивости.

Понятие протективных факторов. Для описания факторов, способствующих поддержанию психологического благополучия и характеризующих устойчивость личности, в научном дискурсе используется термин «протективные факторы». Протективные факторы — это факторы, которые способствуют, благоприятствуют и обеспечивают защитный эффект для осуществления жизнедеятельности человека (Fergus, Zimmerman, 2005). Они могут играть важную роль в формировании способности человека адаптироваться к вызовам и стрессовым ситуациям и поддерживать свое психологическое благополучие.

Тем не менее определение самого термина «протективные факторы» представляет собой сложную задачу, так как в литературе встречается различные подходы к его пониманию. Один из подходов заключается

в определении протективных факторов как противоположности или даже отсутствия фактора риска (De Vries Robbe, 2015). Второй подход акцентирует внимание на том, что протективные факторы — это не противоположность факторам риска, а добавление элемента, который непосредственно способствует отсутствию (или снижению) проблемного поведения или нарушения психического здоровья. Наконец, третий подход определяет протективные факторы как механизмы, оказывающие косвенное воздействие, которые либо смягчают, либо нейтрализуют действие негативных последствий (Farrington, 2007).

Несмотря на расхождения в определении данного понятия, исследователи сходятся во мнении, что к протективным факторам можно отнести как личностные переменные, такие как самоэффективность, самоуважение, самоконтроль, инициативность, стрессоустойчивость и т. д., так и социальные и ситуационные переменные, включающие в себя поддержку окружающих, место жительства человека, прочные семейные отношения и т. д.

Анализ литературы указывает на то, что более эффективным подходом в процессе оказания психологической помощи является смещение фокуса внимания с негативных последствий различных травматических событий на ресурсы и протективные факторы. Такой подход акцентирует внимание на стратегиях изменений, которые направлены на усиление сильных сторон личности. Так, существуют исследования, показывающие, что протективные факторы оказывают долгосрочное положительное воздействие на адаптацию к стрессовым ситуациям и имеют обратную корреляцию с поведенческими проблемами, суициdalным риском, тревожностью и т. д. (Wahyuni, 2024).

Встречаются данные лонгитюдных исследований, подтверждающие положительное влияние ранних протективных факторов на дальнейшую жизнь ребенка, например, на школьную успеваемость, повышенную устойчивость к неблагоприятным ситуациям, а также на уровень самооценки и социальной компетентности (Herrenkohl, 1994).

Большая часть исследований, демонстрирующих эффективность подхода, учитывающего протективные факторы, выполнена в рамках психиатрической практики и служебной психологии. Так, исследования лиц с психическими расстройствами и криминальной историей подтвердили значимый вклад в снижение количества повторных случаев антисоциального поведения таких протективных факторов, как наличие эмоциональной близости с другими, стрессоустойчивость,

стабильная занятость, наличие значимых целей в жизни (Losef, 2012). При этом исследований, направленных на изучение протективных факторов при переживании посттравматического стресса, крайне мало.

При анализе существующей научной литературы можно также констатировать, что большинство исследований сосредоточиваются на выяснении взаимосвязи между отдельными протективными факторами и факторами, способствующими возникновению негативных последствий. Тем не менее все более актуальной становится необходимость изучения кумулятивного эффекта множественных протективных факторов (Fergus, Zimmerman, 2005). Такое комплексное исследование позволит более точно отразить сложную природу взаимодействия различных переменных (как психологических, так и социальных и ситуационных), способствующих поддержанию психологического благополучия личности.

Таким образом, на наш взгляд, поиск и изучение протективных факторов позволяет не только выявить механизмы, способствующие сохранению благополучия и жизнестойкости людей, переживающих посттравматический стресс, но и разработать эффективные интервенции и программы психологической помощи таким людям.

Жизненный опыт человека как протективный фактор при переживании травматической ситуации. Одним из ключевых протективных факторов мы предлагаем рассматривать жизненный опыт личности, так как он играет многогранную роль в жизни человека и выполняет ряд важных функций (защитную, адаптационную, регулирующую). Исследования показывают, что люди, обладающие разнообразным жизненным опытом, имеют более высокую способность справляться с вызовами и стрессом (Kumpfer, 1999). Однако важным выступает не просто наличие жизненного опыта, а его высокая дифференциация, интеграция отдельных его компонентов (пережитых образов событий) и их упорядочивание в согласованное целое.

Дифференциация, интеграция и согласованность представляют собой взаимосвязанные процессы, от результата которых зависит осмысленность и полнота жизненного опыта. Так, дифференциация создает основу для интеграции, позволяя человеку более четко различать различные аспекты своего опыта. В свою очередь интеграция дает возможность человеку создавать последовательный нарратив своего опыта, объединяя различные аспекты этого опыта в единое целое. И наконец, согласованность характеризуется отсутствием внутренних

конфликтов и противоречий между интегрированными аспектами опыта, что способствует психологическому благополучию и устойчивости личности (Ryff, 1989).

Таким образом, процесс перехода от менее дифференцированных частей опыта к более дифференциированным с их последующей интеграцией является ключевым для развития жизненного опыта. При встраивании новых интегрированных элементов опыта, возникших в результате переживания травматических событий, в уже существующую систему жизненного опыта возникает необходимость изменения прежних элементов. Это требует согласования новых аспектов опыта с уже сформированными (Александров, 2009).

Как отмечают многие исследователи, возникающее чувство связанности и согласованности выступает одним из важных факторов стрессоустойчивости и жизнестойкости личности (Осин, 2007). Процесс согласования новых и старых аспектов опыта не только обогащает жизненный опыт, но и укрепляет психологическую устойчивость, что в конечном итоге помогает лучше справляться с жизненными вызовами.

Исследования связи переживания травмирующей ситуации и открытости своему опыту. Исследования авторов показали, что тяжесть переживаний потенциально травмирующей ситуации и сила последствий этих переживаний связана как с самим жизненным опытом человека, так и с отношением к этому опыту. Так, в исследовании, выполненном под нашим руководством, изучалась взаимосвязь между выраженностью травматических переживаний вследствие партнерского насилия и открытостью этому опыту или его избеганию.

Выборку составили 56 женщин в возрасте 20–46 лет, подвергшихся психологическому насилию. Использовались полуструктурированное интервью, опросник травматического стресса (Котенев, 1996), шкала оценки влияния травматического события (IES-R), опросник оценки психологической гибкости (AAQ-II). Для обработки результатов исследования применялись частотный анализ, контент-анализ, регрессионный анализ и анализ таблиц сопряженности.

В результате исследования нами были выделены две группы реципиенток: с низкой ($n=22$) и высокой выраженностью травматических переживаний ($n=34$). Для исследования предикторов выраженности травматических переживаний нами была построена регрессионная модель ($R\text{-квадрат}=0,734$), в результате которой было показано, что тяжесть травматических переживаний вследствие пережитого

партнерского насилия у женщин обусловлена избеганием контакта со своим опытом, прежде всего эмоциональным ($\beta=0,189$) и фокусированием на прошлом ($\beta=0,301$). Анализ таблиц сопряженности также показал, что респондентки, чаще упоминавшие о выраженных травматических переживаниях, касающихся произошедшего насилиственного действия в их отношении, обладают высоким уровнем психологической ригидности ($p\leq0,024$), проявляющей себя в обособленности содержания травматического события от общей жизненной истории и переживаний личности в целом.

Результаты контент-анализа текстов интервью позволили сделать выводы относительно интеграции, дифференциации и согласованности жизненного опыта женщин, переживших партнерское насилие. Так, женщины с высокой выраженностью травматических переживаний были склонны не дифференцировать собственные чувства, связанные с травмой, и не выражать свои эмоции в целом. Например, одна из участниц отмечала, что слабо чувствует негативные эмоции, регулярно «ругает себя за чувства», несколько дней может ходить и «отгонять прилипшие эмоции». У данной группы респонденток наблюдались трудности и в интеграции травматического события в общий контекст их жизненного опыта, что проявлялось в обособленности травматических переживаний от других аспектов их жизни. Так, респондентки отмечали, что больше думают о прошлом, травматический опыт их часто отвлекает от фокуса на настоящем моменте, они чувствуют себя потерянными в ценностях и смыслах. Такое обособление травматического события и связанных с ним переживаний может затруднять формирование целостного восприятия своей истории и усиливать ощущение отделенности от собственного жизненного опыта («Я старалась не смотреть на себя со стороны, потому что мне не понравится картина»).

Напротив, в группе женщин с низким уровнем травматических переживаний наблюдалась высокая дифференциация и интеграция случившегося опыта («я не отгоняю эмоции, стараюсь их анализировать»). Респондентки из данной группы отмечали, что чаще ориентируются именно на непосредственно происходящий опыт, чаще смотрят на себя со стороны, анализируют свои поступки и имеют четкую систему ценностей.

Таким образом, мы можем сказать, что женщины, более открытые своему опыту, принимающие его, демонстрировали более низкий уровень травматических переживаний.

Полученные результаты могут указать на правомерность гипотезы о том, что открытость жизненному опыту, его дифференциация, интеграция и согласованность могут выступать протективными факторами при переживании травматической ситуации.

Литература

- Александров Ю.И. Дифференциация и развитие // Теория развития: Дифференционно-интеграционная парадигма / Сост. Н.И. Чуприкова. М.: Языки славянских культур, 2009. С. 17–28.*
- Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. 2007. Т. 3. № 1. С. 22.*
- De Vries Robbe M. An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending // Sexual Abuse. 2015. V. 27. № 1. P. 16–33.*
- Farrington D.P. Childhood risk factors and risk-focused prevention // The Oxford handbook of criminology. 2007. V. 4. P. 602–640.*
- Fergus S., Zimmerman M.A. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk // Annual Review of Public Health. 2005. V. 26. № 1. P. 399–419.*
- Herrenkohl F.C., Herrenkohl R.C., Egolf B. Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence // American Journal of Orthopsychiatry. 1994. № 64. P. 301–309.*
- Kumpfer K.L. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents // Pediatrics. 1999. V. 103. № 2. P. 1128–1128.*
- Lösel F., Farrington D.P. Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence // American Journal of Preventive Medicine. 2012. V. 43. № 2. P. 8–23.*
- Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. V. 57. № 6. P. 1069.*
- Wahyuni S.E. Risk and protective factors of anxiety in nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review // Caring: Indonesian Journal of Nursing Science. 2024. V. 6. № 2. P. 59–67.*

Посттравматический стресс и мотивация к учебе у молодых жителей зоны военных действий

*Э.Б. Карпова, А.Д. Орел, А.Л. Чайкина,
Ю.А. Машкауцан, Г.В. Збирня*

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, Россия

e.karpova@spbu.ru

st095725@student.spbu.ru

st114943@student.spbu.ru

st102541@student.spbu.ru

st095730@student.spbu.ru

В статье представлено исследование взаимосвязи симптоматики посттравматического стресса с учебной мотивацией у молодых жителей зоны военных действий в 2024 году. Актуальность работы обусловлена расширением зоны военных действий в мире и недостаточным количеством исследований влияния проявлений посттравматической симптоматики на учебный процесс в условиях войны. Использовались методики: опросник оценки влияния стрессовых событий PCL-5, опросник травматических событий LEC-5 в адаптации Н. В. Тарабриной с соавт., а также шкала академической мотивации (ШАМ), полная версия Т.О. Гордеевой с соавт. Результаты исследования выявили общее снижение учебной мотивации во всей выборке, различия в преобладающих типах мотивации по группам с высокими и низкими показателями ПТС, связь между экстернальной, интровертированной мотивацией и субъективной значимостью потенциально травматичных случайных событий.

Ключевые слова: посттравматический стресс, симптоматика посттравматического стресса, военные действия, академическая мотивация

Введение

Пребывание в зонах военного конфликта является одним из потенциально наиболее травматичных видов опыта как для военнослужащих, так и для гражданского населения. В последние годы в зоне боевых действий оказались мирные жители Украины и РФ всех возрастов. Эмпирическое исследование психического состояния людей, проживающих на территориях проведения специальной военной опе-

рации, свидетельствует о том, что число случаев посттравматического стресса (ПТС) составляет приблизительно от 17,5% от гражданского населения (Ермаков, Богачева, 2024) до 70% в выборке респондентов (Панич, 2024); часто обнаруживаются аффективные, тревожные и соматоформные расстройства, а последствия ПТС ведут к сложностям в адаптации к повседневной жизни даже при длительной терапии (Самохина, 2024). Исследование лиц молодого возраста, длительное время проживающих в этих зонах, показало, что они в значительной мере подвержены развитию непсихотических психических расстройств, неуверенности, тревожности, враждебному отношению к окружающей среде. На фоне выраженного дистресса довольно часто проявляются соматоформные расстройства с преобладанием головных болей и учащенного сердцебиения. Молодые люди отмечают желание побыть в одиночестве, беспокойство без весомых причин, трудности с концентрацией внимания и упорядочиванием мыслей, что оказывает негативное влияние на процесс обучения и социальное функционирование (Голodenко, Альмешкина, 2023). Также среди студентов широко распространено субъективное ухудшение психического здоровья: нарушения в работе вегетативной нервной системы, подавленное настроение, апатия, проблемы со сном (Денисов, Абрамов, 2015). Можно полагать, что травматические последствия этого опыта проявляются не только в симптоматике ПТС, но и в различных сферах их жизни, в том числе в одном из основных направлений деятельности молодых — обучении. Однако на данный момент исследований о связи ПТС и академической мотивации у молодых людей, проживающих на территории ведения военных действий, нет. Вместе с тем изучение этой проблемы может оказать помощь в разработке программ адаптации учащихся.

Цель данного исследования — выявить наличие связи травматического опыта с учебной мотивацией у жителей зоны военных действий и определить, как симптомы ПТС влияют на мотивацию к учебе. Объектом исследования был определен посттравматический синдром, поскольку для изучения посттравматического стрессового расстройства необходимо наличие установленного специалистами диагноза.

Методы и процедура эмпирического исследования

В исследовании приняли участие 42 респондента (35 женщин и 7 мужчин) в возрасте 18–25 лет, обучающиеся в колледже, техникуме или университете и на данный момент проживающие на территории

Белгорода, Донецкой области и Украины. Критериями исключения из выборки служили несоответствие одному и более из указанных выше условий, а также наличие диагностированных психических расстройств. В итоговую выборку вошли 39 респондентов, отвечающих условиям отбора. Каждому испытуемому было предложено пройти методики в онлайн-формате PCL-5, LEC-5 (Тарабрина и др., 2017) и ШАМ (Гордеева и др., 2014). Для обработки результатов исследования использовались следующие математические методы: критерий Шапиро – Уилка для проверки на нормальность, корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена), сравнительный анализ (критерий U-Манна–Уитни), а также линейная регрессия и частотный анализ.

Результаты эмпирического исследования

В общей выборке из 39 человек были выявлены 20 респондентов с показателями ПТСР, превышающими диагностическую границу, согласно методике PCL-5 (1 группа), и 19 — у кого выраженность симптоматики ПТСР не достигла диагностических показателей (2-я группа). В 1-й группе респонденты наиболее часто были участниками или свидетелями боевых действий (65%) и случайных событий (пожаров, взрывов, транспортных аварий и т. п.) (75%). Как наиболее значимые события респонденты этой группы отметили боевые (65%) и насильственные действия (40%). С наиболее ярко выраженной симптоматикой ПТС в 1-й группе были выявлены 5 респондентов (25%). У остальных респондентов симптоматика ПТС также имеется, но выражена меньше. В 1-й группе у 40% респондентов наиболее сильно выражены симптомы навязчивого повторения, например, повторяющиеся нежелательные воспоминания о травмирующем событии, флешбэки, тревожные сны. Сильно выраженные симптомы избегания, возбудимости и негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере встречаются в этой группе респондентов почти так же часто (у 35%).

Во 2-й группе респонденты также чаще всего сталкивались или были свидетелями боевых действий (68%) и случайных событий (68%). 37% респондентов этой группы отметили события тех же категорий как наиболее значимые. В данной группе лишь у одного респондента наблюдаются сильно выраженные симптомы избегания. Симптомы навязчивого повторения, возбудимости и негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере у респондентов этой группы выражены слабо или вовсе отсутствуют.

Средние значения по методике ШАМ участников исследования на несколько пунктов ниже, чем средние по выборке разработчика методики. Познавательная мотивация: $12,49 \pm 4,95$ против $16,16 \pm 3,46$; Мотивация достижения: $10,79 \pm 4,7$ ($14,33 \pm 3,89$); Мотивация саморазвития: 12 ± 5 ($15,76 \pm 3,29$); Мотивация самоуважения: $11,46 \pm 4,91$ ($15,08 \pm 3,98$); Интровертированная мотивация: $11,85 \pm 4,32$ ($12,69 \pm 4,16$); Экстернальная мотивация: $11,95 \pm 4,54$ ($11,07 \pm 4,01$); Амотивация: $10,36 \pm 4,99$ ($6,31 \pm 3,19$) (Гордеева и др., 2014). Таким образом, у молодых людей, столкнувшихся с военными действиями, проявляется общее снижение интереса и ощущения осмыслинности учебной деятельности в сравнении с их сверстниками, проживающими вне зоны боевых действий.

Проведение частотного анализа преобладающих типов мотивации у респондентов 1-й и 2-й групп показало, что в 1-й группе чаще наблюдается экстернальная и интровертированная мотивация, обусловленная социальными установками или же чувством долга перед собой и окружающими. Во 2-й группе сравнительно чаще определяются познавательная мотивация и мотивация саморазвития, стремление к развитию своих способностей, своего потенциала в рамках учебной деятельности.

Изучение различий в выраженности всех шкальных оценок учебной мотивации между двумя группами респондентов, проведенное с помощью непараметрического сравнительного анализа, не показало статистически значимых результатов ($p > 0,05$). Проведенный регрессионный анализ для изучения влияния симптоматики ПТС на показатели шкал учебной мотивации также не показал статистически значимых результатов. Однако проведенный корреляционный анализ позволил выявить статистически значимые отрицательные связи между некоторыми из показателей ПТС и отдельными шкальными оценками учебной мотивации. В общей выборке обнаружена корреляция экстернальной мотивации с субъективной значимостью случайных событий (пожары, взрывы, транспортные аварии) ($-0,323$, $p = 0,045$). Кроме указанной связи, в 1-й группе респондентов субъективная значимость случайных событий также отрицательно коррелирует с интровертированной мотивацией ($-0,467$, $p = 0,038$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что чем большую значимость респонденты обеих групп придают случайным событиям, тем ниже их экстернальная мотивация и, значит, тем ниже ощущение обязательности учебной деятельности и необходимость для учащегося следовать требованиям, диктуемым социумом. Дополнительная отрицательная корреляция между интровертированной мотива-

цией и значимостью случайных событий у респондентов с выраженной симптоматикой ПТС свидетельствует о связи интенсивности переживания негативного опыта с низкой внутренней потребностью к обучению.

Обсуждение результатов

Несмотря на возможную адаптацию жителей зон военных действий к происходящим событиям, почти у половины респондентов был выявлен уровень симптоматики ПТС, превышающий диагностическую границу методики PCL-5; у другой половины участников исследования также отмечаются отдельные проявления ПТС как последствия пережитых ими потенциально травмирующих ситуаций.

Выявленное снижение мотивации у респондентов, вне зависимости от уровня выраженности симптоматики ПТС, свидетельствует о том, что длительное нахождение в зоне боевых действий оказывается на основной деятельности молодых людей — на процессе обучения. Лица, проживающие на этих территориях, обладают значительно меньшим стремлением к познанию, чем их сверстники без опыта пребывания в ситуациях потенциальной угрозы жизни и здоровью, и по большей части чувствуют вынужденность учебной деятельности в сложившихся условиях, в основном руководствуясь социальными установками и обязательностью учебы. В свою очередь, у жителей благополучных территорий преобладают познавательная мотивация и мотивация достижений, в обучении они практически не руководствуются предписаниями общества (Вилкова, Лебедева, 2020). Однако выявленная связь шкальных оценок по экстернальной мотивации со значимостью пережитых событий указывает на то, что эта внешняя, диктуемая социумом, мотивация тем меньше, чем более интенсивно переживаеться опыт пребывания в зоне боевых действий. Кроме того, чем выше значимость негативных событий у лиц с выраженной симптоматикой ПТС, тем меньше у них чувство вины за несоответствие ожиданиям социума и за собственное невыполнение учебных обязанностей.

Заключение

Исследование показало наличие симптоматики ПТС разной степени выраженности у всех респондентов. Преобладающими потенциально травмирующими событиями были отмечены боевые действия и случайные события. Особую значимость респонденты придавали тем же категориям событий, а также насильственным действиям. У моло-

дых людей, проживающих в зоне военных действий, наблюдается общее снижение шкальных оценок учебной мотивации. Преобладающей мотивацией в группе респондентов с выраженной симптоматикой ПТС является экстернальная и интровертированная мотивация, что свидетельствует о сниженном интересе к познанию, а в группе, в которой проявления симптомов ПТС не достигают диагностической границы, — познавательная мотивация и мотивация саморазвития. Сравнительный анализ результатов обеих групп не выявил достоверных различий по уровню мотивации. Регрессионный анализ также не выявил значимого влияния симптоматики ПТС на уровень учебной мотивации. Корреляционный анализ связи между субъективной значимостью случайных событий и видами мотивации показал, что чем субъективно тяжелее переживались респондентами случайные события, тем ниже у них экстернальная и интровертированная мотивация — ниже чувство вины перед собой и другими в случае невыполнения ими учебных обязанностей, ориентировка на социальные учебные установки, а также внутреннее стремление к получению знаний и к самореализации.

Литература

- Богачев А.М., Ермакова Н.Г.* Фактор распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди студентов г. Мариуполя // Психология и Психотехника. 2024. № 2. С. 1–12.
- Вилкова К.А., Лебедева Н.В.* Динамика академической мотивации в университете: есть ли гендерные различия? // Психологические исследования. 2020. Т. 13. № 74. С. 1–19.
- Голоденко О.Н., Альмешкина А.А.* Изучение психического состояния лиц молодого возраста, находившихся в зоне вооруженного конфликта на Донбассе // Журнал Психиатрии и Медицинской Психологии. 2023. № 3 (51). С. 39–48.
- Гордеева Т.О., Сычев О.А., Осин Е.Н.* Опросник «Шкалы академической мотивации» // Психологический журнал. 2014. Т. 35. № 4. С. 96–107.
- Денисов Е.М. Абрамов В.А.* Уровень психического напряжения студентов-медиков, находящихся в состоянии хронического стресса // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / Отв. ред. Н.Г. Незнанов. Казань: Альта Астра, 2015. С. 286–287.

Панич О.Е. Особенности дистанционной психологической помощи при тревожных состояниях у студентов, проживающих на приграничных к проведению СВО территориях // Материалы X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение)», 2023 г. М.:МГППУ, 2024. С. 147–150.

Самохина А.Д. Особенности стрессоустойчивости в ситуации постоянного проживания в зоне военного конфликта // Вестник студенческого научного общества ГОУ ВПО «ДОННУ». 2024. Т. 2. № 16. С. 130–133.

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.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.

Характер психотравмирующих событий и выраженность психопатологических симптомов среди молодежи прифронтовых территорий

И.В. Киселёва

Донецкий государственный университет, Донецк, Россия
i.kiseleva.dongu@mail.ru

Представлены результаты изучения характера психотравмирующих событий и выраженности психопатологических симптомов у юношей и девушек, которые длительное время проживают на прифронтовых территориях ДНР. В исследовании приняли участие 108 человек в возрасте 18–25 лет, из них — 17 юношей и 91 девушка, гражданские лица. Методы: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R); Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Posttraumatic stress disorder CheckList-5); Методика LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5), все в русскоязычной адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами. Выявлены значимые различия в интенсивности психопатологической симптоматики среди

молодых лиц, имеющих и не имеющих выраженные симптомы ПТСР. Установлено, что посттравматический стресс, связанный как с событиями отдаленного прошлого, так и военными событиями, вызывает психопатологические симптомы схожей интенсивности.

Ключевые слова: психотравмирующее событие, психопатологические симптомы, посттравматическое стрессовое расстройство, посттравматический стресс

Введение в проблему

Во время войны среди гражданского населения, проживающего на прифронтовых территориях и во многом охваченного интенсивным стрессом из-за ситуаций угрозы жизни, наблюдается целый ряд психопатологических симптомов. Это связано прежде всего с тем, что люди становятся участниками и (или) свидетелями событий, выходящих за рамки повседневного опыта, которые можно описать как катастрофические (Интенсивный стресс..., 2017).

Так, согласно исследованиям (Идрисов, 2011, с. 31), «среди населения, живущего на территории, охваченной войной, формируется высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств, которые сохраняются длительное время, повышают риск развития коморбидных психических и соматических расстройств, приводят к социальной дезадаптации различной степени и значительно снижают качество жизни пострадавших». Однако последствия нахождения населения в травматических ситуациях не ограничиваются развитием ПТСР, а включают проявления психопатологической симптоматики, посттравматического стресса, аффективных реакций (Интенсивный стресс..., 2017).

При этом вышеперечисленные проявления возникают не у всех людей, проживающих на прифронтовых территориях, и имеют разную интенсивность. Факторами, связанными с такими различиями, являются наличие или отсутствие травматического опыта, в т. ч. относящегося к событиям далекого прошлого, частота и выраженность психотравмирующих событий, наличие тяжелых соматических заболеваний. Большой травматический опыт в прошлом связан с более интенсивным переживанием актуального травматического события (Казымова, 2020).

Стрессоры высокой интенсивности выступают факторами, долго-временно влияющими на психику человека. Согласно исследованиям (Харламенкова, Никитина, 2020), характер данных стрессоров определяет специфику посттравматического стресса и психопатологической

симптоматики. Количество пережитых травмирующих ситуаций связа-но с повышением риска развития ПТСР (Бундало, 2006). В литературе описан также феномен «запоздалой реактивности», характерный для отсроченного во времени и медленного развития психической патоло-гии в результате боевых действий (Абрамов, 2015).

Целью данного исследования выступает изучение характера психотравмирующих событий и выраженности психопатологических симптомов у юношей и девушек, которые длительное время проживают на прифронтовых территориях Донецкой Народной Республики. Гипотезой исследования является предположение о том, что выраженность психопатологических симптомов среди молодежи прифронтовых тер-риторий будет различаться в зависимости от характера психотравми-рующих событий, которым они были подвержены, и интенсивности проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Методология и методы

В исследовании приняли участие 108 человек в возрасте 18–25 лет, из них — 17 юношей и 91 девушка. Все они проживают или длительное время проживали на прифронтовых территориях Донецкой Народной Республики, гражданские лица, а также в настоящее время являются студентами различных учебных заведений преимущественно г. Донецка.

Были использованы такие методики:

- 1) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) в адаптации Н. В. Та-рабриной с коллегами;
- 2) Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Posttraumatic stress disorder CheckList-5) в русскоязычной адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами;
- 3) Методика LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5) в русскоязыч-ной адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами.

Кроме того, респонденты отвечали на вопросы анкеты о месте своего проживания, подверженности различным угрожающим жизни ситуациям в ходе боевых действий на территории ДНР.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью про-граммы IBM SPSS STATISTICS, версия 26, для расчета описательной статистики, сравнения средних по критериям Манна–Уитни, Крас-калла–Уоллеса.

Результаты исследования

Анализ событий психотравматического характера, связанных с военными действиями в регионе, показал, что все респонденты (n=108) сталкивались с ними в той или иной степени, а 67,6% переживали два и более из них, находились в эпицентре опасной ситуации (были свидетелями артобстрела, были на улице в момент артобстрела, в доме в момент его повреждения) — 52,9% выборки, были вынуждены жить и (или) учиться в повторяющихся опасных ситуациях — 50,4% респондентов. Среди их близких, соседей, знакомых или коллег были случаи гибели людей в результате военных действий у 58,7% выборки. У 50,4% участников исследования близкие родственники являются военнослужащими, принимавшими участие в боевых действиях. Переживали повторные опасные ситуации, которые казались более интенсивными, чем предыдущие, — 36,4% выборки. Было повреждено жилье во время военных действий — у 18,2% респондентов; переехать, сменить школу из-за боевых действий пришлось 14% выборки. Очевидцами ранения или гибели людей в ходе военных действий были 12,4% участников исследования.

Чувство безнадежности, потери надежды на спасение во время опасной ситуации испытывали 32,2% выборки, переживали угрожающую жизни ситуацию в одиночестве, ждали помощи в одиночестве — 10,7% респондентов; сами получили физические повреждения (ранения) в результате артобстрела, разрыва боеприпасов — 1,9% участников исследования.

Анализ психотравмирующих событий, не связанных или косвенно связанных с военными действиями, показал следующее: стали участниками пожара или взрыва — 14% выборки, были свидетелями этого события — 38%, оно произошло с их близкими — у 17,4%; были участниками транспортных аварий — 11,6%, свидетелями аварий — 42,1% или в эту ситуацию попали их близкие — 24,8%; у 14,9% выборки произошли чрезвычайные происшествия на работе, дома или во время досуга, при этом свидетелями данного события стали 10,7%, оно произошло с близкими — у 14,9%. Физическому насилию подвергались 19,8%, были свидетелями — 26,4%, оно произошло с их близкими — у 17,4%.

Нападение с оружием переживали 5% выборки, стали свидетелем подобного инцидента 4,1%, событие случилось с близкими у 8,3%. Сексуальному насилию подвергались 9,1% выборки, подобное собы-

тие произошло с близкими у 5% респондентов. Какому-либо другому нежелательному или неприятному сексуальному опыту подвергались 15,7%, подобные события случились с близкими — у 4,1% выборки. Пребывание в плену близких коснулось 7,4% выборки. Опасные для жизни заболевания и травмы имели соответственно 8,3 и 29,8% близких людей. Тяжелые душевые или физические страдания переживали 34,7%, были свидетелем этого события 18,2%, оно имело отношение к близким человеку у 25,6%. Внезапная насильственная смерть произошла с близким человеком у 13,2%, смерть в результате несчастного случая — у 11,6%.

Среди событий, которые респонденты считают самыми тяжелыми в жизни, преобладают ситуации артобстрела с угрозой для жизни (24,8%), описания смерти близких людей, в том числе вследствие боевых действий (19,8%), начало войны в 2014 году, нахождение в зоне военных действий (12,4%), собственные тяжелые болезни и болезни близких (6,6%), транспортные аварии (5%), ситуации физического насилия (3%).

По результатам оценки выраженности психопатологических симптомов в выборке были получены следующие результаты, превышающие нормативные показатели: обсессивность-компульсивность ($M=1,16$; $SD=0,73$), соматизация ($M=0,86$; $SD=0,75$), межличностная сензитивность ($M=1,02$; $SD=0,8$), депрессия ($M=1,13$; $SD=0,89$), враждебность ($M=0,66$; $SD=0,57$), тревожность ($M=0,88$; $SD=0,78$), фобическая тревожность ($M=0,54$; $SD=0,60$), паранойяльность ($M=0,73$; $SD=0,63$), психотизм ($M=0,51$; $SD=0,50$), общий индекс тяжести GSI ($M=0,96$; $SD=0,67$), общее число утвердительных ответов PST ($M=44,30$; $SD=21,09$), индекс наличного симптоматического дистресса PSDI ($M=1,95$; $SD=0,86$).

Сначала выборка была разделена на две подгруппы по результатам методики PCL-5. В первую вошли респонденты с итоговым показателем тяжести симптомов ПТСР от 0 до 32 баллов ($n=53$). Во вторую — имеющие 33 и более баллов ($n=25$). Таким образом, выраженные симптомы ПТСР были выявлены у 23,14% выборки, что согласуется с современными исследованиями других авторов (Богачев, Ермакова, 2024; Таукенова, Кащенко, 2024).

Сравнение средних двух подгрупп по выраженности психопатологических симптомов согласно критерию Манна–Уитни показало значимые различия по всем представленным шкалам: обсессивность

($U=198,00$; $p\leq 0,01$), соматизация ($U=225,50$; $p\leq 0,01$), межличностная сензитивность ($U=242,50$; $p\leq 0,01$), депрессия ($U=90,00$; $p\leq 0,01$), враждебность ($U=268,50$; $p\leq 0,01$), тревожность ($U=164,00$; $p\leq 0,01$), фобическая тревожность ($U=316,00$; $p\leq 0,01$), паранойяльность ($U=268,00$; $p\leq 0,01$), психотизм ($U=215,00$; $p\leq 0,01$), общий индекс тяжести GSI ($U=123,50$; $p\leq 0,01$), индекс PST ($U=178,00$; $p\leq 0,01$).

Далее выборка участников исследования была разделена на три подгруппы в зависимости от характера наиболее значимых тяжелых психотравмирующих ситуаций, которые указали респонденты в методике LEC-5. В первую вошли лица, отметившие ситуации, связанные с боевыми действиями, артобстрелами и гибелью близких ($n=27$). Во вторую — те, кто затруднился указать самое тяжелое событие или отметил отсутствие такового ($n=22$). В третью ($n=23$) — респонденты, наиболее тяжелое событие которых связано с другими причинами (потеря близких от болезни, транспортные аварии, насилие и т.д.).

Сравнение средних трех подгрупп по выраженной психопатологических симптомов согласно критерию Краскалла – Уоллеса показало значимые различие по таким шкалам, как обсессивность ($H=6,65$; $p\leq 0,05$), соматизация ($H=12,27$; $p\leq 0,01$), депрессивность ($H=11,55$; $p\leq 0,01$), враждебность ($H=16,42$; $p\leq 0,01$), тревожность ($H=11,62$; $p\leq 0,01$), психотизм ($H=8,48$; $p\leq 0,05$), общий индекс тяжести GSI ($H=10,63$; $p\leq 0,01$), индекс PST ($H=10,27$; $p\leq 0,01$). Показатели оказались значимо выше в первой и третьей подгруппах: у респондентов, переживших психотравмирующие события как военного, так и не военного характера. По симптомам межличностной тревожности, фобий, паранойяльности значимых различий выявлено не было.

При этом важно отметить, что, если исключить из сравнения подгруппу респондентов, которые затруднились указать самое тяжелое событие или отметили отсутствие такового, и сравнить две подгруппы переживших психотравмирующие события разного характера, значимые различия между ними по выраженной психопатологической симптоматики будут отсутствовать, кроме шкалы фобий ($U=218,00$; $p\leq 0,05$). Фобическая симптоматика представлена более выраженными симптомами в подгруппе невоенных травматических ситуаций, что может быть связано с переживанием утраты близкого человека как преобладающего тяжелого события, и соответственно со смещением иррациональной тревоги на другие объекты, что провоцирует фобии (Харламенкова, Никитина, 2020).

Так как все участники исследования длительное время проживают на прифронтовых территориях, возможно наложение военных психотравматических событий на эпизоды другого характера, что может отразиться на полученных результатах. Подобное допущение является важным, так как не все респонденты отметили военные травматические события в бланке методик, но не могли быть полностью от них защищены. Их игнорирование может быть не следствием отсутствия военной травматизации, а работой психологических защит и копинг-стратегий (например, избегания).

Выводы

Полученные в результате исследования данные подтвердили гипотезы лишь частично. Были выявлены значимые различия в интенсивности психопатологической симптоматики среди молодежи прифронтовых территорий, имеющих выраженные симптомы ПТСР и без таковых.

Установлено, что посттравматический стресс, связанный как с событиями отдаленного прошлого, не относящимся к боевым действиям, так и военными событиями, вызывает психопатологические симптомы схожей интенсивности. Различия были отмечены только по выраженности фобической симптоматики (выше в подгруппе не военных событий).

Такие результаты могут быть связаны с наложением военных психотравматических событий на эпизоды другого характера, несмотря на отсутствие упоминаний о них в анкетах респондентов, что может быть проявлением психологических защит и копинг-стратегий.

Литература

Абрамов В.А. Особенности психического здоровья и личностные ресурсы у лиц, пострадавших в результате хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе // Университетская клиника. 2015. № 2. С. 76–79.

Богачев А.М., Ермакова Н.Г. Фактор распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди студентов г. Мариуполя // Психология и психотехника. 2024. № 2. С. 1–12.

Бундало Н.Л. Роль характера психической травмы в развитии посттравматического стрессового расстройства // Сибирское медицинское обозрение. 2006. № 4. С. 71–74.

Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-эпидемиологические и динамические аспекты // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 21–34.

- Казымова Н.Н. Посттравматический стресс и предшествующий травматический опыт в раннем взрослом возрасте // Общество: социология, психология, педагогика. 2020. № 12. С. 157–160.*
- Тараабрина 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.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.*
- Таукенова Л.М., Кащенко В.В. Распространенность ПТСР у мирных жителей ДНР // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2024. № 4. С. 192–202.*
- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 5 (116). С. 110–120.*

Влече́ние к сме́рти как ме́ханизм адаптации при посттравмати́ческом стрессе

A.Ю. Колхонен

Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия
kolhonena@gmail.com

В статье рассматривается взаимосвязь между посттравматическим стрессом и концепцией влечения к смерти в психоанализе. На основе теории Зигмунда Фрейда и современных исследований Отто Кернберга и Эдварда Тика анализируется гипотеза о том, что влечение к смерти может выполнять адаптивную функцию в условиях экстремального стресса. Предполагается, что посттравматический стресс не только закрепляет деструктивные модели поведения, но и формирует устойчивые бессознательные механизмы, способствующие выживанию. Однако, если такая адаптация сохраняется после завершения стрессового события, это может приводить к хронификации разрушительных паттернов. В статье поднимается вопрос о возможности возвращения баланса между Эросом и Танатосом не путем подавления деструктивных импульсов, а через развитие противоположных жизненных сил. Такой подход позволяет рассмотреть влечение к смерти не только как

фактор самоуничтожения, но и как механизм, встроенный в психическую регуляцию человека.

Ключевые слова: посттравматический стресс, влечение к смерти, психоанализ, Эрос и Танатос

Посттравматический стресс является неотъемлемой частью человеческого опыта, возникая как реакция на экстремальные, угрожающие жизни обстоятельства. Современные исследования показывают, что его нельзя рассматривать исключительно в рамках клинической патологии. Например, в обзоре зарубежных исследований посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) подчеркивается, что травматический опыт может приводить не только к развитию ПТСР, но и к другим психическим расстройствам, а также к устойчивым изменениям личностных черт (Казенная, 2020). Многие исследования показывают, что интенсивные и угрожающие переживания способны существенно изменить жизненную траекторию человека, приводя как к негативным, так и к позитивным трансформациям (Казенная, 2020). Таким образом, посттравматический стресс можно воспринимать как глубокий психологический процесс, который изменяет структуру психики и формирует устойчивые бессознательные механизмы адаптации.

В психоаналитической традиции вопросы травмы и ее последствий были тесно связаны с фундаментальной концепцией влечения к смерти, разработанной Зигмундом Фрейдом (Фрейд, 1925). Согласно этой теории, наряду с Эросом (влечением к жизни) существует Танатос — бессознательное стремление к разрушению, регрессии и самоуничтожению. Изначально Фрейд рассматривал влечение к смерти как деструктивную силу, направленную вовне, но со временем пришел к выводу, что оно может быть обращено и на самого субъекта. В этом контексте посттравматический стресс приобретает новое значение: он может рассматриваться не только как следствие пережитой травмы, но и как механизм бессознательной адаптации, связанный с укоренением деструктивных паттернов поведения.

Современные исследования показывают, что посттравматический стресс не всегда ведет к патологическим последствиям. Напротив, он может становиться источником трансформации, открывая возможность для духовного роста или, напротив, закрепляя самоуничтожающие механизмы (Тик, 2024). Эта двойственность посттравматического опыта требует более глубокого теоретического осмысления. В данной ста-

тье предлагается рассмотреть гипотезу о том, что влечение к смерти может служить основным бессознательным механизмом адаптации к экстремальным условиям, сохраняя свое влияние даже после выхода из травматической ситуации.

Цель статьи — исследовать взаимосвязь между посттравматическим стрессом и влечением к смерти, рассматривая последнюю как возможный механизм адаптации. Для этого будут использованы психоаналитические концепции Фрейда, а также идеи современных исследователей, таких как Отто Кернберг и Эдвард Тик. Анализ данного подхода позволит расширить теоретическое понимание природы посттравматического стресса, а также внесет вклад в осмысление противоречивой, но набирающей внимание в современном психоанализе теории Фрейда о влечении к смерти (Kernberg, 2009). Кроме того, данный анализ может способствовать формированию новых векторов исследования и возможные терапевтические подходы в рамках психоаналитического подхода к работе с посттравматическим стрессом и посттравматическим стрессовым расстройством.

Травматический опыт может не только разрушать личность, но и становиться катализатором глубокой трансформации. В psychology этот феномен получил название посттравматического роста. Он проявляется в изменении восприятия себя, окружающего мира и будущего, а также в развитии новых ценностей и смыслов.

В своей книге «Возвращение воина» Эдвард Тик задается вопросом: «Как мы можем использовать то страдание, что рождается в результате вооруженных конфликтов, чтобы выйти на новый уровень сознания?» (Тик, 2024, с. 12). Этот вопрос подчеркивает возможность трансформации через осмысление и интеграцию травматического опыта. В то же время он указывает на необходимость терапевтических подходов, которые позволяли бы не просто устраниć симптомы посттравматического стресса, но и помогали бы человеку найти в этом опыте ресурс для роста.

Исследования показывают, что в ряде случаев посттравматический стресс может приводить к позитивным изменениям. Например, в своей книге «Выбор» Эдит Ева Эгер, специалист по посттравматическому стрессу, многие годы работавшая с ветеранами Вьетнамской войны, отмечает: «Моя травма становится колодцем, из которого я черпаю логическое и интуитивное понимание переживаний моих пациентов; моя травма — это глубокий источник познаний об их боли и путях к

излечению» (Эгер, 2022, с. 233). Это подтверждает, что работа с травмой способна не только минимизировать ее негативные последствия, но и формировать новый уровень осознания и эмпатии.

Однако не все люди способны трансформировать травматический опыт в источник личностного роста. В ряде случаев пережитый стресс закрепляется в виде деструктивных паттернов поведения и убеждений. В таких ситуациях можно говорить о механизмах бессознательной адаптации, которые направлены на сохранение влечения к смерти как способа справляться с пережитым опытом. Этот аспект будет рассмотрен нами ниже. Стоит упомянуть, что в ряде случаев пережитый стресс не приводит к заметным изменениям — человек адаптируется к новой реальности и продолжает функционировать, воспринимая пережитое как часть своего жизненного пути. Как отмечает М.М. Решетников, далеко не все, кто подвергся психической травме, развивают посттравматическое стрессовое расстройство: «у 60% из 3,2% комбатантов проявления психотравмы купируются самостоятельно в течение 2–3 лет, не оставляя выраженных последствий. В то же время у 38,8% из этого числа развивается ПТСР, требующее специализированной помощи» (Решетников, 2023). Эти данные подтверждают, что реакции на травму крайне индивидуальны: для одних она становится нейтральным опытом, для других — катализатором глубокой трансформации, а для третьих — фактором, запускающим патологические процессы.

В рамках данной статьи рассматривается именно патологический процесс, который, несмотря на свою «патологичность», может выполнять адаптивную функцию в структуре психики. В данном случае адаптивная функция корениится в диалектической природе человеческого существования и, согласно психоаналитической концепции, может поддерживаться одной из двух фундаментальных сил, выделенных З. Фрейдом, — влечением к смерти (Танатосом).

Ранее мы отмечали, что баланс между Эросом и Танатосом играет важную роль в динамике многих процессов, и нарушение этого баланса может приводить к разрушительным последствиям (Колхонен, Мироненко, 2023). Однако часто остается вне поля внимания роль Танатоса, который может выполнять важную адаптивную функцию, особенно в экстремальных ситуациях. Посттравматический стресс связан с переживанием травмирующего события, которое выходит за пределы обычного человеческого опыта (American Psychiatric Association, 1980). В таких условиях психика может и должна формировать устой-

чивые паттерны или внутреннюю рабочую модель, способствующую адаптации (Уэст, 2020). В этом процессе влечение к смерти может сыграть целительную и необходимую роль, обеспечивая психике способ спрятаться с чрезмерным стрессом. Однако ценой такой адаптации будет приверженность разрушительным механизмам, которые будут продолжать действовать даже после завершения стрессового события. Отто Кернберг подчеркивал: «Изначальная функция агрессивного влечения связана с бессознательной потребностью в разрушении, причинении страдания и контроле плохих и внешних объектов, и лишь когда в патологических условиях это влечение оказывается направленным большей частью против себя, оно заслуживает именоваться влечением к смерти» (Кернберг, 2022, с. 228). В этой фразе Кернберг объясняет процесс, который не происходит мгновенно, а представляет собой динамически разворачивающийся процесс, конечной стадией которого является влечение к смерти. В субъективном мире так организованной системы это влечение воспринимается как единственно возможный вариант жизни.

Исходя из этого, мы должны изменить сам глубинный зафиксированный паттерн, то есть изменить внутреннюю рабочую модель и в конечном итоге вернуть баланс сил Эроса и Танатоса. Это должно происходить не за счет блокировки Танатоса, а за счет усиления Эроса и любви к жизни.

Если это так, то в контексте посттравматического стресса мы можем гипотетически предположить, что ключевая задача заключается в изменении глубинного зафиксированного паттерна — внутренней рабочей модели (Уэст, 2020), которая поддерживает эти механизмы. В конечном итоге это может привести к возвращению баланса между Эросом и Танатосом. Однако этот процесс не должен происходить за счет подавления Танатоса, а за счет усиления Эроса и любви к жизни, которая несомненно присутствует, но в структуре такой психической организации скрывается и проявляется через включение влечения к смерти — своего рода любовь к жизни через влечение к смерти. Баланс двух диалектических противоположностей никогда не выравнивается с помощью подавления одной из них, а только при взращивании другой. Об этом в свое время говорил Эрих Фромм в «Анатомии человеческой деструктивности».

С учетом этих размышлений, если такой процесс изменений возможен, он может стать ключом к преодолению посттравматического

стресса даже в его самых серьезных и тяжелых проявлениях, открывая путь к более здоровым моделям адаптации и интеграции травматического опыта.

Литература

Казенная Е. В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 4.

С. 110–119.

Кернберг О. Ф. Неразделимая природа любви и агрессии: Теория и клиника / пер. с англ. В. С. Снигур; науч. ред. А. С. Ковалец. 2-е изд., испр. М.: Гутман, 2022. 492 с.

Колхонен А. Ю., Мироненко И. А. Баланс сил Эроса и Танатоса в контексте современной тенденции нарастания угрозы ядерной войны // Актуальные проблемы современной социальной психологии и ее отраслей: Сборник научных трудов. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2023. С. 867–871.

Решетников М. М. Необходимо дезавуировать истерику с возможным количеством ПТСР [Электронный ресурс]. Психологическая газета. 21.02.2023. URL: <https://psy.su/feed/11011> (дата обращения: 14.02.2025)

Тик Э. Возвращение воина: Восстановление души после войны / пер. с англ. Н. Павликова. М.: ИТОП им. Ф. Гудман, 2024. 424 с.

Уэст М. В темнейшем из мест. Ранняя травма отношений и пограничные психические состояния. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 468 с.

Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия / Пер. со 2-го нем. изд., под ред. Л. С. Выготского, А. Р. Лuria. М.: Современные проблемы. Н. А. Столляр, 1925. 110 с.

Эгер Е. Выбор: о свободе и внутренней силе человека / пер. с англ. Т. Лукониной, Д. Смирновой. 5-е изд., перераб. и испр. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2022. 344 с.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

Kernberg O. The Concept of the death drive: A clinical perspective // International Journal of Psychoanalysis. 2009. V. 90. P. 1009–1023.

След травмирующей ситуации в конструкции Я-нарратива женщин

O. B. Кондратьева, E. B. Зиновьева***

*Кемеровская региональная общественная организация
«Институт практической психологии “СИРИУС”»,
Кемерово, Россия
sirius-olga@mail.ru

**Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
lena_zi@mail.ru

В данной статье особое внимание уделяется исследованию травматического опыта женщин, переживших ситуацию сексуального насилия со стороны отца или отчима в детстве. Этот вид травмы обладает наиболее сильным воздействием, поскольку в большинстве случаев ребенок не способен осознать и отрефлексировать пережитый опыт. Последствия такой травматической ситуации оказывают значительное влияние на внутренние переживания личности, отражаются в ее Я-нарративах и взаимодействии с окружающим миром. В выборку вошли восемь женщин в возрасте от 25 до 32 лет, каждая из которых имела опыт сексуального насилия в возрасте от 4 до 7 лет. Для сбора данных использовался нарративный анализ Я-нарративов респондентов. Исследование показало, что нарративы женщин, переживших инцест в детстве, имеют глубокие и многогранные последствия этой травмы, пронизывающие все аспекты их нынешней жизни.

Ключевые слова: нарратив, Я-нарратив, инцест, травматический опыт, нарративный анализ, последствия переживаний

В настоящее время вероятность оказаться в травмирующей ситуации для любого человека в современном мире непрерывно возрастает. Количество исследований, посвященных изучению психологических последствий травматического опыта, за последние десятилетия стремительно растет (Алексеева, 2010, Бадмаева, 2003, Одинкова, 2020). Особый интерес вызывает изучение переживания травматического опыта детства (сексуального насилия) и проявления его последствий во взрослом возрасте, в частности в характеристиках Я-нарратива, в

свою очередь влияющего на восприятие и интерпретацию человеком окружающего мира.

Инцест как особая форма сексуального насилия является одним из самых разрушающих психику ребенка переживаний (Нуцкова, 2016). Женщины, пережившие этот опыт, часто сталкиваются с множеством внутренних конфликтов, которые формируют их самоощущение и восприятие окружающего мира. Невозможность осознать и выразить свои чувства в детстве приводит к тому, что травма становится частью их идентичности, влияя на их отношения с другими людьми, на выбор партнеров и на родительские модели (Русакова, 2020).

Исследования показывают, что женщины, пережившие инцест, могут испытывать сложности в установлении доверительных отношений, что часто приводит к повторению травматических сценариев в их жизни (Нуцкова, 2016). Они могут испытывать чувство вины, стыда и низкой самооценки, что затрудняет их способность к самореализации и счастью. Эти эмоциональные и психологические последствия могут проявляться в различных формах, включая депрессию, тревожные расстройства и проблемы с физическим здоровьем (Рупперт, 2014).

Я-нарратив человека — это повествование о себе, история или рассказ, созданное людьми для описания и организации их опыта и способа их жизни (Богдановская, 2016, с. 172; Брунер, 1977). От его характеристики содержания и характеристик зависит: во-первых, субъективное восприятие жизненных препятствий; во-вторых, тематическое структурирование жизненных фактов передачи собеседнику части субъективной реальности и ощущение успешности и неудачи на различных этапах реализации намерения; в-третьих, обоснованность суждений о себе и мире через извлечение «уроков» из жизненных историй. Нарратив выступает одновременно как способ достижения взаимопонимания и как когнитивная схема познания социальных ситуаций. Благодаря обобщению фактов человеческой жизни в виде истории или нарратива она приобретает для человека смысл (Зайцева, 2016).

От Я-нарратива зависит принятие важных жизненных решений, исходы моральных дилемм, которые в свою очередь обусловлены структурой нарратива о происходящих событиях, через призму которого кодируется воспринимаемая ситуация и ожидается ее развитие (Зайцева, 2016).

Целью пилотажного исследования было изучить и описать Я-нарративы молодых женщин, переживших опыт сексуального насилия в

детстве. Мы предположили, что в их Я-нарративах можно обнаружить связь между интерпретацией происходящих с ними событий в настоящем с переживанием прошлого травматического опыта в виде: негативных установок о себе в повседневной жизни, установок об отсутствии доверия к мужчинам и переживания небезопасности окружающего мира.

Использовался нарративный анализ, предложенный М. А. Кроссли (Кроссли, 2013). По мнению М. А. Кроссли, этот метод является одним из самых эффективных в исследовании Я-нарратива, поскольку позволяет определить составляющие конструкции Я-нарратива, сформированные в течение жизни. Я-нарратив изучался в трех плоскостях: тон повествования (оптимистический или пессимистичный), образы (морали, ценности и системы верований) и темы (события, здоровье, место, люди).

В пилотажном исследовании участвовали восемь женщин в возрасте от 25 до 32 лет, среди которых 6 (75%) пережили инцест с родным отцом, 2 (25%) — с отчимом в возрасте 5–6 лет. Большую часть респондентов составили жители Кемерово, Томска и Санкт-Петербурга. Критериями выбора респондентов для исследования были: возраст от 25 до 32 лет, наличие травматического опыта инцеста в детстве с 4 до 7 лет (со слов испытуемых). Использовалось неструктурированное интервью. Женщинам было предложено рассказать о событиях их жизни в настоящем, прошлом и возможном будущем.

В результате проведенного нарративного анализа было установлено, что у 87,5% респондентов наблюдается в повествованиях пессимистический тон. В их рассказах прослеживалась эмоциональная подавленность, отсутствие радости и надежды на будущее. Например, на вопрос о том, есть ли в настоящем то, что радует, респонденты отвечают: «Нет. Что может радовать»; на вопрос могут ли они вспомнить хорошие события в прошлом, отвечают: «нет, я такого не помню», «кроме пьяного отца и скандалов, больше ничего не помню»; на вопрос, что они думают о будущем, отвечают: «я давно ничего не жду», «а что может поменяться». Пессимистический тон сохранялся на протяжении всего повествования, что, по мнению Кроссли, может указывать на возможность разрушения базовых привязанностей, отсутствие доверия и отсутствие чувства безопасности (Кроссли, 2013).

У 75% были выявлены признаки искажения самовосприятия и базовых нормативных ценностных суждений: «я мужчина в женском теле», «семья, кому она нужна», «нарожают, а потом в детский дом

сдают», «бога нет, иначе я бы в подвале не жила». Это может приводить к утрате самоидентификации и деструктивному отношению к себе, которые отражаются в негативных установках: «я уже испорченная», «я грязная», «я никому не нужна, меня нельзя любить», в том числе к глубокому чувству вины и стыда: «сама виновата, я заслуживаю наказания», «мне стыдно за то, что я такая», «я готова терпеть унижение и боль, только не оставаться одной».

Важным аспектом в содержании Я-нarrатива являются основные темы вокруг которых организуются описываемые события. Для респонденток этими темами стали: тема «безопасности», тема «бессмыслиценности», «испорченности и ненужности», «наказания»: «почему у меня так происходит с мужчинами, уже третья отношения, а результат тот же, все бессмысленно», «придет (мужчина), поживет неделю и домой сваливает», «он говорит, что не может дать мне, того, что я хочу», «мне сложно в техникуме, там много мальчишек», «я помню, когда он (отец) обнимал, я вся сжалась, стала нервничать и появился тример в руках», «я не хочу, чтобы ко мне прикасались мужчины», «близкие люди предают», «жить одной безопасно», «никому нельзя доверять», «отец обращался со мной, как хотел, я чувствовала боль», «брать спал в соседней комнате и не помог мне, он слышал, но не помог», «когда я жила с бабушкой, я чувствовала, что я в тягость, я ей мешала», «тетушка приютила меня, но я ее раздражала, и она постоянно пыталась избавиться от меня», «с людьми сложно».

Ключевой темой в Я-нarrативах является «невозможность построить безопасные отношения с мужчиной». В настоящем у 75% женщин отсутствует семья, нет отношений, нет детей, работа изолирована от общества (дома, приют для собак, интернет).

Тема «болезни» — еще одна важная тема, вокруг которой организуется повествование о событиях в настоящем, имеющих связь с прошлым; у 100% испытуемых имеются заболевания, которые подтверждаются наличием медицинского диагноза. Женщины отмечают, что, когда они заболевают, близкие проявляют внимание и заботу, как в детстве: «когда я заболела коклюшем и было трудно дышать, бабушка забеспокоилась и ходила со мной в больницу», «когда я болела, мама была рядом». В нарративе прослеживается суждение, что болезнь связана с вниманием и принятием.

Таким образом, пилотажное исследование Я-нarrативов женщин, переживших инцест в детстве, позволило обнаружить его специфиче-

ские характеристики, проявляющиеся в пессимистическом тоне повествования, что может указывать на возможность разрушения базовых привязанностей, отсутствии доверия и отсутствии чувства безопасности; в искажении самовосприятия и базовых нормативных ценностных суждений, что может приводить к утрате самоидентификации и деструктивному отношению к себе. Выявленные характеристики могут быть связаны с событиями в настоящем, а именно: с отсутствием семьи, отношений с мужчинами и детьми; с выбором работы с минимальным взаимодействием с людьми; с наличием психосоматических заболеваний.

В процессе изучения и анализа Я-нарративов молодых женщин, переживших опыт сексуального насилия в детстве, предположение, гипотеза о существовании связи между интерпретацией происходящих с ними событий в настоящем и переживанием прошлого травматического опыта частично нашла свое подтверждение и будет проверена в основном исследовании.

Литература

- Брунер Дж. Психология познания. За пределами непосредственной информации.* М.: Прогресс, 1977.
- Зайцева Ю. Е. Я-нарратив как инструмент конструирования идентичности: экзистенциально-нарративный подход // Вестник СПбГУ. Сер. 16. 2016. № 1. С. 118–136.*
- Кроссли М. А. Нarrативная психология. Самость, психологическая травма и конструирование смыслов.* Харьков: Гуманитарный Центр, 2013.
- Нуцкова Е. В. Структура психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления в отношении детей и подростков // Психология и право. 2016. Т. 6. № 3. С. 104–121.*
- Одинокова В. А. Сексуальное насилие и эксплуатация детей: выявление, оказание помощи и профилактика: научно-методическое пособие / Под ред. М. М. Русаковой.* СПб.: Скифия Принт, 2020.

Психологические последствия воздействия травматического стресса на личность ветерана боевых действий, не относящегося к военным и силовым структурам

Д. С. Косьянов, А. Ф. Филатова***

*Филиал Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Зашитники Отечества» по Омской области, Омск, Россия
dima.kosyanov.2000@mail.ru

**Омский государственный педагогический университет»,
Омск, Россия
filatovaaf@omgpu.ru

В статье затронута проблематика исследования влияния травматического стресса на личность ветерана боевых действий, не относящегося к военным и силовым структурам. Приведены различия в условиях прохождения военной службы кадровыми военными и участниками боевых действий из гражданской сферы. Рассмотрены общие различия в процессе «возвращения» в мирную жизнь между указанными категориями ветеранов. Приведен сравнительный анализ результатов первичной диагностики последствий пережитого травматического стресса у ветеранов боевых действий, которые до участия в специальной военной операции работали в гражданской сфере, и кадровых военнослужащих. Установлено, что степень травматизации личности ветеранов боевых действий из числа гражданских выше, чем у ветеранов из числа кадровых военнослужащих силовых ведомств.

Ключевые слова: травматический стресс, ветеран боевых действий, боевой стресс, последствия травматического стресса, психодиагностика

В настоящее время исследования влияния боевого стресса на личность участника военного конфликта приобретают всю большую актуальность. Проведение специальной военной операции (далее — СВО) и частичная мобилизация привели к тому, что на текущий момент боевые задачи выполняют не только те, кто выбрал в качестве своей профессии служить Отечеству, но и те, кто до своего участия в

боевых действиях работал в гражданской сфере и за плечами имел только опыт срочной службы в армии. Граждане России, призванные в рамках частичной мобилизации, подписавшие контракт о прохождении военной службы, поступившие в добровольческие формирования, по своей сути не относятся к кадровым военнослужащим, тем, кто имеет военное образование и соответствующую профессию. В связи с этим возрастает необходимость выделения данных участников боевых действий в отдельную категорию, которая нуждается в тщательном исследовании.

Анализ научных публикаций за последние несколько лет позволяет сделать вывод, что исследованиям влияния травматического стресса на личность вернувшихся с военных действий ветеранов, не имеющих отношения к военным профессиям, не уделялось должного внимания. Остаются неясными следующие вопросы: имеются ли какие-либо отличительные особенности изменений личности ветеранов боевых действий, не работавших в военной сфере, по сравнению с кадровыми военнослужащими, имеются ли различия в степени тяжести последствий пережитого травматического стресса указанными категориями, одинаково ли проходит процесс социально-психологической реадаптации? В рамках данной статьи нами предпринята попытка осуществить первые шаги в описании и изучении указанной проблемы.

Находясь в ситуации боя, организм воина проходит многоуровневый процесс адаптации в условиях боевой обстановки, который сопровождается напряжением механизмов саморегуляции и закреплением особых по своей специфике психофизиологических изменений, иными словами, организм находится в состоянии боевого стресса (Кааяни, 2016). Психика военнослужащего испытывает на себе влияние комплекса специфических стрессоров. В.К. Шамрей, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин и др. выделяют следующие виды боевых стрессоров:

- стрессоры сражения (переживающие лица, участвующие в бою);
- стрессоры опасной работы (воздействия их испытывают летчики, водолазы и солдаты, не принимающие непосредственного участия в сражении, но находящиеся недалеко от линии фронта);
- стрессоры изоляции (их влияние проявляется в специфических условиях — на подводных лодках, кораблях, в самолетах);
- стрессоры продолжительной работы (штабные работники, операторы БПЛА, военные медики) (Шамрей и др., 2020).

В боевой обстановке, в ходе активного сражения с противником военнослужащий находится в состоянии полной мобилизации своих сил и может активно действовать несколько суток без сна, что приводит к физическому и психологическому истощению. Непредсказуемость, деятельность в условиях постоянного риска для жизни, лицезрение гибели своих товарищей — все это неизменно приводит к травматизации личности военнослужащего. А.Г. Кааяни рассматривает боевую психологическую травму как «прорыв защитного слоя психики боевым стрессором, сопровождающийся разрушением системы базовых ценностей, нарушением идентичности личности, формированием патологических механизмов регуляции поведения» (Кааяни, Сыромятников, 2016, с. 173).

Важно учитывать, что деятельность кадровых военнослужащих предполагает длительную подготовку, в том числе психологическую, к выполнению задач в условиях боевого сражения. Жизнь профессионального военного подчинена уставу и носит достаточно авторитарный характер. Немаловажную роль в обеспечении боеспособности бойцов играют военные психологи, основной задачей которых является психологическое обеспечение готовности к участию в боевых действиях, эффективной деятельности в условиях сражения и минимизация психологических последствий пребывания воина в экстремальных условиях боя. По А.Г. Кааяни, «психологическое обеспечение — это целенаправленная деятельность командиров, психологов, других специалистов, направленная на формирование, поддерживание и восстановление психологических особенностей военнослужащих» (Кааяни, Сыромятников, 2016, с. 22).

После возвращения из зоны боевых действий кадровый военнослужащий, как правило, возвращается к системе военного распорядка, к уже привычной для него жизни «по уставу», в это же время специалисты психологической службывойской части организуют комплекс мероприятий, направленных на социально-психологическую реадаптацию.

Участник боевых действий из числа гражданских, в отличие от кадрового военного, возвращаясь к гражданской жизни, становится частью повседневных, крайне гибких социальных связей. Пережитый боевой стресс способствовал глубинной перестройке психических процессов, поведенческих программ, мировоззренческих установок, системы ценностей и т.д., что может вступать в противоречия с тре-

бованиями, которые предъявляет та социальная среда, в которой он находился до попадания в условия боя (Гнётов, 2020). При этом возвращение в повседневную жизнь не сопровождается обязательными мероприятиями, предусматривающими диагностику психологического состояния личности ветерана, выявление признаков острого стрессового расстройства и иных нарушений.

На основе вышеуказанного мы можем сделать вывод о том, что проблема исследования последствий влияния травматического стресса на ветеранов боевых действий, не относящихся к военным профессиям, заслуживает более внимательного рассмотрения.

Именно поэтому нами было проведено исследование, в рамках которого мы предприняли попытку диагностики имеющихся последствий пережитого травматического стресса действующими ветеранами боевых действий (кадровыми военнослужащими), принимавшими участие в СВО, и уволенными с военной службы ветеранами, которые до участия в СВО работали в гражданской сфере. В общей сложности в исследовании приняли участие 28 ветеранов боевых действий, среди которых 14 ветеранов — действующие военнослужащие Управления войск национальной гвардии России, 14 ветеранов — уволенные военнослужащие, состоящие на сопровождении филиала Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Задачники Отечества» по Омской области. С момента возвращения из зоны боевых действий всех респондентов прошло от 3 до 7 месяцев. Срок пребывания в зоне боевых действий варьировался от 3 до 10 месяцев как в одной группе ветеранов, так и в другой. Возрастной диапазон респондентов составил от 20 до 60 лет, среди которых: 3 человека в возрасте от 20 до 30 лет, 10 человек в возрасте от 30 до 40 лет, 9 человек — от 40 до 50 лет, 6 человек — от 50 до 60 лет. В качестве методики использовался Опросник травматического стресса И.О. Котенева, позволяющий оценить выраженность симптомов постстрессовых нарушений на основе критерииев DSM-4 (Котенев, 1996).

Анализируя результаты методики по основным шкалам, мы видим, что вероятность выраженного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и острого стрессового расстройства (ОСР) наблюдается в группе ветеранов боевых действий, не являющихся кадровыми военнослужащими. 6 ветеранов (42,86%) продемонстрировали высокие результаты по данным шкалам: диапазон Т-баллов по шкале «ПТСР» составляет 70–85; по шкале «ОСР» — 71–84. Среди указан-

ных ветеранов высокие результаты по шкале «депрессия» показали только 4 ветерана (28,57%): диапазон Т-баллов составил 74–89. Двое других участников боевых действий (14,29%), несмотря на выраженность ПТСР и ОСР, набрали 61, 64 Т-балла по данной шкале. Выраженность отдельных симптомов ПТСР продемонстрировали 6 ветеранов (42,86%) из числа участников боевых действий, не относящихся к военным профессиям: диапазон Т-баллов составил 53–68. Аналогичный уровень ОСР выявлен у 7 респондентов (50%): диапазон — 50–68. Выраженность отдельных симптомов депрессии выявлена у 6 ветеранов (42,86%). Из 14 опрошенных уволенных ветеранов боевых действий только один (7,14%) продемонстрировал низкие уровни по всем основным показателям.

Иная ситуация обстоит в группе ветеранов боевых действий из числа действующих военнослужащих. Выраженный ПТСР и ОСР не выявлен ни у одного из 14 ветеранов. Выраженность отдельных симптомов ПТСР и ОСР продемонстрировали 6 респондентов (42,86%): по шкале ПТСР диапазон Т-баллов составил 51–62; по шкале ОСР — 51–62. Выраженность отдельных симптомов депрессии выявлена у 4 кадровых военных (28,57%).

Таким образом, обобщая результаты проведенного исследования, мы можем говорить о том, что степень психологических последствий после перенесенного травматического стресса более выражена у ветеранов боевых действий, не имеющих отношения к военным профессиям, что может быть вызвано недостаточным уровнем психологической подготовки указанной категории к участию в боевых операциях. Дополнительным аргументом к утверждению о необходимости работы с указанной категорией также служит необходимость работы с данными гражданами в направлении их ресоциализации. Более детальный анализ с использованием дополнительных методик позволит актуализировать имеющийся опыт в работе с вернувшимися участниками боевых действий, а также разработать новые методы, способствующие эффективному процессу возвращения к повседневной жизни.

Литература

Гнётов П. М. Проблемы социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в условиях мирного времени и пути их решения // День науки: Материалы XXIX научной конференции Амурского государственного университета. 2020. С. 157–158.

Карайни А.Г., Сыромятников И.В. Военная психология: учебник для специалистов психологической работы Вооруженных сил Российской Федерации. М.: ВУ, 2016.

Котенев И. О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях. М.: Академия МВД России, 1996.

Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Курасов Е.С., Зун С.А., Баразенко К.В. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн // Известия Российской военно-медицинской академии. 2020. Т. 39. № S3–4. С. 185–192.

Нарушения структуры самости в условиях посттравматического стресса

A.И. Красило

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,

Москва, Россия
aikrasilo@list.ru

С позиции культурно-исторического персонализма самость понимается в качестве такого состояния диалогического «Я», когда индивид реализует возможность полноценной ориентировки в травматической ситуации. Если под воздействием испуга и стресса самость превращается в «исчезающий момент», то формируется злокачественное новообразование — взаимоотношения власти с персонифицированным «бенефициаром», на которого пострадавший проецирует боль своих травматических переживаний. Самость превращается в изоляционно-исполнительскую позицию, что как раз и обнаруживается в процессе персоналистического анализа в качестве искомого изменения в структуре самости. Эта позиция является как источником флешбэков, так и реактивности, которая отягчена моральной идеосинкразией как попытки пострадавшего овладеть потоком семантических ассоциаций, усиливающих поток ассоциаций, напоминающих травматическое событие в наглядно-образной форме.

Ключевые слова: самость, посттравматический стресс, ориентировка, персонификация, взаимоотношения власти, изоляционно-исполнительская позиция, семантические ассоциации

Топология психологической травмы имеет парадоксальную форму «ленты Мебиуса» в том смысле, что динамика стресса в, казалось бы, идеальной модели Г. Селье концептуально «перекручивается» и соединяется полярностями в противоречии реального и иррационального, настоящего и прошлого. Пострадавший устремляется в прошлое, стараясь «связать в единое целое» (Фрейд, 1991, с. 160) калейдоскопические обрывки травматического образа (имаго), и только затем, чтобы избавиться от них. Классическая модель стресса Г. Селье предполагает угрозу или давление, воздействующее (или проникающее) извне на организм индивида исключительно «здесь и теперь», которым он пытается неспецифически противостоять, в то время как в состоянии посттравматического стресса пострадавший, напротив, сам устремляется навстречу потенциально разрушительной силе, которая не имеет собственных оснований переместиться из прошлого времени в настоящее, вплоть до момента ретравматизации, т.е. вскрытия травматической ситуации самим пострадавшим.

Соглашаясь с тем, что триггеры могут «включать» флешбэки автоматически (Тарабриня, 2009), необходимо учесть, что предпосылкой формирования этих автоматических действий, исполнительских по своей структуре и психологической форме (Красило, 2024), лежат определенные взаимоотношения диалогического «Я» с персонифицированным выгодоприобретателем. Мы должны учитывать, что ПТСР формируется не сразу после переживания травматической ситуации и, в отличие от защитного процесса угасания болезненных аффектов, его разрушительная интенсивность только нарастает.

В сознании пострадавших нередко появляются временные иррациональные состояния преследования. Пострадавший долго не может избавиться от тревожного предчувствия, что выгодоприобретатель его непременно найдет — или уже стоит на пороге его квартиры, чтобы беспощадно нанести еще больший и уже непоправимый ущерб, на грани жизни и смерти. Сущность этих экзистенциально опасных объектов далеко не полностью раскрывается с позиций теории объектных отношений (Балинт, 2019; Шарфф, 2009). Объекты, взаимоотношения с которыми заполняет сознание потерпевших, — это не исключительно «внутренние дублеры». Потерпевшие персонифицируют (Салливан, 1999; Красило, 2022) экзистенциально опасные объекты в качестве реально действующих на них «извне» как необходимость, которой они вынуждены подчиняться, и при этом не осознают своей причастности к их объективации (Бердяев, 1995).

Переход от анализа структуры индивидуальной деятельности к анализу взаимоотношений (Салливан, 1999) дает нам возможность определиться в понимании сущности самости, которая заключается, на наш взгляд, в том, что индивидуальное «Я» каждого участника сопряженной деятельности может полноценно проявляться только в процессе ориентировки, что и имеет смысл обозначить как «самость». Изоляционно-исполнительская позиция виктима превращает его «Я» в «исчезающий момент». Логично предположить, что искомые изменения в структуре самости — это распад сопряженной деятельности на ориентировочную и исполнительскую части и их распределительная фиксация в качестве взаимоотношений власти.

3. Фрейд справедливо подчеркивал, что в результате травмы многие действия, которые в норме протекали бессознательно или автоматически, приобретают сознательный контроль (Фрейд, 1991), который, вполне очевидно, предполагает использование языковых «кластеров ассоциаций» (Балинт, 2019). Эти семантические ассоциации порождаются не наглядными образами, напоминающими травматическую ситуацию, а особенностями языка как средства общения и мышления. Это «второе бессознательное» преобразует образы памяти, порождая поток гиперболических инфернальных образов, аналогий и метафор. Паническое состояние и ориентировочный ступор как внутренний запрет на совершение избирательно-поисковых действий приводит к тому, что защита от внешних раздражителей пробивается, и в психическую сферу попадает слишком большое количество возбуждений (Фрейд, 1991). Таким образом «рецептивность» превращается в «реактивность», сфера которой распространяется не только на ситуации, напоминающие травматический случай, но и на поток кластеров семантических ассоциаций из противоречивой сферы социальных норм и требований, персонифицированной в сознании виктима в образе объективатора.

Связь пострадавшего с объективатором — это не «базовое отношение к миру», а попытка «морального толкования фактических состояний боли и неудовольствия» (Ницше, 1995 с. 102). Этот феномен Ф. Ницше назвал «моральной идеосинкразией». Заметим, что в психоанализе объективатор представлен в мифологической форме «Сверх-Я» (Фрейд, 1991).

Индивид не может пытаться овладевать своей травмой, не используя внутреннюю речь. Но каждое слово в этой речи порождает кластер языковых ассоциаций и запускает процесс моральной идеосинкразии.

Здесь еще многое предстоит исследовать, но совершенно очевидно, что работа речевого аппарата включает в себя перебор вариантов житейских и научных понятий, моральных норм и правил, которым придается временный статус непререкаемых эталонов нравственных оценок травматического события и личности жертвы: «нормативное калибрование» (Красило, 2022).

Из хаотического множества противоречащих друг другу безличных моральных и эстетических кластеров на пострадавшую личность обрушивается целый поток калейдоскопических оценок его «Я», категорических императивов «заслуженных наказаний», оскорбительных метафор, унизительных аналогий, прозвищ и т. п. Какой бы логичной ни была отдельная ассоциация, ее можно со временем опровергнуть, но это вовсе не единичный триггер. Оказавшись в таком инфернальном потоке, виктим не имеет физической возможности опровергнуть даже самое абсурдное обвинение. Это состояние З. Фрейд назвал моральной тревожностью, констатировав тем самым, что психологическая травма имеет моральную, а не биологическую форму.

Жестокость моральной и эстетической обструкции невозможна объяснить только наличием чувства вины у виктима. Она оказывается соразмерной вовсе не содержанию конкретных действий индивида в условиях травматической ситуации, а социальной оценке его личности уже в качестве виктима, утратившего самость. Через определенный период виктим убеждается, что право одних субъектов наказывать других совершается лишь при попустительстве или прямом санкционировании со стороны персонифицированного им социума (объективатора). И дело вовсе не в самих санкциях, которые — даже в современном гуманистическом обществе — допускают право одних людей лишать свободы, здоровья и даже жизни других, а в том, «кому» и при каких необходимых условиях социум делегировал право жестоко наказывать других (Ф. Ницше). Так, Родиону Раскольникову, который испытывал свою способность осуществить произвольный выбор между ничтожностью своего «Я» и богоподобием: «Тварь дрожащая или право имею», — вовсе не былоделегировано право, которым, очевидно, обладал его кумир.

У нас нет оснований считать, что пренебрежение виктиром своей самостью в условиях травматической ситуации — это временный и легко обратимый момент. Точно так же как нет оснований считать травматическую ситуацию просто триггером. Ее микроанализ показывает, что чувство страха и ощущение беспомощности виктима превра-

щается в потребность иметь покровителя, а его самость превращается в изоляционно-исполнительскую позицию (Красило, 2024). Пострадавшие от манипулятивных интервенций обычно описывают свое состояние во время пережитой травматической ситуации как «какой-то гипноз», во время которого они совершали абсолютно непонятные им самим и безрассудные действия. Но эти действия не были просто импульсивными и беспорядочными. Последующая их рефлексия самими пострадавшими показывает, что они были совершены строго в логике планов и интересов активно ориентированного бенефициара.

Результатом формирования взаимоотношений власти является уникальная психологическая созависимость. Во-первых, жертва, испытывая непреодолимую в ее паническом состоянии потребность в безотлагательном принятии решений и совершении активных спасительных действий, парадоксально соглашается пассивно принять заменные цели, заданные бенефициаром.

Во-вторых, персонифицировав бенефициара в качестве лица, заслуживающего доверия, виктим подвергает опасности деструкции свое базовое доверие к миру. Происходит «интроекция персонификатора» в область ранних интимных взаимоотношений матери и ребенка (Красило, 2022). Повторяющиеся случаи «стокгольмского синдрома» подтверждают гипотезу З. Фрейда о том, что в экстремальной ситуации вместо выбора спасительных действий нередко происходит сексуальный выбор объекта, что приводит к интроекции этого злокачественного объекта в неосознаваемую им часть психической сферы пострадавшего.

А в-третьих, сознание жертвы находится в созависимости с сознанием бенефициара. Виктиму недостаточно реабилитационно переструктурировать свою память о травматической ситуации, для него даже более важно, чтобы он перестал оставаться беспомощным объектом чужих произвольных действий именно в сознании бенефициара (Красило, 2022).

Анализ межличностной структуры травматической ситуации и противоречивой сущности посттравматического стресса дает нам основание полагать, что посттравматические изменения в структуре самости — не регрессия или отсутствие «ядерных амбиций и идеалов», не хаотический распад единого «Я» на изолированные фрагменты (Баллинт, 2019; Кохут, 2017; Тарабрина, 2009), а формирование злокачественного новообразования в форме взаимоотношений власти, прони-

кающих в паттерн доверительных отношений пострадавшей личности к окружающим и ее субъективному миру.

В русле культурно-исторического персонализма реабилитация потерпевших от психологической травмы предполагает не лечение, а восстановление самости самим виктимом на пути расширения его сознания, личностного и интеллектуального развития и социальной самореализации. Психолог только устанавливает такие взаимоотношения с потерпевшим, которые обеспечивают ему выработку ориентированной основы копинговых действий (ООКД), позволяющей ему не оставаться в паническом состоянии, а напротив, инициировать активную ориентировку в любой угрожающей и остроконфликтной ситуации (Красило, 2024).

Для нас принципиально важно подчеркнуть, что интериоризированные автоматические действия, которые сформировались в условиях панического состояния и изоляционно-исполнительской позиции пострадавшего, могут быть успешно осознаны, а затем перестроены и снова интериоризированы. В процессе реабилитации потерпевший должен получить свободу выбора: включать или не включать аффекты прошлого в текущий момент настоящего времени, а в конечном счете — обрести возможность восстановления своей социальной ситуации развития.

Литература

- Балин M.* Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. М.: Когито-центр, 2019.
- Бердяев Н.А.* Царство духа и царство кесаря. М.: Республика, 1995.
- Кохут Х.* Восстановление самости. М.: Когито-центр, 2017.
- Красило А.И.* Консультирование посттравматических состояний: персоналистическое направление: учебное пособие для вузов. М.: Юрайт, 2022.
- Красило А.И.* Объективизация саморазрушительной активности пострадавшего как результат формирования его изоляционно-исполнительской позиции // Познание и переживание. 2024. Т. 5. № 4. С. 148–160.
- Ницше Ф.* Воля к власти. М: ТОО «Транспорт», 1995.
- Салливан Г.С.* Интерперсональная теория в психиатрии. СПб.: Ювента; М: «КСП+», 1999.
- Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2009.

Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет. Кн. 1. Тбилиси: Мерани, 1991.
Шарфф Д. С., Шарфф Д. Э. Основы теории объектных отношений М.:
Когито-центр, 2009.

Психологическая ригидность как модератор силы переживаний в психотравмирующей ситуации

E. A. Кузнецова

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
kuznetsova_2@mail.ru

В статье рассматривается понятие психологической ригидности в определении терапии принятия и ответственности С. Хайеса. На материале двух эмпирических исследований рассмотрены влияние процессов психологической ригидности на силу переживаний в случившейся и в потенциально травмирующей ситуации. В первом исследовании изучалась сила переживаний у женщин, переживших партнерское насилие ($N = 56$), а во втором — сила переживаний у лиц, оказавшихся в потенциально травмирующей ситуации ($N = 161$). Показано влияние на силу переживаний таких процессов психологической ригидности, как избегание эмоционального опыта, застrevание и чрезмерное слияние с воспоминаниями о прошлой травмирующей ситуации или с текущими тревожными мыслями. Полученные результаты схожи с данными зарубежных исследований и позволяют также выдвинуть предположение об эффективности подхода при работе с психотравмирующими переживаниями на российской выборке.

Ключевые слова: психотравмирующая ситуация, психологическая гибкость, психологическая ригидность, терапия принятия и ответственности, партнерское насилие, потенциально травмирующая ситуация

Психологическая гибкость и психологическая ригидность являются одними из центральных понятий теоретической базы Терапии Принятия и Ответственности (Acceptance and Commitment Therapy). Данный психотерапевтический подход относится к третьей волне когнитивно-поведенческой терапии и объединяет различные поведенческие тео-

рии, обращая особое внимание на взаимодействие личности с историческим и ситуативным контекстом. В качестве основных механизмов изменений предлагаются практики осознанности, техники принятия переживаний и ориентированность на ценности (Hayes et al., 2011).

В соответствии с рассматриваемым подходом под психологической гибкостью мы понимаем способность осознанно быть в контакте с текущим моментом и выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. В рамках разрабатываемой эмпирической модели авторы выделяют шесть базовых процессов, определяющих психологическую гибкость:

- способность быть открытым любому внутреннему опыту (чаще всего упоминается как «принятие», «открытость эмоциональному опыту»);
- способность наблюдать за мыслями, не фиксируясь на них и не вовлекаясь в них (чаще всего упоминается как «когнитивное разделение»);
- способность установить контакт с внешним и внутренним миром, способность управлять своим вниманием в соответствии с требованиями ситуации (чаще всего упоминается как «контакт с настоящим»);
- гибкое восприятие образа Я и способность выбирать различные точки зрения для самоописания (чаще всего упоминается как «наблюдающее Я»);
- понимание своей системы ценностей и ориентированность на нее (чаще всего упоминается как «контакт с ценностями»);
- способность управлять своими действиями в соответствии с выбранными ценностями (чаще всего упоминается как «ценостно-направленные действия» и «проактивность»).

Психологическая ригидность является функциональной противоположностью психологической гибкости и часто рассматривается как одна из главных причин неадаптивного поведения и психологического неблагополучия человека. Чаще всего психологическая ригидность определяется как ригидность психологических реакций и попытка контролировать внутренние переживания с сопутствующим снижением ценностно-направленных действий. Психологическая ригидность также отражает взаимодействие шести психических процессов:

- избегание нежелательных внутренних переживаний (чаще всего упоминается как «избегание эмоционального опыта»);

- вера в буквальное содержание мыслей, излишняя фиксация на мыслях, неспособность изменить поведение в ответ на требования настоящего момента (чаще всего упоминается как «когнитивное слияние», «слияние с мыслями»);
- отвлекаемость, отстраненность от происходящего, утрата контакта со своими мыслями и чувствами (чаще всего упоминается как «отстраненность», «риgidное внимание»);
- ригидное самоописание, неспособность отойти от привычного образа Я (чаще всего упоминается как «слияние с образом Я»);
- недостаток понимания, контакта с собственной системой ценностей, ориентация на социально желательные ценности (чаще всего упоминается как «отход от ценностей»);
- поведенческие паттерны, уводящие от осознанной жизни, основанной на системе ценностей (чаще всего упоминается как «бездействие», «упорное избегание»).

Таким образом, психологическая ригидность является моделью, которая отражает тенденцию человека к избеганию трудных переживаний и следованию за психологическими реакциями вместо ценностно-ориентированных действий. В многочисленных зарубежных исследованиях показана связь психологической гибкости/риgidности с большим спектром как психических расстройств, так и повседневных трудностей (Bond et al., 2011; Doorley et al., 2020). В том числе авторы указывают на взаимосвязь тяжести травматических переживаний и психологической ригидности (Walser, Hayes, 2006).

Однако несмотря на высокую популярность и большое число психологических исследований представленной модели за рубежом, в России таких исследований практически не проводилось. Далее в двух исследованиях будет показана взаимосвязь процессов психологической гибкости/риgidности и тяжести переживаний в травматической и потенциально травмирующей ситуации.

Взаимосвязь психологической ригидности и тяжести травматических переживаний у женщин в ситуации партнерского насилия

Целью первого исследования, выполненного Е.М. Аноцкой под нашим руководством, стало изучение взаимосвязи психологической ригидности и тяжести переживаний личности женщины в ситуации пережитого партнерского насилия.

Использовались методы: опросник оценки психологической гибкости (AAQ-II), опросник травматического стресса (Котенев, 1997), шкала оценки влияния травматического события, многомерный опросник психологической гибкости (Rollfs et al., 2018), полуструктурированное клинико-психологическое интервью.

Выборку исследования составили 56 женщин в возрасте 20–46 лет, пережившие партнерское насилие. Средние значения шкалы признаков ПТСР по опроснику травматического стресса среди всей выборки составили $70,7 \pm 12,72$ балла. Далее выборка была разделена на две группы в соответствии с выраженностью клинической картины посттравматического синдрома. В первую группу вошли 28 респонденток с более низкой выраженностью признаков ПТСР (данные респондентки показали значения от 38 до 70 баллов по шкале ПТСР методики ОТС (среднее $60,2 \pm 8,91$), что соответствует отсутствию или наличию незначительных отдельных симптомов постстрессовых состояний). Во вторую группу вошли 28 респонденток с более высокой выраженностью признаков ПТСР (данные респондентки показали значения от 71 до 95 баллов по шкале ПТСР методики ОТС (среднее $81,1 \pm 9,11$), что соответствует наличию клинически выраженных симптомов постстрессовых состояний).

Психологическая ригидность исследовалась при помощи опросных методов и интервью. В сравнительном анализе двух выделенных ранее групп при помощи критерия U-Манна–Уитни выявлены статистически достоверные различия в уровне как психологической гибкости, так и психологической ригидности.

Проведенный корреляционный анализ с использованием t -критерия Кендалла показал взаимосвязь между уровнем выраженности травматических переживаний и общими показателями психологической гибкости (коэффициент корреляции от $-0,395$ до $-0,602$ при $p=0,0001$) и ригидности (коэффициент корреляции от $0,502$ до $0,602$ при $p=0,0001$) по всем используемым методикам. Так, психологическая гибкость была взаимосвязана с меньшей выраженностью травматических переживаний, а психологическая ригидность была взаимосвязана с большей их выраженностью.

Наконец, исследовалось влияние выраженности компонентов психологической ригидности на выраженность травматических переживаний. При помощи пошагового регрессионного анализа была построена модель, включающая в себя три компонента, определяющих тяжесть

травматических переживаний: общий показатель психологической ригидности, застrevание в прошлом и избегание эмоционального опыта (R-квадрат 0,734).

Взаимосвязь психологической ригидности с особенностями переживаний в потенциально травмирующей ситуации

Целью второго исследования, выполненного А. Э. Полетаевой под нашим руководством, стало изучение взаимосвязи психологической ригидности и тяжести переживаний в ситуации начала проведения специальной военной операции.

Использовались методы: опросник оценки психологической гибкости (AAQ-II), шкала оценки влияния травматического события, модифицированная для настоящего исследования, многомерный опросник психологической гибкости (Rollfs et al., 2018), авторская анкета переживания ситуации проведения СВО, полуструктурированное клинико-психологическое интервью.

Исследование проводилось в 2022 году. Выборку исследования составил 161 человек в возрасте 18–50 лет (ср. возраст $26,6 \pm 10,49$), граждане России, проживающие на территории России на момент начала СВО, не участвующие в боевых действиях и не имеющие родственников-военных, не имеющие расстройств шизофренического спектра, не находившиеся на стационарном лечении по причине психического заболевания. После первичной обработки также были исключены респонденты, переживания которых не были связаны с военным конфликтом на Украине, а также те, чьи результаты представляли сомнительную достоверность.

Были выделены 4 типа эмоционального реагирования на ситуацию проведения СВО: «Люди с выраженным переживанием сострадания жертвам» (27% выборки); «Люди с выраженным страхом угрозы своей жизни» (56% выборки); «Люди с выраженным беспокойством за жизнь близких» (9% выборки); «Люди, не предъявляющие острых негативных переживаний по поводу начала СВО» (8% выборки). Шкала оценки влияния травматического события показала различия между четырьмя выделенными группами, сравнение по критерию Краскала–Уоллиса ($H=23,756$, $p<0,01$ по шкале вторжения; $H=7,912$, $p<0,05$ по шкале избегания; $H=25,341$, $p<0,01$ по шкале возбудимости). При этом наибольшие значения по всем шкалам показывали респонденты с выраженным страхом угрозы своей жизни (вторжение 15 ± 8 , избегание 20 ± 8 ,

возбудимость 16 ± 8) и респонденты с выраженным беспокойством за жизнь своих близких (вторжение 18 ± 8 , избегание 18 ± 8 , возбудимость 22 ± 9), наименьшие — респонденты, не предъявляющие выраженных переживаний (вторжение 4 ± 5 , избегание 12 ± 9 , возбудимость 5 ± 6).

Корреляционный анализ показал взаимосвязь между тяжестью переживаний и показателями психологической ригидности в исследуемой группе (коэффициент корреляции от 0,305 до 0,573 при $p=0,0001$) по всем используемым методикам. Так, показано, что чем выше показатель психологической ригидности, тем выше была тяжесть переживаний в потенциально травмирующей ситуации, и наоборот.

Наконец, исследовалось влияние выраженной компонентов психологической ригидности на тяжесть переживаний респондентов. При помощи пошагового регрессионного анализа была построена модель, включающая в себя два компонента, определяющих тяжесть травматических переживаний: общий показатель психологической ригидности и слияние с тревожными мыслями (R -квадрат 0,542).

Психологическая ригидность как модератор силы травматических переживаний

В описанных исследованиях продемонстрирована направленная связь процессов психологической ригидности и тяжести возникающих переживаний в травмирующей и потенциально травмирующей ситуациях.

Выявлено, что тяжесть переживаний в наибольшей мере определяется такими компонентами психологической ригидности, как застравление в мыслях о прошлом и избегание эмоционального опыта. Лица, пережившие травматический опыт, предъявляли более тяжелые переживания в случае, когда они избегали нежелательных внутренних переживаний, отстранялись от происходящего, пытались не вспоминать о прошлом и не обращаться к прошлому опыту.

Тяжесть переживаний респондентов, оказавшихся в потенциально травмирующей ситуации, также была выше в случае, если они полностьюсливались со своими тревожными мыслями, уделяли им большое внимание, в малой мере переключались на другие стороны своей жизни. Таким образом, результаты полученных исследований демонстрируют схожее влияние психологической ригидности на проявление тяжести переживаний.

Необходимо отметить, что схожие результаты уже встречались в зарубежных исследованиях эффективности психотерапии лиц с пост-

травматическим стрессовым расстройством посредством применения терапии принятия и ответственности (Fiorillo et al., 2017) или терапии, основанной на осознанности, где ключевыми элементами являются развитие контакта с настоящим моментом и формирование навыков осознанности, что помогает предотвратить избегание конкретных ситуаций, не несущих прямой угрозы для жизни индивида, увеличить поведенческий репертуар и в итоге снизить влияние болезненных переживаний на качество жизни (Ito et al., 2021; Polusny et al., 2015).

Полученные результаты позволяют также предположить, что развитие психологической гибкости как противоположного психологической ригидности процесса позволит расширить репертуар краткосрочных методов психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующую ситуацию или оказавшимся в потенциально травмирующей ситуации.

Литература

- Bond F.W., Hayes S.C., Baer R.A., Carpenter K.M., Guenole N., Orcutt H.K., Waltz T., Zettle R.D. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance // Behavior therapy. 2011. V. 42 (4). P. 676–688.
- Doorley J.D., Goodman F.R., Kelso K.C., Kashdan T.B. Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know // Social and Personality Psychology Compass. 2020. V. 14 (12). P. 1–11.
- Fiorillo D., McLean C., Pistorello J., Hayes S.C., Follette V.M. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study // Journal of Contextual Behavioral Science. 2017. V. 6 (1). P. 104–113.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press, 2011.
- Ito D., Watanabe A., Osawa K. Mindful attention awareness and cognitive defusion are indirectly associated with less PTSD-like symptoms via reduced maladaptive posttraumatic cognitions and avoidance coping // Current Psychology. 2021. V. 42. P. 1182–1192.
- Polusny M.A., Erbes C.R., Thuras P., Moran A., Lamberty G.J., Collins R.C., Rodman J.L., Lim K.O. Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial // JAMA. 2015. V. 314 (5). P. 456–465.

Walser R.D., Hayes S.C. Acceptance and commitment therapy in the treatment of PTSD: theoretical and applied issues // Cognitive Behavioral Therapies Trauma. New York: Guilford Press, 2006.

Взаимосвязь характеристик посттравматического стресса и психологических характеристик пожилых людей с различным уровнем качества жизни

A.Д. Кузнецова, Р.В. Кадыров

Тихоокеанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Владивосток, Россия
larosaline@mail.ru
rusl-kad@yandex.ru

Необходимость увеличивать продолжительность жизни обозначила актуальность данного исследования в контексте возможных факторов, влияющих на качество жизни пожилых людей. Исследование проведено при помощи опросника травматических событий LEC-5, шкалы оценки влияния травматического события PCL-5, краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни и ряда методик для выявления психологических характеристик. Выборку составили 59 человек от 60 до 74 лет, не имеющие в анамнезе тяжелых хронических заболеваний. Результаты показали, что существует взаимосвязь характеристик посттравматического стресса с такими психологическими характеристиками исследуемых, как избегание проблемных ситуаций, низкая самооценка, негативные чувства (печаль, уныние, тревога), проявления агрессии и раздражительности. Полученные данные могут быть использованы в учреждениях, деятельность которых обусловлена постоянным взаимодействием с пожилыми людьми, а также в разработке стратегий их адаптации в социуме.

Ключевые слова: посттравматический стресс, качество жизни, пожилой возраст, совладающее поведение, психологическое благополучие

Согласно данным ВОЗ, к 2030 г. шестую часть населения составят люди в возрасте 60 лет и старше. Их численность увеличится до 1,4 млрд человек, тогда как в 2020 г. насчитывался 1 млрд (ВОЗ, 2024). Указ о национальных целях развития Российской Федерации постановил увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни. С увеличением количества пожилых людей встает проблема выявления факторов, которые могут влиять на качество их жизни.

Травматическое событие в жизнедеятельности человека нарушает чувство безопасности, вызывает переживание у него травматического стресса, который в будущем может стать причиной проявления посттравматического стресса, оказывающего глубокое негативное воздействие на психологическую безопасность и благополучие человека в целом и вызывающее снижение уровня физической и социальной активности, потерю интереса к видам деятельности, которые раньше были важны для человека (Падун, Климова, 2014; Тарабрина, 2012). При этом важно обратить внимание на то, что когнитивные нарушения пожилых людей могут объясняться причинами психологического происхождения, а не только органическими поражениями вследствие физических травм или возрастных изменений, что актуализирует потребность в расширении объема исследований причин появления и принципов развития последствий воздействия на пожилых людей стрессоров высокой интенсивности. Ухудшение самочувствия людей пожилого возраста часто связывают с ослаблением способов совладания со стрессовыми ситуациями, глобальной перестройкой жизни, субъективным одиночеством, что непосредственно влияет на их качество жизни.

Под качеством жизни мы понимаем восприятие субъектом своего статуса здоровья и способности вести полноценную жизнь, а также состояния физического, психологического, социального благополучия, которое является его основным критерием (Вассерман, Трифонова, Федорова, 2008).

Цель настоящей работы заключается в изучении и описании взаимосвязи характеристик посттравматического стресса и психологических характеристик пожилых людей с различным уровнем качества жизни.

Участники и процедура. В исследовании приняли участие 59 человек, возраст 60–74 года, не имеющие в анамнезе тяжелых хронических заболеваний. Респонденты являются клиентами КГАУСО «Седанкин-

ский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и КГАУСО «Приморский центр социального обслуживания населения». Из общего числа респондентов выделены те, кто переживал травматические события, случившиеся непосредственно с ними, был свидетелем произошедшего или узнавал о случившемся, что представляет собой А-критерий ПТС. Далее имеющиеся в анамнезе травматические события, были разделены на 2 группы по выраженности тяжести симптомов. Психологические характеристики выделенных групп исследовались при помощи отобранных методик, что позволило выявить В-, С-, D-, Е-критерии. В исследуемых группах с ПТС и без него выделены уровни качества жизни. Для выявления различий между уровнями качества жизни мы обратились к компонентам данной категории. Для анализа взаимосвязи характеристик ПТС и психологических характеристик пожилых людей с различным уровнем качества жизни проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента корреляции Ч. Спирмена.

Методы и методики исследования. В данной работе были использованы: опросник травматических событий Life Events Checklist (LEC-5), опросник уровня ПТС, вызванного травмирующим событием Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 (PCL-5), краткий опросник ВОЗ о качестве жизни (WHOQOL-BREF), методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Л.И. Вассермана, Индивидуально типологический опросник Л.Н. Собчик, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R Л. Дерогатиса в адаптации Н.В. Тарабриной), опросник безнадежности А. Бека, тест жизнестойкости С. Мадди (адаптация Д.А. Леонтьева, 1984) и индивидуальная модель психологического здоровья А.В. Козлова. Для статистической обработки были использованы непараметрические критерии коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена и U-критерия Манна–Уитни.

Результаты. По данным эмпирического исследования с помощью методики, используемой для диагностики травматических событий (Life Events Checklist — LEC-5), выявлено, что 50 из 59 опрошенных переживали травматические события. Тяжесть симптомов ПТС выражена у 21 из 50 респондентов, имеющих в анамнезе травматическое событие. При этом, по данным краткого опросника ВОЗ, качество жизни пожилых людей с ПТС ниже, чем качество жизни пожилых людей без ПТС. Выявлены достоверные различия с использованием U-критерия Манна–Уитни, качества жизни по сфере 1 — физическое

и психологическое благополучие, и сфере 2 — самовосприятие ниже у группы пожилых людей с ПТС, которое характеризуется: неприятными физическими ощущениями, такими как онемение, боль, зуд; проявлением хронической усталости, проблемами со сном, невозможностью почувствовать себя бодрым и отдохнувшим. Пожилые люди с ПТС редко испытывают радость и удовольствие, на первый план выходят негативные чувства — печаль, уныние, тревога, отчаяние; имеют низкую самооценку.

Корреляционный анализ результатов всех методик, использованных в исследовании, с помощью коэффициента корреляции Спирмена и уровнем значимости p не более 0,05 выявил значимые корреляционные связи.

Пожилым людям с ПТС со средним уровнем качества жизни (R от 0,67 до 0,88) свойственны замкнутость и аутистичность, они стремятся изолироваться от общества, чтобы избежать интенсивных стрессоров. Они испытывают страх перед обществом, который вызван негативными ожиданиями относительно любых коммуникаций. Это вызывает поток навязчивых мыслей и действий, которые проявляются в виде агрессии, раздражительности. Склонны к употреблению алкоголя, пищевой зависимости с целью снижения эмоционального напряжения.

Настороженная подозрительность охватывает практически все сферы их жизни и требует снижения эмоционального напряжения. Низкое физическое благополучие, вызванное тяжелыми соматическими заболеваниями, вызывает серьезное беспокойство и может сказываться на отношениях с окружающими, что провоцирует чувство беспомощности и мысли о смерти. Пожилые люди отмечают неприятные физические ощущения, онемение, боль, зуд; проявления хронической усталости, проблемы со сном, невозможность почувствовать себя бодрым и отдохнувшим. На ухудшение физического состояния влияние оказывают склонность к навязчивым страхам, высокая тревожность и впечатлительность, так как данные характеристики вызывают дальнейшее развитие хронических заболеваний, усиливают чувство безнадежности и потерю интереса к жизни.

Кроме соматических заболеваний беспокоят психопатологические симптомы, выраженность которых мешает пожилым людям позитивно оценивать свой жизненный опыт и использовать его для дальнейшей жизни. На первый план выходят негативные чувства — печаль, уны-

ние, тревога, отчаяние; имеют низкую самооценку, недовольны своим уровнем активности.

Для поддержания нормальной жизнедеятельности находят ресурсы в семейных отношениях, поддержании собственных ценностей, умении отстаивать свои интересы и планировать решение тех или иных задач, стремлении к духовному развитию.

Пожилым людям с ПТС с повышенным уровнем качества жизни (R от 0,62 до 0,81) свойственно снижение уверенности в физических возможностях из-за ухудшения состояния здоровья. Психопатологическая симптоматика негативно влияет на самооценку. Последствия этих изменений выражаются в проявлениях агрессии, раздражительности.

Склонность к впечатлительности и навязчивым страхам проявляется в нарастающем напряжении вследствие повторяющихся тревожных мыслей и желании получить облегчение посредством повторяющихся действий, например, уборка или мытье рук. Им свойственно брать ответственность за решение всех проблем, из-за чего постоянно возрастают тревога и страх не выполнить задачи. Чтобы справиться с эмоциональным напряжением, они могут избегать столкновений со стрессорами и использовать ПАВ.

Общая безнадежность угнетает стремление к самореализации и отстаиванию собственной точки зрения, лишает возможности противостоять стрессовым ситуациям и контролировать свои мотивы; сказвается на интеллектуальном потенциале и работоспособности.

Росту эмоционального напряжения способствуют старания постоянно оберегать свою семью от возможных сложностей, контролировать эмоциональные реакции, чтобы не расстраивать близких. Снизить тревожность и опасения помогает рациональное продумывание своих действий. Несмотря на замкнутость, респонденты хотят быть частью социума и стремятся отстаивать свои интересы. Способны противостоять стрессам, извлекая продуктивный опыт из тяжелых жизненных ситуаций и применяя к нему положительную переоценку.

Ресурсы для поддержания жизнедеятельности находят в семейных отношениях и духовном развитии, творческой деятельности.

Выводы. Существует взаимосвязь характеристик посттравматического стресса с такими психологическими характеристиками пожилых людей с различным уровнем качества жизни, как избегание проблемных ситуаций, низкая самооценка, негативные чувства (печаль, уныние, тревога), проявления агрессии и раздражительности.

С целью улучшения качества жизни пожилых людей, переживающих посттравматический стресс, психологам, работающим с данной категорией лиц, рекомендуется, помимо работы связанной с текущими возрастными изменениями, уделять достаточное внимание выявлению посттравматического стресса, т. к. его ярко выраженные отрицательные последствия могут привести к возникновению таких проблем, как депрессия, аддикции, суициdalное поведение и т. д. Это значительно оказывается не только на соматическом здоровье, но и на психологическом благополучии.

Полученные результаты могут быть основанием для дальнейшего исследования изложенной проблематики и разработки программы психологической помощи пожилым людям с посттравматическим стрессом, а также в разработке стратегий их адаптации в социуме.

Литература

- Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 67–71.
- Всемирная организация здравоохранения: Старение и здоровье [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 25.02.2025)
- Корнилова Т.В.* Современные зарубежные исследования феномена жизнестойкости (hardiness) // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26. № 4. С. 223–229.
- Падун М.А., Климова Л.А.* Регуляция эмоций и психологическое благополучие // Психологическое здоровье и духовно-нравственные проблемы современного общества. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. С. 242–256.
- Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
- Тарабрина Н.В.* Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психологический журнал. 2012. № 6. С. 20–33.

Влияние боевой психической травмы на временную перспективу военнослужащих

E.A. Мерсалова

Муниципальное бюджетное учреждение молодежной политики города Казани «Центр психолого-педагогической помощи детям и молодежи “Доверие”»;

Психологический центр «Сердэш», Казань, Россия
ekaterina.mersalova@yandex.ru

В статье рассмотрен феномен временной перспективы в контексте боевой психической травмы. Выдвинута гипотеза: у военнослужащих, имеющих опыт боевых действий, временная перспектива окажется искажена по сравнению с ровесниками, не участвовавшими в боевых действиях. Для сопоставления и анализа результатов опросника временной перспективы Ф. Зимбардо с проективной методикой (рисунок «Мое прошлое, настоящее, будущее») был введен «кодификатор неформальных элементов рисунка». По результатам исследования, в группе военнослужащих результаты шкал негативного и позитивного прошлого, гедонистического настоящего, наличия личностных ресурсов и процесса самореализации статистически значимо ниже, чем у контрольной группы, а шкала позитивного прошлого — выше. Полученные результаты интерпретированы через механизм диссоциации. Предположено, что описанная разница между группами может быть обусловлена боевой психической травмой.

Ключевые слова: боевая психическая травма, временная перспектива, диссоциация, военнослужащие, восприятие настоящего, восприятие прошлого

Тема психической травмы неоднократно поднималась в период вооруженных конфликтов и уходила в тень в мирное время. Данное исследование встает в один ряд с работами схожей «военной» тематики но, вероятно, высвечивает больше (практикоориентированных) вопросов, нежели дает ответы.

Хотя работа старается балансировать между симптоматическим и феноменологическим подходами, в ее корне априори заложены ощущимые подводные камни. Во-первых, работа отвечает лишь на вопрос

«в чем различается феномен временной перспективы (ВП) у воевавших и не воевавших людей?», не имея возможности объяснить различия. Во-вторых, само проведение исследования было недостаточно структурировано: нередко не было возможности встречаться с респондентами очно и обеспечивать им схожие условия. В-третьих, ВП — крайне обширное понятие, которому едва ли возможно придать очерченные границы. В данной работе понятие ВП очерчено некоторыми границами, чтобы им можно было орудовать в эмпирической плоскости. Так, ВП определяется автором как феномен, констатирующий наличие трех временных в объективно наблюдаемой реальности и в психике человека (прошлое, настоящее и будущее) промежутков, притом что психика человека способна видоизменять восприятие, оценку и интерпретацию событий прошлого, настоящего и будущего под действием каких-либо факторов (например, психотравмирующих).

Данное исследование исходит из тезиса, что у человека, принимавшего участия в боевых действиях, с наибольшей вероятностью останется «боевая психическая травма» (БПТ) ввиду специфических (боевых) условий, крайне отличных от привычных человеку (мирных). Е.О. и Н.Л. Александровы пишут: БПТ — это «ответная реакция конкретного человека на сочетание трех феноменов — серии острых шоковых состояний, прямых боестолкновений и длительного психического напряжения в ожидании нападения» (Александров, Александрова, 2023, с. 24). БПТ — психологическое определение (в отличие от ПТСР), сопровождающееся феноменами, свойственными психической травме в целом.

Исследований со схожей методологией и целью немного. В плане методов относительно созвучна работа З.С. Текоевой, исследовавшей влияние психической травмы на развитие детей, выживших после террористической атаки на школу в Беслане (Текоева, 2017). В некоторой степени близки работы О.Г. Квасовой, исследовавшей изменения ВП личности в экстремальной ситуации (Квасова, 2011).

Что также обращает на себя внимание, с одной стороны, временная перспектива неизбежно «прошита» в теме психической травмы (психика оказывается неспособна адекватно встроить травмирующую ситуацию в биографию индивида) (Харт, 2016; Колк, 2023), с другой — как значимый психический феномен она выделялась лишь немногими исследователями-эмпириками.

Таким образом, исследование представляет собой попытку вынести в поле эмпирики феномен ВП. Данный феномен позволяет не

только личности ощущать время и себя в нем (во временных промежутках прошлого, настоящего, будущего), но и затронуть другие важные аспекты структуры и функционирования личности: идентичность, цельность, взросление, особенности межличностных отношений и их динамику, образ Я и т.д.

Методология исследования

Гипотеза — у военнослужащих ВП окажется искажена (вероятно, вследствие БПТ).

Цель исследования — рассмотрение симптоматических описаний психической боевой травмы в контексте временной перспективы комбатанта. Объект исследования — военнослужащие с боевой психической травмой. Предмет — влияние психической боевой травмы на временную перспективу военнослужащих.

Методики:

1) Адаптированный «опросник временной перспективы Ф. Зимбардо» (ZTPI) (Соколова, Митина, 2008);

2) Рисунок «Мое прошлое, настоящее, будущее» (Каяшева, 2022).

В исследовании приняли участие 10 военнослужащих войск национальной гвардии РФ, имеющие опыт участия в боевых действиях (экспериментальная группа/ЭГ), и 12 человек, не имеющих такого опыта (контрольная группа/КГ), в возрасте 20–30 лет обоих полов.

Для обработки и сопоставления результатов опросника и элементов рисунка был введен условный «кодификатор неформальных элементов рисунка», опирающийся на методы диагностики и оценки А. И. Копытина. Кодификатор включал в себя шкалы: 1) «нормотипичность» (Н) (определенность ли среди образов ненормотипичные для юношеского возраста признаки), 2) «наличие положительных образов» (НПО) (образы, несущие положительный эмоциональный окрас и указывающие на вероятные источники ресурсов личности), 3) «наличие личностных ресурсов» (НЛР) (некоторая детализация предыдущего пункта), 4) «отношение к себе» (ОкС) (изображение собственного образа в положительном, нейтральном или отрицательном контексте), 5) «близкие отношения» (БО) (наличие указаний на межличностные отношения, их характер), 6) «актуальные трудности» (АТ) (данний пункт введен, т.к. в большинстве работ отображен мотив преодоления чего-либо и/или конкретная трудность, актуальная для человека) и 7) «процесс самореализации» (ПС) (отображение динамики, положительных изменений).

ний личности; достижение значимых для человека целей). В рисунках отмечалась и оценивалась выраженность выделенных феноменов (от минимальных проявлений до ярких).

Результаты

Критерий Манна–Уитни показал статистически значимую разницу по переменным негативного и позитивного прошлого (НП и ПП), гедонистического настоящего (ГН), НЛР и ПС. У военных показатели НГ, ГН, НЛР и ПС ниже, чем у КГ; показатель ПП — выше.

В попытке выявления более детальных различий в группах был проведен корреляционный анализ. Если коротко перечислить значимые связи:

- 1) НП у ЭГ обратно связано с фаталистическим и гедонистическим настоящим (ФН и ГН); у КГ прямая связь с ГН и обратная с ПП.
- 2) ПП у ЭГ прямо связано с Н, обратно — с возрастом; у КГ — прямая связь со шкалой будущего (Б) и БО.
- 3) ГН у ЭГ прямо связано ФН, Б и НЛР, обратно — с НП и БО; в КГ — прямая связь с Н.
- 4) НЛР у ЭГ прямо связана с ГН, НПО и ОкС, обратно — с Н; у КГ — прямые связи с возрастом, Б, НПО, ОкС, ПС.
- 5) ПС у ЭГ обратно связано с БО; в КГ — прямая связь с возрастом, Б, НПО, ОкС, НЛР.

Но необходимо помнить: ввиду малого количества респондентов неизбежны погрешности в результатах.

Обсуждение

В ЭГ шкала НГ прямо связана с ФН и ГН, что, в трактовке Ф. Зимбардо, можно считать за противоречие, однако у ФН и ГН есть общий элемент — неспособность достаточно цельно воспринимать настоящее, связывая его с прошлым и будущим. Можно предположить: военнослужащие более фрагментарно воспринимают настоящее либо, учитывая, что у КГ показатели лишены подобных противоречий и «фрагментаций», результаты ЭГ можно объяснить через феномен диссоциации, неизбежно сопряженный с психической травмой (ван дер Харт, 2016). Указанная диссоциация может рассматриваться и в адаптивном ключе: в ЭГ шкала ГН прямо связана с НЛР, которые, вероятно, черпаются из положительных аспектов настоящего (связь с НПО), что не противоречит теории структурной диссоциации личности.

Интересно проанализировать связи переменной БО у КГ. БО прямо связаны с ПП, НПО, ОкС; обратно — с Н. Выявленную картину можно непротиворечиво объяснить в психоаналитическом ключе через теорию объектных отношений. Так, чем более удовлетворительными были отношения со значимыми взрослыми в детстве, тем меньше вероятность патологизации личности (Шарфф, Шарфф, 2017). В ЭГ же БО имеет обратные связи с ГН и ПС, что противоречит приведенной теории. Выявленный элемент может поставить вопрос иным эмпирическим исследованиям, т. к. способность выстраивать и сохранять близкие отношения, доверие к людям часто упоминается в контексте лечения психической травмы (Герман, 2024; ван дер Колк, 2023).

Описанный теоретический конструкт необходимо сопоставить с результатами, говорящими, что в ЭГ показатель ПП выше, чем в КГ. Более того, шкала ПП в ЭГ оказывается (слабо, но прямо) связана с Н. Если допустить, что значения Н, заданные в кодификаторе, валидны (насколько это возможно в рамках данного исследования), то трактовка упомянутых результатов оказывается противоречивой: так, позитивный образ прошлого оказывается прямо связан с наличием ненормотипических феноменов. Возможно, данное противоречие может быть феноменом, относящимся к механизмам психической травмы, как минимум к диссоциации. Многие авторы приводят цитаты ветеранов, жертв насилия и др., несущие мысль: «это [психотравмирующее событие] разделило мою жизнь на до и после» (Герман, 2024; ван дер Колк, 2023). Возможно, в ЭГ образ позитивного прошлого оказывается «оторван» от цельной линии жизни индивида (восприятия своей линии жизни как нечто цельного, непрерывного). Так, на контрасте «боевого», «бесчеловечного», экстремального настоящего образ прошлого (того, что было «до») может становиться более идеализированным и недосягаемым. Предполагать недосягаемость позволяют теоретические описания утраты доверия к людям (и к миру в целом) вследствие психической травмы (Герман, 2024).

Заключение

В результате исследования выявлены значимые различия между группой военнослужащих и контрольной группой по шкалам, которые, во-первых, связаны с феноменом ВП (как минимум с восприятием временных промежутков прошлого, настоящего, будущего); во-вторых, могут быть теоретически объяснены механизмами психической травмы (в частности, диссоциативными процессами).

Литература

- Александров Е. О., Александрова Н. Л.* Психотерапия ПТСР у комбатантов. СПб.: Питер, 2023.
- Ван дер Колк Б.* Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть М: Бомбора, 2023.
- Ван дер Харт О., Нейенхэйс Э. Р. С., Стил К.* Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. Пер. с англ. М.: Когито-центр, 2016.
- Герман Дж.* Травма и исцеление. Последствия насилия от абызова до политического террора. М.: Эксмо, 2024.
- Зимбардо Ф.* Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010.
- Каяшева О. И.* Арт-терапия в практике психологического консультирования: учебное пособие для магистров психологии. Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2022.
- Квасова О. Г.* Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации (обзор исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 109–117.
- Копытин А. И.* Психодиагностика в арт-терапии. СПб., М.: Речь, 2022.
- Текоева З. С.* Особенности эмоционально-личностного развития детей с ПТСР (лонгитюдное исследование детей г. Беслан 2005–2015 гг.) // Современное дошкольное образование. 2017. № 7. С. 38–45.
- Шарфф Дж. С., Шарфф Д. Э.* Основы теории объектных отношений. Пер. с англ. М.: Когито-центр, 2017.

Признаки посттравматического стресса у женщин с различной репрезентацией собственного рождения

H. С. Наумчук

Институт практической психологии и психоанализа,
Москва, Россия
n.s.naumchuk@yandex.ru

Статья посвящена изучению дифференциации детского травматического опыта и его взаимосвязи с признаками посттравматического стресса у

женщин, имеющих различное представление о собственном рождении. Рассматриваются три типа репрезентации: негативная («Дilemma аборта», «Ребенок другого пола»), нейтральная («Приняли нормально») и позитивная («Рады беременности»). Исследованы взаимосвязи между травматическим детским опытом и проявлениями признаков КПТСР. Показано, что эмоциональное насилие как тип детской травматизации имеет наиболее выраженную связь с КПТСР. Однако в разных группах репрезентации рождения травматический детский опыт имеет свое специфическое отражение в симптомах посттравматического стресса. Обнаружено, что чем позитивнее репрезентация рождения, тем ниже склонность к эмоциональному упадку и нестабильности.

Ключевые слова: ментальная репрезентация, репрезентация собственного рождения, КПТСР, нарушения «Я-организации», посттравматический стресс

Исследование сфокусировано на изучении наличия признаков комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) у женщин с различной репрезентацией собственного рождения. Под репрезентацией понимается представление участников об их рождении, т.е. отражение внешнего опыта во внутреннем.

Проблемой нашего исследования стала дифференциация травматического опыта детства и актуального посттравматического состояния у лиц, имеющих различное представление о собственном рождении.

Распространенность КПТСР достигает 3,8% в отдельных группах населения (Salter, Hall, 2022). Наиболее высокую вероятность развития КПТСР соотносят с жестоким обращением в детстве (Salter, Hall, 2022). Ситуация осложняется тем, что в силу возраста и зависимости от взрослых ребенок не может адекватно противостоять насилиственным действиям. Развивающееся со временем КПТСР проявляется различным ощущением небезопасности (критерии ПТСР), а также нарушением регуляции эмоций, искажением восприятия собственного Я и сложностями в отношениях (критерии нарушения Я) (Падун и др., 2022).

По этой причине важно проследить, как в зависимости от представления о собственном рождении проявляется КПТСР, особенно в случаях, когда детский травматический опыт был схожим.

Цель исследования — описать взаимосвязи имеющихся признаков КПТСР с типом детского неблагоприятного опыта в группах с разной репрезентацией рождения.

Гипотеза исследования — лица с различной репрезентацией собственного рождения различаются по проявлению признаков КПТСР.

Методология и методики

Выборка. Участниками исследования стали 166 женщин в возрасте от 18 до 46 лет ($M=29,95$ лет, $SD=7,25$). Выборка была разделена на четыре группы на основании представления о собственном рождении; принцип формирования групп основан на содержании анкетных данных и интервью: «Дилемма абортов» — женщины, считающие, что их рождение было нежеланным ($N=32$); «Приняли нормально» — женщины, воспринимающие свое рождение нейтрально ($N=53$); «Рады беременности» — женщины, считающие, что их рождение ждали ($N=58$); «Ребенок другого пола» — женщины, считающие, что родители хотели ребенка другого пола ($N=23$).

Методики. Для выявления наличия признаков КПТСР использовался Международный опросник травмы (МОТ/ITQ) (Падун и др., 2022). Оценка неблагоприятного детского опыта проводилась с помощью Международного опросника неблагоприятного детского опыта (НДО/ACE-IQ) и включала в себя эмоциональное и физическое насилие и пренебрежение, а также сексуальное насилие (Катан и др., 2019). Полученные нами ранее данные показывают, что в обеих группах негативной репрезентации сопоставимо часто сообщалось о случаях неблагоприятного детского опыта (Наумчук, 2024). Мы не приводим их в настоящей статье, однако важно учесть данную информацию.

В рамках опросника МОТ участникам было предложено вспомнить и кратко описать волнующее их травматическое событие любого периода жизни. Для анализа воспоминаний привлекался эксперт-психолог, имеющий опыт работы с переживанием травматических ситуаций. Были выделены темы и объект события, а также уровень стресса, связанного с воспоминанием.

Результаты исследования

1. Травматические воспоминания преимущественно были представлены темой отношений с родительскими фигурами: 41 воспоминание пришлось на отношения с матерью (24,7%), 40 — с отцом (24,1%) из 166 участников. Их процент по группам также распределился равномерно (от 22,4% до 28,1%). Во всех четырех группах было заметно выражено переживание беспомощности (от 30,2% до 40,6%). Данные

показывают, что сфера межличностных семейных отношений является наиболее значимой, а нарушения детско-родительских отношений, в которых ребенок естественным образом проявляет зависимость, сильнее остальных приводят к эмоциональной дестабилизации.

2. Для проверки гипотезы методом Хи-квадрат Пирсона были проанализированы общие различия групп репрезентации рождения по всем параметрам опросника МОТ. Тест показал наличие нелинейной связи всех групп репрезентации с параметрами «Нарушения Я» ($\chi^2=8,804$, $p=0,032$), «Чувство угрозы» ($\chi^2=9,226$, $p=0,026$) и «Эмоциональная дисрегуляция» ($\chi^2=14,108$, $p=0,003$). Это означает, что все четыре группы имеют значимые различия между собой в том, какое воздействие имеющиеся у них признаки посттравматического стресса оказывают на разные стороны их жизни, включая межличностную сензитивность, физиологическую возбудимость при напоминании о травме и преобладание в эмоциональном состоянии дисфории.

3. При сравнении групп попарно показано, что группы с негативной («Дилемма аборт») и «Ребенок другого пола») репрезентацией по сравнению с участниками групп «Приняли нормально» и «Рады беременности» имели более выраженные симптомы КПТСР, такие как повышенная бдительность в отношении возможных угроз (РДП/ПН: $U=421$, $p=0,031$; РДП/РБ: $U=375$, $p=0,002$), эмоциональная дисрегуляция (ДА/РБ: $U=660$, $p=0,023$; РДП/РБ: $U=382,5$, $p=0,003$) и отсутствие доверия окружающим (ДА/РБ: $U=686$, $p=0,040$; РДП/РБ: $U=474,5$, $p=0,042$).

При этом группы с негативной («Дилемма аборт») и «Ребенок другого пола») репрезентацией различались между собой по переживанию чувства угрозы ($U=250$, $p=0,041$): группа «Ребенок другого пола» более физиологически возбудима в связи с переживанием травматического события, чем группа «Дилемма аборт».

4. Для анализа связи склонности к посттравматическому стрессу со степенью позитивности репрезентации был проведен ранговый анализ Спирмена на трех группах репрезентации, которые можно ранжировать по силе родительского желания иметь ребенка (от 1 до 3: «Дилемма аборт», «Приняли нормально», «Рады беременности»). Группа «Ребенок другого пола» была исключена. Показано, что корреляция параметра «Репрезентация рождения» со шкалами ПТСР и Нарушения Я не установлена, однако обнаружена обратная корреляция с эмоциональной дисрегуляцией ($Rs=-0,237$, $p=0,004$). Это означает, что чем

позитивнее репрезентация, тем ниже склонность к эмоциональному упадку и нестабильности.

5. На всей выборке уверенно прослеживались некоторые связи шкал детского неблагоприятного опыта с подшкалами КПТСР. Среди них наиболее сильным образом по всем шести критериям КПТСР коррелирует с эмоциональным насилием на уровне $p < 0,01$. На уровне $p < 0,05$ также все подшkalы коррелируют с эмоциональным пренебрежением и затем физическим насилием. Физическое пренебрежение было связано только с переживанием чувства угрозы на уровне $p < 0,05$, а сексуальное насилие — с повторным переживанием, чувством угрозы и эмоциональной дисрегуляцией ($p < 0,05$).

6. Большинство исследований, анализирующих корреляцию детских травм с наличием признаков посттравматического стресса, сегодня останавливаются на описании данных общей шкалы КПТСР и даже общего балла травматизма в детстве без разделения на типы событий. В действительности при рассмотрении каждой из групп репрезентации отдельно по симптомам КПТСР получены несколько иные значения.

В группе «Дilemma abortion» отмечалась корреляционная связь эмоционального насилия с чувством угрозы и нарушениями в отношениях ($p < 0,05$). Физическое насилие было связано с нарушениями в отношениях ($p < 0,05$), а эмоциональное пренебрежение — с чувством угрозы ($p < 0,05$).

Таким образом, в связи с детским травматическим опытом сильнее всего женщины данной группы страдают от гипервозбуждения и ощущения небезопасности окружающего мира. Результаты могут быть отражением тревоги, связанной с ощущением сомнений их матери по поводу рождения ребенка.

Для сравнения в группе «Ребенок другого пола» связь с критериями посттравматического стресса имели эмоциональное насилие и физическое пренебрежение. Эмоциональное насилие уверенно ассоциировалось с избеганием напоминания о травме и непроизвольным повторным всплытием воспоминания в памяти ($p < 0,01$); физическое пренебрежение было связано с избеганием и чувством угрозы ($p < 0,05$).

Как видно, для данной группы имеется корреляция детского опыта со всеми признаками ПТСР, но не показана с подшкалами Нарушения Я. Возможно, связь отражает психологический способ участников данной группы защищать свое Я с учетом объяснения себе их рождения.

В группе «Приняли нормально» наиболее сильно выражена связь с эмоциональным насилием, оно коррелирует со всеми критериями

КПТСР: сильнее — с повторным переживанием, избеганием, эмоциональной дисрегуляцией и нарушением в отношениях на уровне $p<0,01$ и слабее — с чувством угрозы ($p=0,01$) и негативным образом Я ($p<0,05$). Эмоциональное пренебрежение имело корреляцию с 5 критериями КПТСР: с избеганием, чувством угрозы, эмоциональной дисрегуляцией и нарушением в отношениях на уровне $p<0,01$ и с повторным переживанием на уровне $p<0,05$. Физическое насилие в данной группе умеренно ассоциировано со всеми подшкалами ПТСР на уровне $p<0,05$. Физическое пренебрежение и сексуальное насилие связи не показали.

Специфика данной группы заключается в ее средних значениях по большинству параметров в рамках нашего диссертационного исследования. Результаты текущего анализа группы также являются наиболее близкими к показателям общей (усредненной) выборки, что подтверждает необходимость исследования разных групп населения, основанных не только на социальной принадлежности (Salter, Hall, 2022), но и на внутристихических различиях.

В группе «Рады беременности» подшkalы ПТСР практически не ассоциированы с детством — обнаружена лишь взаимосвязь эмоционального пренебрежения с чувством угрозы ($p<0,05$), в то время как подшkalы Нарушения Я показали стойкую связь с эмоциональным насилием и эмоциональным пренебрежением. Эмоциональное насилие имело связь с эмоциональной дисрегуляцией ($p<0,05$), негативным образом Я ($p<0,01$) и нарушением в отношениях ($p=0,01$). Эмоциональное пренебрежение связано с эмоциональной дисрегуляцией ($p=0,01$) и нарушением в отношениях ($p<0,05$). По остальным параметрам связи отсутствуют.

Данные могут свидетельствовать о том, что травматический опыт в детстве у женщин с позитивной репрезентацией больше проявляется в специфических аспектах личности и самовосприятия, ограничений личностного развития, но меньше затрагивает сферу их доверия миру.

Выходы

1. Эмоциональное насилие — наиболее выраженный связующий компонент детской травматизации и КПТСР как в общей выборке, так и в каждой из групп репрезентации. Однако в разных группах травматический детский опыт имеет свое специфическое отражение в симптомах посттравматического стресса. Можно предположить, что склонность к развитию тех или иных признаков

КПТСР связана со способом репрезентировать окружающую реальность.

2. Участники группы «Дилемма аборт» в связи с детским травматическим опытом страдают от гипервозбуждения и ощущения небезопасности окружающего мира.

В группе «Ребенок другого пола» показана связь детского опыта с ощущением внешней небезопасности, выраженная тремя критериями ПТСР, однако связь с Нарушениями Я не обнаружена.

Группа с нейтральной репрезентацией имеет результаты, сопоставимые с показателями общей (усредненной) выборки, а детский травматизм значительно коррелирует по всем критериям КПТСР.

В группе с позитивной репрезентацией детские травмы ассоциированы с аспектами самовосприятия по признакам Нарушения Я, но меньше затрагивают сферу доверия миру по критериям ПТСР.

3. Травматические воспоминания во всех группах преимущественно представлены темой отношений с родительскими фигурами. Чаще воспоминания содержат отдельно мать и отца.
4. Склонность к эмоциональному упадку и нестабильности связана со степенью негативности репрезентации собственного рождения.
5. Группы различаются между собой по уровню воздействия таких посттравматических проявлений, как межличностная сензитивность, физиологическая возбудимость при напоминании о травме и преобладанию состояния дисфории: группы с негативной репрезентацией рождения в отличие от групп с нейтральной и позитивной репрезентацией рождения характеризуются более высокими значениями переживания чувства угрозы, эмоциональной дисрегуляцией, низким уровнем доверия к миру. Однако группы с негативной («Дилемма аборт») и «Ребенок другого пола») репрезентацией при схожем травматизме в детстве различаются между собой по переживанию чувства угрозы: оно выше в группе «Ребенок другого пола».

Литература

Катан Е. А., Карпец В. В., Котлярова С. В., Данильчук В. В., Косенко И. А. Валидизация русскоязычной версии международного опросника неблагоприятного детского опыта на выборке наркологических больных // Вопросы наркологии. 2019. № 1 (172). С. 66–85.

Наумчук Н. С. Картина травматических событий и психологические характеристики женщин с различной репрезентацией собственного рождения [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2024. Т. 12. № 3. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/61PSMN324.pdf> (дата обращения: 1.04.2025)

Падун М. А., Быховец Ю. В., Казымова Н. Н., Ченцова-Даттон Ю. Е. Русскоязычная версия «международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 3. С. 42–67.

Salter M., Hall H. Reducing Shame, promoting dignity: A model for the primary prevention of Complex Post-Traumatic Stress Disorder // Trauma Violence Abuse. 2022. V. 23. № 3. P. 906–919.

Клинический анализ посттравматического стрессового расстройства у женщин, сделавших аборт, и перспективы оказания психологической помощи

О. Б. Полякова

Московский инновационный университет, Москва, Россия
obpolyakova1@gmail.com

В статье рассмотрено исследование посттравматического стрессового расстройства у женщин, сделавших аборт без медицинских показаний. Исследование проводилось в период с 2023 по 2024 г. в АНО «Центр помощи беременным женщинам и матерям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации “Дом для мамы”». Были использованы Клиническая диагностическая шкала для диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale, CAPS-5), Опросник посттравматического стресса (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, PCL-5). Дополнительно был применен опросник «Шкала депрессии Бека» (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) для оценки уровня депрессии. Выделены основные психологические особенности женщин, обратившихся в кризисный центр. Приведен краткий анализ исследования эмоционального состояния ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, постабортный синдром, женщины в трудной жизненной ситуации, ненормативный психологический кризис, депрессия

Ситуация с.abortами в нашей стране остается стабильно сложной. По статистике, в год в России искусственно прерывается 553 тысячи беременностей, таким образом, 38,8abortа приходится на каждые 100 родов.

По проведенному анализу (Полякова, 2024), основные причины, которые называют женщины, пришедшие на эту медицинскую процедуру, следующие: отсутствие постоянного дохода, многодетные семьи и молодые девушки под психологическим воздействием родителей; неуверенность в супруге, сопряженная с возможностью развода; жилищные проблемы.

Зачастую эти доводы имеют мифический характер и основываются на слабой информированности будущей матери о рождении и воспитании ребенка. Чаще всего женщина, решившаяся на аборт, находится в тяжелом психологическом состоянии и, будучи под влиянием стресса, не может трезво оценить свои возможности. Очень часто в этом состоянии побуждающими мотивами могут быть самые незначительные эмоциональные факторы, такие как отсутствие радости от беременности, ощущение будущего ребенка нежеланным. Случается, это состояние меняется, женщина осознает ошибочность своего выбора, но аборт уже сделан и вернуть ребенка уже нельзя. Такие ситуации остаются с женщиной до конца жизни, с возрастом приобретая все более травмирующий для нее характер в виде ПТСР.

Постабортный синдром (ПАС) представляет собой комплекс психических симптомов и заболеваний, которые могут развиваться после аборта (Симченко, 2022). Он включает в себя элементы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), такие как навязчивые мысли о произошедшем,очные кошмары и избегание ситуаций, связанных с беременностью.

Проведя опрос среди наших подопечных, было выявлено, что причины, по которым женщины решают сделать аборт, могут быть различными и зависеть от индивидуальных обстоятельств. Приведем некоторые из наиболее распространенных причин:

- экономические факторы: недостаток финансовых ресурсов для воспитания ребенка или поддержки семьи;

- социальные и семейные условия: отсутствие поддержки со стороны партнера или семьи, незаконченное образование, отсутствие трудоустройства;
- здоровье матери: риск для здоровья матери при продолжении беременности или наличие хронических заболеваний;
- генетические проблемы плода: генетические аномалии плода могут стать причиной решения о прерывании беременности;
- психологические факторы: страх перед материнством, эмоциональная неготовность к рождению ребенка;
- культурные и личные убеждения: в некоторых случаях решение может быть обусловлено личными ценностями или культурными нормами.

Приведенные причины часто взаимосвязаны и могут влиять на решение женщины в совокупности с другими факторами. В ходе анализа психологических последствий абортов было выявлено, что после абортов многие женщины испытывают различные эмоциональные реакции — от чувства облегчения до сильных негативных эмоций, таких как вина или горе. Эти реакции могут варьироваться в зависимости от индивидуальных обстоятельств процедуры.

Методология и описание выборки участниц исследования основывались на изучении проблемы кризисных семей и ненормативного кризиса (Пергаменщик, 2003). Исследование проводилось на основе опроса 100 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, которые обращались в АНО «Центр помощи беременным женщинам и матерям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации «Дом для мамы» за психологической или социальной помощью и сделали аборт в течение последних пяти лет. В исследовании был использован стандартизованный опросник для оценки симптомов ПТСР — шкала ПТСР для клинической диагностики (CAPS-5), Контрольный список посттравматических стрессовых расстройств (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Дополнительно был применен опросник Шкала депрессии Бека, BDI Beck Depression Inventory-II (BDI-II) для оценки уровня депрессии.

Критериями включения в опрос женщин были: 1) возраст от 18 до 40 лет; 2) аборт проведен в течение последних пяти лет.

Важным фактором для отбора в опросе было отсутствие других значительных психологических травм за последние два года.

Критериями исключения из опроса были: 1) наличие тяжелых психических заболеваний до процедуры опроса; 2) отсутствие согласия на участие в исследовании.

Анализ и результаты исследования: подробная статистическая обработка данных показала, что 70% респонденток испытывали симптомы ПТСР после аборта по критериям шкалы ПТСР для клинической диагностики (PCL-5).

Наиболее распространенными были:

- чувство вины (85%);
- депрессия (75%);
- тревожность (65%).

Также было отмечено снижение самооценки у 60% участниц по данным Шкалы депрессии Бека (BDI-II).

Статистический анализ показал значительную корреляцию между симптомами ПТСР и уровнем депрессии ($r=0,8$, $p<0,001$). Кроме того, было обнаружено влияние возраста на выраженность симптомов. Женщины моложе 25 лет демонстрировали более высокий уровень тревожности ($t=-3,4$, $df=98$, $p<0,01$) по сравнению со старшей возрастной группой. Дополнительно был проведен кластерный анализ данных для выявления подгрупп среди участниц с разной степенью выраженности симптомов ПТСР:

- высокая степень выраженности: женщины этой группы демонстрировали наиболее тяжелые симптомы ПТСР с сильным чувством вины и тревоги;
- средняя степень выраженности: участницы этой группы испытывали умеренные симптомы без ярко выраженной тревоги или депрессии;
- низкая степень выраженности: женщины этой группы практически не проявляли признаков постабортного синдрома или имели минимальные симптомы.

Этот подход позволил определить конкретные стратегии психологической помощи для каждой подгруппы подопечных исходя из их индивидуальных потребностей.

Анализ результатов в контексте существующих исследований по теме (Борытко, 2008) подтвердил, что полученные данные подтверждают данные предшествующих работ о высокой распространенности постабортного синдрома среди женщин. Исследования (Олифиро-

вич, 2008) отмечают, что симптоматика ПТСР часто проявляется через повторное переживание негативных эмоций или от безуспешной попытки избежать воспоминаний об aborte. Также многие женщины отмечали, что помнят именно годовщину aborta, что вызывает тяжелые воспоминания, многие женщины отмечали, что возвращаются к медицинскому учреждению в годовщину aborta. Чувство вины является одним из наиболее частых эмоциональных реакций на процедуру.

Существующие исследования (Полякова, 2024) также подчеркивают важность комплексной поддержки от специалистов — психологов или психотерапевтов — для эффективного лечения постабортного синдрома. Применение только медикаментозной терапии может быть недостаточным без параллельной работы над эмоциональными проблемами пациенток.

Поддержка женщин после aborta, а главное, профилактика и психологическая работа по предотвращению abortов должны обеспечивать комплексную психологическую помощь в том числе после процедуры, которая включает: 1) психологическую консультацию — возможность обсудить свои чувства с психологом; 2) социальную поддержку — помощь близких людей; 3) медицинское наблюдение — регулярный контроль за состоянием здоровья.

Такой подход помогает минимизировать риск развития постабортного синдрома и других психических проблем у женщин после прерывания беременности. Эта работа подчеркивает важность всесторонней помощи женщинам по профилактике aborta для снижения риска негативных последствий для их физического и психического здоровья.

Также представляется важным уделять особое внимание профилактике таких состояний через раннюю диагностику и своевременную терапию, а также в профилактике — обращение к специализированным программам поддержки для женщин с акцентом на когнитивно-поведенческой терапии как наиболее эффективном методе снижения симптоматики ПТСР.

Исследования (Баранова, 2012) отмечают важность понимания роли социальной поддержки семьи и друзей в процессе выздоровления пациенток с постабортным синдромом.

В литературе (Кочетков, 2009) отмечается важность междисциплинарного подхода при работе со случаями посттравматического стрессового расстройства у женщин: это предполагает совместное участие специалистов различных областей — от психолога до социального работника, — чтобы обеспечить всестороннюю помощь пациенткам.

Психологическое состояние женщин в принятии решения сделать аборт требует длительного восстановления, так как такие ситуации остаются с женщиной до конца жизни, с возрастом приобретая все более травмирующий для нее характер. При этом врач-гинеколог — один из немногих специалистов, на мнение которого полагается беременная, нередко поддерживает ее в решении сделать аборт. Результаты плачевны: в результате аборта многие женщины получают медицинские и психологические проблемы, а иногда и вовсе становятся бездетными. Вместе с тем практика указывает на то, что решения о прерывании беременности многие потенциальные матери могли бы избежать, обладай они всем спектром информации о рождении и воспитании малыша, о невысокой стоимости первых лет заботы о ребенке, а также о потенциальных рисках искусственного прерывания беременности. Эту информацию могут предоставлять сами врачи-гинекологи, тем самым разрушая у беременных пациенток проабортную программу, сберегая здоровье матери и малыша.

Литература

- Борытко Н.М., Моложавенко А.В., Соловцова И.А.* Методология и методы психолого-педагогических исследований: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Борытко. М.: Академия, 2008.
- Баранова Е. В.* Психологическая помощь семье, находящейся в кризисе // Теория и практика общественного развития. 2012. № 5. С. 110–114.
- Кочетков И.А.* К проблеме психических нарушений после аборта (обзор литературы) // Russian Journal of Human Reproduction. 2009. V. 15. № 2. P. 24–29.
- Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф.* Психология семейных кризисов. М.: Речь, 2008.
- Пергаменицук Л.А.* Кризисная психология. Курс лекций. Минск, 2003.
- Полякова О.Б.* Психологическая и социальная помощь семье в ненормативном кризисе в Центре помощи беременным женщинам и матерям с детьми, оказавшимся в трудной жизненной ситуации «Дом для мамы» // Социальные проблемы России и пути их решения: коллективная монография / отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2024. С. 133–142.
- Полякова О.Б.* Типология ненормативного психологического кризиса у женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и способы

его преодоления // Психология личности: методология, теория, практика / Отв. ред. Д. В. Ушаков и др. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 899–904.

Симченко И. А. Клинико-психологические особенности аффективных расстройств, связанных с перенесенным абортом // Болезнь и здоровый образ жизни: XI Московская международная научно-практическая студенческая конференция к 20-летию факультета клинической психологии и социальной работы, Москва, 02 декабря 2022 года. М.: Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 2022. С. 68–69.

Связь показателей симптомов КПТСР со спецификой оценок личности по изображениям лиц людей в военной форме*

O. A. Посохова, K. I. Ананьева***

*НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,
Москва, Россия

oxana-posokhova@ya.ru

**Институт психологии РАН, Москва, Россия
ananyevaki@ipran.ru

Представлены результаты исследования особенностей оценки индивидуально-психологических особенностей людей, демонстрируемых в военной форме, людьми, по-разному включенными в военные действия и с разными показателями психоdiagностических методик, направленных на оценку выраженности симптомов ПТСР. В исследовании приняли участие 123 человека: военные — участники СВО, волонтеры, сотрудничающие с военными, жители приграничного региона, жители Центральной России. Для проведения исследования использовались: блок «Уровень тревоги» методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»; Международный опросник травмы, методика «Личностный дифференциал» и набор специально подготовленных стимульных фотозображений лиц. Показаны различия в характеристиках самооценки

* НИР ИП РАН № 0138–2025–0012.

участников каждой группы, различия в оценках по отдельным шкалам методики «Личностный дифференциал», связи оценок личностных характеристик с выраженностью характеристик, оцениваемых Международным опросником травмы.

Ключевые слова: восприятие внешности, оценка личностных черт, самооценка, симптомы ПТСР

Несмотря на большое число исследований, посвященных восприятию и оценке личности человека по его внешности в разных ситуациях и контекстах, появляются все новые условия, требующие решения частных исследовательских задач. К одной из таких задач, на наш взгляд, можно отнести вопрос о том, какие особенности социальной перцепции будут наблюдаться для людей с симптомами посттравматического стресса (ПТС). Как показывают зарубежные исследования (напр., Schneider et al., 2019), респонденты с ПТСР при восприятии лиц других людей чаще демонстрируют свои предубеждения и трудности в перцептивной обработке лиц, например, при распознавании экспрессий, особенно в сложных социальных контекстах. Кроме того, исследования демонстрируют повышенную чувствительность к негативным эмоциональным сигналам для наблюдателей с ПТСР (Fertuck et al., 2016), степень тяжести симптомов ПТСР отрицательно коррелирует с восприятием экспрессии радости, страха и гнева (Rutter et al., 2022). Исследования окуломоторной активности показывают, что люди с ПТСР больше времени уделяют эмоциональному фону, а не отдельным чертам лица, что предположительно указывает на большую важность контекстных сигналов (Milanak et al., 2018). Также демонстрируется, что у людей с ПТСР может повышаться чувствительность к определенным эмоциональным сигналам, которые могут выступать защитным механизмом при социальном взаимодействии (Williams et al., 2018).

В выполненном нами исследовании мы рассмотрели специфику оценок индивидуально-психологических особенностей людей, демонстрируемых в военной форме, людьми, по-разному включенными в военные действия, полагая, что военные действия являются потенциальной причиной возникновения ПТС и ПТСР.

В исследовании приняли участие 123 человека: 65% женщин и 35% мужчин, в возрасте от 17 до 69 лет ($M=41,43$; $SD=12,06$). Было сформировано четыре подвыборки: военные — участники СВО (30 человек), волонтеры, сотрудничающие с военными (30 человек), жители

приграничного региона — Белгородская область (30 человек), жители Центральной России (33 человека).

Для проведения исследования использовались: блок «Уровень тревоги» методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Кадыров, 2024); «Международный опросник травмы» — адаптация М. А. Падун с соавт. (далее МОТ); методика «Личностный дифференциал» (далее ЛД) и набор специально подготовленных стимульных фотоизображений лиц. В качестве изображений-стимулов использовались усредненные цветные фотопортреты европеоидного и монголоидного лиц мужчин, а также полученное с помощью техники морфинга переходное лицо между ними. А также те же фотоизображения, но к которым было добавлено изображение военной формы. Участникам исследования предлагалось заполнить бланки методик-опросников, а затем оценить по шкалам методики ЛД 6 изображений.

Анализ данных осуществлялся с использованием непараметрических методов статистики: Н-критерий Краскела—Уолиса, Т-критерий Вилкоксона, U-критерий Манна—Уитни, коэффициент корреляции Спирмена. Различия фиксировались на уровне $p < 0,05$.

Были зафиксированы статистически значимые различия профилей самооценки между представителями четырех подвыборок исследования по 8 шкалам методики ЛД (а именно, «безответственный — добросовестный», «упрямый — уступчивый», «черствый — отзывчивый», «решительный — нерешительный», «вялый — энергичный», «враждебный — дружелюбный», «нелюдимый — общительный», «раздражительный — невозмутимый»), причем большее число различий наблюдается между самооценкой представителей группы участников СВО и волонтерами, а наиболее близкими оказались профили самооценки у участников СВО и жителей Центральной России. Участники СВО считают себя менее добросовестными и более невозмутимыми, чем представители других исследуемых групп, более упрямыми и решительными, но менее отзывчивыми, дружелюбными, общительными и энергичными, чем себя определяют волонтеры и жители приграничного региона. Также зафиксированы различия между участниками исследования по двум шкалам МОТ, а именно «Эмоциональная дисрегуляция» и «Нарушения в отношениях», где, напротив, более выражены различия между участниками СВО и жителями Центральной России. Жители Центральной России и волонтеры в большей мере подвержены эмоциональной дисрегуляции (сложности саморегуляции, чувство

опустошения) по сравнению с другими группами и так же, как участники СВО ощущают отстраненность и сложности в поддержании эмоциональной близости с людьми. По уровню тревоги различий между участниками исследования не зафиксировано.

Было обнаружено, что участники СВО оценивают изображения европеоидного лица и изображение того же лица в военной форме сходным образом, при этом при оценке «переходного лица» и лица монголоидного типа в форме и без нее появляются статистически значимые различия. Волонтеры и жители приграничного региона все типы лиц в контексте военной формы оценивают по-разному, что предположительно указывает на большую значимость данного атрибута внешности для представителей указанных групп, чем тип лица. Для жителей центральной России количество статистически значимых различий в оценке лиц в контексте военной формы и без него возрастет от европеоидного типа лица к монголоидному типу, таким образом, можно предположить, что для данной группы оценка связана не только с наличием специфической одежды, но и типом лица.

В плане содержания оценочных характеристик представители групп волонтеров и жителей приграничного региона в отличие от других групп преимущественно наделяют людей в военной форме характеристиками положительного полюса шкал методики ЛД.

Также зафиксировано, что оценки людей в военной форме отличаются от оценок людей только по изображению лица в связи с различиями в уровне тревоги. Среди всех групп респондентов чаще всего тревога меняла оценки изображений по шкалам «зависимый – независимый», «суетливый – спокойный», «нелюдимый – общительный» и «несамостоятельный – самостоятельный». Лицо европеоидного типа в форме представители группы участников СВО с уровнем тревоги выше нормы по «Госпитальной шкале тревоги» оценивают более упрямым, зависимым, черствым и враждебным; то же лицо жители Центральной России с высоким уровнем тревоги оценивают более зависимым, нелюдимым и несамостоятельным; а в группе волонтеров с уровнем тревоги выше нормы то же лицо оценивается более добросовестным (речь идет о сравнениях с представителями тех же групп респондентов, но с низкими показателями тревоги). Аналогично для лица переходного типа, демонстрируемого в форме, наблюдается изменение оценок в сторону полюсов «замкнутый» и «закрытый» в оценках респондентов – участников СВО с высоким уровнем тревоги. Волонтеры, уровень

тревоги которых выше нормы, оценивают переходное лицо человека в форме более спокойным. В группе жителей Центральной России, чей уровень тревоги выше нормы, оценивают переходное лицо человека в военной форме более черствым, вялым, суетливым, враждебным, нелюдимым и несамостоятельным.

Результаты исследования показали, что существуют связи между показателями методики МОТ и изменением оценок человека на фото при демонстрации его лица в контексте военной формы. Указанные связи были обнаружены для каждой подвыборки исследования, однако наибольшее количество связей обнаружено для жителей Центральной России.

Для представителей группы участников СВО и ситуации оценки европеоидного лица в «форме» наблюдаются умеренные (0,3–0,4), но статистически значимые связи выраженности показателя «чувство угрозы» с оценками человека на изображении более сильным, общительным и самостоятельным; чем выше показатель «негативный образ Я», тем более вялым и враждебным оценивается указанное лицо; чем выше показатели «чувство угрозы» и «КПТСР» у респондентов, тем более разговорчивым они оценивают изображение; чем больше сложностей с контролем эмоций в отношениях и самооценкой (показатели «нарушение Я-организации» и «эмоциональная дисрегуляция»), тем более обаятельным оценивается европеоидное лицо человека в форме. Интересно, что обнаруженные связи в основном касаются нарушений Я-организации (показатели методики МОТ), а не травматического опыта. Интересно, что снижение уровня самооценки повышает оценки европеоидного и переходного лица человека, представленного в военной форме как «обаятельного», хотя для лица монголоидного типа этой связи не наблюдается. Также для ситуаций восприятия и оценки европеоидного лица «в форме» обнаружены связи «ощущения угрозы» с 4 оценочными шкалами, а при демонстрации монголоидного лица «в форме» — лишь по одной. Это демонстрирует проявления «эффекта другой расы» и в такой специфической задаче.

Как уже отмечалось, для представителей группы жителей Центральной России статистически значимые связи были обнаружены для наибольшего числа оценочных шкал (14 из 21 шкалы методики ЛД). В целом, чем выше проявления травматизации, тем больше оценки изображения европеоида в военной форме располагаются на отрицательных полюсах шкал методики ЛД. В той же группе респонден-

тов обнаружены статистически значимые связи 9 шкал методики ЛД с показателями «Негативный образ Я», «нарушения Я-организации» и «эмоциональная дисрегуляция» для оценок переходного изображения лица. А для ситуаций восприятия и оценки изображения монголоидного лица «в форме» связи получены для 12 шкал методики ЛД и показателей «чувство угрозы», «КПТСР», «ПТСР» и «эмоциональная дисрегуляция».

В группе волонтеров связи были обнаружены для девяти шкал методики ЛД: увеличение «чувства угрозы» связано со смещением оценок изображения европеоидного лица «в форме» к полюсам «сильный», «добросовестный», «энергичный», «решительный», «справедливый» и «уверенный». Также положительная корреляция наблюдается для показателей «ПТСР» и «повторное переживание» и шкалой «расслабленный – напряженный». Отрицательная корреляция — между оценкой по шкале «упрямый – уступчивый» и показателями «ПТСР» и «избегание», а также оценкой по шкале «нелюдимый – общительный» и показателем «нарушения в отношениях». В целом можно отметить, что с возрастанием показателей травматизации оценки изображения европеоидного лица смещаются в сторону положительных полюсов методики ЛД. Сходные показатели наблюдаются и при оценке изображения переходного лица, демонстрируемого в военной форме. Оценки (шкалы «разговорчивый – молчаливый» и «честный – неискренний») изображения лица монголоидного типа, в контексте военной формы положительно коррелируют только с тремя показателями — «ПТСР», «КПТСР» и «чувство угрозы». Чем больше симптомов травматизации и выше чувство угрозы, тем более молчаливым и честным волонтеры оценивают монголоидное лицо.

Для группы жителей приграничного региона обнаружены статистически значимые связи оценок изображения европеоидного лица «в военной форме» по 4 шкалам методики ЛД с показателями «нарушения в отношениях», «ПТСР», «КПТСР», «повторное переживание», «избегание». Чем больше проявлены симптомы, тем более слабым, молчаливым, напряженным и суеверным оценивается изображение европеоидного лица. Изображение переходного лица оценивается более молчаливым, добросовестным, отзывчивым, дружелюбным и справедливым, но непривлекательным и слабым в связи с возрастанием выраженности показателей «чувство угрозы», «повторное переживание». Интересно, что в отличие от волонтеров жителей приграничного ре-

гиона переходное лицо наделяют менее позитивными характеристиками (оценки смещаются к отрицательным полюсам шкал методики ЛД). В плане оценок изображения лица человека монголоидного типа в контексте формы избегание внешних и внутренних напоминаний о пережитом травматичном опыте связано с оценкой данного типа лица более молчаливым и напряженным; чем ниже самооценка, тем более прямым оценивается монголоидное лицо.

В работе кратко представлены результаты проведенного исследования, однако вопрос о причинах специфики оценок личности по изображениям лиц людей разного типа в военной форме и связи с выраженностью показателей ПТСР требует дальнейшего теоретико-эмпирического исследования.

Литература

- Kadyrov P.B. Стress, психическая травма и ПТСР. Методики для развития чувства безопасности и для выхода из состояний страха, вины и стыда. М.: Эксмо, 2024.*
- Schneider I., Bertsch K., Izurieta Hidalgo N.A., Müller L.E., Defiebre N., Herpertz S.C. The Sound and face of others: vocal priming effects on facial emotion processing in posttraumatic stress disorder // Psychopathology. V. 52. 2020. P. 283–293.*
- Fertuck E.A., Karan E., Stanley B. The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls // Bord personal disord emot dysregul. V. 3. № 2. 2016.*
- Rutter L.A., Lind C., Howard J., Lakhan P., Germine L. Posttraumatic stress symptom severity is associated with impaired processing of emotional faces in a large international sample // Journal of Traumatic Stress. V. 10. № 1. 2022.*
- Milanak M.E., Judah M.R., Berenbaum H., Kramer A.F., Neider M. PTSD symptoms and overt attention to contextualized emotional faces: Evidence from eye tracking // Psychiatry Research. 2018. V. 269. P. 408–413.*
- Williams C.L., Milanak M.E., Judah M.R., Berenbaum H. The association between PTSD and facial affect recognition // Psychiatry Research. 2018. V. 265. P. 298–302.*

Нарушенное телесное воплощение как tacit stress

T.A. Ребеко

Институт психологии РАН, Москва, Россия
rebekota@ipran.ru

Рассматривается понятие «воплощение» в философии, когнитивной и клинической психологии. Вводятся понятия вертикальной и горизонтальных осей, репрезентирующих соответственно отношения с телом и с окружающим миром. На материале экспериментальных данных (алекситимия, татуаж, атопический дерматит/псориаз, двигательная активность, расстройства пищевого поведения) рассматриваются варианты проявления нарушенного воплощения и возможности компенсации. Предполагается, что нарушенное телесное воплощение является потенциальной зоной риска развития стрессового расстройства.

Ключевые слова: вертикальная/горизонтальная ось, слияние, инкапсуляция, воплощенные практики, когнитивный стиль, стиль двигательной активности, расстройства пищевого поведения, атопический дерматит, псориаз, алекситимия, татуаж

В контексте изучения стресса чаще всего в качестве стрессогенных факторов исследуются «внешние» обстоятельства, с которыми человек не может совладать. По аналогии с понятием «*tacit knowledge*», хорошо разработанным в когнитивной психологии, мы предлагаем ввести понятие *tacit* или «имплицитный стресс». Под этим мы понимаем такое состояние человека, при котором нет манифестируемых признаков стрессового расстройства, но структурные дефекты, находящиеся в латентном состоянии, могут проявиться при определенных (приводящих) обстоятельствах. Предлагаемое теоретическое представление имеет аналогом структурно-уровневую модель ЭУС (Пономарев, 1999), в которой нижний уровень представлен «сырым» сенсорно-моторным опытом. По словам автора, «Первичные модели — это копии ситуации, в которых взаимодействие с внешней средой отражено недифференцированно..., действия не отчленены от предметов действия» (Пономарев, 1999, с. 50). Мы полагаем, что латентный дефект этого базового уровня выражается в нарушениях телесного воплощения. Эти нарушения пожизненно присутствуют и проявляются в широком классе

феноменов, включающих разные формы как дезадаптивного, так и компенсаторного поведения.

В философии принцип холистического единства психики (mind) и тела нашел выражение в понятии «воплощение», которое получило развитие в работах Мерло-Понти (Civitarese, 2014). В многочисленных исследованиях показано, что к телу можно относиться функционально, но без ощущения самопринадлежности, без «чувства обладания телом». А. Коннолли указывает на то, что в клинической практике встречаются люди, «которые воспринимают тело не как живую субъективную реальность (Leib), а как объективированную вещь (Körper), и которые ощущают себя в некотором роде отделенными или диссоциированными от телесной реальности» (Connolly, 2013, р. 637).

Л. Фляйшер приводит мнение М. Солмса о различии между разными модусами репрезентаций тела: один относится к внешнему телу — трехмерной репрезентации самости, переживаемой как объект, а другой — к внутреннему телу (внутренней автономной среде) или опыту, который не является объектом восприятия (хотя он пока не экстернализирован), но является состоянием и субъектом восприятия. «Репрезентации внешнего и внутреннего тела являются двунаправленными и способствуют созданию ощущения постоянства тела или самости» (Fleischer, 2017, р. 191).

Сходное понимание об участии разных способов «воплощения» рассматривается в собственно когнитивных работах, где показано, что как взаимодействие, так и построение когнитивной модели ситуации зависит от того, воспринимается ли ситуация с точки зрения первого или третьего лица, как соотносятся эгоцентрическая и аллоцентрическая позиции (Tversky, Hard, 2009). Работы по ситуативному и социальному познанию (Spaulding, 2011) свидетельствуют о том, что воплощенные практики лежат в основе человеческого взаимодействия.

На осознание собственного тела как принадлежащего себе и одновременно включенного в систему социальных связей влияет стиль взаимоотношений младенца и матери на ранних этапах онтогенеза. Е. А. Сергиенко вводит две ранние формы структуры Я, которые являются двумя аспектами взаимодействия с миром. Я – экологическое, по словам автора, специфицирует описание системы «Я – физический мир», Я – интерперсональное – системы «Я – социальный мир» (Сергиенко, с. 219).

А. Феррари предлагает рассматривать телесную репрезентацию как соотношение двух осей: вертикальной и горизонтальной (Carvalho,

2012). Вертикальная ось описывает отношение со своими телесными ощущениями и переживаниями, а горизонтальная ось — отношение с другими, с социальным миром в целом. Вертикальные и горизонтальные отношения конституционно неразрывны и находятся во взаимных и динамических отношениях. С. Майзен полагает, что процесс воплощения «требует включения как аффективной (вертикальной), так и реляционной (горизонтальной) оси» (Mizen, 2014, p. 362). По мысли автора, обе эти оси исходно находятся во взаимодействии.

Если «нормативное» воплощение потерпело неудачу, то в этом случае имеются попытки компенсаторного воплощения. Некоторые авторы говорят о «нарушенном воплощении». Иллюстрацией нарушенного воплощения могут служить факты самоповреждения, мезоплегии, анозогнозии, неадекватной оценки внешности и телесных ресурсов, игнорирование или отрицание телесных потребностей. Например, пациенты, страдающие дисморфобическими расстройствами, рассматривают образы собственного тела как бы «с точки зрения внешнего наблюдателя», «а не изнутри самого себя». Ментальная презентация своей внешности у таких пациентов не является стабильной и изменяется в зависимости от настроения.

Объяснимы с этой точки зрения результаты, полученные нами на материале Алекситимии. Мы выяснили, что существует надежная связь сопряжения между уровнем Алекситимии и полюсами когнитивных стилей. Среди респондентов с высокими значениями по параметру «Алекситимия» надежно преобладают непродуктивные когнитивные стили — «глобалисты» и «детализаторы». Можно предположить, что дефект «вертикальной оси», т. е. недифференированность чувственного опыта, проявляется в деформации горизонтальной оси.

В другом исследовании нами был получен достоверный результат о сопряженной связи между выраженностю Алекситимии и количеством татуировок. По данным различных бланковых методик нами был получен факт «размытости границ» телесного Я. Лица с большим количеством татуировок имеют пониженные значения по шкалам внешнего/внутреннего конструктивного Я-ограничения, но имеют повышенные значения по шкалам внешнего и внутреннего дефицитарного Я-ограничения. Тогда «практику» нанесения татуировок мы рассматриваем как попытку «самоопределения», как компенсацию опыта «развоплощения» посредством боли.

Для обнаружения внутренней связи между изучаемыми переменными был проведен конфигурационно-частотный анализ, который по-

зволил выделить типы и их предикторы. Анализ предикторов позволяет сделать следующий вывод: в том случае, если предиктором является алекситимия, то тип организован прежде всего переменными внешнего и внутреннего дефицитарного Я—ограничения. В том случае, если предиктором является переменная «татуировка», то тип организован прежде всего внешними Я—ограничениями. Полученные результаты позволяют предположить, что в случае алекситимии воплощенность представлена «размытой» вертикальной осью (дефицитарными Я—ограничениями), а в том случае, когда предиктором является переменная «татуировка» — жесткой горизонтальной осью. Последний факт позволяет рассматривать татуаж как социальный феномен, который — наряду с компенсацией телесной невоплощенности — служит для того, чтобы проводить различия между людьми, т. е. «достраивать» горизонтальные связи.

На основании полученных результатов можно допустить, что дефицитарность по одной из осей может как компенсироваться другой осью, так и еще больше деформироваться. Например, по словам Р. Ломбарди и М. Санше-Кардена, «вертикальная ось позволяет предсказать, что некоторые пациенты будут зацикливаться на чрезмерных физических аспектах в ущерб способности по построению мыслей (за счет своего рода телесной атаки на мысли). Другие, напротив, будут развивать ментализацию, которая, можно сказать, окажется чрезмерной, поскольку она окажется отключенной от физических переживаний, которые привели ее в действие (изоляция, интеллектуальное всемогущество или даже психотическое мышление)» (Lombardi, Sanchez-Cardenas, 2006, p. 816).

Одно из наших исследований было посвящено выявлению связи между репрезентацией телесного Я и стилем двигательной активности. Две группы респондентов различались в зависимости от предпочтительной формы фитнеса: тренажеры или активные движения (танцы, спортивные игры). Показано, что предпочтение тренажеров достоверно сопряжено с меньшей ориентацией на себя и с непродуктивными полюсами когнитивного стиля: фиксированность и полезависимость. Иными словами, «зацикленность» на монотонных физических упражнениях «ушемляет» когнитивные компетенции.

Иллюстрацией сложной зависимости между вертикальными и горизонтальными осями служит феноменология расстройств пищевого поведения. Пищевое поведение удовлетворяет не только физиологи-

ческие, но также психологические и социальные потребности (общение, поддержание традиций, поощрение/наказание).

По материалам бланковых методик нами было установлено, что хронически переедающие женщины не имеют дифференцированной репрезентации своего телесного Я, не могут конструктивно выражать свою агрессию и имеют неадаптивный когнитивный стиль (полезависимый/фиксированный). В таком случае переедание правомерно рассматривать в качестве регулятора напряжения.

Этот результат объясним с позиции реляционно-аффективной гипотезы (Maizen, 2014). Автор выделяет две позиции взаимодействия «с миром» и соотносит их с понятиями «тонкая кожа / толстая кожа». В состоянии «тонкокожести» доминирует тенденция к слиянию, в состоянии «толстокожести» — к инкапсуляции. Результаты, полученные с помощью бланковых методик на респондентах с расстройствами пищевого поведения (по типу переедания), согласуются с портретом лиц, реализующих тенденцию к слиянию.

Сходную дилемму (слияние/инкапсуляция) в репрезентации телесного Я мы получили в эмпирических исследованиях на материале кожных заболеваний. Воплощенная телесность в группе «атопический дерматит» отражает тенденцию к слиянию (наряду с полезависимым/мобильным когнитивным стилем), а в группе «псориаз» — тенденцию к инкапсуляции (наряду с полнезависимым/фиксированным когнитивным стилем). Мы предполагаем, что когнитивный стиль — как модус взаимоотношения с внешним миром — либо «содействует», либо компенсирует собственное телесные (болезненные) кожные ощущения (вертикальные связи).

Тогда когнитивный стиль можно рассматривать как «регулятор», который блокирует или усиливает негативный эффект нарушенного телесного воплощения.

Литература

- Пономарев Я.А. Психология творения. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999.
- Сергиенко Е.А. Психическое развитие с позиций системно-субъектного подхода. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2021.
- Carvalho R. A brief introduction to the thought of Armando B. Ferrari // British Journal of Psychotherapy. 2012. V. 28. № 4. P. 413–434.
- Civitarese G. Between “other” and “other”: Merleau-Ponty as a precursor of the analytic field // Fort Da. 2014. V. 20. № 1. P. 9–29.

- Connolly A.* Out of the Body: embodiment and its vicissitudes // The Journal of Analytical Psychology. 2013. V. 58. № 5. P. 636–656.
- Spaulding Sh.* Embodied social cognition // Philosophical Topics. 2011. V. 39. № 1. P. 141–162.
- Lombardi R., Sanchez-Cardenas M.* From the Eclipse of the Body to the Dawn of Thought d' Armando B. Ferrari // Revue Francaise De Psychanalyse. 2006. V. 70. № 3. P. 815–819.
- Mizen C.S.* Towards a relational affective theory of personality disorder // Psychoanalytic Psychotherapy. 2014. V. 28. № 4. P. 357–378.
- Fleischer L.* Body image and transience: Frozen in time // Canadian Journal of Psychoanalysis. 2017. V. 25. № 1. P. 189–211.
- Tversky B., Hard Br.M.* Embodied and disembodied cognition: Spatial perspective-taking // Cognition. 2009. V. 110. № 1. P. 1–130.

Субъективное благополучие лиц, проживающих в условиях психотравмирующей ситуации

C.B. Руденко

Донецкий государственный университет, Донецк, Россия
rudenko_sv@mail.ru

Данная статья посвящена проблемам субъективного благополучия лиц, проживающих в условиях психотравмирующей ситуации. Обозначена сущность психотравмирующей ситуации. Соотнесены и рассмотрены понятия психологического и субъективного благополучия. Проанализированы основные подходы к изучению субъективного благополучия в отечественной и зарубежной психологии. Выделены ключевые характеристики субъективного благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост. Подобран психодиагностический инструментарий, описана выборка исследования. Проведено эмпирическое исследование субъективного благополучия лиц, проживающих в условиях психотравмирующей ситуации. Представлен анализ основных показателей субъективного благополучия студентов, проживающих в зоне военного конфликта. Обозначены перспективы изучения феномена субъективного благополучия.

Ключевые слова: психологическое благополучие, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью, психотравмирующая ситуация

На современном этапе развития психологической науки проблема изучения субъективного благополучия набирает обороты. Психологическое благополучие тесно связано с ощущением счастья, психологическим равновесием и стремлением максимально использовать свой потенциал. Пребывание личности в психотравмирующей ситуации закономерно ставит под угрозу не только ее физическое, но и эмоциональное здоровье. Психотравмирующая ситуация обычно рассматривается как событие или обстоятельства, которые вызывают интенсивные реакции, приводят к сильному стрессу и нарушению эмоционального равновесия. На наш взгляд, правомерно утверждать, что проживание на территории военных действий и пребывание в ситуации постоянной витальной угрозы является одной из психотравмирующих ситуаций. Это порождает вопрос, может ли человек себя чувствовать благополучным, находясь в описанных условиях. Сказанное обусловило цель данного исследования: изучение субъективного благополучия лиц, проживающих в условиях психотравмирующей ситуации.

Теоретико-методологическую основу исследования составили взгляды на феномен психологического и субъективного благополучия в зарубежной (Н. Брэдберн, Э. Динер, К. Рифф, А. Ватерман, М. Райан, Е. Деси и др.) и отечественной (Л.В. Карапетян, Р.М. Шамионов, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова, Г.И. Борисов и др.) психологии.

К проблеме изучения психологического благополучия одним из первых обратился Н. Брэдберн. Ему принадлежит честь введения данного понятия в тезаурус психологии. Автор соотносил данный термин с ощущением счастья и удовлетворенностью жизнью в целом. Психологическое благополучие представляет собой баланс, который достигается постоянным взаимодействием позитивного и негативного эффекта, опосредованного позитивными или негативными событиями в жизни человека (Борисов, 2020).

Близкой точки зрения придерживается Э. Динер, используя понятие субъективного благополучия. Данный феномен он рассматривает как состояние психологического комфорта и удовлетворения жизнью. Субъективное благополучие анализируется как конгломерат эмоциональной и когнитивной сторон самопринятия. Выделяются 3 основных компонента феномена: приятные эмоции, неприятные эмоции, удовлетворенность,

объединяющиеся в единый показатель (Бахарева, 2004; Борисов, 2020). При этом, обращая внимание на схожесть толкования психологического и субъективного благополучия, Э. Динер все же не рассматривает их как непосредственные аналоги, представляя субъективное благополучие в качестве предмета психологического благополучия (Бахарева, 2004).

К. Рифф анализирует феномен психологического благополучия с точки зрения наличия у человека специфических, устойчивых психологических черт, позволяющих ему успешно функционировать. Она выделяет 6 основных компонентов данного феномена. Самопринятие — позитивная оценка себя и своей жизни. Позитивные отношения с окружающими предполагают умение сопереживать, проявлять эмпатию и доверие к людям. Автономия — способность человека быть независимым и самостоятельно регулировать свои действия. Управление средой — способность личности организовывать свою деятельность, достигать цели и преодолевать препятствия. Наличие целей в жизни связано с ощущением осмысленности и ценности своего бытия. Наконец, личностный рост подразумевает стремление к развитию и самосовершенствованию (Борисов, 2020; Карапетян, 2014).

По мнению А. Ватермана, субъективное благополучие относится к общему психологическому или эмоциональному состоянию человека, которое включает в себя как положительные, так и отрицательные эмоции, удовлетворенность жизнью и понимание цели в жизни. Автор выделил когнитивный (оценка индивидом своей удовлетворенности жизнью и общего благополучия), аффективный (эмоции, которые человек испытывает в своей повседневной жизни) и поведенческий (касается действий и поведения людей) компоненты субъективного благополучия (Борисов, 2020).

Р. Райан и Е. Деси предложили гедонистический и эвдемонистический подходы к психологическому благополучию личности. Первый подход рассматривает психологическое благополучие как аффективное переживание, базирующееся на балансе положительных и отрицательных эмоций. Важнейшим для этого подхода является понятие субъективного благополучия, включающее эмоциональный и когнитивный аспекты. Второй подход анализирует психологическое благополучие с позиции личностного роста. Подчеркивается, что даже события, не обеспечивающие удовольствие, способствуют достижению психологического благополучия (Борисов, 2020; Карапетян, Глотова, 2020).

Перейдем к отечественным исследованиям феноменов психологического и субъективного благополучия. Так, по мнению Р.М. Шамио-

нова, субъективное благополучие является интегральным социально-психологическим образованием, включает отношение человека к самому себе и своей жизни, характеризуется переживанием удовлетворенности (Шамионов, 2010).

Т.Д. Шевеленкова и П.П. Фесенко продолжают рассмотрение феномена психологического благополучия в русле подхода, обозначенного К. Рифф. Психологическое благополучие выступает как сложное переживание удовлетворенности собственной жизнью, отражающее актуальные и потенциальные аспекты жизни человека. Актуальное психологическое благополучие рассматривается как переживание отношения человека к тому, чем он является по его собственному мнению. Идеальное психологическое благополучие описывает потенциальные аспекты функционирования личности (Шевеленкова, Фесенко, 2005).

Л.В. Карапетян предлагает концепцию эмоционально-личностного благополучия. Данный конструкт автор обозначает как целостное экзистенциальное переживание состояния гармонии между внутренним и внешним миром, возникающее в процессе жизни, деятельности и общения человека (Карапетян, Глотова, 2018).

Теоретический анализ проблемы исследования субъективного благополучия показал, что в зарубежных исследованиях акцент ставится преимущественно на психологическом здоровье, уровне состояния счастья и удовлетворенности жизнью, наличии определенных психологических черт. В отечественной психологии заявленный феномен рассматривается с позиций потребностной сферы личности, реализации своего потенциала, ощущения удовлетворенностью своей жизнью.

Выборку исследования составили 80 студентов 3–4 курсов, владеющих профессией психолога в вузах г. Донецка и г. Ростова-на-Дону. Исследование проводилось в 2024 г. Методики: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко), методика диагностики субъективного благополучия (Р.М. Шамионов, Т.В. Бескова), опросник «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников), тест жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой). Обработка данных проводилась с применением U-критерия Манна–Уитни.

По результатам обследования с применением методики изучения психологического благополучия К. Рифф (в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) между студентами г. Ростова-на-Дону и г. Донецка обнаружены значимые ($p \leq 0,05$) различия по шкалам «Позитив-

ные отношения», «Управление средой», по интегральному показателю психологического благополучия: у студентов г. Донецка значимо более низкие показатели. Они в меньшей мере, нежели их коллеги, склонны устанавливать доверительные отношения с окружающими, допускать привязанности и близкие отношения, несколько более замкнуты и фрустрированы. Они чаще чувствуют себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, зачастую лишены чувства контроля над происходящим. На наш взгляд, указанные проявления могут быть серьезно обусловлены проживанием в условиях перманентных военных действий, то есть — в условиях психотравмирующей ситуации.

При этом большинство всех обследуемых склонны считать себя самостоятельными и независимыми, способными противостоять попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом, самостоятельно регулировать свое поведение и действия, оценивать себя в соответствии с личными критериями. Они положительно относятся к себе, принимают различные аспекты своей личности, в целом положительно расценивают свое прошлое. Данные характеристики явились ожидаемыми и вполне соответствующими юношескому возрасту.

Результаты обследования с применением методики диагностики субъективного благополучия (Р.М. Шамионов, Т.В. Бескова) показали наличие значимых ($p \leq 0,05$) различий между группами по шкалам эмоционального благополучия, гедонистического благополучия, по интегральному показателю субъективного благополучия. В данном случае речь идет о различиях между высокими и средними показателями, что, однако, не умаляет значимости различий. Студентам вузов г. Донецка в несколько меньшей мере присуще хорошее расположение духа и оптимизм. При этом в целом они способны к совладанию со стрессовыми ситуациями и негативными эмоциями, несколько более подвержены влиянию внешних факторов, чаще нуждаются в дополнительной поддержке или ресурсах для поддержания эмоционального равновесия. Их базовые нужды удовлетворены в меньшей мере в сравнении с их коллегами. Полученные данные, на наш взгляд, также могут быть следствием пребывания в психотравмирующих условиях. При этом все обследуемые студенты склонны прилагать усилия для достижения благополучия, в целом находить смысловую насыщенность в жизни, стремиться к достижению целей, радоваться достижениям, способны принимать события жизни и гармонично сосуществовать с собой.

Статистический анализ результатов обследования с использованием опросника «Самочувствие, активность, настроение» (В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьев, В. Б. Шарай, М. П. Мирошников) выявил значимые ($p \leq 0,05$) различия между студентами вузов разных городов по шкалам самочувствия и настроения. Обследуемые из г. Ростова-на-Дону находятся в более благоприятном состоянии по обозначенным показателям, оценивают свое самочувствие более высоко, чаще характеризуют свое настроение как повышенное или нормальное. Показатели же их коллег несколько снижены, однако не переходят порог низких. Сказанное может быть следствием актуальных жизненных условий респондентов.

По результатам использования теста жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой) статистически значимых различий не выявлено. Преимущественно у всех обследуемых обнаружены средние результаты (с незначительными различиями). Студентам присущее ощущение достаточной уверенности и вовлеченности в свою жизнь. Они склонны считать, что предпринимаемые усилия могут повлиять на результат происходящего, принимать риск и рассматривать происходящие события как опыт, способствующий развитию личности. Интересно, что последний показатель несколько выше (хотя и не на статистически значимом уровне) у студентов г. Донецка, что, на наш взгляд, также обусловлено спецификой проживания в ситуации постоянной угрозы жизни. В целом же у всех обследуемых проявления жизнестойкости развиты в достаточной мере, чтобы способствовать успешному совладанию со стрессовыми ситуациями.

Субъективное благополучие оказывает пролонгированное влияние на разные аспекты психического состояния личности и на успешность поведения и деятельности. Это — сложный и постоянно развивающийся комплекс внутренних процессов и гармоничных отношений человека с окружающим миром и самим собой: формируется в результате успешной социализации, адекватного восприятия реальности, позитивного самосознания и выработки конструктивных способов поведения. Проживание в условиях психотравмирующей ситуации оказывается на отдельных аспектах изучаемого феномена. Сказанное касается установления доверительных отношений с окружающими, возможностей управления средой и собственной жизнью, чувства контроля над своей жизнью, настроения и оптимизма, а также самочувствия. Перспективой дальнейшего изучения заявленной проблематики может выступать

усовершенствование теоретико-методологической базы, учет большего количества диагностических критериев, а также увеличение выборки.

Литература

- Бахарева Н.К.* Субъективное благополучие как системообразующий фактор толерантности: автореф. дисс. ... канд. психол. наук, 2004.
- Борисов Г.И.* Подходы к изучению психологического благополучия // Психология образования: современный вектор развития: монография. Екатеринбург: Изд во Урал. ун-та, 2020. С. 157–174.
- Карапетян Л.В.* Теоретические подходы к пониманию субъективного благополучия // Известия Уральского федерального университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. 2014. № 1 (123). С. 171–182.
- Карапетян Л.В., Глотова Г.А.* Изучение эвристического потенциала конструкта «Эмоционально-личностное благополучие» // Перспективы науки и образования. 2020. № 3 (45). С. 252–268.
- Карапетян Л.В., Глотова Г.А.* Структурная модель эмоционально-личностного благополучия // Национальный психологический журнал. 2018. № 2 (30). С. 46–56.
- Шамионов Р.М.* О некоторых преобразованиях структуры субъективного благополучия личности в разных условиях профессиональной социализации // Мир психологии. 2010. № 1 (61). С. 237–249.
- Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П.* Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95–121.

Диссоциация как невозможность обработки стресса, полученного во время пандемии COVID-19

И.Н. Семизорова

Санкт-Петербург, Россия
G_y@bk.ru

Пандемия COVID-19 сильно повлияла на психическое здоровье населения России. Цель представленного в статье исследования — изучить психосоциальные последствия пандемии и диссоциацию как механизм защиты, который является препятствием для полноценной обработки

стресса, вызванного пандемией COVID-19. На примере проведенного пилотного исследования по изучению диссоциативного феномена двух групп клинического процесса, где выборку составили 2772 человека, из которых 2729 человек — это клиенты психотерапевтов, а 43 — психотерапевты и медицинские работники, оказавшиеся на передовой борьбы с пандемией, показаны схожие реакции в характере проживания стрессовой ситуации в условиях COVID-19. Автор делает вывод о необходимости продолжения исследований, направленных на изучение феномена параллельного стресса, а также выявление и разработку новых подходов для работы с коллективным стрессом, таким как последствия COVID-19 с целью улучшения ментального благополучия и повышения качества жизни населения.

Ключевые слова: ковид, ПТСР, диссоциация, тревожность, депрессия

Пандемия COVID-19 — беспрецедентный опыт коллективного стресса. В России и в других странах мира ситуация с пандемией вызвала значительное увеличение психоэмоциональной нагрузки на население, что в свою очередь отразилось на росте различных ментальных нарушений и психических расстройств. В научной справке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) опубликована информация о том, что последствия для ментального здоровья, спровоцированные пандемией, не ограничиваются непосредственно заболеванием COVID-19, но включают в себя и дополнительные стрессы, такие как неопределенность, социальная изоляция, страх инфекционного заражения, социально-экономические трудности (WHO, 2022). В ряде отечественных и зарубежных исследований о психотравмирующих последствиях пандемии основное внимание уделяется депрессии, тревоге, посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), которое характеризуется симптомами нарушения сна, постоянным чувством беспокойства, избегания и повторного переживания травмирующих событий (Полякова и др., 2023).

Однако наряду с ПТСР в последние годы изучения последствий COVID-19 диссоциация как защитный механизм, направленный на снижение интенсивности переживаемого стресса, остается на периферии исследовательского интереса.

В связи с чрезвычайными условиями пандемии COVID-19 — продолжительностью ограничений, отсутствием стабилизирующего контроля над ситуацией, потенциальной опасностью инфекций — диссоциация могла стать ключевой реакцией на стресс, скрывающейся за

симптомами ПТСР. Множество исследований, проведенных в России за последние 5 лет, указывают на повышение уровня тревожности и депрессии, но реже уделяется внимание диссоциации как защитному механизму, влияющему на восприятие реальности и способность адаптироваться к стрессу (Харламенкова и др., 2021).

Целью данной работы является исследование диссоциации как механизма защиты, являющегося препятствием для полноценной обработки стресса, вызванного пандемией COVID-19. Гипотеза автора заключается в том, что диссоциация остается в тени более широко изучаемого феномена ПТСР и в значительной степени игнорируется при изучении психосоциальных последствий пандемии.

Теория диссоциации как механизма защиты была подробно разработана в работах таких авторов, как Зигмунд Фрейд, Пьер Жане, Абелес, Шильдер, Канцер и др., которые рассматривают диссоциацию как процесс, который «обычно используется для характеристики процесса (или его результата), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций становится отделенным от остальной части личности человека и функционирует независимо» (Реберер, 2000). В данной работе, анализируя последствия стресса, связанного с COVID-19, диссоциация рассматривается как утрата чувства реальности, затруднение в осознании происходящего, а также как эмоциональное «отстранение» от событий, происходящих в жизни (Коган, 2010).

Кроме того, важной теоретической концепцией, связанной с диссоциацией в условиях пандемии, является феномен коллективного стресса. Обзор исследований показывает, что в условиях массовых трагедий и катастроф, таких как пандемия COVID-19, не только пострадавшие, но и те, кто оказывает помощь (медицинские работники, психологи, психотерапевты), также могут испытывать психоэмоциональную нагрузку и стресс (Екимова и др., 2021). В этом контексте специалисты могут подвергаться параллельному стрессу — состоянию, при котором они переживают стрессовые реакции на происходящие события параллельно с теми, которые испытывают их клиенты.

Феномен параллельного стресса в контексте работы с клиентами, пережившими травму, описан в исследованиях, посвященных вторичному травматическому стрессу (Figley, 1995). В этом случае помогающие специалисты, работая с клиентами и пациентами, пережившими травму, могут испытывать схожие с клиентами реакции, такие как тревога, депрессия и симптоматика посттравматического стресса.

В рамках данного исследования использованы качественные и количественные методы сбора данных. Опросы и интервью проводились с двумя основными группами участников: клиентами, пережившими пандемию COVID-19, и профессионалами, работающими в сфере психологии и медицины. Опросы включали открытые вопросы, направленные на выявление симптомов диссоциации, восприятия происходящего и степени осознания пережитых событий.

Для количественного анализа использовалась шкала для оценки уровня диссоциации. Кроме того, были проведены полуструктурированные интервью с психологами и психотерапевтами, работающими в период пандемии, с целью выявления особенностей реакций на стресс.

В исследование были включены 2772 человека, среди которых 2729 человек — это клиенты психотерапевтов, а 43 — психотерапевты и медицинские работники, оказавшиеся на передовой борьбы с пандемией.

Основной задачей было выявление признаков диссоциации как у клиентов, так и у специалистов, а также изучение воздействия пандемии на их психоэмоциональное состояние.

В рамках проведенного анкетирования с целью выявления восприятия периода пандемии COVID-19 как травматического опыта одним из ключевых вопросов анкеты был вопрос: «Воспринимаю ли я период пандемии как травматический?» Респонденты дали следующие ответы:

- «Да, так и есть» — 51% (1157 человек)
- «Нет, я так это не переживаю» — 42% (964 человека)
- «Ниак или затрудняюсь ответить» — 7% (150 человек)

Эти данные указывают на то, что большинство участников опроса (51%) признали пандемию как травматичный опыт. При этом 42% респондентов не восприняли пандемию как травму, что может свидетельствовать о возможных защитных реакциях, таких как диссоциация. Важно отметить, что данные подтверждают важность дальнейшего изучения феномена диссоциации как реакции на глобальный стресс и его влияния на психическое здоровье.

Для анализа состояния респондентов в период пандемии также был задан вопрос «Осознаю ли я, что происходило во время пандемии COVID-19 для меня и со мной?». Ответы респондентов разделились следующим образом:

- «Да, я осознаю» — 62% (1396 человек)

- «Скорее, нет, не осознаю» — 28% (623 человека)
- «Стараюсь не думать и не вспоминать» — 10% (234 человека)

Эти результаты показывают, что значительная часть респондентов (62%) осознает пережитое в ходе пандемии, однако почти 38% не осознают произошедшее, что может указывать на применение защитных механизмов, таких как диссоциация. Особенно важным является тот факт, что 10% респондентов заявили, что они стараются не думать и не вспоминать о пандемии, что также подтверждает гипотезу о защитной роли диссоциации.

Значительную часть исследуемых переживаний составляют эмоциональные реакции на пандемию. На вопрос «Какое чувство вы испытывали в большей степени во время пандемии?» респонденты указали следующие:

- стыд — 7% (124 человека)
- вина — 6% (106 человек)
- страх смерти — 49% (909 человек)
- злость — 38% (702 человека)

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшее эмоциональное воздействие на респондентов оказали страх смерти (49%) и злость (38%), что указывает на повышенный уровень тревожности и подавленных эмоций. Респонденты, отметившие злость как подавленную реакцию, отмечают, что не всегда удавалось проявить или отреагировать эти эмоции. Это также может быть связано с диссоциативными состояниями, когда человек избегает осознания и выражения своего гнева, что в дальнейшем может проявляться в виде аутоагgressии или агрессии, направленной вовне.

Интересно отметить, что среди специалистов, работающих с клиентами в кризисных ситуациях (психологов, психотерапевтов, медиков), параллельный стресс также был широко распространен. 43 специалиста сообщили о том, что в условиях пандемии испытывали схожие с клиентами переживания, такие как эмоциональная отстраненность, трудности в восприятии происходящего и ощущение потери контроля. Это указывает на наличие параллельного стресса — феномена, при котором специалисты, работающие с людьми, переживают те же стрессы, что и их клиенты.

Результаты исследования констатируют важность изучения феномена параллельного стресса у помогающих профессий, исследования психологической помощи. Будучи вовлеченными в саму травматиче-

скую реальность, т.к. чаще всего, когда речь идет о стрессе или коллективном стрессе, массовых катастрофах, стихийных бедствиях, глобальных geopolитических изменениях, психологи и психотерапевты не находятся внутри самой травмы и могут оказывать помощь из позиции наблюдателя, из своей целостности и осознанности, находясь в полной мере в хорошей связи со своей профессиональной идентичностью.

В случае с COVID-19 это было невозможно, так как все психологи и психотерапевты, врачи и медперсонал были в полной мере вовлечены в травматический опыт, приносимый клиентами на терапевтическую сессию. Диссоциация срабатывала в качестве защитного механизма не только у клиента, задетого личными внутренними и внешними событиями, но и у терапевта, который тоже был в полной мере задет.

Таким образом, есть невозможность полного и ясного контакта с травмой и невозможность объективной реакции и оценки происходящего, ибо точки внешнего наблюдателя не существовало.

Предложенные стратегии помощи были взяты в большинстве случаев из существующих и изученных ранее, но лишь отчасти подходящих по смыслу к заявляемой проблеме, что лишь углубило существующее напряжение и в итоге продлевало период избегания и диссоциации.

Считаем важным исследовать не только реакцию клиентов, обращающихся за помощью к психологам и психотерапевтам, но и реакцию терапевтов на подобного рода «погружение» в стрессогенную среду и нахождение психолога и психотерапевта в одном стрессовом поле, и контакт со своим стрессом в момент работы со стрессом клиента.

Многие исследователи последствий пандемии уделили внимание задетости и повреждениям врачей и медперсонала, работающих в красной зоне, где основные акценты были сделаны на объем и интенсивность проделываемой работы, но где не было учтено наличие идентичного эмоционального напряжения у обеих групп контактеров.

Таким образом, пандемия COVID-19 продемонстрировала важность учета не только реакции клиентов, но и реакции специалистов, которые оказывали помощь в условиях глобального стресса. Психологический и эмоциональный опыт терапевтов, оказавшихся в условиях коллективного стресса, требует дальнейшего изучения. Мы имеем дело с новым типом травмы, отличающимся уникальностью, непредсказуемостью и массовым вовлечением всех социальных групп в этот процесс, что подчеркивает необходимость пересмотра существующих методов работы с клиентами и разработки новых подходов для работы с коллективным стрессом.

Изученные материалы и проведенные опросы, а также объективный опыт работы с клиентами дает нам право предположить, что большинство реакций на события, происходящих в период пандемии, были полностью вытеснены, не осознаны и, как следствие, не обработаны эмоционально. Мы можем предполагать по наличию диссоциации глобальность для восприятия самого стресса, его разрушительную силу. Но также через эти наблюдения мы обнаруживаем биологические и психологические механизмы защиты, не дающие стрессу развернуться в большей степени со всей своей разрушительной силой.

Безусловно опыт подобного реагирования следует изучать в дальнейшем и использовать в продолжительных наблюдениях за последствиями пандемии. Ведущей реакцией на стресс такого масштаба стало вытеснение и невозможность восприятия, что во многих случаях обеспечило психоэмоциональную сохранность.

Зоной пристального внимания стоит сделать изучение подавленных реакций (таких как злость) и последующих копинговых стратегий. Заметить различия и последствия злости, подавленной вовнутрь, и злости, отреагированной вовне. Возможно, последующие геополитические напряжения, активные военные действия, повышение агрессии отдельных индивидов могли быть опосредованной реакцией на подавленную злость во время пандемии COVID-19, отреагирование которой вовне таким образом выглядит логичным.

Предложенные выводы дают основание продолжать изучение этих вопросов с использованием количественных и качественных методик.

Литература

- Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психологической травмы: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2002.*
- Абдуллин А.Г., Тумбасова Е.Р., Кукар У.Ю. Психологические последствия пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2023. № 1 (92). URL: <https://sciup.org/149141484>*
- Екимова В.И., Розенова М.И., Литвинова А.В., Котенева А.В. Травматизация страхом: психологические последствия пандемии COVID-19 // Современная зарубежная психология. 2021. Т. 10. № 1. С. 27–38.*
- Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Психология посттравматического стресса: учебник. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023.*

Figley C.R. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized // Psychiatric Times. 1995. V. 12. № 4. P. 40–44.

Jeffs L., Heeney N., Johnstone J., Hunter J., Loftus C.A., Ginty L., Greenberg R., Wiesenfeld L., Maunder R. Long-term impact of COVID-19 pandemic: Moral tensions, distress, and injuries of healthcare workers // PLOS ONE. 2024. V. 19 (9). Art. e0298615

Lei L., Huang X., Zhang S., Yang J., Yang L., Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China // Medical Science Monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020. V. 26. Art. e924609.

Lu W., Wang H., Lin Y., Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study // Psychiatry research. 2020. V. 288. Art. 112936.

Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L.M.W., Gill H., Phan L., Chen-Li D., Iacobucci M., Ho R., Majeed A., McIntyre R.S. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review // Journal of affective disorders. 2020. V. 277. P. 55–64.

Субъективный возраст как буфер стрессовых и постстрессовых состояний

E. A. Сергиенко

Институт психологии РАН, Москва, Россия
elenas13@mail.ru

В статье аргументируется гипотеза о роли субъективного возраста как буфера стрессовых и постстрессовых состояний. Работы зарубежных и отечественных авторов, собственные исследования позволяют полагать, что субъективный возраст человека отражает интуитивные оценки собственных психобиосоциальных ресурсов, которые актуализируются при стрессовых событиях или ситуациях. В работе приведены результаты исследования роли субъективного возраста при страхе падения, травматических событиях, переживании военных конфликтов, онкологических заболеваниях. Представлены результаты сравнительных

исследований роли субъективного возраста в системе психологических факторов при раке молочной железы у женщин и предстательной железы у мужчин. Показаны половые различия системы психологических факторов при раковых заболеваниях.

Ключевые слова: субъективный возраст, системы психологических факторов, страх падения, стресс при военных действиях, рак молочной железы, рак предстательной железы

Субъективный возраст, т.е. оценка своего возраста, может совпадать с хронологическим, быть ниже (человек чувствует себя моложе) или выше (чувствует себя старше своего возраста). В наших исследованиях была выдвинута гипотеза, что субъективный возраст человека интуитивно отражает психологические, биологические и социальные ресурсы, актуализируемые как в повседневной жизни, так и при стрессовых ситуациях и событиях.

Обзор отечественных и зарубежных исследований был направлен на анализ роли субъективного возраста в различных стрессовых ситуациях (выход на пенсию, страх падения, стресс при военных действиях, стресс пленения, стресс во время пандемии COVID-19, при онкологических заболеваниях). Основной вывод данного анализа — субъективный возраст выступает как буфер стрессовых и постстрессовых расстройств. Приведем примеры данных исследований, подтверждающих сделанный вывод.

Одним из повседневных стрессов в пожилом возрасте становится страх падения. В исследовании Фанденберга с соавт. (Fundenberg et al., 2022) был предпринят анализ страха падения и субъективного возраста на большой национальной выборке американцев. Страх падения оценивался повторно 7 лет спустя. Результаты показали, что более старший субъективный возраст был связан с более высокой вероятностью развития страха падения в первом исследовании и на 24% больше через 7 лет. Эта связь не зависела от возраста, пола, уровня образования, расы и опыта предыдущих падений. Кроме того, депрессивные симптомы, самооценка состояния здоровья и отсутствие физической активности опосредовали связь между субъективным возрастом и страхом падения. Люди, которые чувствуют себя старше, с большей вероятностью боятся упасть, потому что они были более подавлены и хуже оценивали свое здоровье.

В исследованиях роли субъективного возраста в переживании травмы и проявлении ПТСР было продемонстрировано, что более

старший относительно хронологического субъективный возраст ассоциируется как с эпизодом травмы, так и с симптомами посттравматического расстройства. Также было обнаружено, что более молодой субъективный возраст смягчает эффекты ПТСР при старении (Shriria et al., 2016). В другой работе (Hoffman et al., 2015) было показано, что молодые люди, завышающие свой субъективный возраст, более восприимчивы к травматическому эпизоду, чем индивиды, воспринимающие себя моложе. Более того, Палги (Palgi, 2016) выявил, что существуют взаимосвязи между симптомами ПТСР и посттравматическим ростом, которые опосредуются субъективным возрастом и выражены сильнее у людей, воспринимающих себя моложе. Опыт травмы в молодом возрасте позднее может привести к завышению своего субъективного возраста, если эмоционально-когнитивная зрелость человека не справляется с повреждающим действием травмы, что приводит к увеличению субъективного возраста. Следовательно, более молодой субъективный возраст может рассматриваться как буфер психологических дистрессов, а развитие травматической симптоматики ассоциируется с потерей ресурсов совладания.

В исследовании Я. Хоффмана с коллегами (Hoffman et al., 2016) оба конструкта — субъективный возраст и субъективная близость смерти — анализировались в связи с выраженной симптомами ПТСР на израильской популяции, пережившей конфликт в секторе Газа в 1973 г. Результаты работы показали, что люди, чувствующие себя старше, характеризовались более высокой выраженностью ПТСР. Субъективный возраст и субъективная близость смерти взаимосвязаны: ощущение себя старше и восприятие близкой смерти ассоциируются с высоким уровнем ПТСР, что отражает субъективную оценку психологических ресурсов. Более молодой относительно календарного субъективный возраст выступает буфером дистрессов.

Травматический стресс испытывают люди при онкологических заболеваниях, угрожающих жизни. Люди, чувствуя себя моложе хронологического возраста, демонстрируют жизнестойкость при столкновении с таким тяжелым бременем болезни, как рак. Так, Бемер (Boehmer, 2006) обнаружила, что пожилые люди, больные раком, чувствовавшие себя моложе своих лет, демонстрировали лучшую психосоциальную адаптацию: они сообщали о более низких уровнях воспринимаемой инвалидности и ориентации на избегание в совладании, более высоком уровне удовлетворенности восстановлением, самоэффективности,

выраженными продуктивными стратегиями совладания, чем люди, чувствующие себя старше.

В исследованиях Тарабриной с коллегами (2010) были выявлены значимые личностные характеристики в развитии признаков ПТСР у больных раком молочной железы (РМЖ). У больных с высоким уровнем ПТСР отмечался высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, убеждения во враждебности окружающего мира, собственном бессилии, искажения жизненной перспективы как безнадежной (т.е. не имеющей будущего). Если в литературе при изучении психологических характеристик больных раком подчеркивается триада симптомов: депрессия, тревожность и дистресс, то в приведенном исследовании анализировались также и личностные особенности женщин, больных РМЖ. В нашей работе, выполненной совместно с коллегами (Сергиенко и др., 2024а, 2024б), были рассмотрены психологические личностные и субъективные характеристики больных РМЖ и раком предстательной железы (РПЖ). Ставился вопрос о роли субъективного возраста в системе психологических факторов заболевания этими типами рака. Учитывая, что оценка субъективного возраста как показателя субъектных ресурсов и одновременно личностных установок и ценностей включена в анализ личностных характеристик (базисных убеждений, личностной беспомощности, совладания, субъективной оценки собственного физического и психического здоровья), можно полагать, что субъективный возраст позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способность к совладающему поведению, изменение базисных убеждений и признаков личностной беспомощности, возникающие в тяжелой травматической ситуации болезни больных РМЖ и РПЖ.

Наши исследования позволяют предположить, что субъективный возраст играет роль гибкого психологического механизма, модифицирующего усилия по совладанию с травмирующим тяжелым заболеванием. Чувствуя себя более молодыми, женщины с РМЖ прилагают больше усилий для борьбы с болезнью, чем мужчины с РПЖ, нуждаются и обращаются в большей мере к социальной поддержке. Следовательно, половые различия играют значительную роль, по крайней мере в нашей культуре, в преодолении болезни.

Обращает на себя внимание и тот факт, что среди мужчин, больных РПЖ, воспринимающих себя моложе хронологического возраста, вдвое больше пациентов с неблагополучным течением болезни. Большее привлечение психологических ресурсов (копинг-стратегий, воле-

вых напряжений), по-видимому, необходимо как при благоприятном, так и при неблагоприятном течении болезни и отражает личностные характеристики мужчин этой подгруппы. Воспринимая себя моложе, эти пациенты пытаются актуализировать и собственные возможности. Однако для мужчин, больных РПЖ, моложе и адекватно оценивающих субъективный возраст, базисным убеждением является удача, т.е. большая ответственность возлагается на судьбу и обстоятельства, чем на самих себя.

Женщины, субъективно оценивающие себя моложе, испытывают больше эмоциональных проблем, но и адресуются к более широкой системе психологических ресурсов, борясь с травматическим переживанием. Их базисные убеждения, личностная беспомощность/самостоятельность, жизнестойкость, совладающее поведение включены в более широкую и взаимосвязанную систему психологических ресурсов, направленных на борьбу со смертельным недугом.

Анализ психологических факторов мужчин, больных раком предстательной железы, указывает на значительно более узкую вовлеченность их в сопротивление болезни по сравнению с женщинами, больными раком молочной железы, ограниченность индивидуальной системы психологических ресурсов, интегрированных через субъективную оценку возраста.

В выборке женщин, больных раком молочной железы, субъективный возраст играл значительную роль в картине сопротивления и переживания тяжелой и смертельной болезни. Он позволил дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способности к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни. Это означает, что, кроме общих психологических факторов РМЖ (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов. Однако для мужчин, больных РПЖ, субъективный возраст в более ограниченной степени выступает таким психологическим ресурсом, указывая на восприятие собственных возможностей. Мужчины больше сконцентрированы на физическом самочувствии, витальности и в большей степени полагаются на удачу, волевые усилия и контроль над ситуацией, демонстрируя вовлеченность, а возможно, и поглощенность ситуацией болезни.

Наши и зарубежные работы убедительно показывают, что субъективный возраст является гибким конструктом, модифицирующим травматические события, отражая психологические ресурсы человека, выступает в качестве буфера стрессовых и постстрессовых состояний.

Литература

- Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В.* Роль субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Часть I. Субъективный возраст и качество жизни у мужчин с раком предстательной железы // Консультативная психология и психотерапия. 2024а. Т. 32. № 2. С. 104–126.
- Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В.* Роль субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Часть II. Субъективный возраст и другие психологические факторы течения болезни у мужчин с раком предстательной железы // Консультативная психология и психотерапия. 2024б. Т. 32. № 4. С. 155–173.
- Тараабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е.* Онкопсихология. Посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.
- Boehmer S.* Does felt age reflect health-related quality of life in cancer patients? // Psycho-Oncology. 2006. V. 15. № 8. P. 726–738.
- Fundenberger H., Stephan Y., Hupin D., Barth N., Terracciano A., Canada B.* Prospective associations between subjective age and fear of falling in older adults // Aging & Mental Health. 2022. V. 26. № 1. P. 86–91.
- Hoffman Y., Shrira A., Grossman E. S.* Subjective age moderates the immediate effects of trauma exposure among young adults exposed to rocket attacks // Psychiatry Research. 2015. V. 229. P. 623.
- Hoffman Y.S., Shrira A., Cohen-Fridel S., Grossman E. S., Bodner E.* Post-traumatic stress disorder symptoms as a function of the interactive effect of subjective age and subjective nearness to death // Personality and Individual Differences. 2016. V. 102. P. 245–251.
- Palgi Y.* Subjective age and perceived distance-to-death moderate the association between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among older adults // Aging & Mental Health. 2016. V. 20. № 9. P. 948–954.

Shrira A., Palgi Y., Ben-Ezra M., Hoffman Y., Bodner E. A youthful age identity mitigates the effect of post-traumatic stress disorder symptoms on successful aging // The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2016. V. 24. № 2. P. 174–175.

Роль тревоги в преодолении последствий психической травмы

И.В. Трифонова

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области «Рузская больница», Руза, Россия
ir.trif@ya.ru

В статье рассматривается роль тревоги в процессе преодоления последствий психической травмы. В условиях психической травмы тревожные состояния могут приобретать хронический характер, препятствуя успешной адаптации и усиливая ПТСР. Тревога после пережитой травмы может играть как конструктивную, так и деструктивную роль. В статье подробно рассматриваются нейробиологические, когнитивные и эмоциональные механизмы, лежащие в основе тревожных реакций после психической травмы. Исследования в области нейронауки свидетельствуют о том, что ключевую роль в формировании тревожных состояний играет дисфункция амигдалы, гиппокампа и префронтальной коры. Нарушение взаимодействия этих структур приводит к усиленной реакции страха, трудностям в обработке травматических воспоминаний и снижению когнитивного контроля над эмоциями. Отдельное внимание уделяется феномену посттравматического роста.

Ключевые слова: тревога, психическая травма, посттравматический стресс, адаптация, совладающее поведение, эмоциональная регуляция, психологическая коррекция, посттравматический рост

Тревога является одной из фундаментальных эмоций, характерных для человека и многих животных. Она связана с активацией системы реагирования на угрозы и выполняет защитную функцию, помогая организму мобилизовать ресурсы для выживания. Эволюционная психология рассматривает тревогу как важный адаптивный механизм,

способствующий выживанию. В доисторические времена тревога помогала нашим предкам избегать опасностей, повышая бдительность и мотивацию к действиям, направленным на самосохранение. В современном обществе тревожность также выполняет социальные функции (Астапов, 2002). Она способствует поддержанию социального порядка, стимулируя людей избегать рисков, соблюдать нормы и предписания. Однако в условиях информационной перегрузки, высокого темпа жизни и постоянных социальных изменений тревога может приобретать дезадаптивный характер, приводя к хроническому стрессу и психическим расстройствам, а также снижению качества жизни, что делает необходимым изучение механизмов ее возникновения и регуляции.

С психологической точки зрения тревога является реакцией на неопределенность и потенциальные угрозы. Она тесно связана с когнитивными процессами, такими как прогнозирование будущих событий, оценка риска и разработка стратегий совладания с трудностями. Модели когнитивной психологии предполагают, что тревожность связана с когнитивными искажениями, например, катастрофизацией и избыточным фокусом на негативных аспектах ситуации. Психологическая травма оказывает значительное воздействие на нейрофизиологические и когнитивные процессы, способствуя формированию устойчивого тревожного состояния, которое препятствует успешной адаптации. Тревога, являясь адаптивной реакцией в условиях стресса, при хроническом течении утрачивает свою защитную функцию, превращаясь в дезадаптивный фактор, который усугубляет клиническую картину посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Современные исследования показывают, что тревога при ПТСР связана с гиперактивацией миндалевидного тела, сниженной активностью префронтальной коры и дисфункцией гиппокампа. Миндалевидное тело, ответственное за обработку эмоций и реакцию на угрозу, становится гиперчувствительным, что приводит к усиленному восприятию потенциальных стрессоров. Это способствует хронизации тревожного состояния, снижая способность индивида к эффективному эмоциональному регулированию. Гиппокамп, играющий ключевую роль в контексте памяти, при ПТСР демонстрирует снижение объема серого вещества, что приводит к искажению воспоминаний о травматическом событии и нарушению дифференциации безопасных и угрожающих стимулов (Березин, 1988). В свою очередь, недостаточная регуляция префронтальной коры усиливает патологическое состояние тревожности,

препятствуя когнитивной переработке травматического опыта. Нейромедиаторные системы, в частности серотонин, норадреналин и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), также играют важную роль в проявлении тревожных состояний. Дисбаланс этих веществ может способствовать развитию патологической тревожности и тревожных расстройств.

Современные подходы к снижению тревоги после психической травмы включают когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), нейропсихологическую регуляцию, фармакологическую поддержку и методы саморегуляции (Мазур, 2003). Ключевые стратегии: когнитивно-поведенческая терапия (реконструкция убеждений — изменение катастрофических убеждений о мире («он опасен») на более сбалансированные («есть угрозы, но также есть безопасность») снижает уровень тревоги); экспозиционная терапия (постепенное знакомство с пугающими стимулами уменьшает их негативное влияние через десенситизацию); когнитивная гибкость (развитие альтернативных стратегий мышления помогает избегать замкнутых тревожных циклов); модуляция нейрофизиологических реакций; техники дыхания и осознанности (практика диафрагмального дыхания активирует парасимпатическую нервную систему, снижая уровень кортизола и уменьшая тревогу); биологическая обратная связь (позволяет контролировать физиологические параметры, например, вариабельность сердечного ритма, что помогает стабилизировать эмоциональное состояние); физическая активность (аэробные нагрузки снижают гиперактивацию миндалевидного тела и увеличивают нейропластичность гиппокампа); фармакологическая поддержка (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — уменьшают гиперактивность миндалевидного тела, повышая устойчивость к стрессу, β -адреноблокаторы — помогают снизить физиологические проявления тревожности, например, учащенное сердцебиение, габапентин и прегабалин эффективны при тревожных состояниях, связанных с гипервозбуждением нервной системы); методы саморегуляции и ресурсотерапия; терапия движением глаз (EMDR — десенсибилизация и переработка движением глаз — ослабляет эмоциональную реакцию на травматические воспоминания); медитация и осознанность (способствуют снижению реактивности на стрессовые стимулы); творческая терапия (арт-терапия, музыкальная терапия) (позволяет выразить тревогу в символической форме, облегчая ее переработку).

В последние десятилетия в психологии сформировалась концепция посттравматического роста (ПТР), указывающая на возможность пози-

тивных изменений после экстремальных жизненных событий. ПТР представляет собой процесс глубокой личностной трансформации, в ходе которого индивид обретает новые ценности, смыслы и стратегии адаптации. Термин «посттравматический рост» был введен американскими психологами Ричардом Тедески и Лоуренсом Кэлхуном (1996) и охватывает пять основных сфер позитивных изменений после травматического опыта: укрепление личной силы — человек осознает свою устойчивость перед лицом трудностей, приобретает уверенность в собственных возможностях; углубление межличностных отношений — переживание травмы может усилить чувство эмпатии и стремление к более тесным и искренним связям с другими людьми; новые жизненные возможности — осознание прежних ограничений и открытие новых перспектив; изменение в духовных и философских взглядах — человек может глубже переосмыслить вопросы смысла жизни, религиозных убеждений и моральных принципов; повышение благодарности за жизнь — развитие способности ценить простые радости, испытывать благодарность за настоящее. Эти изменения не происходят автоматически, а являются результатом сложного внутреннего процесса, включающего переоценку ценностей, поиск новых смыслов и формирование адаптивных стратегий.

ПТР не является простым возвращением к прежнему состоянию, а представляет собой качественное изменение личности. Основные механизмы, способствующие росту, включают: когнитивную переработку травматического опыта — активная рефлексия над пережитым, поиск причинно-следственных связей и интеграция травмы в личную историю; развитие резидентности — способность сохранять психологическую устойчивость и извлекать уроки из кризисных ситуаций; социальную поддержку — взаимодействие с близкими, поддерживающей средой, включающей терапевтов, группы взаимопомощи и духовные сообщества; экзистенциальную трансформацию — переоценка ценностей, изменение взглядов на жизнь, усиление духовных аспектов существования.

Не все люди переживают ПТР в одинаковой степени. Ключевые факторы, определяющие степень роста, включают:

- характер травматического опыта — события, связанные с угрозой жизни, потери или насилием, чаще всего приводят к глубокой личностной трансформации;
- индивидуальные различия — уровень эмоционального интеллекта, тип личности, особенности когнитивного стиля и предшествующий жизненный опыт;

- социальное окружение — поддержка со стороны семьи, друзей, терапевтов способствует конструктивному осмыслению пережитого;
- культура и мировоззрение — коллективистские общества и религиозные убеждения могут способствовать интерпретации травмы в позитивном ключе.

Концепция посттравматического роста активно применяется в клинической психологии, психотерапии и коучинге. Посттравматический рост демонстрирует, что кризисы и трагедии не всегда ведут к разрушению личности. Напротив, они могут стать катализатором для глубокой внутренней трансформации, формирования новых смыслов и ценностей. Современная психология стремится не только к лечению посттравматических расстройств, но и к развитию способности человека извлекать из трудностей ресурсы для личностного роста. Это открывает новые перспективы в понимании адаптации и самореализации в условиях жизненных испытаний.

Литература

- Астапов В.М.* Феномен тревоги с позиции функционального подхода: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2002.
- Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека // Березин Ф.Б. Психическая адаптация и тревога. Л., 1988.
- Мазур Е.С.* Психическая травма и психотерапия // Консультативная психология и психотерапия. 2003. Т. 11. № 1. С. 31–52.

Когнитивные паттерны в структуре экофенотипа жестокого обращения

A.Г. Faustova

Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова, Рязань, Россия
anne.faustova@gmail.com

Психологическое насилие, пережитое в детском и подростковом возрасте, формирует предрасположенность к возникновению различных психических и поведенческих нарушений. Понятие «экофенотип»

описывает совокупность паттернов личностного и социального функционирования, психопатологических симптомов, обусловленных влиянием факторов внешней среды, в частности — жестокого обращения. Нами изучены когнитивные паттерны в структуре экофенотипа жестокого обращения у молодых взрослых, перенесших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте. Содержание их мышления характеризуется преобладанием ранних дезадаптивных схем из доменов нарушения связи и отвержения, нарушенной автономии, нарушенных границ. Обнаружены отчетливые тенденции к формированию навязчивых состояний и враждебности. В качестве когнитивных стратегий для совладания с эмоционально значимыми ситуациями респонденты с опытом психологического насилия выбирают самообвинение, фокусирование на планировании и руминирование.

Ключевые слова: жестокое обращение, психологическое насилие, экофенотип, ранние дезадаптивные схемы, когнитивная регуляция эмоций

Жестокое обращение с детьми и подростками является глобальной социально-психологической и правовой проблемой. По обобщенным оценкам Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), от насилия страдают примерно 6 из 10 детей в возрасте до 5 лет (ЮНИСЕФ, 2024). Среди всех видов жестокого обращения с детьми и подростками наиболее распространенным считается именно психологическое насилие — по данным метааналитических исследований, ему подвергается каждый третий несовершеннолетний в мире (Stoltenborgh et al., 2015).

Психологическое насилие охватывает различные формы поведения значимых взрослых по отношению к детям и подросткам, в основе которых лежит прежде всего предательство доверия, а также неспособность обеспечить соответствующую возрасту развивающую среду, необходимую для формирования когнитивных навыков, эмоциональных и социальных компетенций, соизмеримых с личностным потенциалом индивида (Stoltenborgh et al., 2012; Teicher, Samson, 2013). По нашему мнению, содержательно психологическое насилие как вид жестокого обращения с детьми и подростками могут охарактеризовать следующие критериальные показатели: периодичность и длительность; стереотипная модель поведения агрессора; переживание пострадавшим страха и беспомощности.

Наиболее существенными отдаленными последствиями, с которыми сталкиваются взрослые, пострадавшие от психологического на-

силия, являются психические и поведенческие нарушения. Чаще всего наблюдаются расстройства личности, аффективные и тревожные расстройства, расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами, шизофрения, расстройства пищевого поведения (Taillieu et al., 2016). При этом проблемы с ментальным здоровьем у пострадавших от психологического насилия возникают раньше, протекают тяжелее, хуже поддаются медицинским и психологическим вмешательствам (Teicher et al., 2022). Получены убедительные доказательства в пользу, что индивиды, пострадавшие от психологического насилия в детском и подростковом возрасте, образуют специфическую категорию пациентов внутри обозначенных выше нозологических групп (Teicher et al., 2016).

Термин «экофенотип» обозначает влияние факторов внешней среды на формирование и проявление индивидуально-психологических характеристик. В концепции экофенотипа жестокого обращения психологическая жестокость рассматривается в качестве средового фактора, трансформирующего генетически обусловленную траекторию психического развития и определяющего формирование психопатологической симптоматики (Belsky, Pluess, 2013; Rossi et al., 2024). Помимо симптомов психических заболеваний, в структуру экофенотипа жестокого обращения включаются специфические особенности когнитивного функционирования, эмоционального реагирования и поведения.

Цель — изучение когнитивных паттернов, свойственных молодым взрослым, перенесшим в детском и подростковом возрасте психологическое насилие.

Материалы и методы

Экспериментальную выборку составили 40 человек (30 девушек, 10 юношей, средний возраст — 18,95 года). В качестве критерия включения респондентов в экспериментальную выборку был выбран опыт психологического насилия, пережитый в детском и подростковом возрасте; при этом на момент исследования никто из респондентов не подвергался никакому психотравмирующему воздействию. Характеристики перенесенного психологического насилия: средняя продолжительность — 5,81 года; средний возраст начала психологического насилия — 10,41 года; средний возраст прекращения насильственных действий — 14,69 года. Средний объем психологической травматизации — 13 различных психологически жестоких действий (критика,

унижения, оскорблений, внушение страха или вины, предъявление завышенных требований, игнорирование эмоциональных потребностей, ограничение общения со сверстниками и т. п.). В качестве агрессоров чаще всего упоминаются родители (особенно — матери), отчимы, старшие сиблинги, бабушки. Критерии исключения из экспериментальной выборки: наличие в анамнезе иного опыта жестокого обращения (физическое или сексуальное насилие); актуальное пребывание в психотравмирующей ситуации; наличие симптомов психотического состояния или острого стрессового расстройства.

В контрольной выборке оказались 40 респондентов без опыта жестокого обращения в детском и подростковом возрасте, с минимальным объемом психотравмирующего воздействия в целом (27 девушек, 13 юношей, средний возраст — 18,72 года).

Все респонденты не имеют диагностированных психических или поведенческих расстройств. При этом 25 человек из экспериментальной выборки и 10 человек из контрольной выборки сообщили, что планируют обратиться за психолого-психиатрической помощью.

Для изучения опыта психологической травматизации использованы авторская психодиагностическая методика для содержательной оценки психологического насилия, пережитого в детском и подростковом возрасте; анкета «Неблагоприятные жизненные события» Н. А. Польской. Дополнительные характеристики семейных дисфункций получены с помощью опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» А. Б. Холмогоровой, С. В. Воликовой, М. Г. Сороковой.

Для оценки когнитивных паттернов применялись следующие стандартизованные методики: «Симптоматический опросник SCL-90-R» (шкалы навязчивости, враждебности и паранойальных тенденций); «Схемный опросник Дж. Янга»; опросник когнитивной регуляции эмоций; опросник «Стиль саморегуляции поведения».

Математико-статистическая обработка эмпирических данных подразумевала расчет описательной статистики, межгрупповое сравнение с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение

Экспериментальная и контрольная выборки значимо различаются по условиям семейного воспитания, которые оценивались с помощью методики «Семейные эмоциональные коммуникации». Так, респонденты, пережившие психологическое насилие, отмечают более

высокий уровень критики ($U=258$, $p=0,00001$) и игнорирования эмоций ($U=242,5$, $p=0,00001$) в родительских семьях; стремление родителей к сохранению внешнего благополучия, «фасадности» ($U=350$, $p=0,00001$); склонность родителей к сверхвключенности, избыточному вмешательству в дела детей ($U=472,5$, $p=0,001$) и родительский перфекционизм в виде преобладания завышенных требований к детям ($U=554,5$, $p=0,01$). В целом семейные дисфункции сопутствуют психологическому насилию над детьми и подростками ($U=257$, $p=0,00001$).

Когнитивная сфера респондентов с опытом психологического насилия отличается преобладанием навязчивых мыслей, импульсов ($U=506$, $p=0,0048$) и враждебности ($U=539,5$, $p=0,0048$). Психологическое насилие, пережитое в детском и подростковом возрасте, может рассматриваться в качестве предиктора формирования во взрослом возрасте обсессивно-компульсивной симптоматики, склонности к раздражительности и гневливости.

Наиболее существенные межгрупповые различия касаются уровня выраженности ранних дезадаптивных схем. Обнаружено, что именно респонденты, перенесшие в детском и подростковом возрасте психологическое насилие, демонстрируют явную склонность к формированию и удержанию ранних дезадаптивных схем. В частности, у них преобладают все схемы из домена нарушения связи и отвержения: эмоциональная депривация ($U=469$, $p=0,001$); покинутость ($U=409,5$, $p=0,0001$); ожидание жестокого обращения ($U=547$, $p=0,01$); деффективность ($U=437$, $p=0,0004$) и социальная отчужденность ($U=569,5$, $p=0,02$). Аналогичные результаты выявлены в отношении схем из домена нарушенной автономии (неуспешность, $U=504,5$, $p=0,004$; беспомощность, $U=442$, $p=0,0005$; уязвимость, $U=550,5$, $p=0,01$; неразвитая идентичность, $U=489,5$, $p=0,002$) и домена нарушенных границ (грандиозность, $U=509$, $p=0,005$; недостаточность самоконтроля, $U=455$, $p=0,0009$). Принимая во внимание природу психологического насилия в виде предательства доверия и злоупотребления дисбалансом власти, такие когнитивные паттерны выглядят закономерными. Молодые взрослые с опытом психологического насилия ожидают, что близкие люди покинут их, будут унижать и обманывать, оставят без эмоциональной поддержки. Они воспринимают себя неполноценными и недостойными любви и принятия, беспомощными и некомпетентными. Им присущи трудности в формировании персональной идентичности и установлении границ в отношениях с другими.

ми людьми. Актуализацию дезадаптивной схемы грандиозности мы склонны рассматривать как проявление компенсаторного механизма: пережив в детстве эмоциональное пренебрежение, злоупотребление контролем и унижение, они стремятся к достижению власти и превосходства, а не одобрения, жаждут доминирования вместо взаимных доверительных отношений.

Для регуляции эмоций респонденты из экспериментальной выборки склонны выбирать такие когнитивные стратегии, как самообвинение ($U=534$, $p=0,01$), фокусирование на планировании ($U=471$, $p=0,001$), руминирование ($U=416,5$, $p=0,0002$). В эмоционально напряженных ситуациях они либо винят в случившемся себя, либо размышляют о том, какие шаги следует предпринять для совладания с возникшими обстоятельствами, либо переключаются на постоянные размышления о произошедших событиях.

В сфере саморегуляции поведения обнаружены минимальные различия между выборками: так, респонденты из контрольной группы демонстрируют более выраженные тенденции к моделированию поведения ($U=505,5$, $p=0,004$), чем респонденты из экспериментальной группы.

Выводы

Психологическое насилие является трансдиагностическим фактором риска, который формирует предрасположенность к развитию различных психических и поведенческих расстройств. Однако, даже не имея выраженных психопатологических симптомов, молодые взрослые, пережившие психологическое насилие в детском и подростковом возрасте, отличаются по содержанию мышления и когнитивным навыкам от своих сверстников без подобного психотравмирующего опыта. Помимо «заострения» большого количества ранних дезадаптивных схем, им свойственны тенденции к самообвинению, руминациям и формированию навязчивых состояний, враждебности и гневливости.

Перспективными здесь следует считать такие исследовательские направления, как изучение эмоциональных, личностных, мотивационно-поведенческих паттернов в структуре экофенотипа жестокого обращения; анализ гендерных и возрастно-динамических аспектов экофенотипа жестокого обращения; изучение специфики экофенотипа в зависимости от вида жестокого обращения — физического, сексуального или психологического насилия.

Литература

- Belsky J., Pluess M. Beyond risk, resilience, and dysregulation: phenotypic plasticity and human development // *Developmental Psychopathology*. 2013. № 25. P. 1243–1261.
- Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home. UNICEF [Электронный ресурс]. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline> (дата обращения: 09.02.2025)
- Rossi E., Cassioli E., Dani C., Marchesoni G., Monteleone A.M., Wonderlich S.A., Ricca V., Castellini G. The maltreated eco-phenotype of eating disorders: A new diagnostic specifier? A systematic review of the evidence and comprehensive description // *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2024. № 160. Art. 105619.
- Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M.J., Alink L.R.A., van IJzendoorn M.H. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence // *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012. № 21 (8). P. 870–890.
- Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M.J., Alink L.R.A., van IJzendoorn M.H. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses // *Child Abuse Review*. 2015. № 24. P. 37–50.
- Taillieu T.L., Brownridge D.A., Sareen J., Afifi T.O. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States // *Child Abuse & Neglect*. 2016. V. 59. P. 1–12.
- Teicher M.H., Samson J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes // *The American Journal of Psychiatry*. 2013. № 170 (10). P. 1114–1133.
- Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity // *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. № 17. P. 652–666.
- Teicher M.H., Gordon J.B., Nemeroff C.B. Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education // *Molecular Psychiatry*. 2022. № 27. P. 1331–1338.

Влияние стресса на точность формирования репрезентаций пространства у людей с различным уровнем перфекционизма*

A. В. Яковлева, О. А. Савельева*, Г. С. Бугрий**, А. А. Ефиминюк**

*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва

ssaninavladislavovna@mail.ru

SavelevaPsy@gmail.com

**Московский государственный университет
им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

gregbugr@yandex.ru

efiminyuk@mail.ru

Предполагается, что состояние стресса угнетающе действует на когнитивное функционирование. Изучалось влияние стресса на точность формирования эгоцентрических и аллоцентрических репрезентаций пространства в рабочей памяти у людей с различным уровнем перфекционизма. В исследовании приняли участие 26 студентов в возрасте 21 ± 3 года. Использовался научный программно-аппаратный комплекс SpaceCogVR, разработанный для изучения пространственного познания на основе эгоцентрических и аллоцентрических репрезентаций (Saveleva et al., 2021; Савельева и др., 2023). Было обнаружено, что люди с низким уровнем перфекционизма лучше выполняют эгоцентрическую пространственную задачу по сравнению с людьми с высоким уровнем перфекционизма. Эгоцентрическая пространственная задача решалась значимо быстрее в стрессовом экспериментальном условии, чем без него. Результаты исследования вносят вклад в развитие идей и методов индуцирования, диагностики и коррекции стрессовых состояний у взрослых людей.

Ключевые слова: эгоцентрические и аллоцентрические пространственные репрезентации, стресс, рабочая память, виртуальная реальность, звук-стессор, перфекционизм

Влияние стресса на когнитивную сферу человека может значительно снижать качество жизни и эффективность выполнения повседневных задач. Одним из ключевых аспектов воздействия стресса яв-

* Российский научный фонд, проект № 23–78–10090.

ляется ухудшение внимания и концентрации. Стресс может мешать адекватной оценке расстояний и ориентации в пространстве, изменяя пространственное восприятие у людей, поэтому человек может испытывать трудности с такими задачами, как сборка конструкций или навигация по незнакомым местам (Ziemer, 2023). Кроме того, стресс может приводить к снижению эффективности рабочей памяти (Conrad, 2009).

Стресс оказывает неодинаковое воздействие на людей. Одним из важных факторов эффективности при стрессе является перфекционизм. Перфекционизм может оказывать как положительное влияние на точность и скорость решения пространственных задач за счет большего внимания к деталям и стремления к идеальному выполнению. Однако стремление к совершенству порождает высокий уровень личностной значимости задачи, что затрудняет когнитивную деятельность и снижает скорость выполнения задач (Stoeber, Chesterman, 2010).

Таким образом, особую актуальность обретают проблемы диагностики стрессовых состояний и разработки способов их минимизации, компенсации и коррекции с учетом индивидуальных различий. На сегодняшний день отмечается дефицит диагностических методов, позволяющих количественно оценить, как изменяется под воздействием стресса точность пространственных манипуляций, которые совершает человек, а также коррекционных методов, нивелирующих урон от стресса. Современный подход к оценке точности обработки пространственной информации обращается к понятию когнитивных презентаций пространства, сохраняющих представления о локализации объектов и их взаимном расположении в окружающем пространстве (Klatzky, 1998; Wang, Spelke, 2000; Ruotolo et al., 2019; Савельева О.А., 2020, 2021, 2023; и др.).

Материалы и методы

Была выбрана программно-аппаратная методика оценки точности формирования презентаций пространства, разработанная в рамках кандидатской диссертации Савельевой О. А. под руководством доктора психологических наук Меньшиковой Г. Я. на факультете психологии МГУ им. М. В. Ломоносова в 2022 году, получившая название SpaceCogVR. Методика показала свою эффективность в ряде исследований по проблеме работы когнитивных систем обработки пространственной информации.

SpaceCogVR использует технологию виртуальной реальности в виде HMD шлема Samsung Odyssey, на который проецируется виртуальная сцена, и контроллера, с помощью которого осуществляются манипуляции с элементами пространственной задачи. На базе программного обеспечения Unity PRO была разработана виртуальная среда, включающая библиотеку виртуальных объектов (мяч, кружка, цветок и т. д.), 3D-пространство, в котором на 8 секунд предъявлялась основная сцена, состоящая из 4 объектов для запоминания, и интерфейс для ее реконструкции. Для актуализации процессов рабочей памяти до и после основной сцены на 500 мс предъявлялась 2D-сцена из двух или четырех квадратов, причем в половине случаев при втором предъявлении местоположение квадратов изменялось. Испытуемому нужно было, удерживая в памяти расположение объектов основной сцены, определить, изменилось ли расположение квадратов в дополнительной сцене. В задаче реконструкции сцены предлагалось воспроизвести запомненное расположение объектов на основе эгоцентрической или аллоцентрической презентации, что задавалось направлением стрелки: в глубину и сверху вниз соответственно. При реконструкции сцены объекты выбирались из библиотеки.

В качестве стрессора был выбран звук плача ребенка, контрольное условие представляло собой пробы в тишине. Порядок экспериментальных условий менялся для каждого следующего испытуемого. В каждом экспериментальном условии предъявлялись 16 сцен с рандомным расположением четырех объектов.

Регистрировалось количество правильно запомненных предметов в сцене (идентификация) и точность их взаимного расположения (топология) и время реконструкции сцены, которое не могло превышать 1 минуту.

Перфекционизм оценивался по методике «Трехфакторный опросник перфекционизма» (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян).

Процедура

Этап 1. Очный эксперимент в VR-очках. Представляет собой пространственную задачу, созданную для измерения точности формирования пространственных способностей. Когда запускается задание, испытуемый видит перед собой 2 или 4 красных квадрата на голубом фоне. Их расположение нужно запомнить. После этого предъявляются 4 случайных предмета, расположение которых также нужно запомнить. После снова показываются 2 или 4 квадрата, и испытуемому не-

обходимо оценить, изменилось ли их расположение. Далее испытуемый видит стрелку, указывающую прямо (означающую, что предметы нужно расставить так, как испытуемый их видел прямо перед собой), или стрелку, указывающую вниз (означающую, что предметы нужно расставить так, как если бы испытуемый смотрел на них сверху). После этого предъявляется большой набор предметов, из которого нужно выбрать запомненные предметы и расположить на тех же местах, на которых они были предъявлены ранее, учитывая направление стрелки.

Этап 2. Прохождение опросников в онлайн-формате. Для заочного сбора данных использовалась платформа «Google Forms». Перед прохождением респондент обязательно уведомлял экспериментатора о начале прохождения тестов. Заполнение занимало примерно 10–15 минут.

Задачи и опросники предъявлялись испытуемым в равных условиях. Постоянно делались уточнения о самочувствии респондентов и их реакции на эксперимент.

Выборка

Выборку составили 26 испытуемых без травм головного мозга в возрасте от 18 до 24 лет ($M=21,5$, $SD=1,58$), среди которых 7 мужчин и 19 женщин. 2 испытуемых со средним общим образованием и 24 с неоконченным высшим (3 курс и выше). Испытуемые имели или хорошее, или скорректированное зрение.

Анализ данных

Использованы пакеты программ Microsoft Excel 2019 и Jamovi 2.3.21. Распределение носит смешанный характер (критерий Шапиро – Уилка), поэтому применялись непараметрические методы статистического вывода.

С помощью анализа повторных изменений ANOVA (непараметрический) были показаны значимые различия между временем выполнения эгоцентрической задачи в условиях стресса и контрольных условиях ($p=0,025$). Скорость решения пространственной задачи была значимо выше при звуках плача, что можно объяснить общей активизацией организма в состоянии стресса. Время решения задачи на эгоцентрическую подсистему составило 30,9 секунды в условиях без звука и 28 секунд в звуковом сопровождении плача.

С помощью ANOVA (непараметрический) показаны значимые различия между точностью локализации при реконструкции сцены в эгоцентрическом и аллоцентрическом условии при стрессе и без него

($p < 0,001$), что соответствует имеющимся данным о том что ЭПР формируются точнее АПР при одних и тех же условиях. В стрессовых условиях точность локализации эгоцентрических репрезентаций составила 0,760, а аллоцентрических — 0,723. В контролльном условии точность локализации эгоцентрических репрезентаций составила 0,772, а аллоцентрических — 0,725.

Разделение выборки по перфекционизму: согласно выбранной методике и медианному значению, значения до 35 баллов включительно обозначались как «низкий уровень перфекционизма» (10 человек), а значения выше 35 баллов — как «высокий уровень перфекционизма» (16 человек).

Перфекционизм является важной чертой, влияющей на точность формирования репрезентаций пространства в условиях стресса. Значимым оказалось различие между точностью формирования эгоцентрических репрезентаций при стрессе у людей с низким уровнем перфекционизма по сравнению с людьми с высоким перфекционизмом ($F=4,29$; $p=0,051$). Точность локализации составила 0,790 у людей с низкой выраженностью перфекционизма и 0,748 у людей с высокой выраженностью перфекционизма.

Выводы

Стресс угнетает способность формировать точные репрезентации пространства в рабочей памяти у людей с высоким уровнем перфекционизма. В состав когнитивной системы рабочей памяти входят визуальная подсистема, обеспечивающая процессы идентификации объектов, и пространственная подсистема, обеспечивающая кодирование локализации объектов. Под воздействием стресса обнаружено угнетение работы визуальной подсистемы, в то время как работа пространственной подсистемы осталась стабильной.

В условиях стресса перфекционизм выступает как значимый фактор, влияющий на точность и скорость выполнения пространственных задач. Таким образом, люди с низким уровнем перфекционизма лучшеправляются с пространственной задачей в условиях стресса. Также наше исследование подтвердило и развило имеющиеся данные о механизмах и особенностях формирования пространственных репрезентаций — во всех предоставленных условиях эгоцентрическая задача выполнялась успешнее аллоцентрической задачи. Методика оценки точности формирования эгоцентрических и аллоцентрических репре-

зентаций SpaceCogVR показала эффективность в вопросе диагностики когнитивных нарушений при стрессе.

Литература

- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8–32.
- Меньшикова Г.Я., Савельева О.А., Величковский Б.Б., Бугрий Г.С.* Формирование эгоцентрических и аллоцентрических пространственных репрезентаций в рабочей памяти // Вопросы психологии. 2020. № 6. С. 131–140.
- Савельева О.А., Меньшикова Г.Я., Бугрий Г.С.* Точность формирования пространственных репрезентаций динамических сцен в рабочей памяти // Экспериментальная психология. 2023. Т. 16. № 4. С. 57–74.
- Klatzky R.L.* Allocentric and egocentric spatial representations: Definitions, distinctions, and interconnections // Spatial cognition. Springer, Berlin, Heidelberg, 1998. P. 1–17.
- McLaughlin K.J., Baran S.E., Conrad C.D.* Chronic stress-and sex-specific neuromorphological and functional changes in limbic structures // Molecular neurobiology. 2009. V. 40. P. 166–182.
- Ruotolo F., Claessen M.H.G., van der Ham I.J.M.* Putting emotions in routes: the influence of emotionally laden landmarks on spatial memory // Psychological research. 2019. V. 83. № 5. P. 1083–1095.
- Saveleva O., Menshikova G., Velichkovskiy B., Bugriy G.* The Accuracy of allocentric and egocentric spatial representations in working memory // International Journal of Psychophysiology. 2021. V. 168. P. S204.
- Stoeber J., Chesterman D., Tarn T.A.* Perfectionism and task performance: Time on task mediates the perfectionistic strivings-performance relationship // Personality and Individual Differences. 2010. V. 48. № 4. P. 458–462.
- Wang R.F., Spelke E.S.* Updating egocentric representations in human navigation // Cognition. 2000. V. 77. P. 215–250.
- Ziemer J.L.* The effects of chronic stress on allocentric versus egocentric spatial memory: PhD Thesis. The University of Regina (Canada), 2023.

РАЗДЕЛ 4

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

К актуальным проблемам исследования психологических последствий насилия

A.A. Агашева

Институт психологии Российской академии наук,

Москва, Россия

agisheva@ipran.ru

Насилие несет серьезные отсроченные последствия не только для пострадавших, но и для общества в целом, поскольку каждый акт насилия имеет потенциальное интрапсихическое продолжение, зачастую отыгрываемое вовне. Несмотря на активные правовые и просветительские меры, насилие продолжает использоваться в более латентных формах как способ реализации власти и урегулирования конфликтов. В статье предлагаются к обсуждению методологические, этические, социально-идеологические проблемы исследования психологических последствий насилия, а также проблемы, ассоциированные с личностью и професионализмом исследователя, психотравмирующим опытом респондентов. Рассматриваются возможные пути решения, среди которых содействие эволюции общественного сознания в вопросах денормализации любых форм насилия, разработка актуальных отечественных моделей, пересмотр статистических стандартов, модернизация методического инструментария, а также поддержание исследователями собственной чувствительности к насилию на достаточном уровне.

Ключевые слова: насилие, психологические последствия насилия, проблемы исследования последствий насилия, злоупотребление властью, чувствительность к насилию, посттравматические состояния жертв насилия

На сегодняшний день большинство государств занимается реализацией инициатив, направленных на сокращение проявлений насилия в обществе. Несмотря на активные меры, ситуация сохраняет серьезный драматический масштаб: психологические последствия даже единичных актов насилия зачастую оказываются необратимыми как для самих жертв, так и для социума в целом, поскольку каждый случившийся эпизод насилия становится потенциальным источником цепной реакции, воспроизводясь в трансгенерационной и горизонтальной пе-

редаче, приводя к разрастанию сети злоупотребляющих властью семей, сообществ, организаций и идеологий. Наиболее наглядно описанная динамика раскрывается в институте семьи, где господство родителей над ребенком долгое время считалось неоспоримым (Котова, 2020; Микиртичан, Джарман 2020). Вопреки усиленной юридической защите, признанию прав ребенка и смягчению методов воспитания, массив непереработанного травматического опыта передается каждому последующему поколению в виде систематического или локального эмоционального, физического, сексуализированного насилия. Наряду с этим кризис родительства с характерной деградацией архетипического образа надежного, сильного, защищающего отца и деформацией представлений о безусловно принимающей, любящей матери, инверсия и диффузия ролей, находящие отражение в психическом материале людей разного возраста, сопровождают популяризацию более изощренных, невидимых глазом форм насилия.

Несколько последних десятилетий происходит расцвет феномена скрытой теневой власти, «насилия в шелковых перчатках», целью которого является десубъективизация, индоктринация выгодных агрессору представлений и замыслов, часто реализуемые под видом заботы о жертве. Предположительно именно таким образом осуществляется сублимация аккумулированных агрессивных импульсов в попытках избежать столкновения с социально-правовыми табу. Специфическая фигура агрессора инкорпорируется в структуру Супер-Эго, в результате чего социум получает сверхадаптированного индивида, который посредством повторяющихся отыгрываний интрапсихических актов насилия поддерживает иллюзию уменьшения внешних проявлений насилия в обществе (Красиков, 2008). Таким образом, реалистичность информации о совокупном снижении количества насилия в мире остается под большим вопросом.

Важный аспект в рамках обсуждаемой темы — определение оптимального уровня чувствительности к насилию, при котором субъект адекватно расценивает явно или скрыто атакующее, эксплуатирующее поведение как акт нарушения границ, не игнорирует его и выражает готовность проявлять самозащиту, обращаться за помощью, при этом реагируя соизмеримо поступающим стимулам, обладает возможностью и навыками отделения реальности от прошлого травматического опыта. Исследователи прогнозируют глобальное повышение чувствительности к насилию и говорят о том, что субъективная оценка

тяжести деструктивных последствий агрессивного поведения также может быть интерпретирована как степень чувствительности к насилию (Collyer et al., 2010). Низкий уровень личной ответственности, находящий отражение в соответствующем поведении, коррелирует с нечувствительностью к насилию (Özyürek et al., 2020), наряду с чем интровертированный агрессивный объект может существенно нарушать адекватное восприятие и оценку ситуаций, в том числе у лиц с высоким уровнем ответственности, базирующейся на деструктивной тревожности и страхе отвержения, но не на гуманистических ценностях. Идентификация с агрессором формирует лояльность к насилию, что сопровождается диссоциацией аутентичной агрессии и канализированием ее в явную или латентную нормализацию и толерантность либо в агрессивную борьбу с любыми формами угнетения личности.

Архаичный, но не ушедший в прошлое способ реализации власти и урегулирования конфликтов при использовании насилия разных форм — от грубой физической силы до манипулятивного внедрения чувств вины и стыда с целью подчинения через разрушение достоинства, воли и самой субъектности — исторически, биологически и культурально детерминирован и обширно описан. Однако актуальное изучение психологических последствий насилия в отечественной науке проходит через переломный этап, обусловленный плотностью кризисных событий и настойчивым ассоциированием парадигмы осознанного ненасилия с западными ценностями в общественном сознании. Конструктивное зерно культуры отмены, публичных заявлений о случаях харассмента, буллинга теряется в потоке конфронтаций иному мировоззрению, вызывая замешательство жертв насилия, помогающих специалистов и исследователей. Данную тенденцию иллюстрирует спад тематической публикационной активности в русскоязычном пространстве за последние несколько лет, а описания подходов к изучению насилия выглядят разрозненными, не в полной мере отвечающими требованиям времени. Переходная фаза сигнализирует о необходимости постановки наиболее острых исследовательских проблем и поиска адекватных путей решения.

К ключевым методологическим проблемам относятся: сложность в определении сущности и классификации различных форм насилия, обусловленная их значительной сочетаемостью, комплексностью репрезентаций и высокой латентностью (Тарабриня, 2001); невозможность принятия единого стандарта и утверждения универсальных норм; за-

труднения в установлении каузальности; высокая коморбидность посттравматических состояний с иными нарушениями, осложняющая дифференциальную диагностику, контроль переменных и ведущая к смазанности клинической картины. Классической проблемой также является затрудненная организации презентативных выборок, ассоциированная с тяжестью исследуемой темы, в результате чего жертвы и агрессоры могут избегать участия в исследованиях. Наряду с этим, влияние оказывают ограничения диагностического потенциала стандартизованных самоотчетов и характер разворачивающегося диадического контакта с исследователем. Продолжительный период табуированности темы насилия на территории России привел к серьезным пробелам в эмпирических наблюдениях прошлых лет (Тарабрина, 2001), что в значительной мере сказывается на развитии методологического аппарата.

Среди этических проблем можно выделить невозможность получения полного информированного согласия, обусловленную тем, что респонденты не всегда критичны к глубине собственной травматизации; риски утечки данных; наличие вероятности принуждения к участию в случае внутриорганизационного сбора данных; риски ретравматизации, сопровождающиеся системными ограничениями, часто препятствующими оказанию оперативной психологической помощи. Вместе с тем популяризация научных результатов, указывающих на широкую распространность и тяжесть последствий насилия, может иметь косвенный легализующий насилие эффект. Остаются открытыми вопросы целесообразности и этичности применения технологий искусственного интеллекта в диагностике посттравматических состояний, возникших, в частности, вследствие насилия. Каким образом на предоставляемой респондентами информации отражается отсутствие эмоционально доступного исследователя? Каковы риски ретравматизации пострадавших? Репрезентативна ли экспериментатика, проведенная при использовании цифровых двойников жертв насилия разных форм? Где баланс между статистической ценностью исследования травмы насилия с применением больших данных и неповторимой фактурностью кейс-стади? На эти и многие смежные вопросы предстоит отвечать современным исследователям.

В числе наиболее значимых социально-идеологических проблем фигурируют: кризисность эпохи и вышеуказанная политизация феномена насилия; многолетний культурно-исторический опыт толерантности; высокий уровень психологизации, но не психологического оздоровле-

ния общества; ограничения, возникающие при попытках найти равновесие интересов человека и группы. Межпоколенческая специфика: например, молодые респонденты обладают большей чувствительностью к насилию, трактуя как недопустимое нарушение сексуальных границ ситуации навязчивого эротизированного внимания, в то время как респонденты старших возрастных групп более склонны к виктимным когнитивным и поведенческим стратегиям, а также нивелированию значимости даже реализованных актов сексуализированного насилия (Агишева, 2023). Наряду с этим культивирование доктрин тотального всепрощения и, напротив, житейско-психологическая пропаганда обвинения прошлых поколений существенно искажают получаемые данные.

Проблемы, связанные с личностью и профессионализмом исследователя: собственная история травматического опыта, в исходном виде потенциально ограничивающая восприятие, во многом обуславливающая контртрансферентные реакции и интерпретацию материала; приверженность к определенной парадигме понимания насилия; степень готовности встречаться с массивом травматического опыта респондентов и их защитными механизмами, адекватно применяя кризисные интервенции (Тарабрина, 2001); риски развития омнипотенции и деперсонализации как взгляда на уникальный человеческий опыт через ограничивающую призму диагноза. Профессионализм исследователя необходим также для того, чтобы участие в исследованиях как минимум не ретравматизировало, а в желательном варианте несло терапевтический эффект, способствуя первичному осознаванию и переработке травмы, в том числе респондентами раннего возраста (Тарабрина, 2001).

К проблемам, ассоциированным с психотравмирующим опытом участников исследования, относятся: влияние возможных искажений памяти; пространность и неточность ответов в связи с диссоциацией (Тарабрина, 2001), активацией защитных механизмов психики, стремлением к социальной желательности, избеганием, специфическим самоопределением (участник может не считать себя жертвой); воздействие на процесс исследования переживания за конфиденциальность; идентификация с насилиником; наличествующий опыт психотерапевтической, психиатрической помощи, вносящий изменения в первичную картину. Респонденты, имеющие выраженные посттравматические проявления, могут испытывать затруднения в градации значимости воспринимаемых сигналов (Тарабрина, 2009), что находит отражение и в работе со стимульным материалом, с одной сторо-

ны, сигнализируя исследователю о возможной психопатологической динамике, с другой — деформируя получаемые результаты вплоть до полной неинформативности.

Несмотря на то, что в свете многовековой истории, пронизанной насилием, идея гуманистически ориентированного мира представляется утопичной и недосягаемой, современный человек располагает необходимыми ресурсами для построения субъект-субъектных отношений на разных уровнях. Прерывать и нейтрализовывать циклы насилия, преобразуя их в конструктивное взаимодействие в рамках зоны своей ответственности, — одна из ключевых задач, стоящих перед человеком в XXI веке. Сегодня мы, как исследователи, можем содействовать эволюции общественного сознания в вопросах денормализации любых форм насилия, делать видимым ранее скрытое, разрабатывать актуальные отечественные модели, пересматривать устаревшие статистические стандарты в соответствии с более высоким уровнем чувствительности к насилию, модернизировать имеющийся методический инструментарий детализацией и учетом разнообразия форм и степени инвазивности принуждения, эксплуатации, проявления деструктивной агрессии, с которыми сталкивается человек. Наряду с этим мы можем стремиться к большей персонализации процедур сбора эмпирических данных, что не только дополнительно минимизирует риски ретравматизации, но и позволит получить более реалистичное представление о текущей популяционной картине. И наконец, мы можем восстанавливать, поддерживать на достаточном уровне собственную чувствительность к насилию, принимать профилактические меры в отношении викарной травматизации, защищая таким образом объективность результатов исследований, контактирующих с нами респондентов и собственную профессиональную идентичность. Помнить о том, что исследователям, научным работникам, психологам и психотерапевтам доступна высшая форма власти — власть на уровне идей, накладывающая колossalную ответственность и требующая непрекращающееся развития нравственности, этичности и гуманизма.

Литература

Агишева А.А. Эмоциональное, физическое, сексуальное насилие и их роль в организации картины тревожности у женщин [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. № 2. URL: <https://mir-nauki.com/36psmn223.html> (дата обращения: 1.04.2025)

- Котова Н.К.* Проблема насилия в современном обществе // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. 2020. № 1 (59). С. 241–247.
- Красиков В.И.* Насилие и культура // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. 2008. № 6. С. 63–77.
- Микиртичан Г.Л., Джарман О.А.* Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в древнем мире // Медицина и организация здравоохранения. 2020. № 3. С. 40–56.
- Тарабринна Н.В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабринна Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001.
- Collyer C.E., Johnson K.L., de Mesquita P.B., Palazzo L.A., Jordan D.* Sensitivity to violence measured by ratings of severity increases after nonviolence training // Perceptual and Motor Skills. 2010. V. 110 (1). P. 48–60.
- Özyürek A., Kurtünçü M., Sezgin E., Kurt A.* The relationship between sensitivity to violence against children and sense of responsibility and behavior in university students // E-Journal of Dokuz Eylül University Nursing Faculty. 2020. V. 13 (1). P. 19–24.

Посттравматический стресс при переживании оскорблений в период средней взрослости

A. A. Бузина

Москва, Россия

super-alex@mail.ru

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи переживания оскорблений и интенсивности посттравматического стресса (ПТС) у людей средней взрослости. В исследовании участвовали 74 человека (56 женщин и 18 мужчин, средний возраст — 47 лет). Респонденты были разделены на три группы в зависимости от степени переживания оскорблений. Исследование позволило подтвердить предположение, согласно которому переживание оскорблений у людей средней взрослости сопряжено с развитием ПТС. Установлено, что интенсивному переживанию оскорблений соответствуют высокие

показатели симптомов навязчивого повторения, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере, симптомов возбудимости, а также итогового показателя тяжести симптомов по опроснику PCL-5. Статистически значимых различий групп по симптомам избегания выявлено не было.

Ключевые слова: оскорбление, эмоциональное насилие, средняя взрослость, стрессор, посттравматический стресс

Среди стрессоров высокой интенсивности особое положение занимает эмоционально-негативное воздействие. С его проявлениями на протяжении жизни люди сталкиваются регулярно, однако латентный характер (последствия воздействия представляют собой так называемые «невидимые раны») затрудняет изучение данного стрессора.

Как свидетельствуют исследования, негативные воздействия антропогенного характера, подчас исключающие нанесение прямого физического ущерба, оказываются не менее, а подчас даже более травматичными для психики жертвы. Состояние человека усугубляется, если воздействие исходит от близких людей и носит пролонгированный характер (Харламенкова, 2016).

К подобным негативным воздействиям относится оскорбление, которое принято рассматривать как вид эмоционального (психологического) насилия (Сидорова, 2017). Оскорбление представляет собой нефизическое поведение, хотя нередко сопровождает физическое насилие или предшествует ему. Речь идет о насмешках, нападках, клевете, обнародовании личной информации в неблаговидном свете. Такое воздействие наносит урон психологическому благополучию человека (Karakurt, Silver, 2013).

По данным ряда исследований, ПТС представляет собой одно из самых серьезных психологических последствий эмоционального насилия вообще и оскорблений в частности. В числе других последствий указываются развитие депрессии, тревожных расстройств, виктимности, а также низкая самооценка, выученная беспомощность (Reed, Enright, 2006).

Оценивая воздействие оскорблений, необходимо учитывать возрастной фактор. Как свидетельствуют исследования, именно в среднем возрасте велика опасность психической травматизации под влиянием данного события (Тарабриня и др., 2016).

Средний возраст — как правило, самый активный период в жизни человека, когда выстраиваются профессиональные и личные отношения. Люди этого возраста нередко сталкиваются с оскорблением на ра-

боте или в семье, а также переживают последствия данных ситуаций, случившихся ранее, в детстве или подростково-юношеском возрасте.

Целью исследования являлось выявление взаимосвязи переживания оскорбления и интенсивности ПТС у людей средней взрослости.

Гипотеза исследования: переживание оскорбления у людей средней взрослости сопряжено с развитием ПТС.

Выборка и процедура исследования. Участниками исследования стали 74 человека (56 женщин и 18 мужчин, средний возраст — 47 лет).

Индивидуальный анонимный опрос участников исследования проводился с использованием следующих методик:

1. Опросник травматических ситуаций (LEQ), разработанный Дж. Норбеком (J.S. Norbeck), И. Сарасоном, Дж. Джонсоном, Дж. Сигель (I.G. Sarason, J.H. Johnson, J.M. Siegel) и адаптированный на русский язык Н.В. Тарабриной. Биографическая методика позволяет оценить наличие или отсутствие признаков ПТС и установить, какое место занимает переживание травматического опыта в субъективном мире человека.

2. Опросник The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), адаптированный на русский язык коллективом лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН. Опросник позволяет оценить тяжесть симптомов, соответствующих отдельным критериям ПТСР, — навязчивого повторения, избегания, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере и возбудимости. Также определяется итоговый показатель тяжести симптомов.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программных пакетов Excel, Statistica 10.

Все участники исследования в ходе заполнения LEQ отметили пункт 26, касающийся переживания оскорбления. Респонденты указали дату и обстоятельства переживания оскорбления, а также по пятибалльной шкале определили степень влияния данного события на их жизнь за последний год.

Для целей исследования респонденты были разделены на группы в зависимости от оценки переживания оскорбления, проставленной в пункте 26 LEQ. Участники исследования, оценившие влияние данного события в 1–2 балла, составили группу «Низкий ПТС» (25 человек, обозначение — «н»), в 3 балла — «Средний ПТС» (31 человек, обозначение — «с»), в 4–5 баллов — «Высокий ПТС» (18 человек, обозначение — «в»).

Результаты и их обсуждение. Для проверки предположения о том, что переживание оскорблений у людей средней взрослости сопряжено с развитием ПТС, было проведено сравнение показателей групп по методике PCL-5. Использовался критерий Краскела – Уоллиса (H).

В результате были выявлены статистически значимые различия групп по итоговому показателю тяжести симптомов ($H=24,103$, $p=0,0000$), симптомам навязчивого повторения ($H=25,232$, $p=0,0000$), негативным изменениям в когнитивно-эмоциональной сфере ($H=14,603$, $p=0,0007$) и симптомам возбудимости ($H=15,015$, $p=0,0005$). Статистически значимых различий по симптомам избегания выявлено не было.

Далее был проведен попарный анализ показателей групп, по которым были выявлены статистически значимые различия, с использованием критерия Манна – Уитни (U).

Группы «Низкий ПТС» и «Средний ПТС» различаются по итоговому показателю тяжести симптомов на уровне тенденции ($U=269,0$, $p=0,0506$; $M_{\text{ен}}=4,00$, $SD_{\text{H}}=3,688$, $M_{\text{ес}}=7,00$, $SD_{\text{C}}=3,280$) и показателям симптомов навязчивого повторения ($U=254,50$, $p=0,024$; $M_{\text{ен}}=1,00$, $SD_{\text{H}}=1,345$, $M_{\text{ес}}=2,00$, $SD_{\text{C}}=1,422$).

Группы «Средний ПТС» и «Высокий ПТС» различаются по итоговому показателю тяжести симптомов ($U=91,0$, $p=0,0001$; $M_{\text{ес}}=7,0$, $SD_{\text{C}}=3,280$, $M_{\text{ев}}=15,0$, $SD_{\text{B}}=5,826$), показателям симптомов навязчивого повторения ($U=97,0$, $p=0,0001$; $M_{\text{ес}}=2,0$, $SD_{\text{C}}=1,422$, $M_{\text{ев}}=5,0$, $SD_{\text{B}}=2,462$), негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере ($U=139,50$, $p=0,003$; $M_{\text{ес}}=2,0$, $SD_{\text{C}}=2,166$, $M_{\text{ев}}=5,0$, $SD_{\text{B}}=3,025$) и симптомов возбудимости ($U=111,0$, $p=0,0005$; $M_{\text{ес}}=1,0$, $SD_{\text{C}}=1,178$, $M_{\text{ев}}=3,0$, $SD_{\text{B}}=1,283$).

Группы «Низкий ПТС» и «Высокий ПТС» различаются по итоговому показателю тяжести симптомов ($U=47,50$, $p=0,00001$; $M_{\text{ен}}=4,0$, $SD_{\text{H}}=3,688$, $M_{\text{ев}}=15,0$, $SD_{\text{B}}=5,826$), показателям симптомов навязчивого повторения ($U=45,0$, $p=0,00001$; $M_{\text{ен}}=1,0$, $SD_{\text{H}}=1,345$, $M_{\text{ев}}=5,0$, $SD_{\text{B}}=2,462$), негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере ($U=78,0$, $p=0,0003$; $M_{\text{ен}}=2,0$, $SD_{\text{H}}=2,087$, $M_{\text{ев}}=5,0$, $SD_{\text{B}}=3,025$) и симптомов возбудимости ($U=92,50$, $p=0,001$; $M_{\text{ен}}=1,0$, $SD_{\text{H}}=1,357$, $M_{\text{ев}}=3,0$, $SD_{\text{B}}=1,283$).

Таким образом, интенсивному уровню ПТС, связанному с переживанием оскорблений, соответствуют высокие показатели симптомов навязчивого повторения, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере и симптомов возбудимости, а также итогового показателя тяжести симптомов.

Особенностью воздействия оскорбления является «застревание» человека в травмирующей психику ситуации. Как признавались некоторые респонденты, они до сих пор вспоминают оскорблении, которым подвергались много лет назад (в частности, назывались такие ситуации, как детские конфликты с родителями или травля в школе). Многие участники исследования до сих пор сталкиваются с негативным эмоциональным воздействием (например, в семейных, детско-родительских или профессиональных отношениях).

Люди настойчиво воспроизводят в памяти травматические ситуации, переживание которых связано с негативными эмоциями (гнев, грусть, уныние, тревога, страх, досада). Ряд респондентов сообщили о появившейся в результате воздействия оскорбления раздражительности, даже агрессивности, повысившейся настороженности, проблемах с концентрацией внимания и сном, что соответствует симптомам возбудимости.

При этом статистический анализ не выявил связи между интенсивностью ПТС, вызванного переживанием оскорбления, и симптомами избегания у людей средней взрослости. Участники исследования сообщали о том, что не могут отстраниться от ситуации оскорбления. Многие до сих пор находятся в ней с психологической точки зрения, ярко переживания унижение и бессилие, которые чувствовали еще в детстве. Для некоторых респондентов травматическая ситуация длится до сих пор, люди сталкиваются с оскорблением на работе или в семье.

Выводы

Проведенное исследование позволило подтвердить гипотезу, согласно которой переживание оскорбления у людей средней взрослости сопряжено с развитием ПТС. Были выявлены особенности такого переживания: настойчивое воспроизведение в памяти, «проигрывание» ситуации оскорбления, сопровождающие ее негативные эмоции и симптомы возбудимости. Отсутствие связи переживания оскорбления и симптомов избегания можно объяснить возрастом респондентов: находящиеся в активной фазе жизни люди имеют психологические ресурсы, позволяющие им искать возможности совладания с травматической ситуацией.

Литература

Сидорова И. В. Оскорбление как разновидность психического насилия // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2017. № 1 (68). С. 28–32.

Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Мустафина Л.Ш., Ворона О.А., Казымова Н.Н., Дымова Е.Н., Шаталова Н.Е. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 6. С. 94–108.

Харламенкова Н.Е. Эмоциональное оскорбление и пренебрежение и его психологические последствия для личности в разные периоды взрослости // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 193–214.

Karakurt G., Silver K.E. Emotional abuse in intimate relationships: The role of gender and age // Violence and Victims. 2013. V. 28. № 5. P. 804–821.

Reed G.L., Enright R.D. The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. V. 74. № 5. P. 920–929.

Психическая травма и восстановление справедливости

B. В. Дукорский, Е. В. Великодворская**, B. В. Голубович*,
A. Ю. Свериденко****

*Государственный комитет судебных экспертиз
Республики Беларусь, Минск, Беларусь
vl.dukorsky@tut.by

**Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
v.elizaveta.v@gmail.com
vgolubovich@mail.ru

***Минский городской клинический наркологический центр,
Минск, Беларусь
andrejrevich1986@mail.ru

Восстановление справедливости является важной составляющей психотерапии для людей с психической травмой. Вместе с тем результаты проведенного исследования показали, что большая часть опрошенных

специалистов охраны психического здоровья (в анонимном анкетировании приняли участие 107 специалистов, которые занимаются психотерапией/консультированием клиентов с психической травмой) не знают о возможности восстановления справедливости с помощью подачи иска в суд о возмещении «морального вреда». В свою очередь, большинство их клиентов с психической травмой никогда с подобным иском в суд не обращались, а также ничего не знали о существовании такой возможности. Внедрение травма-информированного подхода в психотерапию и консультирование позволит помогать восстанавливать справедливость, возвращать доверие, а также улучшать терапевтический процесс исцеления от травмы.

Ключевые слова: психическая травма, справедливость, моральный вред, травма-информированный подход, восстановительное правосудие

Введение

Справедливость — один из основных принципов упорядочивания человеческих отношений и функционирования общества. Хотя вопросы справедливости распространены в психотерапии, они могут не отражаться и не затрагиваться в ходе работы. В процессе психотерапии вопросы справедливости проявляются непосредственно в том, что предъявляет клиент (в основном о несправедливости по отношению к нему), но чаще они имплицитно содержатся в жалобах и историях на фоне проблем и конфликтов. Они могут быть связаны с историей клиента, его проблемами и самим терапевтическим процессом, включая выбор клиентом терапии, терапевтических отношений и стратегий терапевтической интервенции. Повышенная внимание к вопросу справедливости, терапевт может помочь улучшить терапевтический процесс (Kizilhan, Neumann, 2020).

Особое место занимают клиенты, кейсы которых напрямую связаны с целым рядом преступлений, например, преступлений против жизни и здоровья или половой неприкосновенности и свободы. Отсутствие социальной справедливости и продолжающаяся несправедливость не позволяют людям с отягощенными анамнезами пережить свой травматический опыт. В результате этого люди, а часто и их семьи, ближайшее окружение и все общество в целом деформируются на протяжении долгого времени. В свою очередь, если травматические события оказывают негативное влияние на здоровье и благополучие, то усилия, направленные на достижение справедливости, должны

быть способны компенсировать или уменьшить его. По этой причине признается важность психосоциального благополучия и психического здоровья не только для конкретного травмированного человека, но и для восстановления общества (Vyskocilova et al., 2015).

Различные политические, правовые и социальные программы, такие как восстановительное правосудие, травма-информированная юридическая практика, а также травма-информированный подход в психотерапии и консультировании постепенно начинают проникать на территорию постсоветского пространства. Восстановление справедливости требует хорошей психосоциальной помощи, например, своевременной психотерапии, которая поддерживает людей, справляющихся с несправедливостью и заново обретающих чувство справедливости.

Материалы и методы

Практикующими специалистами сферы охраны психического здоровья (психологами и психотерапевтами), которые занимаются консультированием (лечением) клиентов (пациентов) с расстройствами, связанными с перенесенными стрессовыми событиями (психической травмой), была заполнена анонимная анкета, состоящая из вопросов, посвященных реализации возмещения потерпевшим их психических страданий (морального вреда) в связи с совершенным в отношении них общественно опасным деянием (преступлением). В анонимном анкетировании приняли участие 107 специалистов (71% имели высшее психологическое образование, а 29% специалистов — высшее медицинское образование). Исследуемая выборка специалистов состояла из 16 мужчин (15%) и 91 женщины (85%). Средний возраст респондентов — $38,7 \pm 8,8$ ($M_1=35$, $M_2=37$, $M_3=38$; $Me=38$). Средний стаж работы по специальности — $7,8 \pm 5,8$ ($M=3$; $Me=5,5$). Большинство респондентов (90%) окончили аккредитованный курс международного проекта по когнитивно-поведенческой терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Среднее количество клиентов (пациентов) с психической травмой было в практике каждого из специалистов — 39,5, а клиентов с ПТСР — 9,5. Исследование было поперечным, сравнительным. Метод исследования — анкетирование. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона χ^2 с использованием поправки Йейтса. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета статистического анализа «Statistica 12.0».

Результаты и обсуждение

Одним из способов восстановления справедливости является финансовая компенсация психологических/психических страданий в результате преступления посредством правовой категории «моральный вред». Компенсация «морального вреда» закреплена целым рядом российских и белорусских законов. В связи с чем мы спросили у респондентов о том, знакомы ли они в принципе с правовой категорией «моральный вред». Ничего о данной категории ранее не знали 5,6% респондентов. Слышали об указанной правовой категории, но ничего не могут о ней пояснить 63,3% опрашиваемых. Утверждают, что знают о данной юридической категории достаточно для того, чтобы при необходимости ею воспользоваться, 30,8% специалистов. Между тремя вариантами ответов выявлена статистически значимая разница ($p<0,001$).

По опыту 64,5% опрошенных специалистов, их клиенты с психической травмой никогда не обращаются в суд за компенсацией перенесенных страданий от правонарушителя (компенсацией морального вреда). По опыту 30,8% специалистов, их клиенты с психической травмой очень редко обращаются в суд. И только по опыту 3,7% прошедших анкетирование, их клиенты часто обращаются в суд за компенсацией перенесенных страданий. Между тремя ответами выявлена статистически значимая разница ($p<0,001$).

В соответствии с последующим уточнением, 87,9% опрошенных отметили, что симптомы посттравматического стрессового расстройства сами по себе являются препятствием для обращения потерпевшего за компенсацией в суд. С ними не согласились 11,2% респондентов. Между ответами выявлена статистически значимая разница ($\chi^2=122,6$; $p<0,001$).

По мнению 18,7% опрошенных специалистов, причиной, которая не дает людям с психической травмой обратиться в суд для получения компенсации, является то, что они просто не знают о существовании такой возможности. По мнению 8,4% опрошенных, основной причиной является избегание любых взаимоотношений (даже через суд) с причинителем травмы (правонарушителем). В 63,6% случаев респонденты отметили значимыми оба варианта ответа ($\chi^2=42,6$; $p<0,001$).

Само название данной юридической конструкции «моральный вред» несколько неудачное, поскольку в общественном дискурсе этот термин наделен скорее философским смыслом и не отражает психологических страданий человека. Такое понимание указанного термина ставит в тупик потерпевших, когда на предварительном следствии или в

судебном заседании о наличии у них «морального вреда» спрашивает следователь, прокурор или судья. Более того, в научном обороте существует психолого-психиатрическая концепция морального вреда, которая в полной мере соответствует своему названию (нарушение собственных ценностей, которое приводит к страданиям), в отличие от обсуждаемой нами отечественной правовой категории (Скугаревский и др., 2024; Дукорский и др., 2024).

В связи с чем и был задан вопрос респондентам, а именно вопрос о том, целесообразно ли отечественную (российскую и белорусскую) категорию «моральный вред» заменить на принятую в мировом медико-правовом сообществе норму «психическая травма». Значимое большинство ($\chi^2=120$; $p<0,001$) специалистов (82,2%) посчитали, что необходимо перенять термин «психическая травма» и положительный опыт прогрессивных в данном вопросе западных стран (с поправкой на национальную медико-правовую реальность). Нужно заменить только название на более соответствующее — «психическая травма» — так ответили 5,6% опрошенных. Не сочли целесообразным что-либо менять 7,5% респондентов.

Таким образом, восстановление справедливости является важной составляющей психотерапии для людей с психической травмой, что возможно осуществлять с помощью подачи иска в суд о возмещении «морального вреда». Вместе с тем большая часть опрошенных специалистов охраны психического здоровья не знают о такой возможности, а большинство их клиентов с психической травмой никогда с подобным иском в суд не обращались, а также ничего не знали о существовании такой возможности. Кроме того, специалисты отметили, что симптомы посттравматического стрессового расстройства сами по себе являются препятствием обращения в суд. Внедрение травма-информированного подхода в психотерапию и консультирование позволит не только помогать клиентам восстанавливать свои законные права и интересы в юридическом значении, но и восстанавливать справедливость, возвращать доверие, а также улучшать терапевтический процесс исцеления от травмы.

Литература

Дукорский В.В., Скугаревский О.А., Остянко Ю.И., Дьяков Д.Г. Психолого-психиатрическая концепция морального вреда // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2024. № 2. С. 226–231.

Скугаревский О.А., Голубович В.В., Остянко Ю.И., Дукорский В.В.

Защита прав и законных интересов потерпевших с психической травмой // Медицинский журнал. 2024. № 3. С. 50–55.

Kizilhan J., Neumann J. The significance of justice in the psychotherapeutic treatment of traumatized people after war and crises // Frontiers in Psychiatry. 2020. V. 19. № 11. P. 1–10.

Vyskocilová J., Hrúby R., Slepčeky M., Latalova K., Prasko J. Justice in psychotherapy // Neuro Endocrinology Letters. 2015. V. 36. № 6. P. 589–599.

Социальная изменчивость как предиктор виктимизации личности

O.В. Защиринская

Санкт-Петербургский государственный университет,

Санкт-Петербург, Россия

zaoks@mail.ru

В статье представлен анализ научных представлений о сложностях социализации, которая под влиянием травматических событий способна приводить к виктимизации личности. В процессе семейного воспитания, принятия норм и ценностей различных референтных групп происходит освоение интенциональных действий, когнитивных и мотивационных основ поведения. Подавленная поисковая активность приводит к психотравмирующим последствиям. Нарушение самоидентичности повышает риск асоциальных и саморазрушающих форм поведения. На современном этапе исследований актуализируется проблематика формирования виктимного личностного типа. Рассмотрение факторов виктимности поведения среди молодежи включает теоретические представления о данном феномене в социально-психологическом контексте понимания последствий травматического стресса. Воспитание, образование и качество жизни в целом создают предпосылки для инвариантных траекторий развития личности при осмыслении причин повышения рисков виктимизации.

Ключевые слова: социализация, виктимность личности, травматический стресс, риски виктимизации

В процессе возрастного развития происходит усвоение социальных ценностей и трансформирование их в личностные. Под влиянием гиперсоциализирующего воспитания происходит потеря личностной идентичности, что способствует возникновению чрезмерного конформизма. При отторжении или слабом влиянии социальных ценностей снижается зрелость личной мотивации. Формирование личностных ценностей (Леонтьев, 1996) может совпадать с индивидуальными потребностями под воздействием усвоения идеалов малых референтных групп. Благодаря дезинтеграции этих ценностей с определенной частью индивидуальных потребностей возникают внутренние препятствия к их ассимиляции, что усиливает тенденции личностной девиации. Блокируется усвоение положительных примеров ценностного регулирования социально одобряемого поведения. При отсутствии устойчивых позитивных ценностей в семье и образовательном пространстве развивающаяся личность находит саморазрушительные модели социальной идентичности (Андронникова, 2019).

Анализ коррелятов ситуаций и состояний (Прохоров, 2011) показывает ситуативную динамику. При позитивных результатах — успехах в учебе, спорте, получении внимания друзей, благодарности — актуализируются переживания радости, счастья, вдохновения. В кризисные периоды — после смерти или болезни близкого человека, потери домашнего животного, конфликтов в школе — актуализируются состояния страха, гнева, отчаяния. В травматических ситуациях характерной становится импульсивная форма реагирования. Неравновесные состояния в основном недолговременны. Однако при их наличии в молодом возрасте характерен широкий спектр поведенческих реакций: от несогласия и протesta до суицидальных попыток.

Социальную среду развития можно рассматривать как контекст, который направляет развитие общественной психической сферы на формирование культурной идентичности. Так, Ш. Бюлер определяет процесс социального развития как самореализацию потенциальных возможностей человека, где определенную роль играют не только генетическая наследственность, но и последовательность внешних воздействий, внутренняя динамика самопознания, процесс самой деятельности.

Социальные условия влияют на стиль развития, изменяя и поведение, и соответственно — характер переживаний субъекта. Проактивный творческий стиль предусматривает включение в различные формы деятельности, и он может выступать как проблематизация. Импрови-

зация в решении собственных проблем или умение гибко менять свое поведение становятся факторами дальнейшего личностного развития.

Современные взгляды на развитие индивида в обществе имеют определенные концепты в понимании его как интегративного процесса. Интеграция социальных и когнитивных аспектов рассматривается как целостная трактовка одного и того же процесса. В социальном разделе своей теории развития личности Д. Болдуин опирается на разработанную им концепцию генезиса «Я». В отличие от эволюционно-когнитивной части этой теории, где развитие рассматривается как индивидуальная аккомодация, которая определена интенциональными действиями, социальная ее часть презентует индивида через генезис его сознания, что проявляется в ходе социальных интеракций.

Процесс социального взаимодействия — важный источник личностных аккомодаций, влияющий на формирование интеллекта индивида. Как видим, сознание индивида, по упомянутому автору, — в большей мере результат социального, чем когнитивного (Болдуин, 2021). В своей концепции развития личности автор видит главным условием развития научение, которое он понимает как втягивание в социальное окружение. Такая социабельность связана с эффектом «органического отбора» — эволюционно-когнитивной частью его концепции. В качестве ее основы определяется умение индивида синтезировать свою деятельность через ассилиативные и аккомодационные формы взаимодействия, которые включают в себя личностные элементы поиска творчества, инноваций. Д. Болдуин понимает подражание как возможность интеллектуально развиваться на протяжении различных возрастных стадий достижения сбалансированного сознания.

На первой проективной стадии «чистого подражания» возникает начальный уровень дифференциации между пониманием себя как индивида, отличного от других, и желанием воспроизвести различие с окружающими. На этой стадии зарождается чувство личного самосознания. Субъективная, вторая, стадия отвечает чувствам личности, которые проявляются в возникновении индивидуального понимания действительности через сознание. Появление знания о себе накладывает отпечаток на процесс социальной имитации. Действия индивида приобретают характер творчества. Воспроизведенные социальные качества приобретают определенные личностные цели, которые построены на интересе и выражены соответствующими аффектами и состояниями. Эджективная, третья, стадия связана с отождествлением индиви-

да с окружающими, т.е. переносом своего индивидуального сознания на других. Здесь и проистекает синтез ассоциации и аккомодации. В общем, Д. Болдуин приходит к выводу, что социальное взаимодействие и подражание служат главными условиями для личностных аккомодаций, важнейшим из которых является формирование интеллекта.

Категории социализации ввел в научный обиход Э. Дюргейм, который рассматривал ее как процесс вовлечения новых поколений в сферу социальной жизни. Э. Эрикссон попытался адаптировать теорию психоанализа к контексту социализации. Он подчеркивал значение индивидуального сознания в процессе коррекции эмоций и приведения индивидом своего поведения в соответствие с социальными ожиданиями. Автор понимал развитие личности как историю жизни индивида, которая происходит во взаимно координированных и взаимно проникающих системах: человеческого организма, индивидуального опыта и социальной организации индивидов, которой является общество.

С точки зрения А. Фрейд, индивидуальное развитие — это процесс постепенной социализации, подчиненной закономерностям перехода от принципа удовольствия к принципу реальности. Исследователем описана динамика психического развития и показаны его скачкообразность и неравномерность, включающие прогрессивные и регressive процессы в их чередовании, что отражается на процессе социализации.

Личностное становление определяется изменением стадий умственного развития, где с возрастом децентрация идет на смену эгоцентризму. Комментируя труд Ж. Пиаже, Л.Ф. Обухова подчеркивает, что для преодоления эгоцентризма необходимыми являются два условия: первое — осознать свое «Я» как субъекта и отделить субъект от объекта, второе — координировать свою точку зрения с другими, а не рассматривать ее как единственную возможную (Обухова, 1981). Смена умственных позиций происходит под влиянием социальных отношений. Процесс социализации во многом идентичен адаптации в социальной среде. Он заключается в том, что подрастающий индивид приобретает способности к сотрудничеству с другими. Социализация обуславливает кардинальный поворот в психическом развитии — переход от эгоцентричной позиции к объективной. Этот переход, по Ж. Пиаже, происходит в подростковом возрасте и детерминирован овладением умственными операциями до уровня абстрактно-понятийного мышления, что рассматривается как важный фактор преодоления эгоцентричной позиции.

В содержании экологической теории связей между человеком и окружением (Bronfenbrenner, 1993) рассматривается проблематика личности, которая развивается. Индивид динамично осваивает новые знания и умения, постепенно приобретает навыки к планированию и преобразованию мира, в котором он живет. Автор констатировал, что современная материальная культура влияет на семейные отношения, увеличивая степень отчуждения между поколениями. Он считает источником дезорганизующих влияний не только на семью, а образ жизни всего общества, то есть объективные обстоятельства, в которых происходит социализация. Развитие личности в социуме проявляется в росте ее способности не только к овладению действительностью, но также к ее трансформации.

Развитие и социализация личности, возможности ее влияния на среду существенно зависят от так называемой автоконцепции — обобщенного отражения совокупности своих мотивов, наставлений, способностей, умений, стиля деятельности и т.д. Достаточно объективный образ самого себя является одной из основ способности к гибкости и компетентности в действиях и поступках, а недоразвитость или искаженный характер автоконцепции усиливает риск возникновения девиантных форм поведения.

Модель человеческой личности (Hurrelmann, 1989), способной на творческое трансформирование действительности, должна быть методологически связана с исследованиями конкретных социальных реалий и их субъективного отражения. Отсюда следует необходимость разностороннего исследования социальной среды, в частности роли психических состояний подрастающей личности в различных условиях развития.

Процесс личностного становления (Чудновский, 2015) связан с духовно-моральной стороной общественных отношений. Поиску смысла жизни противопоставляются субъективные ментальные конструкты, которые негативно влияют на формирование личности прежде всего в молодом возрасте. Утрата или несформированность своей позиции, то есть того, что должно составлять психологическую основу каждого человека, ставит под угрозу нормативность личностного развития. Опасным аспектом сегодняшнего кризиса общества является разрушение мотивационных механизмов умственной деятельности, что способствует возникновению скрытой паники, которая находит свое проявление, в частности, во внешне немотивированной агрессивности и аутоагgressии.

Влияние травматических социальных обстоятельств опосредуется социально-психологическими факторами, приводя к негативным тенденциям личностного развития. Примером здесь может быть психология виктимизма — ощущение себя жертвой с характерными проявлениями высокой тревожности и пассивностью относительно будущего. Такая психология сформировалась у представителей молодежи на фоне личностной незрелости и конформизма, которые снижают адаптационные возможности, необходимые для здорового образа жизни. Социально-психологические причины, недостатки школьного и семейного воспитания находятся в основе комплексов, которые можно определить ярлыками «я недостаточно хороший», «я беспомощен», «я чужой для них» (Лихтарников, 2006). Подавленная поисковая активность приводит к психотравмирующим последствиям.

Успех в социальной среде обозначается способностью индивида правильно оперировать личностным образом идентичности. От нее зависит общая стратегия поведения. При недостатках образа «Я» чаще возникает риск асоциальных и саморазрушающих форм поведения (Васыгина, Тактуева, 2020). В отношениях молодежь чаще всего соприкасается с проблемой отчуждения. Проявления непонимания и духовного негативизма создают условия для разрушения индивидуальности, что в общем сказывается на психическом состоянии человека. Причина — личность оказалась в конфликте с социальной действительностью общества, в отношении которого у нее изменились взгляды на стереотип социальных отношений и сформировался деформированный взгляд на социально-ролевой процесс.

Анализ отношений индивида и общества показывает их взаимно трансформирующее влияние. Соответственно общие теоретические основы социализации подразумевают совершенствование личностных характеристик, которые предполагают способности для осуществления собственных преобразований. Процесс овладения действительностью и ее трансформации в значительной степени происходит при непосредственных социальных интеракциях в семье и других формальных и неформальных социальных институтах. Личность является результатом трансформации внешней (среды) и внутренней (организм) систем во всех их аспектах. Современная социальная изменчивость повышает неуверенность, которая находит свое проявление в личностной виктимизации. Решение данной проблематики связано с процессом успешного освоения габитуса — способности самостоятельно выработать

свою систему восприятия и оценивания конституционных диспозиций, которые организуют практику поведения и индивидуального осмысливания жизнеспособности.

Литература

- Андронникова О. О. Психологическая модель генезиса индивидуальной виктимизации: детский, подростковый и юношеский возраст // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2019. Вып. 2. С. 55–64.*
- Болдуин Дж. М. Духовное развитие с социологической и этической точки зрения. Исследование по социальной психологии. Том 1. Личность. М.: URSS, 2021.*
- Васягина Н. Н., Тактуева Ю. Г. Стилевые характеристики семейного воспитания как детерминанты аддиктивного поведения подростков // Семья и социум: психологические и социально-педагогические аспекты профилактики девиантного поведения: сб. материалов межрег. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. О. А. Драгановой. 2020. С. 16–19.*
- Леонтьев Д. А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопросы философии. 1996. № 4. С. 15–26.*
- Лихтарников А. Л. Условия передачи ценности в семейном воспитании // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2006. № 17. С. 78–89.*
- Обухова Л. Ф. Концепция Жана Пиаже: за и против. М.: Изд-во МГУ, 1981.*
- Прохоров А. О. Образ психического состояния: феноменологические особенности и личностные корреляты // Психологические исследования. 2011. № 4 (17).*
- Чудновский В. Э. Смысл жизни и личность // Психологические проблемы смысла жизни и акме. Электронный сборник материалов XX симпозиума / Под ред. Г. А. Вайзер, Н. В. Кисельниковой, Т. А. Поповой. М.: ФГНУ «Психологический институт РАО», 2015. С. 16–24.*
- Bronfenbrenner U. The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings // Development in context: Acting and thinking in specific environments / R. H. Wozniak, K. W. Fischer (Eds.). Hillsdale, 1993.*
- Hurrelmann K. Einführung in die Sozialisationstheorie: über den Zusammenhang von sozialstruktur und Personlichkeit. Beltz Verl. Weinheim, 1989.*

Роль небезопасных стилей привязанности в развитии комплексного ПТСР

M.IO. Козлов

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4
им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города
Москвы», Москва, Россия
420i33@mail.ru

В кратком нарративном обзоре представлены данные современных научных исследований, посвященных влиянию небезопасных стилей привязанности на развитие симптомов комплексного посттравматического стрессового расстройства (кПТСР). Показана связь небезопасных стилей привязанности с кластером DSO (Disturbances in Self-Organization — эмоциональная дисрегуляция, низкая самооценка, интерперсональные трудности), составляющих часть кПТСР. Рассмотрена каскадная модель развития кПТСР от ранней травмы отношений, через развитие небезопасных стилей, к формированию кПТСР. Обсуждена связь кПТСР и ПРЛ, их значительная коморбидность и пересечение диагностических категорий. Рассмотрена роль неэффективных копинг-стратегий, связанных с нарушением социального познания, ввиду развития небезопасных внутренних рабочих моделей как предиктора ухудшения симптомов кПТСР.

Ключевые слова: психическая травма, теория привязанности, комплексное посттравматическое расстройство, хроническая дезадаптация, психокоррекция

Роль небезопасных стилей привязанности (избегающего, тревожного, амбивалентного) как медиаторного фактора между ранней психологической травмой и развитием симптомов ПТСР известна достаточно давно. Речь идет прежде всего о случаях ПТСР, связанных с ненадлежащим отношением в раннем детстве, как правило, это пролонгированный, низкоинтенсивный вариант психотравматизации, приводящий к стойким изменениями структурно-функциональной организации мозга, прежде всего в областях, связанных с эмоциональным реагированием и социальным познанием. Ввиду отличия критериев диагностики это-

го варианта ПТСР от традиционного, как правило, ассоциированного с острыми внезапными переживаниями, непосредственно связанными с неблагоприятными факторами внешней среды, возникающими на фоне относительного психологического благополучия, была создана новая диагностическая категория комплексного посттравматического стрессового расстройства (кПТСР). Исследования показывают, что определенные формы жестокого обращения в детстве — физическое насилие/пренебрежение (бездзорность), эмоциональное насилие/пренебрежение (отчужденность), опосредованно, через нарушенные стили привязанности, связаны с симптомами кПТСР, прежде всего с явлением DSO (Disturbances in Self-Organization), обозначающим три феномена адаптации к комплексной травме, к которым относятся: аффективная дисрегуляция, негативная самоконцепция и трудности в отношениях (Tian et al., 2024), что, по сути, описывает истощение эмоциональных (дисрегуляция), психологических (низкая самооценка), социальных ресурсов (межличностные трудности) и отображает состояние хронической дезадаптации, связанной с пролонгированной психотравмой, что не описывается и не входит составной частью в классический вариант ПТСР. Любопытно, что, по данным недавнего аналитического обзора, чаще всего кПТСР ассоциируется с избегающим, нежели с тревожным стилем привязанности, а надежный стиль привязанности может выступать в качестве протективного фактора от развития кПТСР после воздействия травмирующих событий (Karatzias et al., 2020). Роль небезопасных стилей привязанности была подтверждена с помощью регрессионного анализа, наиболее значимыми предикторами развития кПТСР у индивидов, перенесших травму, оказались: негативные представления о себе, за которыми следовали тревога привязанности и подавление экспрессии (Karatzias et al., 2018). Кроме традиционного для психологических исследований дизайна и используемого математического аппарата — установления корреляционной связи и вклада факторов, группой исследователей была построена причинно-следственная модель предполагаемого континуума: психическая травма → небезопасные стили привязанности → кПТСР. Математическая модель подтвердила каскадную структуру: детская травма и жестокое обращение были связаны с тревогой привязанности, которая в свою очередь обусловливала негативные социально-межличностные процессы (трудности в раскрытии травмы, получение социального признания травмы и социальной поддержки), последние были связаны

со множеством аспектов кПТСР и низкой удовлетворенностью качеством жизни (Maercker et al., 2022). Вероятнее всего, небезопасные стили привязанности, как правило, ассоциированные с неэффективными, эмоционально-фокусированными копинг-стратегиями, препятствуют получению валидации, эмоциональному самораскрытию, экспрессии эмоций, что приводит к инкапсуляции аффекта в виде повышенного уровня неспецифического возбуждения,очных кошмаров с флембэками, избеганию, диссоциации и актуализации иных дисфункциональных поведенческих стратегий и психологических защитных механизмов. Этот вывод подтверждается данными двух недавних исследований, в первом авторы приходят к выводу, что основным нуждающимся в переработке представлением является убеждение в невозможности получения понимания, поддержки, надлежащего ухода и защиты, отягощающегося негативным отношением к себе (Sandberg, 2022). Во втором авторы дополняют, что стили привязанности связаны с большей склонностью к соматизации, эмоциональному подавлению и дефицитом социальной поддержки у индивидов с чертами кПТСР (O'Connor, 2008). Еще одним подтверждением мысли, что неэффективные межличностные стратегии приводят к ухудшению симптомов ПТСР, являются результаты большого китайского исследования на значительной выборке в 32 388 студентов, прошедших анкетирование для изучения стилей привязанности и симптомов кПТСР, а также медиаторная роль самосострадательного отношения, были еще раз подтверждены данные о связи небезопасных стилей привязанности с симптомами кПТСР и показано положительное влияние самосострадательного самоотношения, но преимущественно на симптомы DSO (дизрегуляция, низкая самооценка, межличностные трудности), нежели на симптомы ПТСР (флембэки, избегание, гипервозбудимость, негативная эмоциональность и т.д) (Peng, 2025). С появлением диагноза кПТСР возник определенный диагностический конфликт с активно изучаемым «расстройством привязанности у взрослых (AAD)» (как последствия неразрешенного реактивного расстройства привязанности у детей — F94.1 в МКБ-10), авторы недавнего нарративного обзора, изучив материалы 71-й статьи, посвященной долгосрочным последствиям расстройства привязанности и кПТСР, приходят к выводу о значительном пересечении и совпадении диагностических категорий (Owen, 2020). Еще одной проблемой является разграничение кПТСР и ПРЛ, недавние концептуальные работы отражают, что часто

два диагноза показывают значительную коморбидность, однако на основе распространенности, сопутствующей патологии, клинической феноменологии, роли психотравматизации, нейробиологической картине, специфических механизмов нарушения эмоциональной регуляции и роли диссоциативных процессов — два диагноза удается до известной степени разделить или представить их как стадии одного процесса дезадаптации (Ford, 2021). О связи кПТСР и ПРЛ было важно сказать, поскольку оба расстройства показывают значительную ассоциацию с ненадежными стилями привязанности, и в этой точке они однозначно сходятся, однако если для коррекции небезопасных стилей привязанности не разработано унифицированного протокола работы, то в зависимости от диагноза ПРЛ или кПТСР будут предложены различные варианты психо/фармакотерапии (Ford, 2014). Завершить краткий нарративный обзор хочется названием одной из статей, посвященных обсуждаемой теме, которая звучит так: «Роль интегративного контекста в излечении от комплексной травмы: это все о привязанности» (*The role of intergenerational context in recovery from complex trauma: It's all about attachment*) (Otu, 2020). На основании представленных выше материалов роль небезопасных стилей привязанности может являться ключевым посредником между психической травмой и развитием кПТСР, а следовательно, терапевтические усилия должны быть не в последнюю очередь адресованы формированию надежной привязанности вообще и в терапевтическом контексте в частности. В последние годы появляются научные исследования, сообщающие о важности формирования надежной привязанности у индивидов с разными психическими расстройствами, уязвимость к которым была заложена в раннем возрастном периоде ввиду ненадлежащего отношения. В ближайшие годы мы можем увидеть возникновение психотерапевтических протоколов, нацеленных прежде всего на интерперсональные факторы, важность которых недостаточно оценивается специалистами, проводящими инструментальную или психотехническую помощь (экспозиционная терапия, технологии БОС или VR).

Изучение влияния небезопасных стилей привязанности на развитие симптомов кПТСР, как и сам диагноз, находится на фронтире современных клинико-психологических исследований ввиду значительной социальной и медицинской значимости заболевания и его предикторов. Вполне обоснованной представляется каскадная модель развития заболевания, в которой ненадежные стили привязанности являются

одним из ведущих медиаторов между ранней травмой отношений и развитием симптомов кПТСР (прежде всего DSO кластера). Одним из способов, которым небезопасные стили привязанности могут влиять на ухудшение симптомов ПТСР, является формирование неэффективных, эмоционально-фокусированных копинг-стратегий, значительно снижающих качество интерперсонального взаимодействия (трудности сообщения о травме, валидации и поддержки со стороны окружения, уверенность в неспособности получить адекватную помощь, низкая способность к самосостраданию). Полученные данные отчасти объясняют феномен низкой обращаемости индивидов с посттравматическим стрессовым расстройством за медико-психологической помощью.

Литература

- Ford J.D., Courtois C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2021. V. 8. № 1. P. 16.
- Ford J.D., Courtois C.A. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2014. V. 1. P. 1–17.
- Karatzias T., Shevlin M., Ford J.D., Fyvie C., Grandison G., Hyland P., Cloitre M. Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment // Development and psychopathology.* 2022. V. 34 (3). P. 1192–1197.
- Maercker A., Bernays F., Rohner S.L., Thoma M. V. A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors // Journal of traumatic stress,* 2022. V. 35 (2). P. 446–460.
- O'Connor M., Elkli A. Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma // Attachment & human development.* 2008. V. 10. № 1. P. 59–71.
- Otu M. The role of intergenerational context in recovery from complex trauma: It's all about attachment // The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter.* 2020. V. 36. № 10. P. 1–4.
- Owen C. Obscure dichotomy of early childhood trauma in PTSD versus attachment disorders // Trauma, Violence, & Abuse.* 2020. V. 21. № 1. P. 83–96.
- Peng Y., Ishak Z. Self-compassion as a mediator of attachment anxiety, attachment avoidance, and complex PTSD in college students with adverse childhood experiences // Scientific Reports.* 2025. V. 15. № 1. P. 786.

Sandberg D.A., Refrea V. Adult attachment as a mediator of the link between interpersonal trauma and International Classification of Diseases (ICD)-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder symptoms among college men and women // Journal of Interpersonal Violence. 2022. V. 37. № 23–24. P. NP22528–NP22548.

Tian Y., Li W., Wu X., Cheng X. Childhood traumatic experiences and complex posttraumatic stress disorder in Chinese adolescents: The mediating role of attachment // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2024. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001719>

Стressовые состояния у представителей больших социальных групп (на примере пользователей социальных сетей)

Ю.В. Ковалева, Е.К. Рубцова**, Е.Р. Шмеерова***

*Институт психологии РАН, Москва
julkov@inbox.ru

**АО Крибрум, Москва
rubtsgo@gmail.com
shmeerovae@gmail.com

Обосновывается правомерность применения понятий «стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» к большим социальным группам, особенно в периоды социальных трансформаций и трагических событий XX и XXI веков, затронувших большие массы людей как во всем мире, так и в нашей стране. Приведены результаты изменения проявлений стрессовых состояний в сообщениях (постах) пользователей российских социальных сетей, проанализирована динамика стресса за 2021–2024 гг. Показано, что она отражает ряд психологических феноменов. Во-первых, быстрое реагирование на конкретное событие. Во-вторых, общий тренд стресса за эти годы демонстрирует снижение уровня этого состояния, что, предположительно, может говорить о том, что за последние годы пользователи привыкли и адаптировались к быстро меняющейся социальной обстановке.

Ключевые слова: стресс, ПТСР, социальные трансформации, большие социальные группы, групповой стресс, социальные сети, динамика стрессовых состояний

Первые десятилетия XXI в. позволили проанализировать события прошедшего XX в. и увидеть, пусть пока и на небольшом историческом расстоянии, тектонические сдвиги в социальном устройстве человечества. За 100 лет многие страны, особенно Россия, прошли в своем развитии несколько общественно-политических формаций, катастрофических войн и неоднократную ломку государственного устройства. Россия в этом не уникальна, достаточно вспомнить взлеты и падения Германии, Японии, Китая, распады европейских империй. Но что особенно важно и интересно сейчас — это периоды глобализации в начале и конце XX в. (первый, пришедший на период перед Первой мировой войной, по мощности миграции трудовых ресурсов и динамике капиталов оценивается даже выше современного, связанного с новыми способами создания и распространения информации) (Неклесса, 2013).

Все эти процессы в первую очередь затрагивали представителей больших социальных групп, которые меняли места проживания, профессии, социальные статусы, уровень жизни, участвовали и погибали в войнах. Подобные социальные трансформации не могли не вызывать у их представителей серьезных психических откликов в виде общего стресса и социальной тревоги. Таким образом, «Социальные изменения конца XX в. стали причиной перенесения из сферы медико-психологической парадигмы травмы в сферу социальных и философских наук, где она развивается в связи с постоянными внезапными социальными изменениями и социальными трансформациями. Дестабилизация, дезорганизация и дезориентация, повсеместно наблюдаемые в обществе, именно и являются сутью последствий перемен на уровне личности, группы, социума» (Доний, 2013, с. 6). Впервые в своих работах такой «диагноз обществу» поставил П. Штомпка (Штомпка, 2001), введя в научный дискурс понятие «социальная травма», и «концепт травмы оказался востребованным для анализа того воздействия, которое оказывает на индивида окружающая социально-культурная среда, находящаяся в состоянии постоянных, быстрых, радикальных, непредсказуемых и все ускоряющихся перемен» (Доний, 2013, с. 7).

В Институте психологии РАН есть своя история изучения различных коллективных феноменов больших социальных групп, которые

можно отнести к стрессовым расстройствам. В первую очередь к ним следует отнести большой пласт работ по переживанию последствий Чернобыльской катастрофы (Журавлев, 1996; Журавлев и др., 1995), раскрывший многие феномены переживания трагического события, повлиявшего на всю жизнедеятельность людей, в него вовлеченных (Хащенко, 2002). На пандемию COVID-19 журнал ИП РАН «Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология» откликнулся специальным выпуском, в котором сотрудники института показали результаты изучения этого абсолютно нового и оттого предельно стрессового периода, затронувшего весь мир (всего было опубликовано двенадцать статей). Ситуация пандемии была изучена как психотравмирующая ситуация (Быховец, Коган-Лернер, 2020); проанализированы риски психической травматизации медицинских работников (Падун, 2020), показана динамика общественного настроения в социальных сетях во время пандемии (Ковалева, Журавлев, 2020). Последняя работа касалась разработок по изучению субъектности больших социальных групп на примере социальных сетей, которые в наши дни стали важным источником информации. В своих сообщениях пользователи не только делились новостями, но и одновременно демонстрировали свои чувства и отношение к ситуации в мире, стране и обществе.

Особенно это становится заметным, когда происходят какие-то яркие события, как положительные, так и, зачастую, отрицательные — именно в такие моменты можно наблюдать изменение настроения пользователей социальных сетей — они показывают самую широкую гамму чувств от беспокойства и стресса до гнева или пессимизма. Социальные сети служат индикатором состояния общества в целом.

Возможности поисковых систем АО Крибрум позволяют анализировать сообщения пользователей на предмет присутствия в них признаков различных психологических состояний, в том числе стрессовых. Для этого были составлены списки слов и словосочетаний, выполняющие роль поисковых запросов и соответствующие различным проявлениям стресса. Списки составлялись на основании определения и описания стрессового расстройства в литературе (Юнусова и др., 2008).

Всего было проанализировано 7 797 324 сообщения 3 655 784 пользователей по различным возрастным группам с учетом пола в социальных сетях ВКонтакте, Одноклассники и Телеграм. Среди авторов,

указавших свой пол, было 301 758 мужчин и 729 450 женщин, всего 1 351 211, остальные авторы пол не указали. Измерения проводились по сообщениям с января 2021 г. по декабрь 2024 г.

Полученные данные позволяют видеть следующие тенденции.

1) В 2021 г. наблюдался довольно высокий уровень стресса среди всех групп (мужчин, женщин, общий стресс). За последние четыре года, как можно судить по текстам пользователей в социальных сетях, 2021 г. был наиболее тяжелым и стрессовым для российских сетевых пользователей. Особенно высокие показатели были в марте, октябре и декабре 2021 г., что может быть связано с несколькими факторами:

- пандемией COVID-19: несмотря на то что пик пандемии уже прошел, последствия продолжали ощущаться. Высокий уровень стресса могли вызывать ограничения, карантины, нестабильность в экономике и изменения в образе жизни;
- высокой инфляцией: усилить стресс у населения мог и рост цен на товары и услуги в России в 2021 г.

2) В 2022 г. общий уровень стресса в обществе снизился более чем на 9% по сравнению с 2021 г. — при этом наблюдался ряд пиковых моментов, в которых общий уровень стресса превысил его показатели 2021 г. Так, в марте 2022 г. регистрируется высокий уровень стресса, особенно среди женщин. Это может быть связано с:

- началом специальной военной операции на Украине (февраль 2022 г.): военные действия и обострение отношений между странами привели к росту неопределенности, изменениям в привычном образе жизни и даже угрозе безопасности;
- санкциями, введенными против России, которые также могли значительно повлиять на уровень стресса: с рынка России ушли многие западные компании, что изменило привычное потребление населения, а работникам этих компаний пришлось искать новые рабочие места, что и повлияло на психологическое состояние пользователей.

Общий уровень стресса показал рост в периоды кризисов (февраль-март и сентябрь 2022 г. (начало мобилизации)) и снижение в более спокойные месяцы. Это еще раз подчеркивает, что ни одно событие в стране и мире не остается незамеченным пользователями социальных сетей.

3) В 2023 г. наблюдалось дальнейшее снижение уровня стресса (на 21% ниже, чем в 2021 г.). На это могли повлиять следующие причины:

- привыкание общества: люди, вероятно, свыклись с новыми условиями жизни после изменений, вызванных СВО и экономическими санкциями, выработали новые бытовые привычки и сформировали собственное отношение к происходящему. Все это привело к тому, что часть стресса ушла с течением времени;
- экономическая адаптация страны: государством в условиях санкций предпринимались усилия по стабилизации экономики, что помогло снизить уровень стресса.

4) В 2024 г. уровень стресса продолжал снижаться, хотя в декабре снова наблюдался небольшой скачок. Это может быть следствием переживаний, связанных с такими событиями, как рост инфляции, политический кризис в Сирии, когда российской армии не удалось повлиять на антиправительственные военные действия, что не могло не сказаться на военном имидже и престиже России. Также в декабре произошло крушение двух танкеров в Азовском море, что привело к экологической катастрофе на курортном побережье России. Эти события сопровождались активизацией гражданского общества и его недовольством вклада официальных властей в разрешение проблемы. В декабре 2024 г. в Москве был совершен террористический акт, и погиб начальник войск РЗХО И. Кириллов. Также 25 декабря 2024 г. произошло крушение авиалайнера «Азербайджанских авиалиний», которое привело к обострению азербайджано-российских отношений. Все эти события вкупе создали сильный стрессовый фон и так или иначе затронули многие слои общества.

Уровень стресса среди мужчин и женщин различается — выше он у женщин. Это может быть связано с тем, что они чаще сталкиваются со значительно большей нагрузкой в жизни, будучи занятymi и профессиональными, и домашними заботами. Женщины также более склонны к переживаниям и чаще их демонстрируют, тогда как мужчины привыкли реже делиться своими чувствами с окружающими, тем более в социальных сетях. У мужчин в целом более низкий стресс, но и у них бывают колебания его уровня, особенно в ответ на экономические и политические события.

Связан ли каким-то образом возраст пользователей с уровнем стресса в их сообщениях? Если проанализировать количество сообщений и

количество их авторов, то можно видеть, что строгой зависимости нет. Среднее количество сообщений в возрастных группах младше 18 лет, с 18 до 25 лет, с 26 до 35 лет, с 36 до 45 лет, с 46 до 64 лет и старше 64 лет колеблется от 1,3 до 1,7 сообщения с признаками стресса для одного автора для каждого года за все четыре года наблюдений. Однако несмотря на то, что количество пользователей с признаками стресса во всех возрастных группах с каждым годом становилось меньше, среднее количество сообщений в старших возрастных группах, начиная с 36 лет, незначительно, но все-таки росло. Видимо, стресс чаще сопровождает более опытных людей, способных видеть проблемы и их последствия. Одновременно это говорит о большей уязвимости старшего поколения, о том, что с возрастом человек становится более чувствительным и сильнее переживает то, к чему молодые люди относятся спокойнее и в какой-то мере безразличнее.

Таким образом, динамика стресса в России, основанная на данных, полученных компанией Крибрум, четко отражает ответ общества на такие крупные внутренние и внешние события, как пандемия, экономические кризисы, СВО и политические изменения. Тренды показывают, что стресс был на пике в 2021–2022 гг., с последующим снижением в 2023–2024 гг., что может свидетельствовать о процессе адаптации общества к политическим и экономическим условиям последних лет.

Литература

- Быховец Ю.В., Коган-Лернер Л.Б. Пандемия COVID-19 как многофакторная психотравмирующая ситуация // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2020. Т. 5. № 2 (18). С. 291–308.
- Доний Н.Е. Диагноз (пост)современного общества: травма // Национальный педагогический университет им. М.П. Драгоманова. 2013. № 3. С. 39–45.
- Журавлев А.Л. Динамика отношения человека к природе в посткатастрофный период (на примере аварии на ЧАЭС) // Динамика социально-психологических явлений в изменяющемся обществе. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1996. С. 186–195.
- Журавлев А.Л., Сумарокова В.А., Воловикова М.И. Испытание страхом (Чернобыль в судьбе человека) // Сознание личности в кризисном обществе. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1995. С. 95–108.

- Ковалева Ю.В., Журавлев А.Л.* Общественное настроение и субъектность сетевого сообщества в период пандемии COVID-19: на примере социальной сети Твиттер // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология 2020. Т. 5. № 2 (18). С. 154–188.
- Неклесса А.И.* Постсовременный мир в новой системе координат // Глобальное сообщество: новая система координат (подходы к проблеме). СПб.: Алетейя, 2000.
- Падун М.А.* Риски психической травматизации медицинских работников во время пандемии COVID-19 // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология 2020. Т. 5. № 2 (18). С. 309–329.
- Хащенко Н.Н.* Социально-психологические факторы жизнедеятельности личности на экологически неблагоприятных территориях: Чернобыльский след: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2002.
- Штомпка П.* Социальное изменение как травма // Социологические исследования. 2001. № 1. С. 6–16.
- Юнусова С.Г., Розенталь А.Н., Балтина Т.В.* Стресс. Биологический и психологический аспекты // Ученые записки Казанского государственного университета. 2008. Т. 150. Кн. 3. С. 139–150.

Самостигматизация как модератор связи идентичности и симптомов посттравматического стресса у женщин, переживших сексуальное насилие

B. E. Лебедева

Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского,
Саратов, Россия
lebedeva.valeriya99@mail.ru

В данной работе представлены результаты исследования влияния самостигматизации на связь идентичности и симптомов посттравматического стресса у женщин, переживших сексуальное насилие. С использованием обобщенной линейной модели для анализа модерации

изучалась выборка из 196 женщин, переживших сексуальное насилие и стигматизацию со стороны ближайшего социального окружения на основании пережитого опыта. Обнаружено, что такие компоненты и процессы идентичности, как «навязчивый поиск», «устойчивость», «целостность», «уникальность», «глубокий поиск», оказывают значимое влияние на выраженность симптомов посттравматического стресса. Подтверждено положительное модерирующее влияние самостигматизации на связи симптомов посттравматического стресса с такими процессами и компонентами идентичности, как «навязчивый поиск», «целостность», «устойчивость», что позволило подтвердить выдвинутую гипотезу исследования.

Ключевые слова: самостигматизация, идентичность, посттравматический стресс, сексуальное насилие, анализ модерации

Одним из направлений исследования посттравматического стресса является изучение предшествующих ему объективных обстоятельств в жизни индивида и интрапсихических субъективных факторов, способствующих его генезису (Гаранян, 2013). Сексуальное насилие традиционно рассматривается как один из значимых предикторов формирования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР или КПТСР в случае пролонгированного влияния травматического стрессора) наряду с участием в боевых действиях (в том числе в качестве их свидетеля), переживанием пыток, смерти близкого человека и т. д. (Chivers-Wilson, 2006).

С позиции Ж. Лакана (Лакан, 2004), психический ущерб от воздействия травматического стрессора прежде всего связан с непредсказуемостью его вторжения в автоматизированную, легко прогнозируемую повседневность, случайным характером возникновения, трудностью в усвоении (представлении, вербализации), несоответствием принципу удовольствия (нахождением «по ту сторону» от него). Для описания травматического опыта Лакан вводит неологизм «*troumatisme*», в котором частица «*trou*» означает «брешь», «дыру» в реальности как результат воздействия травматического стрессора, нарушающего тем самым смысловую ткань и субъективной реальности личности (Лакан, 2004).

Из высказанного следует, что переживание травматического опыта нарушает базовое чувство безопасности, структуру идентичности и когнитивную модель мира субъекта (Тарабрина, 2001). В контексте исследования особенностей посттравматического стресса у женщин,

переживших сексуальное насилие, концепция стигматизированной идентичности приобретает для нас особое значение, поскольку травматический опыт может не только деформировать представления субъекта о себе, но и приводить к социальной самокатегоризации со стигматизируемой группой, пережившей схожий травматический опыт, а также к социальному исключению, порицанию и отвержению в связи с раскрытием Другим своей принадлежности к данной группе (Goffman, 1964).

Согласно автору данной концепции, И. Гоффману, лица со стигматизированной идентичностью испытывают серьезное психологическое давление из-за сомнений при решении вопроса о том, в каком социальном контексте следует раскрывать или скрывать свою идентичность (Goffman, 1964). Решение о сокрытии или раскрытии Другим своей принадлежности к социально стигматизированной группе имеет большое значение, поскольку оно прямо влияет на благополучие социальных интеракций личности.

Так, опыт переживания сексуального насилия в российской социокультурной среде является основанием для стигматизации личности в силу господствующей тенденции осуждения жертвы, приписывания ей вины и ответственности за произошедшее преступление, при этом стигматизация может выражаться на разных уровнях — межличностного общения, построения профессиональной карьеры, получения качественной медицинской и/или правовой помощи и т. д. (Власов, 2014).

Необходимо отметить, что в литературе существуют убедительные эмпирические доказательства того, что негативные последствия посттравматического стресса усиливаются из-за стигматизации. Например, сексуальное насилие, пережитое в детстве, может рассматриваться как стигматизированная травма из-за интенсивных чувств стыда и вины, «навязываемых» пострадавшему субъекту ближайшим социальным окружением (Muldoon et al., 2019).

В связи с этим выделяют отдельный феномен самостигматизации, которая характерна для многих лиц, переживших травматический опыт, в дополнение к фактору стигматизации со стороны общества (Tasheuras, 2019). Иначе говоря, самостигматизация представляет собой интериоризацию стигматизирующего отношения со стороны Других субъектов. Собственно, стигматизирующая реакция общества и значимых Других на травматический опыт личности также усиливает негативные эффекты от него (Schneider et al., 2018).

Таким образом, актуальность настоящего исследования сопряжена с необходимостью определения ресурсных и уязвимых зон в структуре идентичности женщин, переживающих симптомы посттравматического стресса и самостигматизацию как последствия сексуального насилия.

Цель работы: исследование влияния самостигматизации на направленность и характер связи идентичности и симптомов посттравматического стресса у женщин, переживших сексуальное насилие.

Гипотеза исследования: самостигматизация является модератором связи идентичности и симптомов посттравматического стресса у женщин, переживших сексуальное насилие.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 196 женщин в возрасте от 19 до 34 лет ($M=23,47$; $SD=5,29$), которые пережили сексуальное насилие и стигматизацию (по их субъективной оценке) со стороны ближайшего социального окружения (семьи, родственников, друзей) на основании пережитого опыта в течение последнего полугодия на момент участия в исследовании.

Важно отметить, что мы не включали в состав выборки лиц, которые пережили опыт сексуального насилия менее месяца назад, для того, чтобы не столкнуться с феноменом острой реакции на стресс, который не являлся предметом нашего исследования. Также отметим, что исследуемая выборка является неклинической: в ее состав входят лица, не имеющие официально подтвержденных медицинских диагнозов психиатрического характера (в частности, ПТСР, КПТСР).

Исследование проводилось в онлайн-формате с использованием сервиса для сбора данных Яндекс.Формы. Ссылка на форму с набором методик открыто распространялась в социальных сетях и мессенджерах (таргетированная и контекстная реклама в сообществах и каналах социальной сети ВКонтакте, мессенджера Telegram). При поиске участников исследования использована стратегия случайного отбора испытуемых для обеспечения репрезентативности выборки.

Методики исследования: опросник «Степень выраженности самостигматизации» Дж. Бойда в адаптации С.Н. Ениколопова и др.; методика «Индекс устойчивости идентичности» Г. Брейквелла в адаптации Я.А. Соловьевой, М.А. Одинцовой; методика «Процессы идентичности личности» М. Берзонски и др. в адаптации Ю.В. Борисенко; «Шкала оценки влияния травматического события» М. Горовитц и др. в адаптации Н.В. Тарабриной.

Математические методы статистической обработки данных: анализ модерации на базе обобщенной линейной модели (generalized linear model, GLM). Обработка результатов психологического тестирования осуществлялась в статистической программе JASP, v. 0.19.3.0.

Результаты исследования, их обсуждение

В построенной обобщенной линейной модели в качестве зависимой переменной выступила интегральная шкала методики «Шкала оценки влияния травматического события»; независимых переменных — компоненты («самооценка», «самоэффективность», «устойчивость», «целостность», «的独特性») и процессы идентичности («принятие обязательств», «поиск вширь», «навязчивый поиск», «идентификация с обязательствами», «глубокий поиск»); переменной-модератора — степень выраженности самостигматизации.

Приведем наиболее робастные индексы соответствия модели: RMSEA=0,036 (доверительный интервал: 0–0,083); CFI=0,952; TLI=0,954; $\chi^2=11,27$ ($df=5$) — полученные результаты свидетельствуют о хорошем соответствии модели эмпирическим данным (Aryadoust, Raquel, 2019).

Из включенных в модель предикторов значимое прямое влияние ($p<0,01$) на выраженность симптомов посттравматического стресса оказывает такой процесс идентичности, как «навязчивый поиск» ($\beta=0,178$), значимое обратное влияние ($p<0,01$) оказывают такие компоненты и процессы идентичности, как «устойчивость» ($\beta=-0,192$), «целостность» ($\beta=-0,349$), «的独特性» ($\beta=-0,204$), «глубокий поиск» ($\beta=-0,157$). Можно заключить, что переживание посттравматического стресса у женщин, подвергавшихся сексуальному насилию, ассоциировано с компульсивными попытками реструктуризации идентичности, которая воспринимается как поврежденная, незащищенная от влияния внешней среды, лишенная качественного своеобразия и самобытности. Также переживание посттравматической симптоматики сопряжено с воспринимаемым снижением способности к глубокому рефлексивному поиску и переосмыслению личностных оснований идентичности, что может являться формой психологической защиты, предохраняющей субъекта от фиксации на гиперрефлексии травматического опыта.

Также при анализе модерирующего влияния самостигматизации на связь идентичности и симптомов посттравматического стресса были обнаружены следующие значимые ($p<0,01$) эффекты: 1) положительный эффект ($\beta=0,261$) модерации связи симптомов посттравматического стресса и процесса идентичности «навязчивый поиск»;

2) положительный эффект ($\beta=395$) модерации связи симптомов посттравматического стресса и компонента идентичности «целостность»; 3) положительный эффект ($\beta=406$) модерации связи симптомов посттравматического стресса и компонента идентичности «устойчивость». Следовательно, самостигматизация опосредует усиление перечисленных прямых и обратных связей идентичности и симптомов посттравматического стресса. Можно предположить, что отвержение и порицание со стороны значимых Других как обратная связь на самораскрытие женщин (сообщение о пережитом опыте сексуального насилия) спровоцировали переживание ими вины и стыда вследствие смещения фокуса ответственности с преступника на себя как актора ситуации насилия. Самообвинение, восприятие себя опозоренной, «заклейменной» болью, унижением и виной затрудняют непротиворечивое осмысление и реинтеграцию женщинами травматического опыта в силу нарушения глубинных личностных оснований идентичности, которое связано не только с содержанием травматической ситуации, но и стигматизацией со стороны значимых Других.

Выводы

По результатам проведенного исследования подтверждено модерирующее влияние самостигматизации на связь идентичности и симптомов посттравматического стресса. Полученные данные могут быть использованы в целях психологической коррекции уязвимых зон личности, пережившей опыт сексуального насилия и стигматизации со стороны значимых Других.

Литература

- Власов А. Э. Исследование восприятия образа-стереотипа потенциальной жертвы изнасилования у девушек 18–22 лет // Концепт. 2014. № 9. С. 1–5.*
- Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 46–72.*
- Лакан Ж. Семинары. Книга 11. Четыре основные понятия психоанализа. М.: Гнозис, Логос, 2004.*
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.*
- Aryadoust V, Raquel M. Quantitative data analysis for language assessment. Volume II Advanced Methods. London: Routledge, 2019.*
- Chivers-Wilson K. Sexual assault and posttraumatic stress disorder: a review of the biological, psychological and sociological factors and treatments*

- // McGill Journal of Medicine: an international forum for the advancement of medical sciences by students. 2006. № 9. P. 111–118.
- Goffman E.* Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New Jersey: Prentice-Hall, 1964.
- Muldoon O.T., Haslam S.A., Haslam C., Cruwys T., Kearns M., Jetten J.* The social psychology of responses to trauma: social identity pathways associated with divergent traumatic responses // European Review of Social Psychology. 2019. V. 30. № 1. P. 311–348.
- Schneider A., Conrad D., Pfeiffer A., Elbert T., Kolassa I.T., Wilker S.* Stigmatization is associated with increased PTSD risk after traumatic stress and diminished likelihood of spontaneous remission — a study with East-African conflict survivors // Frontiers in Psychiatry. 2018. № 9. P. 423–439.
- Tasheuras O.N.* Fostering resiliency and preventing re-victimization: a proposed social learning theory intervention for adult survivors of childhood sexual abuse // Crisis, Stress, and Human Resilience: An International Journal. 2019. V. 1. № 1. P. 22–27.

Негативные и позитивные последствия стресса вынужденной разлуки в близких отношениях*

M.B. Сапоровская, A.C. Каменская

Костромской государственный университет, Кострома, Россия
saporov35@mail.ru
annakam44@mail.ru

В статье представлены результаты исследования восприятия и совладания со стрессом вынужденной длительной разлуки, вызванной мобилизационными событиями в контексте СВО. Выборка: 120 человек, от 18 до 56 лет (86 женщин и 34 мужчины), чьи романтические партнеры или друзья находятся в зоне боевых действий. Выявлено, что в романтических отношениях преобладают тревога, страх и печаль, вызванные неопределенностью будущего и отсутствием контроля. В дружеских отношениях ключевое переживание — чувство вины. Респонденты

* Исследование проводится при финансовой поддержке РНФ, проект № 24–28–00896.

демонстрируют гибкость копинга, наиболее распространены стратегии избегания и отвлечения. Выделены паттерны совладания: принятие неизбежности, позитивная переоценка ситуации и снижение субъективной значимости разлуки. Установлено, что, несмотря на высокий уровень стресса, вынужденная разлука является амбивалентным феноменом и может приводить к позитивным изменениям, включая укрепление эмоциональной связи и развитие личностных ресурсов.

Ключевые слова: вынужденная разлука, стресс, близкие отношения, субъективная оценка, совладающее поведение

Современный социокультурный ландшафт, который проявляется в росте глобализации, профессиональной мобильности и вынужденных миграциях, усилии стрессовых нагрузок и экстремальностью ситуаций, значительно изменяет динамику близких отношений. Вынужденная разлука между партнерами, супругами или членами семьи перестает быть редкостью и становится все более актуальным условием повседневной жизни людей.

Разлука в близких отношениях в данном исследовании категоризируется как социально-психологический феномен (ненормативный феномен), характеризующийся временным или постоянным прекращением физического и/или эмоционального контакта между партнерами, что может быть вызвано их географическим (пространственным) разъединением, резким изменением привычного стиля взаимодействия, расставанием или завершением отношений.

Важной для нас является позиция о том, что разлука является для партнеров источником напряженности и стресса (хотя и разной степени), требует адаптации и перестройки моделей коммуникации.

Несмотря на растущий интерес к исследованию стресса, связанного с психологией разлуки, научный дискурс здесь остается фрагментарным. Большинство исследований акцентируют внимание на негативных последствиях, тогда как потенциал позитивных трансформаций отношений в этом контексте остается недостаточно исследованным.

Важной переменной в этом предметном поле выступает «вынужденность» как социально-психологический феномен, возникающий в условиях ограниченного выбора. Человек, диада или группа вынуждены действовать под давлением внешних обстоятельств, часто вопреки собственным интенциям, что может сопровождаться ощущением принуждения, тревогой и снижением качества жизни. Однако вынужденность способна

выступать и катализатором личностного роста. Даже в «жестких» рамках человек сохраняет возможность интерпретировать ситуацию и выбирать стратегии реагирования, что может привести к постстрессовому росту и отражает диалектику внешних ограничений и внутренней свободы.

Таким образом, актуальность изучения стресса вынужденной (и особенно длительной) разлуки обусловлена необходимостью формирования целостного понимания ее влияния на близкие отношения. С одной стороны, длительная разлука может провоцировать нарушения коммуникации, снижение удовлетворенности отношениями и даже их распад, что подтверждается работами в рамках теории привязанности (Bowlby, 1969) и моделей диадического копинга (Bodenmann, 2005). С другой стороны, эмпирические данные указывают на возможность укрепления эмоциональной связи, развития адаптивных стратегий и посттравматического роста (Tedeschi, Calhoun, 2004), что требует пересмотра устоявшихся научных интерпретаций.

Таким образом, разлука и такая ее характеристика, как вынужденность, обладают амбивалентным потенциалом, что вызывает особый исследовательский интерес. А понимание эмоциональных и психологических реакций людей, столкнувшихся с длительной разлукой, имеет важное значение для разработки эффективных стратегий поддержки и психологической помощи.

Цель исследования — изучение восприятия (включая субъективную оценку ситуации, ее негативные и позитивные последствия) и сопротивление со стрессом вынужденной длительной разлуки (на примере мобилизационных событий в контексте специальной военной операции) в близких (романтических и дружеских) отношениях партнеров.

Выборку составили 120 человек в возрасте от 18 до 56 лет, 86 женщин, чьи романтические партнеры или супруги были мобилизованы и находятся в зоне СВО, средний возраст 27 лет ($SD=2,75$). И 34 мужчины, находящиеся в дружеских отношениях с мобилизованными, средний возраст 24,2 года ($SD=1,9$).

Методы. Авторская анкета, направленная на изучение восприятия и реакций на разлуку с мобилизованным партнером или другом; Шкала дифференциальных эмоций (DES) К. Изарда (1997, адаптация А.Б. Леоновой и М.С. Капицы, 2003); Опросник самовоспринимаемой гибкости совладания со стрессом (Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A. et al., 2018; адаптация О.А. Екимчик, Т.Л. Крюковой, 2020); Методика «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций» (Е.В. Битюцкая, 2015).

Основные результаты

1. Восприятие и эмоциональные реакции в романтических / супружеских отношениях. Респондентки, переживающие вынужденную разлуку с участниками СВО, чаще всего сообщают об эмоциях страха (83%) и печали (75%). Эти состояния связаны с неопределенностью относительно будущего отношений и благополучия партнера. Более 90% выражают тревогу по поводу безопасности своих близких, что связано с высокими показателями по шкалам «Неподконтрольность ситуации» ($p=0,00$), «Трудность прогнозирования» ($p=0,01$), «Сильные эмоции» ($p=0,01$) и «Общий уровень тревожности» ($p=0,00$). Это подчеркивает высокую стрессовую нагрузку длительной вынужденной разлуки в романтических отношениях. Чувство вины демонстрируют всего 17% женщин («Не уберегла», «Не отмолила»).

2. Восприятие и переживание разлуки в дружеских отношениях. В дружеских отношениях чувство вины часто становится доминирующим переживанием ($\varphi^*=3,7$ при $p=0,00$). Это, как правило, связано с ситуацией, когда один из друзей уходит на службу, а другой остается. В таких случаях у оставшегося друга могут возникать мысли о том, что он недостаточно поддерживает мобилизованного или что ему не следует наслаждаться жизнью, пока друг находится в опасности. Эти чувства могут приводить к внутренним конфликтам и снижению качества жизни.

3. Совладание с ситуацией разлуки. Интересно, что гибкость копинг-стратегий в ситуации разлуки не имеет значимых различий в дружеских и в романтических отношениях. Респонденты адаптируются к ситуации разлуки, используя разнообразные копинг-стратегии. Это включает временный уход от проблем через алкоголь, курение, физические нагрузки, увлечения и активный отдых. Например, некоторые респонденты сообщают о том, что занятия спортом помогают им справиться со стрессом и поддерживать эмоциональное равновесие. Также важным является поиск социальной поддержки, когда друзья и семья становятся источником утешения и понимания. Следует подчеркнуть, что преобладающим является копинг, ориентированный на избегание или отвлечение от ситуации.

Однако при анализе ответов на вопрос анкеты «Что помогает Вам справиться, совладать с ситуацией разлуки» самыми частыми ответами были: (1R) принятие неизбежности случившегося («Такая судьба», «Ничего не изменить, надо пережить, смириться» и т.д.); (2R) позитивная переоценка («Он защищает всех нас, горжусь им», «Верю, что

его опыт на войне сделает его сильнее и мудрее», «Разлука дает мне возможность поддерживать его и помогать тем, кому сейчас труднее» и т. д.); (2R) снижение субъективной значимости разлуки («Это временная ситуация, скоро все закончится, и мы будем вместе», «Он далеко, но моя жизнь не остановилась» и т. д.).

На вопрос о том, существуют ли какие-то положительные эффекты данной ситуации, были получены ответы, которые были сгруппированы следующим образом:

1. Переосмысление, повышение значимости отношений в разлуке, 62% высказываний («Переосмысливаю наши отношения», «Понимаю, насколько это важный для меня человек», «Разлука дала мне понимание, насколько много он для меня делал, а я этого не замечала», «Понимаю, что более близкого друга у меня нет»).

2. Развитие внутренних и внешних ресурсов, 59% высказываний («Я стала более самостоятельной и организованной, со всеми проблемамиправляюсь сама, а раньше была совсем беспомощной», «Научился понимать, что важно, а что нет»; «Научилась находить баланс между надеждой и принятием неизбежности», «Пошла учиться, чтобы получить новую профессию», «Научилась коротко выражать свои чувства», «Больше стала думать о душе» и т. д.).

3. Укрепление отношений, 56% высказываний («Я создаю ему тыл, он верит в меня, сейчас мы стали ближе, чем раньше», «Стали более искренними, появились новые ритуалы», «Мы стали дружнее, на склоне нет времени», «Стала ценить самые простые моменты, особенно, когда он приходит в отпуск, радости стало больше»).

4. Развитие просоциального поведения, 48% высказываний («Я стала активнее помогать другим семьям военных, участвуя в волонтерских проектах» и т. д.).

Исследование выявило сложную динамику переживаний в ситуации вынужденной разлуки с близкими, находящимися в зоне военных действий. Важный вывод заключается в том, что стрессовый опыт может приводить не только к травматичным последствиям, но и положительным изменениям: переосмыслению отношений, усилению эмоциональной связи, пониманию ценности партнера, развитию личности, пересмотру жизненных приоритетов, приобретению новых навыков и увеличению социальной активности. Таким образом, разлука оказывается одновременно источником стресса и катализатором значимых личных и межличностных преобразований, долговременные последствия которых требуют дальнейшего изучения.

Литература

- Битюцкая Е.В., Корнеев А.А. Диагностика субъективного оценивания трудных жизненных задач // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. № 46 (1). С. 247–279.*
- Екимчик О.А., Крюкова Т.Л. Русскоязычная адаптация опросника самовоспринимаемой гибкости совладания со стрессом // Вопросы психологии. 2020. Т. 66. № 5. С. 145–156.*
- Леонова А.Б. Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007.*
- Bodenmann G. Dyadic coping and its significance for marital functioning. In: T.A. Revenson, K. Kayser, G. Bodenmann (Eds.), Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping. American Psychological Association, 2005. P. 33–49. <https://doi.org/10.1037/11031-002>*
- Bowlby J. Attachment and loss. V. I: Attachment. New York: Basic Books. 1969.*
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. V. 15 (1). P. 1–18.*

Детерминанты развития тревожности в российском обществе в период глобальных перемен (из опыта работы с комбатантами и членами их семей в психологической приемной СВО)

C.B. Тиунов

Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Академия психологии»,
Домодедово, Россия
dmdsvetoch20@mail.ru

Как показывают исследования Фонда «Общественное мнение», в конце 2022 года уровень тревожного настроения у граждан России составил 56%. По результатам исследования, спокойствие ощущают только 38% россиян. В октябре 2024 года уровень тревожных настроений опрошенных россиян превысил 65%. Данные, полученные специалистами

в психологической приемной СВО, показали, что в 2023–2024 гг. рост тревожных состояний среди членов семей участников СВО увеличился почти на 30%. В 2024 году количество обратившихся за психологической помощью членов семей СВО на 64,2% больше, чем за весь период 2023 года. Таким образом, опыт психологической работы с семьями участников СВО показал, что потребность в психологической помощи и поддержке составляет 100%. Особенно в психологической помощи нуждаются семьи, где разлука с членами семей переживается очень остро. В 2022 году в Госдуме поддержали инициативу депутатов по созданию центров психологической реабилитации и адаптации для ветеранов СВО и членов их семей.

Ключевые слова: ПТСР, травма, СВО, комбатант, психологическая помощь

С начала специальной военной операции (СВО), а затем и с объявлением частичной мобилизации уровень тревожных настроений среди населения стал с каждым годом расти. Как показывают исследования Фонда «Общественное мнение», в конце 2022 года уровень тревожного настроения у граждан России составил 56%. Опрос был проведен в 53 субъектах страны среди 1500 респондентов. По результатам исследования, спокойствие ощущают только 38% россиян. По данным того же фонда, по состоянию на октябрь 2024 года уровень тревожных настроений опрошенных россиян превысил 65% (Фонд «Общественное мнение», 2022). Всплеск тревожных расстройств у населения за последние годы обусловлен не только втягиванием России в гибридную войну, но и вследствие пандемии COVID-19, жертвами которой во всем мире стало 8 млн человек (ВОЗ, 2022). Развитие у пациентов, находящихся в «красной зоне», тяжелого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое диагностируется, как правило, у комбатантов, участвующих в боевых действиях, подробно описано отечественными исследователями (Ениколов, Бойко, Медведева и др., 2020; Тхостов, Рассказова, 2020).

Данные, полученные специалистами лечебно-диагностического центра и психологической приемной СВО города Домодедово, показали, что за 2022–2024 гг. рост тревожных состояний в обществе стал резко увеличиваться. За прошедшие три года динамика роста тревожно-невротических расстройств увеличилась почти на 30%. Эти данные показывают, что детерминантами развития психоэмоциональных расстройств у населения за последние 5 лет стали внешние факторы,

такие как пандемия, война и экономические санкции. Многолетние исследования Н. В. Тарабриной с ее коллегами из лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН (Тарабрина и др., 2017) показали, что «после воздействия боевого травматического психологического стресса участникам боевых действий приходится фактически заново воссоздавать в условиях мирной жизни структуру своего субъективного жизненного пространства, в том числе и структуру самооценки и смысложизненных ориентаций» (Зеленова, 2005). В 2022 году в Госдуме поддержали инициативу депутатов по созданию центров психологической реабилитации и адаптации для ветеранов СВО и членов их семей (Новгородцева, 2023). Учитывая всевозрастающую потребность в специализированной психологической помощи для указанной категории лиц, в 2022 году в России создается Открытое общественное объединение российских психологов «Содействие». На сегодня психологов-волонтеров по всей России насчитывается более 1500 человек. Это профессиональные психологи из системы здравоохранения, образования, социальной защиты и других государственных и коммерческих структур, которые прошли специальную подготовку по работе с психологической травмой и добровольно работают с участниками СВО и их семьями. В настоящее время в психологической приемной СВО города Домодедово добровольно трудятся 28 психологов, прошедших специальную подготовку и получивших допуск к работе с психологической травмой. За 2 года с момента открытия (2023–2024 гг.) психологи провели более 140 консультаций, в приемную обратились 37 военнослужащих – участников СВО и более 100 членов их семей (жены, матери, вдовы).

Проводимые психологические встречи с женами мобилизованных способствовали сплочению женщин и созданию женсоветов (чатов). Психологи объединения «Содействия» проводили вебинары и тренинги на разные актуальные психологические темы. Проведенный за два года мониторинг целевой группы показал, что уровень тревожности у членов семей военнослужащих СВО, кто посещал индивидуальные консультации и групповые психологические тренинги, снизился почти на 40%. Возвратившиеся домой с СВО военнослужащие в 95% случаев после психологической реабилитации стали чувствовать себя уверенно и планировать свое будущее. После работы с психологом у 90% вдов и матерей погибших солдат стала отмечаться редукция суицидальных мыслей, появился смысл жизни.

Клинический случай 1. Подопечная К., 45 лет, образование — высшее, замужем, временно не работает. Старшая дочь живет с семьей в другом городе. В сентябре 2022 года младший сын обратился в военкомат с просьбой направить его на СВО. В июне 2023 года семья получила похоронку, сын героически погиб в боях под Волновахой. Через 2 месяца после похорон подопечная обратилась за помощью в психологическую приемную СВО. На первой встрече с психологом женщина высказывала слова ненависти к войне, к правительству, угрожала суицидом, постоянно плакала. Проведено эмпатическое слушание, психологическая поддержка в связи с горем утраты, предложено стационарное лечение в неврологическом отделении на 10 дней. После выписки, через 2 недели, вновь обратилась в психологическую приемную СВО. На приеме высказывала суицидальные мысли, говорила о чувстве вины к сыну, что не уберегла, плакала. Оказана психологическая помощь в осознании необратимости ситуации и помощь в эмоциональном реагировании горя утраты. Проведена работа с чувством вины и курс «Техника десенсибилизации и переработка движением глаз» (ДПДГ). Результаты тестирования по Шкале для клинической диагностики ПТСР и Методике PCL-5 показали высокий уровень тревожности и признаки начала ПТСР. После осмотра психотерапевта подопечная начала принимать антидепрессанты и одновременно работать с психологом в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Первая неделя проведенной психолого-психотерапевтической реабилитации снизила агрессию и угрозу суицида у подопечной. Еще через 2 недели обследуемая пришла на прием повторно, отмечалось снижение уровня личностной тревожности и психической напряженности, чувство вины перед сыном еще оставалась. Поделилась, что администрация города вручила ей орден Мужества, которым был награжден сын посмертно. После проведенного курса ДПДГ и КПТ у подопечной повысился уровень адекватности самовосприятия и самооценки, появилось желание преодолеть имеющуюся душевную боль. Последняя встреча с подопечной состоялась после того, как в школе, где учился ее сын, была торжественно открыта «парта героя». Женщина с гордостью рассказывала об этом, была спокойной, эмоционально устойчивой и говорила о планах на будущее. Мать погибшего солдата поблагодарила психологов словами: «Большое вам материнское спасибо».

Клинический случай 2. Комбатант Е., 23 года, звание рядовой, окончил колледж. Воспитывался в многодетной семье. Проживал с

родителями, отношения в семье хорошие. В сентябре 2022 года призван в Вооруженные силы РФ по мобилизации. После месяца службы в учебном полку был направлен на российско-украинскую границу в Брянскую область. В августе 2023 года, находясь в зоне боевых действий под городом Сватово (ЛНР), получил минно-осколочное ранение в правую лопаточную область, был свидетелем гибели товарища. Комбатант эвакуирован санитарным транспортом с поля боя и отправлен в госпиталь города Белгорода. В связи со сложностью операции, осколок находился 5 мм от сердца, рядового транспортировали санавиацией в госпиталь в Подмосковье. В сентябре 2023 года выписан домой для прохождения реабилитации. Впервые обратился к психологу в феврале 2024 года с жалобами на прерывистый сон, трепет рук и ног, заикание, плаксивость, чувство вины за гибель товарища, перепады настроения. На момент обращения к психологу находился в отпуске (на прием пришел со старшим братом). Проведено тестовое психометрическое обследование комбатанта по следующим шкалам: Миссисипская шкала оценки ПТСР, Шкала клинической диагностики ПТСР и Методика PCL-5. Результаты тестов, полученные после комплексной психодиагностики, свидетельствовали о выраженной степени воздействия травматического опыта на структуру личности. Оценка вовлеченности обследуемого в ПТСР колебалась от 100 до 250 баллов. Воздействие боевого стресса выражалось не только высоким количеством набранных баллов (Комбатант Е. набрал 175 баллов), но и внешними проявлениями, как в физиологическом, так и в когнитивном и в поведенческом состоянии обследуемого. Комбатант направлен к психотерапевту с предположительным диагнозом ПТСР. После 2 месяцев сочетанной психофармакотерапии и психотерапии (3 сеанса классической гипнотерапии, 3 сеанса когнитивно-поведенческой терапии, 2 сеанса работы с виной) психофизиологическое и эмоциональное состояние комбатанта стабилизировалось. Редуцировался трепет рук и ног, наладился сон, исчезли плаксивость и перепады настроения, ушли навязчивые мысли стать «психически больным», появилось желание строить планы на будущее.

Боевой стресс имеет довольно благоприятный исход, если медико-психологическая помощь оказана в кратчайшие сроки после воздействия экстремальных факторов. В таких случаях практическое выздоровление происходит у 67% комбатантов, а хронические последствия развиваются у 20% военнослужащих. Профилактика должна включать: строгий

отбор военнослужащих в «горячие точки» по результатам всестороннего обследования, качественную военную подготовку комбатантов, включая освоение навыков психологического самоконтроля. Вблизи от боевых территорий должны быть организованы центры психологической помощи для своевременной диагностики состояний дезадаптации и их коррекции (Карайани, 2024; Снетков, Литвинцев, Фастовцев, 1995). Исследования молодых ученых, проводимые в 2023 году, показали, что 83,5% раненых на СВО нуждались в необходимости проведения их психологической реабилитации (Новгородцева, 2023).

Возвращение участников боевых действий с тяжелыми ранениями (ампутациями) домой негативно сказывалось на психоэмоциональном состоянии их близких и родных. Рост тревожно-депрессивной симптоматики у членов семей за последние 2 года неуклонно растет, о чем свидетельствует статистика обращаемости в психологическую приемную СВО Домодедово. За период с 1 января по 31 декабря 2024 года количество обратившихся за психологической помощью (тревога, беспокойство за мужа/сына, находящегося на войне, повышенная раздражительность, плаксивость) членов семей участников СВО составило более 90 человек, что на 64,2% больше, чем за весь период 2023 года. Если за 3 года через зону боевых действий прошли более 1 млн российских военных, то нетрудно подсчитать, какое количество членов семей мобилизованных нуждаются в психологической помощи и поддержке. По самым минимальным подсчетам эта цифра составляет от 2 до 3 млн человек (с учетом вдов и матерей погибших солдат).

Таким образом, опыт 2 лет работы с семьями участников СВО показал, что потребность в психологической помощи и поддержке составляет 100%. Особенно в психологической поддержке нуждаются семьи, где разлука членами семей переживается очень остро. Это связано с тем, что на общем тревожном внешнем фоне обостряются личные индивидуальные травмы. Из-за длительного периода продолжающихся военных действий на Донбассе полностью изменяется психологическое состояние семьи участника СВО. Трансформируется эмоционально-психологическое состояние жен и матерей комбатантов на фоне постоянной тревоги, при этом на социальном плане женщина получает дополнительную нагрузку в виде решения бытовых вопросов и ответственности за детей. Травматический опыт боевых действий приводит к существенным изменениям в структуре личности комбатанта. Нарушается ощущение непрерывности жизни, меняются базовые представ-

ления о себе и окружающем мире. Поэтому при возвращении домой всем участникам военных событий нужна ресоциализация, а значит, нужен адаптационный период времени с сопровождением психолога.

Компетенции специалиста, успешно прошедшего специальное обучение, находят практическое применение при психологической и психотерапевтической помощи и реабилитации мобилизованных на СВО и членов их семей. После обучения специалист овладевает современными технологиями антикризисного консультирования, в том числе при ПТСР, что позволяет компетентно оказывать помощь всем участникам данного процесса.

Литература

- Зеленова М.Е.* Исследования смысложизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане // Боевой стресс: Механизмы стресса в экстремальных условиях. Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ, М.: Истоки. 2005.
- Ениколовов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю.* Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID // Вызовы пандемии COVID-19: психическое здоровье, дистанционное образование, интернет-безопасность. Сборник материалов. Том 1. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2020.
- Карагани А.Г.* Боевой стресс: проблемы определения и классификации // Вестник Московского университета МВД России. 2024. № 1. С. 254–264.
- Китаев-Смык Л.А.* Боевой посттравматический стресс [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 2022. URL: <https://psy.su/feed/9956/> (дата обращения: 1.04.2025)
- Новгородцева Д.Р.* Проблемы реабилитации участников боевых действий [Электронный ресурс] // Материалы XV Международной студенческой научной конференции. М., 2023. URL: <https://scienceforum.ru/2023/article/2018034594?ysclid=m7yxr5je5v763354386>
- Русин А.* О потерях в ходе СВО [Электронный ресурс] // Информационный портал, 15.06.2022. URL: <https://proza.ru/2022/06/15/1417?ysclid=m7z4s68jib899557346>
- Снетков В.Н., Литвинцев С.В., Фастовцев Г.А.* Стрессогенные психические расстройства у раненых // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб: ВмедА, 1995. С. 79–82.

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.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.

Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: Защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 70–89.

Фонд «Общественное мнение». Уровень тревожности россиян вырос [Электронный ресурс]. 2022. URL: https://www.m24.ru/news/obshchestvo/09122022/529704?utm_source=CopyBuf

Чрезвычайная ситуация в уголовно-исполнительной системе как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников

В.А. Тропов, А.Г. Соловьев**, И.А. Новикова***

*УФСИН России по Архангельской области,
Архангельск, Россия
psyhodoc@mail.ru

**ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский
университет, Архангельск, Россия
asoloviev1@yandex.ru
ianovikova@mail.ru

В статье обсуждается проблема чрезвычайных ситуаций в уголовно-исполнительной системе как фактора развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников. Приведены примеры чрезвычайных ситуаций, которые могут возникать в местах лишения свободы. Рассматриваются особенности профессиональной деятельности сотрудников пенитенциарных учреждений. Приводятся наиболее распространенные чрезвычайные ситуации, возникающие в уголовно-исполнительной системе. Анализируются негативные последствия психотравмирующих ситуаций у сотрудников и причины возникновения

посттравматического стрессового расстройства. Сотрудники уголовно-исполнительской системы с признаками посттравматического стрессового расстройства требуют комплексного подхода к реабилитации. Подчеркивается важность создания системы профессионального медико-психологического сопровождения для сотрудников — участников чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, уголовно-исполнительская система, посттравматические стрессовые состояния, экстремальные факторы служебной деятельности

Основой эффективного функционирования уголовно-исполнительской системы РФ являются психологическое состояние сотрудников и их морально-нравственные качества. Эти аспекты играют ключевую роль в обеспечении безопасности, поддержании дисциплины и успешной реализации задач системы (Кулакова, 2021). Профессионально важные качества сотрудников уголовно-исполнительской системы включают эмоциональную устойчивость, психологическую готовность к службе, устойчивость к неблагоприятному влиянию осужденных, специальную подготовленность и умение действовать в экстремальных ситуациях. Эти качества необходимы для успешного выполнения служебных обязанностей и обеспечения безопасности как сотрудников, так и осужденных (Дебольский, 2001).

Работа в уголовно-исполнительской системе связана с серьезными физическими и психологическими нагрузками. Сотрудники уголовно-исполнительской системы часто оказываются в напряженных ситуациях и могут столкнуться с конфликтами и опасностями, которые угрожают их жизни. Эти условия можно считать экстремальными, так как они оказывают большое негативное влияние на функционирование организма. Экстремальные условия деятельности требуют от сотрудников особых психологических качеств личности, специальной подготовки и умения эффективно действовать в сложных ситуациях.

Экстремальные условия деятельности сотрудников уголовно-исполнительской системы характеризуются высокими нервно-психическими нагрузками, связанными с большой ответственностью за принимаемые решения, сложностью выполняемых задач, быстрым темпом работы, сочетанием различных действий с разными целями, обработкой больших объемов информации и нехваткой времени для принятия решений. Деятельность сотрудников сопряжена с риском для жизни.

В местах лишения свободы среди осужденных психические расстройства встречаются у 20–25%, и с увеличением строгости режима в исправительных учреждениях их число возрастет. В уголовно-исполнительской системе отмечается «накопление» осужденных с высокой криминогенной опасностью среди лиц, находящихся на строгом режиме, так как большую часть составляет контингент ранее судимых и преступников, осужденных за тяжкие и особо тяжкие преступления. В последние годы отмечается ухудшение криминогенной ситуации среди лиц, отбывающих наказание, что выражается в формировании групп осужденных с негативной направленностью, а также в росте количества правонарушений и преступлений. Зачастую это проявляется в активном сопротивлении администрации исправительных учреждений, в массовых беспорядках, групповых неповиновениях и захватах заложников (Шеслер, Киселев, 2017).

Постоянное взаимодействие с преступным контингентом и строгий регламент работы у сотрудников уголовно-исполнительной системы увеличивают психоэмоциональное напряжение, что негативно оказывается на их психическом и соматическом здоровье (Гойса, 2003).

Чрезвычайная ситуация характеризуется причинением вреда или угрозой причинения вреда здоровью граждан, нанесением ущерба материальным объектам, нарушением различных сфер деятельности (Муравьев, 2020).

Чрезвычайная ситуация в уголовно-исполнительской системе — это события, происходящие на объектах уголовно-исполнительной системы, вызванные криминальными проявлениями, которые требуют срочных мер для их предотвращения или устранения. Имеющаяся информация говорит о тенденции к росту чрезвычайных ситуаций в исправительных учреждениях (в 2013 г. — 16 случаев, в 2022 г. — 58) (Смыковский, 2024).

В 2024 году остается высоким количество преступлений среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (зарегистрировано 547 преступлений), допущено 30 особо учитываемых преступлений, в том числе 3 захвата заложников, 4 побега из-под охраны, 5 убийств. Приведенные цифры демонстрируют высокую нагрузку на сотрудников уголовно-исполнительной системы.

К наиболее распространенным чрезвычайным ситуациям, возникающим в учреждениях уголовно-исполнительной системы, относятся такие, как: организованный отказ осужденных от выхода на работу; побег из учреждения; организованный отказ от приема пищи и объяв-

ление голодовки; групповые неповиновения осужденных; захват заложника; массовые беспорядки.

Так, например, групповые акты неповиновения проявляются тем, что осужденные отказываются выполнять требования и указания администрации учреждений мест лишения свободы. Осужденные могут проявлять свое неповиновение тем, что игнорируют правила и распоряжения сотрудников уголовно-исполнительной системы, а также оказывают активное противодействие сотрудникам, организуют групповые акции протеста. Неповиновение может проявляться в таких формах активного противодействия, как убийства, захват заложников, хулиганские действия и массовые беспорядки.

Примером чрезвычайной ситуации также могут являться массовые беспорядки. Они проявляются в агрессивных действиях со стороны осужденных. Организаторы и подстрекатели направляют толпу на уничтожение и повреждение имущества, а также на вывод из строя коммунально-бытовых объектов и средств охраны с целью обеспечить выход осужденных за пределы учреждения.

Указанные выше чрезвычайные ситуации рассматриваются как экстраординарные и требуют оперативного принятия специальных мер. В такой ситуации профессионализм работников уголовно-исполнительной системы играет ключевую роль, включая обеспечение здоровья и безопасности людей. Следовательно, способность должностных лиц справляться с поставленными задачами в условиях экстремально-го стресса является важным показателем их уровня профессиональной социализации.

Чрезвычайные ситуации существенно меняют значимость исполняемых функций, увеличивается важность слаженности работы в коллективе, повышается роль оперативности в управлении (Кутно, 2013). Временные ограничения деятельности личного состава отделов и служб учреждений уголовно-исполнительной системы в чрезвычайной ситуации зависят от времени ликвидации их последствий. Каждый работник уголовно-исполнительной системы должен быть подготовлен к действиям в случае возникновения чрезвычайной ситуации. Эффективность участия в ликвидации чрезвычайной ситуации для каждого сотрудника во многом зависит от уровня готовности к таким происшествиям и способности их предотвращать. Выполнение служебных обязанностей в ситуациях чрезвычайной ситуации предъявляет высокие требования к эмоциональным и волевым качествам сотрудников.

Все это может негативно сказаться на здоровье, проявляясь в виде психосоматических расстройств (физиологический аспект), и привести к увеличению конфликтов в коллективе (социально-психологический аспект) (Попинако, 2022).

Несомненно, что участие в ликвидации чрезвычайной ситуации для сотрудника уголовно-исполнительной системы является стрессогенным фактором. При недостаточной психоэмоциональной устойчивости это может привести к срывам, истощению и другим негативным последствиям.

Экстремальные ситуации могут вызвать посттравматическое стрессовое расстройство, которое может беспокоить сотрудника на протяжении многих лет. У сотрудников с посттравматическим стрессовым расстройством могут возникать трудности при выполнении профессиональных обязанностей. Данное расстройство может способствовать возникновению социально неприемлемых и даже деструктивных форм поведения, включая агрессию, злоупотребление алкоголем и конфликтные ситуации (Тарасова, 2017).

Сотрудникам уголовно-исполнительной системы, пережившим чрезвычайную ситуацию и имеющим признаки посттравматического стрессового расстройства, требуется комплексный подход к медико-психологической реабилитации. Данная реабилитация должна включать медицинскую помощь, социальную поддержку, психологическую помощь. Сказанное выше подчеркивает важность создания системы профессионального медико-психологического сопровождения для сотрудников, участвующих в операциях по ликвидации чрезвычайных ситуаций. Необходимо также проводить динамическое наблюдение за этой категорией работников. Профилактические мероприятия должны сосредоточиться на повышении уровня профессионализма, развитии стрессоустойчивости и самоконтроля, а также на обучении сотрудников уголовно-исполнительной системы методам борьбы с профессиональным стрессом.

Литература

Гойса В. С. Практика работы администраций исправительных учреждений по обеспечению личной безопасности при исполнении наказаний // Российская юстиция. 2003. № 7. С. 60.

Кугно Э. Э. Формирование личностной готовности к деятельности в экстремальных ситуациях: дис. ... канд. пед. наук. Улан-Удэ, 2013.

- Кулакова С.В.* Влияние различных аспектов профессиональной деятельности на развитие у сотрудников уголовно-исполнительной системы пенитенциарного стресса // Развитие уголовно-исполнительной системы: Организационные, правовые и экономические аспекты. Сборник материалов международной научно-практической конференции, в рамках международного юридического форума «Право и экономика: национальный опыт и стратегии развития». Новосибирск, Новокузнецк, 2021. С. 94–98.
- Муравьев В.Н.* Подготовка к действиям при чрезвычайных обстоятельствах как компонент профессиональной социализации граждан, впервые принятых на службу в уголовно-исполнительную систему // Психология и педагогика в уголовно-исполнительной системе. Вопросы современной науки и практики. 2020. № 2 (3). С. 117–120.
- Попинако Е.А.* Профессиональная дезадаптация как предмет современных научных исследований // Российский девиантологический журнал. 2022. № 2 (2). С. 139–150.
- Смыковский В.В.* Подготовка персонала уголовно-исполнительской системы Российской Федерации к действиям при возникновении чрезвычайных обстоятельств: монография. Ульяновск: Зебра, 2024.
- Тарасова С.А.* Реабилитация сотрудников уголовно-исполнительной системы, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Вестник Самарского Юридического института. 2017. № 1 (23). С. 121–126.
- Хохрин С.А.* Понятие и виды кризисных ситуаций в учреждениях уголовно-исполнительной системы // Юридический вестник Самарского университета. 2022. Т. 8. № 2. С. 42–53.
- Шеслер А.В., Киселев М.В.* Дезорганизация деятельности учреждений, обеспечивающих изоляцию от общества: проблемы уголовно-правовой регламентации и квалификации // III Международный форум «Преступление, наказание, исправление» (К 20-летию вступления в силу Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации): сборник тезисов выступлений и докладов участников: в 8 т. Рязань, 2017. Т. 1. С. 81–87.

Посттравматический стресс у волонтеров поисково-спасательных отрядов: этиология, профилактика и комплексная реабилитация

A. B. Хавыло

ФГБОУ ВО Калужский государственный университет
им. К. Э. Циолковского, Калуга, Россия
khavylo@strider.ru

Волонтеры, участвующие в поисково-спасательной деятельности, регулярно подвергаются воздействию экстремальных ситуаций, включая непосредственный контакт с травмирующими событиями, что создает предпосылки для развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В статье анализируются этиологические факторы ПТСР, такие как кумулятивный стресс, эмоциональное выгорание и организационные сложности. Рассматриваются современные методы психологической помощи, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), EMDR и групповые интервенции, с акцентом на их эффективность в российском контексте. Обсуждается вопрос создания систем психологического мониторинга. Подчеркивается необходимость адаптации международного опыта к локальным условиям с учетом культурных и социальных особенностей. Особое внимание уделено проблеме двойных отношений внутри отряда, когда психолог принимает участие в работе других направлений отряда.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), волонтеры-спасатели, поисково-спасательные отряды, психологическая реабилитация, травматический стресс, когнитивно-поведенческая терапия, EMDR

Введение

Поисково-спасательная деятельность сопряжена с высоким уровнем эмоциональной и физической нагрузки, что делает волонтеров уязвимыми к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В отличие от профессиональных спасателей, волонтеры зачастую не имеют доступа к структурированной психологической поддержке, что усугубляет риск хронизации симптомов. В России данная проблема приобретает особую актуальность в связи с активным разви-

тием добровольческих движений, таких как ДПСО «ЛизаАлерт», СПб РОО «ОДС Экстремум» и др. Добровольцы в ходе поисковой деятельности регулярно сталкиваются с травмирующими событиями. В статье рассматриваются этиологические аспекты ПТСР, методы помощи и специфика работы с волонтерами в российских условиях.

Этиология ПТСР: многофакторный анализ

Развитие ПТСР у волонтеров-спасателей обусловлено сочетанием прямого контакта с травмирующими событиями, кумулятивного стресса и недостаточной организационной поддержки. Непосредственное участие в обнаружении погибших или работе с пострадавшими создает условия для формирования интрузивных воспоминаний и эмоционального онемения. В российском контексте дополнительным фактором риска выступает нехватка ресурсов для психологической подготовки волонтеров.

Эмоциональное выгорание, обусловленное высокой эмпатией и многократным участием в поисках, усиливает восприимчивость к стрессу.

Клинические проявления ПТСР: специфика у волонтеров-спасателей

Клиническая картина ПТСР у волонтеров-спасателей соответствует критериям DSM-5, однако имеет ряд особенностей, связанных с характером их деятельности.

1. Интрузивные симптомы. Навязчивые воспоминания и флешбэки часто связаны с конкретными эпизодами поисково-спасательных операций, такими как обнаружение тел погибших или взаимодействие с родственниками жертв. У волонтеров эти переживания могут сопровождаться чувством профессиональной несостоятельности, особенно если операция завершилась неудачей.
2. Избегание и эмоциональное онемение. Стремление избегать напоминаний о травме может проявляться в отказе от участия в новых операциях или уходе из волонтерской деятельности. Эмоциональное онемение часто маскируется под рационализацию («это часть работы»), что затрудняет раннюю диагностику.
3. Гипервозбуждение. Постоянная готовность к новым вызовам и гипербдительность приводят к хроническому напряжению, нарушениям сна и раздражительности. Эти симптомы усугубляются физическим истощением, характерным для длительных поисковых операций.

- Соматические и сопутствующие расстройства. У 30–40% волонтеров наблюдаются соматические проявления: головные боли, желудочно-кишечные нарушения, снижение иммунитета. Нередко ПТСР сопровождается депрессией, генерализованной тревогой или злоупотреблением психоактивными веществами.

В российских условиях симптоматика часто носит отсроченный характер. Культурные установки, такие как стигматизация психических расстройств и идеализация «силы духа», препятствуют своевременному обращению за помощью.

Стратегии помощи и российская практика

Эффективность психологической помощи зависит от интеграции индивидуальных и организационных мер. В России примером является направление «Психология» ДПСО «ЛизаАлерт», где осуществляется внедрение психологической помощи добровольцам. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и EMDR демонстрируют положительные результаты в коррекции дисфункциональных убеждений, таких как чувство вины, однако их применение требует адаптации к культурным особенностям.

Работа добровольцев-психологов с волонтерами-спасателями требует внимательного подхода и глубокого понимания специфики данной работы, а также сопряженных психологических рисков.

Риски двойных отношений в контексте спасательных операций

Одной из ключевых проблем, с которой сталкиваются психологи, является проблема двойных отношений внутри отряда. Эта ситуация возникает, когда психолог, работающий с волонтерами, одновременно занимает несколько ролей, что может привести к конфликтам интересов и затруднениям в установлении эффективного терапевтического контакта.

В контексте работы с добровольцами-спасателями психологи могут оказаться в сложной ситуации, когда их профессиональная роль пересекается с личными или социальными отношениями. Волонтеры часто работают в условиях командной сплоченности, где каждый член отряда зависит от других в выполнении задач. Это способствует развитию сильных межличностных связей и взаимной зависимости, что в свою очередь может привести к размытию границ между профессиональной и личной ролью психолога.

Двойные отношения могут проявляться в различных формах. Например, психолог может одновременно с волонтером принимать участие в конкретном поиске, что создает трудности при оценке ситуации и принятия решений в кризисных моментах. В таких случаях становится сложно отделить профессиональное вмешательство от личных симпатий или связей. Кроме того, психолог может столкнуться с необходимостью работать с волонтером, который по отношению к нему имеет определенную степень доверия и уважения, но при этом находится в ситуации стресса и травматического переживания.

Одним из главных рисков является конфликт интересов, который может возникнуть в условиях поиска (или после него), когда волонтер, нуждающийся в психологической поддержке, также является частью команды, с которой психолог работает в других ролях. Например, психолог может оказывать помощь одному волонтеру, в то время как этот человек является другом или коллегой другого члена команды, и его травматический опыт может повлиять на восприятие всей группы. В таких ситуациях важно соблюдать четкие границы между личными и профессиональными отношениями, чтобы избежать конфликтов и не повлиять на эффективность работы с остальными членами отряда.

Психологи, работающие с добровольцами-спасателями, также рискуют попасть в ситуацию эмоциональной привязанности к своим подопечным, что может привести к снижению объективности в оценке их состояния. В условиях высокой эмоциональной вовлеченности и сильного стресса это может повлиять на эффективность терапевтического вмешательства, снижая его нейтральность и профессионализм. В таких случаях важно, чтобы психологи регулярно проходили супervизию или консультировались с коллегами, чтобы поддерживать дистанцию и объективность в своей практике.

Установление и поддержание профессиональных границ

Для предотвращения негативных последствий от двойных отношений психологам важно осознавать свои профессиональные границы и следовать установленным этическим принципам работы. В частности, они должны избегать переплетения личных и профессиональных ролей, активно контролируя возможные эмоциональные привязанности и избегая ситуаций, в которых личные симпатии могут повлиять на процесс терапии.

Одним из решений, позволяющих минимизировать риски двойных отношений, является конфиденциальность и прозрачность в общении

с волонтерами. Психолог должен заранее оговаривать с волонтерами, что информация, полученная в ходе работы, не будет передаваться другим членам команды, а также разъяснить ограничения своей роли как специалиста. Важно, чтобы волонтеры понимали, что психологическая помощь, которую они получают, является независимой от их деятельности в команде поискового отряда и не будет использована в других контекстах (например, в принятии внутриотрядных решений).

Кроме того, психологи могут применить структурированные лекции внутри отряда, регулярно доносить и обновлять информацию о роли, которую они играют в отряде. В рамках таких лекций можно проводить обсуждения о границах взаимодействия, а также обучать волонтеров навыкам саморегуляции и самопомощи, чтобы они могли справляться с трудными ситуациями без постоянной зависимости от психолога.

Заключение

Профилактика и реабилитация ПТСР у волонтеров-спасателей требуют комплексного подхода, реализации хорошо зарекомендовавших себя международных подходов с учетом локальной специфики. Российский опыт демонстрирует потенциал добровольческих организаций в создании систем поддержки, однако для достижения устойчивых результатов необходимы дальнейшие исследования, обсуждение и обобщение накопленного опыта.

Исследование динамики выраженности ПТС у населения ЧР (за период с 2009 по 2024 г.)

И. С. Хажуев

Чеченский государственный педагогический университет,
Министерство здравоохранения Чеченской Республики,
Грозный, Россия
hazhuev@mail.ru

В статье представлены результаты исследования клинической картины развития признаков ПТС у населения Чеченской Республики на разных этапах длительной ЧС в период с 2009 по 2024 год. В рамках исследования проанализирована динамика проявлений посттравматических

реакций и выявлено значительное улучшение психологического состояния населения на поздних этапах ЧС. Показано снижение распространенности среди населения региона высокого уровня ПТС, корреспондирующего с клиническим уровнем выраженности ПТСР, с 42,9% до 0,7% за более чем 15-летний период. Выявленная динамика, свидетельствующая об успешном преодолении психологических последствий экстремальных ситуаций населением посткризисного региона, может указывать на благоприятное влияние на процесс восстановления множества взаимосвязанных факторов, к которым относятся постепенная нормализация условий жизни, наличие социальной поддержки и всеобщего понимания в обществе, а также предотвращение повторных психотравмирующих событий.

Ключевые слова: травматический стресс, ПТСР, чрезвычайная ситуация, травма, динамика

Введение

Продолжительные чрезвычайные ситуации (ЧС), вызванные локальными вооруженными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, оказывают разрушительное воздействие на жизнь и здоровье людей, находящихся в зоне их действия в различных частях мира. Под влиянием таких экстремальных событий, а также после переживания интенсивных стрессовых реакций у травмированных лиц могут развиваться эмоциональные, поведенческие и когнитивные нарушения (Дымова, 2021), проявляющиеся прежде всего в виде посттравматического стресса (ПТС) (Тарабрина, 2007; Тарабрина, Харламенкова, 2017). В свою очередь посттравматические нарушения могут значительно увеличивать эпигенетический риск смертности и сокращать ожидаемую продолжительность жизни у населения посткризисного региона (Katrínli et al., 2020).

В исследованиях, посвященных влиянию длительных ЧС на психофизиологическое здоровье личности, показано, что симптомы ПТС, проявляясь с разной интенсивностью, могут носить хронический характер (Зелянина, Падун, 2017) и обостряться в течение всей жизни, даже спустя 40 лет после переживания травматического опыта (Marmar et al., 2015).

Кроме того, распространенность ПТСР значительно увеличивается среди населения в регионах, непосредственно затронутых действием режима ЧС. Поэтому независимо от региона, методов исследования

и диагностики существующие статистические данные неизменно показывают высокие уровни распространенности ПТСР среди населения, находившегося в условиях длительной ЧС (Идрисов, 2011). При этом развитие интенсивных стрессовых переживаний среди населения на различных этапах длительной ЧС зависит от влияния различных факторов — информационного воздействия, наличия или отсутствия социальной поддержки, демографических особенностей и индивидуальной психологической устойчивости самого индивида (Тарабрина, Харламенкова, 2017).

С учетом сказанного исследование динамики ПТС на примере населения посткризисного региона представляется важным для понимания как непосредственного, так и долгосрочного влияния чрезвычайных ситуаций на психическое здоровье людей, вынужденных проживать в регионах, где проходили военные действия и присутствовала постоянная террористическая угроза, так как, несмотря на большое количество исследований в области психологии ПТС, не перестают быть актуальными факторы, влияющие на снижение или усиление посттравматической симптоматики при длительном воздействии ЧС. В этой связи настоящее исследование направлено на изучение выраженности признаков ПТС у населения Чеченской Республики (ЧР) на разных этапах длительной ЧС.

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 2009 по 2024 год в разных районах ЧР. Всего за указанный период путем подворного обхода были опрошены 3050 человек в возрасте от 18 до 60 лет. Условно исследование можно разделить на 2 этапа — первый этап реализовывался в период с 2009 по 2010 г., второй этап был более продолжительным — с 2015–2016 по 2024 г. На первом этапе диагностика травматических переживаний осуществлялась при помощи клинического интервью для диагностики ПТСР (CAPS-DX), на втором этапе использовалась шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Н. В. Тарабрина).

Целью исследования стало изучение динамики клинической картины развития ПТСР у населения посткризисного региона на различных этапах длительной ЧС.

Методы статистической обработки данных: однофакторный дисперсионный анализ и критерий хи-квадрат.

Результаты

Как известно, в условиях ЧС, связанной с боевыми действиями и повышенной террористической угрозой, патологическому воздействию психотравмирующих факторов антропогенного характера подвергается не только отдельный индивид, но и значительная часть населения региона. Особый научный интерес в этой связи может представлять как специфика психологических последствий травматического стресса, проявляющихся в виде признаков ПТС, так и их динамика у населения региона, где долгое время действовал подобный режим ЧС. С учетом этого проведенное исследование изменений в уровне выраженности травматических переживаний у населения одного из субъектов РФ, где длительное время действовал режим ЧС, может иметь теоретико-практическое значение в плане прогнозирования и разработки эффективных мер предупреждения психопатологических последствий у прямых и косвенных жертв психотравмирующих событий. В настоящем исследовании, охватившим период с 2009 по 2024 г., была выявлена определенная тенденция снижения интенсивности и частоты проявления признаков ПТС в посткризисный период.

Как показал анализ данных, значительная часть населения в Чеченской Республике в начале наблюдаемого периода сталкивалась с разной степенью выраженности ПТС (по шкале CAPS-DX) в 2009–2010 годах. Согласно данным исследования, около 47,1% обследованных жителей ЧР (к моменту обследования, проводившегося в 2009–2010 гг.) не имели признаков травматических переживаний, несмотря на их травматический опыт в прошлом. В то же время около 30% обследованных продемонстрировали субклинический уровень ПТСР, характеризующийся наличием симптомов по одному или двум критериям расстройства. Еще 22,8% обследованных имели клинический уровень ПТСР, что подразумевает наличие симптомов по всем трем основным критериям расстройства и указывает на серьезные посттравматические реакции у этой части населения ($\chi^2=24,646$; $p=0,000$).

Таким образом, более половины обследованных имели либо субклинический, либо клинический уровень ПТСР, что свидетельствует о высоком уровне распространенности посттравматических реакций на начальных этапах исследования ($\chi^2=24,646$; $p=0,000$).

Кроме того, как показал анализ данных, обследованные в 2009–2010 гг. жители ЧР продемонстрировали более высокую выраженность признаков ПТСР в прошлом времени по сравнению с их состоянием на

период обследования (в текущем). При помощи CAPS-DX оценивалась выраженность как актуальных травматических переживаний в текущем, так и уровень их выраженности в прошлом. Согласно этим данным, только 12,6% обследованных не имели признаков ПТСР после переживания травматических событий, тогда как большая часть выборки испытывала различные уровни выраженности расстройства. Субклинический уровень ПТСР, характеризующийся наличием выраженных симптомов по одному или двум критериям, был выявлен у 44,5% обследованных, а высокий уровень ПТСР соответственно диагностирован у 42,9% жителей ЧР ($\chi^2=49,236$; $p=0,000$).

Таким образом, большая часть обследованных в 2009–2010 гг. жителей ЧР имела либо субклинический, либо клинический уровень ПТСР, что свидетельствует о высокой степени распространенности посттравматических переживаний в прошлом у населения ЧР. Вместе с этим в прошлом те же обследованные жители ЧР после переживания психотравмирующих событий продемонстрировали в процентном выражении более высокие показатели по сравнению с диагностированными к моменту обследования в текущем времени в 2009–2010 гг., когда непосредственно проводилось исследование при помощи CAPS-DX. Для сравнения, популяционное исследование К.А. Идрисова, проведенное в 2002–2008 гг. среди населения ЧР, показало, что до 31,2% обследованных страдают клиническим уровнем выраженности ПТСР (Идрисов, 2011). В другом исследовании, проведенном Х.Б. Ахмедовой и посвященном посттравматическим личностным изменениям у 653 гражданских лиц из ЧР, было установлено, что до 42% респондентов страдали ПТСР, а у 29,7% ПТСР сочетался с расстройством адаптации (Ахмедова, 2004).

На втором этапе были проанализированы данные исследования за период с 2016 по 2024 г., полученные при помощи ШОВТС. В результате анализа диагностических данных было выявлено, что распространенность высокого уровня ПТС, корреспондирующего с клинической выраженностью ПТСР, среди населения региона имеет значительную тенденцию снижения, с 10% в 2016 году до 0,7% в 2024 году соответственно ($n=2787$) ($\chi^2=428,307$; $p=0,000$). Для сравнения, в лонгитюдном исследовании эмоционально-личностного развития детей с ПТСР в городе Беслан, проведенном в период с 2005 по 2015 гг. З.С. Текоевой, показано, что у травмированных детей посттравматические симптомы сохранялись на протяжении 4–5 лет после травмы с последующим

снижением интенсивности страхов и тревожности. Однако у жертв теракта наблюдались также и фазы повторного усиления симптоматики, связанные с возрастными кризисами и переходом к взрослой жизни, свидетельствующие о том, что интенсивные стрессовые переживания могут иметь длительный и цикличный характер, особенно в критические периоды развития личности (Текоева, 2017). Вместе с этим повышение показателей ПТС, отмеченное у населения ЧР в 2020 г., в целом совпадает с общемировой тенденцией роста психических нарушений в связи с распространением по всему миру эпидемии COVID-19. Так, во время пика эпидемии в 2020 г. китайские исследователи выявили наиболее высокую распространенность среди населения интенсивных стрессовых переживаний, депрессии, тревожных расстройств и других нарушений (Ran et al., 2020).

Результаты же настоящего исследования, отражающие данные за 15-летний период, показывают явную и значительную тенденцию снижения выраженности посттравматических симптомов среди населения посткризисного региона по мере нормализации социально-политической обстановки в республике. Данная динамика, естественно, обусловлена действием ряда факторов — это прежде всего прекращение боевых действий, улучшение условий жизни, восстановление разрушенных населенных пунктов и инфраструктуры, социально-психологическая поддержка населения со стороны различных государственных институтов, а также индивидуально-личностные ресурсы адаптивного и со-владающего поведения самого населения. При этом наиболее важным фактором представляется существовавшее в обществе понимание происходящих в условиях ЧС событий, в результате чего многочисленные жертвы психотравмирующих ситуаций не оказывались наедине с собственным негативным опытом.

Выводы

Выявлена тенденция увеличения среди населения людей с низким уровнем ПТС и сокращения доли тех, кто испытывает признаки, соответствующие клиническому проявлению ПТСР. За более чем 15-летний период с 2009 по 2024 год распространенность высокого уровня ПТС среди населения снизилась с 42,9 до 0,7%.

Преодоление психологических последствий экстремальных ситуаций и посткризисное восстановление зависят от множества взаимосвязанных факторов, к которым могут относиться нормализация условий

жизни, наличие социальной поддержки и понимания со стороны социального окружения, возрастные изменения, а также предотвращение новых психотравмирующих событий в настоящем времени и в будущем.

С течением времени наблюдается снижение выраженности посттравматических симптомов, что указывает на значительное восстановление как отдельных людей, так и общества в целом на отдаленных этапах длительной ЧС.

Литература

- Ахмедова Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. 2004. № 3. С. 93–103.*
- Дымова Е.Н. Ретроспективный анализ посттравматического стресса в годы Великой Отечественной войны // Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10. № 3. С. 1–16.*
- Зелянина А.Н., Падун М.А. К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 4.*
- Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-эпидемиологические и динамические аспекты // Вестник психиатрии и психологи Чувашии. 2011. № 7. С. 21–34.*
- 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. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.*
- Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казыкова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.*
- Текоева З.С. Особенности эмоционально-личностного развития детей с ПТСР (лонгитюдное исследование детей г. Беслан 2005–2015 гг.) // Современное дошкольное образование. 2017. № 7 (79). С. 38–45.*
- Katrinli S., Stevens J., Wani A., Lori A., Kilaru V., Rooij S., Hinrichs R., Powers A., Gillespie C., Michopoulos V., Gautam A., Jett M., Hammamieh R., Yang R., Wildman D., Qu A., Koenen, K. Aiello A., Jovanović T., Uddin M., Ressler K., Smith A. Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity // Neuropsychopharmacology. 2020. V. 45 (10). P. 1609–1616.*

- Marmar C.R., Schlenger W., Henn-Haase C., Qian M., Purchia E., Li, M., Kulka R.A.* Course of posttraumatic stress disorder 40 years after the Vietnam War: findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study // JAMA Psychiatry, 2015. V. 72 (9). P. 875–881.
- Ran L., Wang W., Ai M., Kong Y., Chen J., Kuang L.* Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic // Social Science & Medicine (1982). 2020. V. 262. Art. 113261.

Нарушения социального познания при посттравматическом стрессовом расстройстве: систематический обзор

A. M. Щербакова, И. С. Короткова

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
st085057@student.spbu.ru
i.s.korotkova@spbu.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) характеризуется изменениями на когнитивном, эмоциональном и социальном уровне. Нарушение обработки социальной информации при ПТСР рассматривается в качестве фактора, играющего роль в развитии и поддержании симптомов расстройства. Исследования выявили специфические дисфункции ряда компонентов социального познания: теории психического, ментализации, эмпатии, социального восприятия и атрибутивного стиля. Лица с ПТСР склонны испытывать затруднения в формировании представлений о состояниях, намерениях других людей, в проявлении сочувствия, понимании своих и чужих эмоций, в ориентации внимания на социальную информацию, не связанную с травмой. Настоящее исследование посвящено обзору и анализу научной литературы на тему социально-когнитивных аспектов ПТСР. Актуальность исследования обусловлена ролью нарушений социального познания в повышении риска развития расстройства, снижении качества жизни лиц с расстройством и эффективности психотерапии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психическая травма, когнитивный подход, социальное познание, нарушения социального познания

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психическое расстройство, возникающее после прямого (боевые действия, нападение, сексуализированное насилие, стихийное бедствие, автомобильная авария или серьезная травма) или косвенного (свидетели) воздействия травмирующего события (Shalev et al., 2017).

Значительные когнитивные и эмоциональные изменения при ПТСР могут привести к нарушению социального функционирования. Пациенты часто отмечают неспособность вспомнить важные моменты травматического события, имеют устойчивые негативные убеждения о себе, других или будущем, отмечают преобладания негативного аффекта (страх, ужас, гнев, вина, стыд) и чувства отстраненности от окружающих. Отсроченные последствия включают: тревожно-фобические расстройства, непсихотические депрессивные реакции и состояния, расстройства психотического регистра, психосоматические расстройства (Организация оказания медицинской помощи..., 2022). ПТСР связано с кристаллизацией перенесенного предельно стрессового опыта, где наблюдаются значимые изменения на уровне эмоционального, когнитивного и поведенческого функционирования.

Было обнаружено, что при ПТСР нарушается работа ряда компонентов социального познания: теории психического, ментализации, эмпатии, социального восприятия и атрибутивного стиля (Падун, Котельникова, 2012; Wiseman, 2024).

Актуальность изучения социального познания у лиц с ПТСР обусловлена его ролью в поддержании симптомов расстройства, таких как: симптомы вторжения, выраженные повторяющимися, непроизвольными и навязчивыми воспоминаниями в разной форме; повышенная возбудимость и сверхнастороженность; избегание людей, мест, событий, связанных с психической травмой; снижение интереса к общению и социальным мероприятиям; наличие негативных убеждений и ожиданий относительно себя и окружающих; чувство отстраненности или отчужденности от других людей, устойчивая неспособность испытывать положительные эмоции, а также снижения эффективности психотерапевтических вмешательств.

Объект исследования: посттравматическое стрессовое расстройство.

Предмет исследования: нарушения социального познания при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Цель исследования: определение нарушений в отдельных компонентах социального познания у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством.

Метод исследования: систематический обзор научной литературы на тему социального познания при ПТСР в отечественных и зарубежных научометрических базах, таких как eLibrary, PubMed NLM, в научных русскоязычных изданиях по ключевым словам «посттравматическое стрессовое расстройство», «психическая травма», «когнитивный подход», «социальное познание», «нарушения социального познания».

Социальное познание и его компоненты как социально-когнитивный аспект ПТСР

Современные исследования нарушения обработки социальной информации у лиц с ПТСР рассматривают их с двух сторон: как фактор развития расстройства и как последствие психотравматизации (Wiseman, 2024). При этом в обоих случаях выделяется укрепление посттравматической симптоматики, изоляции, чувства одиночества и малый ответ на психотерапию. Социально-когнитивные особенности ПТСР охватывают широкий пласт нарушений поведения не только на микро-, но и на макросоциальном уровне. Лица с ПТСР сообщают о низкой удовлетворенности жизнью и общением, снижении сплоченности с близким окружением, невозможности или трудности выстраивать отношения с надежной привязанностью (Nazarov, 2013).

Так, при ПТСР наблюдается наличие целостно искаженной картины мира, накладывающей свой индивидуальный трафарет на окружающую действительность. Фиксация на травме меняет не просто ее восприятие, но и взаимодействие с людьми. В связи с этим исследователи ПТСР стали отмечать, что при данном расстройстве наблюдаются нарушения социального познания (Падун, Котельникова, 2012).

Социальное познание определяется как комплекс психологических процессов восприятия, анализа, переработки информации, получаемой от других людей во время коммуникации, который направлен на формирование представлений об отношениях между собой и другими людьми, о социальной среде в целом и предполагает гибкое использование собственных умозаключений о коммуникации для регуляции социального поведения. Среди основных компонентов соци-

ального познания выделяют: теорию психического (theory of mind), ментализацию (mentalization), эмоциональное восприятие (emotional perception), эмпатию (empathy), атрибутивный стиль (attributional style), социальное восприятие (social perception), социальное знание (social knowledge), эмоциональную осведомленность (emotional awareness) и алекситимию (alexithymia) (Etchepare, Prouteau, 2018).

Когнитивные теории ПТСР предоставляют одни из самых полно разработанных моделей расстройства. С точки зрения когнитивного подхода экстремальные ситуации приводят к резкому разрушению устойчивых базисных убеждений человека о безопасности окружающего мира и о возможности индивида влиять на собственную жизнь и происходящие события. Иными словами, при психотравматизации происходят изменения в системе переработки информации об окружающем мире: разрушенные позитивные представления и убеждения о социуме и внешних событиях заменяются отфильтрованными через травму когнитивными схемами, где мир небезопасен, а от окружающих необходимо защищаться и быть готовым к их покушению на личное благополучие.

Исследования показали, что для лиц с ПТСР характерны изменения характеристик внимания после травмы (Падун, Котельникова, 2012). В экспериментах лица с ПТСР направляют больше внимания на связанную с травмой информацию. Например, в исследовании, где экспериментальная выборка состояла из женщин, подвергавшихся в детстве насилию, было продемонстрировано снижение их способности обрабатывать социальные сцены, которые связаны с родственным общением. При этом значимых различий по реакции на стимулы, находящиеся вне семейного контекста, обнаружено не было. Предполагается, что социально-когнитивные дисфункции могут быть избирательны в зависимости от вида травмы (Nazarov, 2013). Процессы переработки информации реализуются сцепленно с травматическим опытом, при отсутствии критики человека к восприятию сигналов действительности, при усилении чувства отчуждения и стремлении к изоляции.

Обнаруживаются и изменения в процессах памяти у лиц с ПТСР. Данные различных исследований показывают как яркость, детальность и живость образов травматических воспоминаний пациентов, так и сложности в припомнении обстоятельств собственной автобиографии и их расплывчатость и недифференцированность в памяти. Контакт со стимулами, оказывающими триггерное влияние, может приводить

к флешбэкам, внезапной и непроизвольной актуализации травматических событий с разной степенью точности (Падун, Котельникова, 2012). Предполагается, что данный механизм также вносит свой вклад в изменения социального познания при ПТСР.

При описании социально-когнитивного функционирования у лиц с ПТСР важно обратиться и к процессам восприятия. С. Chemtob разработал «теорию когнитивного действия» для объяснения феноменов расстройства, согласно которой для пациентов характерна перманентная активация сети страха, формирующая вызывающие тревогу и опасения ожидания-убеждения относительно происходящих событий в настоящее время. Стимулы, связанные с травмой, способны вызывать симптомы вторжения и настроить восприятие на фокусировку только на вызывающей страх и ощущение опасности информации (Падун, Котельникова, 2012). Предполагается, что особенности восприятия лиц с ПТСР, пребывающих в режиме готовности к покушению на безопасность, не только ухудшают качество повседневной жизни, но и снижают эффективность социальной коммуникации, что приводит к подтверждению негативных ожиданий и убеждений и вместе с этим симптомов расстройства.

Нарушения социального познания у лиц с диагнозом ПТСР

С. Sharp, P. Fonagy и J. G. Allen разработали первую социально-когнитивную модель ПТСР (Social-cognitive model of PTSD), где нарушения восприятия и анализа социальных сигналов выступают фактором риска развития расстройства. Авторы отмечают, что опыт насилия в раннем возрасте, ненадежной привязанности искажают процессы обработки информации от людей и формируют уязвимость личности к воздействию ситуаций экстремального характера (Sharp et al., 2012). Модели, описанные позже, строят взаимообратную связь первичных и вторичных (приобретенные после психотравматизации) дисфункций в социальном взаимодействии и ПТСР: снижение социально-когнитивных способностей укрепляет симптомы расстройства (Wiseman et al., 2022).

Авторы научных работ, посвященных посттравматическим изменениям, отмечают снижение функционирования теории психического и ментализации у лиц с ПТСР, проявляющиеся в ухудшении формирования представлений о чувствах, мыслях, убеждениях и намерениях других людей (Couette et al., 2020). В одном из недавних исследований был выявлен феномен гиперментализации — «чтения мыслей»

собеседника, вероятно, связанный с симптомами гипервозбуждения, конкретно сверхбдительностью, иллюзорно защищающей личность (Wiseman, 2024).

Эмоциональные нарушения у лиц с ПТСР выражаются как в дефиците эмоциональных реакций, так и способности распознавать эмоции других. Изменение социального восприятия выражается в предвзятости внимания на негативные эмоции и действия людей и снижении восприятия положительных эмоций (Stevens, Jovanovic, 2019; Wiseman, 2024).

Обнаруженное исследователями снижение аффективной эмпатии при ПТСР проявляется в трудностях выражения сопереживания людям и проявлении понимания и поддержки. Кроме того, индивиды с ПТСР могут испытывать трудности в области эмоциональной регуляции, выражющиеся в эмоциональной реактивности и вербальной/или физической агрессии в процессе коммуникации (Wiseman, 2024).

Для лиц с ПТСР характерен определенный атрибутивный стиль: негативные атрибуции относительно психотравмирующего события, окружающих людей и такие же по характеру самоатрибуции (self-attributions), часто представленные ярлыками беспомощности. Предполагается, что пациенты с ПТСР меньше готовы ожидать позитивных влияний от окружающего мира и больше полагаться на себя в силу пережитого травматического опыта и в связи с этим брать на себя большую ответственность при неудачах (Падун, Котельникова, 2012).

Нарушения ментализации, распознавания эмоций, эмпатии и наличие негативных атрибуций относительно себя, других людей и событий представляют уже немалую часть изменений социального познания, которые обнаруживаются при ПТСР. Для формирования целостной картины социально-когнитивных дефицитов у пациентов требуются дальнейшие исследования для ее уточнения и расширения, так как они оказывают влияние на риск развития расстройства, качество жизни и эффективность психотерапии.

Заключение

ПТСР представляет собой расстройство, при котором нарушения в социальном познании выступают фактором риска развития расстройства и одним из последствий травмы.

Индивидуальные различия в социальном познании могут объяснить, почему некоторые люди хуже восстанавливаются после травмы и реагируют на психотерапию. Нарушения социального познания, на-

пример, при распознавании мимических сигналов и намерений терапевта могут привести к отсутствию восприятия поддержки, ухудшению терапевтических отношений и отрицательно повлиять на результат интервенций и качество жизни.

Имеющиеся эмпирические и теоретические исследования демонстрируют дисфункции в процессах ментализации, эмпатии, распознавания эмоций и наличие негативных атрибуций у лиц с ПТСР. Между тем количество подобных исследований на сегодняшний день немногочисленно, что определяет необходимость дальнейшего изучения социального познания у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством.

Литература

Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022.

Padun M.A., Kotelnikova A.B. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.

Couette M., Mouchabac S., Bourla A., Nuss P., Ferreri F. Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review // The British Journal of Clinical Psychology. 2020. V. 59 (2). P. 117–138.

Etchepare A., Prouteau A. Toward a Two-dimensional model of social cognition in clinical neuropsychology: A systematic review of factor structure studies // Journal of the International Neuropsychological Society. 2018. V. 24 (4). P. 391–404.

Nazarov A., Frewen P., Parlar M., Oremus C., MacQueen G., McKinnon M., Lanius R. Theory of mind performance in women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013. V. 129 (3). P. 193–201.

Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder // The New England Journal of Medicine, 2017. V. 376. P. 2459–2469.

Sharp C., Fonagy P., Allen J.G. Posttraumatic stress disorder: A social-cognitive perspective // Clinical Psychology: Science and Practice, 2012. V. 19 (3). P. 229–240.

Stevens J.S., Jovanovic T. Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: A review and meta-analysis // Genes, Brain and Behavior. 2019. V. 18. Art. e12518.

Wiseman C. What is the relationship between social cognition and PTSD? // Progress in Neurology and Psychiatry. 2024. V. 28. Art. e12013.

Wiseman C., Lawrence A.D., Bisson J.I., Hotham J., Karl A., Zammit S. Study development and protocol for a cohort study examining the impact of baseline social cognition on response to treatment for people living with post-traumatic stress disorder // European Journal of Psychotraumatology. 2022. V. 13 (1). Art. 2093036.

РАЗДЕЛ 5

**РЕСУРСЫ СОВЛАДАНИЯ
С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ
СИТУАЦИЯМИ**

Взаимосвязь совладающего поведения и посттравматического роста (на примере жертв дорожно-транспортных происшествий)

И.Р. Абитов, И.В. Краснова

Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Казань, Россия
ildar-abitov@yandex.ru
inna.7719@mail.ru

Статья посвящена исследованию взаимосвязи между такими компонентами совладающего поведения, как копинг-стратегии и антиципационная состоятельность с характеристиками посттравматического роста. В исследовании приняли участие 34 респондента в возрасте от 20 до 40 лет, переживших потенциально опасное для жизни и здоровья ДТП. Нами использовались «Опросник посттравматического роста»; «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»; краткая версия «Теста антиципационной состоятельности». Обнаружены обратные взаимосвязи между показателями посттравматического роста («отношение к другим»; «духовные изменения»), пространственной составляющей антиципационной состоятельности и ее общим показателем. Статистически значимых взаимосвязей между стратегиями совладания со стрессом и показателями посттравматического роста не обнаружено.

Ключевые слова: посттравматический рост, совладание со стрессом, антиципационная состоятельность, дорожно-транспортные происшествия

На сегодняшний день подобное одностороннее рассмотрение последствий психической травматизации является недостаточным и не позволяет в полной мере объяснить весь спектр возможных изменений в результате психотравмирующего воздействия. Так, исследования показывают, что не все лица, пострадавшие в результате определенного психотравмирующего события, выявляют признаки каких-либо нарушений психической деятельности. Более того, имеются данные, свидетельствующие о том, что для некоторых лиц травматический опыт может стать «трамплином» для позитивных личностных изменений. Это обуславливает необходимость рассмотрения психотравмирующих

ситуаций не только с точки зрения их негативных аспектов, но и с точки зрения новой парадигмы, в основе которой лежит понятие посттравматического роста. Представители социально-когнитивного подхода рассматривают подобные изменения как результат пересмотра человеком системы базисных убеждений, разрушенных в результате травмы, за счет конструктивной когнитивной переработки, интеграции пережитого опыта и придания ему определенного смысла (Tedeschi, Calhoun, 2004; Janoff-Bulman, 2004). Отечественные исследователи также говорят о важности особой деятельности субъекта по порождению смысла, имеющей трансформационный характер (Магомед-Эминов, 2009).

Имеются исследования, посвященные непосредственно изучению трансформационных функций совладания (Aldwin, 1994; Schaefer, Moos, 1992), рассматривающие успешное использование копинг-стратегий для разрешения проблемной ситуации в качестве необходимого компонента для позитивных изменений в результате травмы.

По-прежнему открытым остается вопрос о наличии взаимосвязи между характеристиками посттравматического роста и совладающим поведением. Изучение данной проблемы осуществлялось на примере дорожно-транспортных происшествий как потенциально психотравмирующих событий, угрожающих жизни и здоровью индивида. ДТП является одним из наиболее часто встречающихся видов травматических событий, угрожающих жизни и здоровью человека и оказывающих психотравмирующее воздействие как на самих участников ДТП, так и на свидетелей аварии и родственников пострадавших. Важным также является то, что на данный момент наблюдается рост подобных чрезвычайных ситуаций. Так, в 2023 году на территории Российской Федерации в результате дорожно-транспортных происшествий пострадали 132 466 человек, что на 4,5%, больше, чем в 2022 году (Дорожно-транспортная аварийность..., 2024).

В исследовании приняли участие 34 респондента (24 участника женского пола, 10 — мужского пола) в возрасте от 20 до 40 лет, переживших потенциально опасное для жизни и здоровья дорожно-транспортное происшествие, которое не привело к каким-либо серьезным физическимувечьям и с которого на момент заполнения методик прошло от 6 месяцев до 5 лет.

Нами использовались следующие методики: для оценки показателей посттравматического роста использовался «Опросник посттравматического роста» (Tedeschi, Calhoun, 1996) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова (Магомед-Эминов, 2004); для изучения особенностей

копинг-поведения, выявления общего стиля совладания использовалась методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», разработанная Н. Энделером и Д. Паркером (1990), адаптированная Т.Л. Крюковой (Водопьянова, 2009); для оценки показателей антиципационной состоятельности была использована краткая версия «Теста антиципационной состоятельности» (Менделевич, 2003), разработанная Е.В. Агафоновой, А.С. Границей и Э.В. Макаричевой (Агафонова и др., 2023).

Обработка и анализ результатов исследования проводились поэтапно с использованием двух взаимодополняющих стратегий: поиска различий и корреляционного анализа.

На первом этапе был проведен сравнительный анализ двух групп, выделенных с помощью методики «Опросник посттравматического роста» из выборки, изначально состоящей из 34 человек. Из них были отобраны испытуемые с высокими и низкими показателями посттравматического роста:

- 1 группа — 11 человек с низким уровнем посттравматического роста;
- 2 группа — 8 человек с высоким уровнем посттравматического роста.

Поскольку объем выборки небольшой, что не позволяет обнаружить нормальность распределения, для выявления статистически значимой разницы между выделенными группами по показателям копинг-стратегий и антиципационных способностей, был выбран непараметрический критерий Манна—Уитни. Он показал, что между группами отсутствуют статистически значимые различия.

На втором этапе анализа результатов, исходя из цели исследования, был проведен детальный корреляционный анализ по всем исследованным параметрам для выявления взаимосвязей между показателями посттравматического роста и способами совладающего поведения. Для корреляционного анализа был использован непараметрический критерий — коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Были выявлены отрицательные взаимосвязи между показателем «духовных изменений» как области посттравматического роста и показателями личностно-ситуативной составляющей ($r=-0.344$; $p<0.05$) и общей антиципационной состоятельности ($r=-0.371$; $p<0.05$). Подобные результаты говорят о том, что при сильной выраженности прогностических способностей, умения видеть причинно-следственные связи у людей, переживших травматические события, не наблюдается склонности к духовным изменениям, связанным с повышением религиозности и духовности, что является вполне объяснимым, поскольку выраженность рационального, логического мышления зачастую не

предполагает обращения к сверхъестественным, магическим способам объяснения тех или иных ситуаций.

Помимо этого, была выявлена отрицательная взаимосвязь между показателем пространственной составляющей антиципационной состоятельности и показателем «отношение к другим» как области посттравматического роста ($r=-0.383$; $p<0.05$). Для объяснения подобной связи обратимся к исследованию Н.Е. Суминой и Н.П. Ничипоренко (2007), которое показало, что пространственная антиципационная состоятельность связана с такими личностными характеристиками, как игнорирование общепринятых норм, уверенность в своей интересности, саморуководство, что может обуславливать отсутствие склонности у таких лиц к положительному изменению отношения к другим, повышению их ценности даже в результате переживания травмирующих ситуаций. Соответственно, чем сильнее выражены подобные особенности, тем меньше вероятность возникновения посттравматического роста в области «Отношение к другим».

Также значимым является то, что показатели посттравматического роста более не выявили никаких взаимосвязей с показателями со-владающего поведения. Подобные результаты свидетельствуют о том, что процессы позитивных личностных изменений в результате травмы не имеют значимых линейных связей с копинг-стратегиями и антиципационной состоятельностью, что позволяет говорить о том, что гипотеза нашего исследования не подтвердилась.

Изначально нами предполагалось, что возможно выявление взаимосвязей между проблемно-ориентированным копингом и такими областями посттравматического роста, как «новые возможности» и «сила личности», поскольку, если исходить из модели обретения силы в страдании, разработанной Р. Янофф-Бульман, успешное преодоление проблемной ситуации позволяет человеку раскрыть в себе неведомые до того силы и возможности, а также сформировать новые навыки, по-новому увидеть себя и других (Janoff-Bulman, 2004).

При этом не было однозначных предположений относительно связи посттравматического роста и антиципационной состоятельности, поскольку, с одной стороны, прогностические способности можно рассматривать в качестве фактора, препятствующего посттравматическому росту, поскольку развитость прогностических способностей предполагает возможность предвосхищения трудных жизненных ситуаций и формирования определенной готовности к их возникновению. То

есть прогностическая компетентность обеспечивает меньшую подверженность влиянию травматических переживаний, без которых, в свою очередь, невозможно и возникновение посттравматического роста. С другой стороны, если воздействие стрессора все же оказывается для человека травматическим, высокий уровень антиципационной состоятельности, предполагающий развитую способность к установлению причинно-следственных связей и прогнозированию дальнейших путей развертывания событий, напротив, может способствовать развитию посттравматического роста в различных областях.

Если все же возвращаться к тому факту, что наша гипотеза не получила подтверждения, то объяснить подобные результаты можно следующим образом.

1. С одной стороны, учитывая имеющиеся в науке эмпирические данные, свидетельствующие о том, что между показателями посттравматического роста и способами совладающего поведения имеются значимые связи, можно предположить, что данные феномены все же выявляют определенные взаимосвязи, однако в рамках нашей работы их выявление оказалось недоступным в связи со следующими особенностями проведения исследования:

1.1. в первую очередь можно предположить, что подобные результаты связаны с тем, что выборка, на которой проводилось исследование, в связи с небольшим количеством респондентов является нерепрезентативной, что обуславливает некорректность полученных результатов;

1.2. также недочетом в проведенной работе можно считать то, что мы опирались исключительно на объективные характеристики дорожно-транспортного происшествия как чрезвычайной ситуации, несущей угрозу жизни и здоровью ее участников, не уделив должного внимания субъективному фактору, связанному с тем, как сами участники ДТП оценивают степень травматичности произошедшей аварии.

2. С другой стороны, можно предположить, что между показателями посттравматического роста и способами совладающего поведения действительно отсутствуют значимые линейные связи, однако не стоит исключать тот факт, что между ними могут наблюдаться более сложные — нелинейные или опосредованные — связи.

2.1. Так, можно предположить, что между данными феноменами имеются нелинейные связи, поскольку возникновение позитивных посттравматических изменений может быть связано с необходимостью умеренной выраженности способов совладающего поведения, посколь-

ку при их высокой или низкой выраженности рост может быть невозможен. В случае с высоко выраженным показателями совладающего поведения отсутствие роста может быть обусловлено неподверженностью человека влиянию психотравмирующей ситуации, а в случае с низко выраженным показателями — большей склонностью к негативному исходу столкновения с травматическим стрессом, выражаящемся в посттравматическом стрессовом расстройстве и (или) других нарушениях психической деятельности.

2.2. Также можно предположить, что способы совладающего поведения действительно не выявляют непосредственной взаимосвязи с показателями посттравматического роста, но при этом их можно рассматривать в качестве фактора, важного для создания условий, в которых возможна эффективная переработка травматического опыта и восстановление разрушенных в результате травмы убеждений.

3. Если все же придерживаться точки зрения о том, что посттравматический рост не выявляет каких-либо статистически значимых связей со способами совладающего поведения, важным является дальнейшее изучение факторов, которые могут иметь подобные связи. В частности, исходя из анализа литературы и имеющихся эмпирических данных, можно предположить, что фокус внимания должен быть направлен на исследование индивидуально-личностных факторов, социально-психологических факторов, а также особенностей характера травмы.

Выводы

1. Между отдельными областями посттравматического роста («отношение к другим»; «духовные изменения») и составляющими антиципационной состоятельности («пространственная антиципационная состоятельность»; «общая антиципационная состоятельность») выявляются отрицательные взаимосвязи, что может говорить о том, что некоторые проявления посттравматического роста возможны только при низких значениях прогностических способностей.

2. Статистически значимые взаимосвязи между показателями посттравматического роста и способами совладающего поведения в рамках нашего исследования выявлены не были.

Литература

Агафонова Е. В., Граница А. С., Макаричева Э. В. Разработка краткой версии теста антиципационной состоятельности // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. № 3. С. 21–30.

- Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации в 2023 году. Информационно-аналитический обзор. М.: ФКУ «НЦ БДД МВД России», 2024.
- Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009.
- Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста М., 2004.
- Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2009. № 3. С. 111–117.
- Ничипоренко Н.П., Сумина Н.Е. Взаимосвязь антиципационной состоятельности с личностными свойствами // Российский психологический журнал. Т. 4. № 4. 2007. С. 22–29.
- Aldwin C. Stress, coping and development: An integrative perspective. New York: Guilford Press, 1994.
- Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models // Psychological Inquiry. 2004. V. 15. № 1. P. 30–34.
- Schaefer J.A., Moos R.H. Life crises and personal growth // B.N. Carpenter (Ed.). Personal coping: Theory, research, and application. 1992. P. 149–170.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. V. 15. № 1. P. 1–18.

Перспективы исследования личностного потенциала устойчивости к боевому стрессу

*А.Г. Ахметшина***, И.Р. Абитов***

*«Психологическая клиника» КФУ, Казань, Россия

**Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Казань, Россия

89655895974@yandex.ru

ildar-abitov@yandex.ru

В статье рассматриваются актуальные проблемы, связанные с личностным потенциалом устойчивости военнослужащих к боевому стрессу в условиях современных военных конфликтов. Ключевым аспектом успешной адаптации к боевому стрессу и интеграции в мирную жизнь является высокая степень личностной устойчивости, которая помогает

справляться с экстремальными ситуациями. Несмотря на обширные исследования в области личной и профессиональной устойчивости гражданских специалистов, аспект личностного потенциала устойчивости военнослужащих остается недостаточно изученным. Статья подчеркивает перспективность изучения составляющих личностного потенциала человека для комплексного понимания этого феномена, а также выделения антиципации как ведущего компонента личностного потенциала, который влияет на устойчивость к боевому стрессу. Важность дальнейших исследований в этой области обусловлена возможностью повышения уровня психологической подготовки специалистов и адаптации их к гражданской жизни.

Ключевые слова: личностный потенциал, адаптационный потенциал личности, психологическая устойчивость, боевой стресс

В условиях современного мира, характеризующегося увеличением количества политических разногласий и конфликтов, а также стремительным разворачиванием военных действий, стрессовые ситуации становятся неотъемлемой частью жизни всего общества. Наибольшее влияние военных действий, представляющих собой психотравмирующую ситуацию, оказывается на военнослужащих, непосредственно пребывающих в условиях боевой обстановки.

Анализ современных исследований указывает на недостаточность психологической подготовленности военнослужащих, сказывающуюся на снижении эффективности выполнения профессиональных обязанностей в условиях боевого стресса.

Нахождение в условиях боевой обстановки требует достаточно высокого уровня профессиональной подготовленности специалиста и умение своевременно применять современные технологии в ситуациях экстремального стресса, которым является ситуация боевого стресса.

Возникновение и развитие психических расстройств вследствие боевого стресса представляет собой значительную проблему на этапе адаптации человека к вне боевой жизни.

Нарастание симптомов расстройств, связанных с боевым стрессом, прежде всего посттравматическим стрессовым расстройством, может усугубляться проблемами социального характера.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства могут сохраняться на протяжении значительного времени после завершения пребывания в ситуации боевого стресса. Ключевым элементом

успешной адаптации к боевому стрессу и последующей интеграции в мирную жизнь является высокая степень личностной устойчивости.

Личностная устойчивость является важным фактором, который позволяет эффективно справляться с ситуациями экстремального характера, а также полноценно выполнять профессиональные задачи (А. И. Адаев, А. А. Бобрищев, Р. А. Громов, А. А. Маркарян, С. В. Улыбин и др.).

Анализ существующей литературы дает возможность рассмотреть степень разработанности темы изучения личной и профессиональной устойчивости. Так, изучение профессиональной устойчивости наиболее распространено в контексте компетентности в сфере гражданских профессий, в первую очередь учителей и банковских служащих (Ю. Н. Голованов, Е. М. Ефимова, М. А. Картаевых, И. Г. Митюнова, Г. И. Перекопский, Н. Н. Силкин и др.).

В обилии исследований по вопросам личностной устойчивости малоизученным остается аспект именно личностного потенциала военнослужащих, находящихся в условиях боевого стресса. Наряду с этим фактором отмечается практическая необходимость в исследовании условий, которые влияют на устойчивость военнослужащих. Это две причины, которые обуславливают важность и актуальность исследований в данной области.

Теоретический анализ проблемы личностного потенциала устойчивости к боевому стрессу

Идеи изучения психологического потенциала личности прослеживаются в работах Л. А. Александровой, Л. И. Анцыферовой, В. А. Бодрова, Г. А. Виноградовой, Л. А. Дикой, С. А. Калашниковой, А. Н. Леонтьева, Д. А. Леонтьева, А. Г. Маклакова, Т. П. Сашиловой, О. В. Слядневой, О. В. Татаренко, Н. Е. Яблонски и др.

Имеющиеся исследования, посвященные изучению феномена «личностного потенциала», в первую очередь дают понимание личностного потенциала как сильных черт, присущих каждому человеку. В некоторых работах используется термин «личностно-психологический ресурс», последний подразумевает обеспечение необходимого уровня адаптивности в стрессовых условиях (Н. Е. Яблонски).

Личностный потенциал является кумуляцией ресурса и обеспечивает возможность достижения поставленных целей. Активация личностного потенциала связана с ситуациями, которые тормозят процесс развития личности, например, ситуация боевого стресса. Однако тормозящий фактор актуализирует личностный потенциал.

Боевой стресс как феномен в современном понимании определяется как процесс многоуровневой адаптации человека в условиях боевой обстановки и сохранением приспособительных психофизических изменений.

Анализ актуальной литературы по теме боевого стресса показывает, что исследователи больше сосредоточены на изучении его последствий, чем на самом явлении.

В контексте рассматриваемой темы представляются значимыми вопросы, которые взаимосвязаны с факторами готовности и способности человека к преодолению стрессовых ситуаций благодаря возможностям его личностного потенциала.

В последние годы к концепции «личностного потенциала» обращаются различные авторы, что говорит об актуальности данной проблематики, несмотря на то, что разработка данной концепции не является новой.

При большом интересе к проблеме личностного потенциала, понимание и описание этого феномена остается очень разрозненным.

Часть исследователей рассматривают критически определение термина «личностный потенциал», отмечая, что в некоторых объяснительных подходах он сводится к уровню успешности самореализации в определенной деятельности и может быть определен через совокупность способностей и навыков, нужных конкретно для этой деятельности.

Такое определение личностного потенциала в исследованиях других авторов представляется ограниченным в понимании этого феномена, поэтому в отношении конкретного вида деятельности более уместным считается использование термина «потенциал деятельности».

Изучение представлений о феномене личностного потенциала, в основе которых находится идея о связи личностного потенциала с успешностью адаптации, находит отражение в других исследованиях, примером может стать работа И.Н. Симаевой (2006), в которых личностный потенциал рассматривается как общая характеристика личности. Автор анализирует адаптивность личности непосредственно через связь этого феномена с системой личностных характеристик.

А.Г. Маклаков в процессе изучения способностей к адаптации выделяет такое понятие, как личностный адаптационный потенциал (ЛАП) — целостную характеристику психического развития личности, состоящую из взаимосвязанных характеристик, которые способству-

ют успешной адаптации (Маклаков, 1996). А.А. Реан в своих работах применяет термин «внутриличностный потенциал» (Реан и др., 2006).

С.В. Ильинский, изучая социально-психологические особенности адаптации к военной службе по призыву, опираясь на идеи А.Г. Маклакова, подчеркивает важность адаптационного потенциала личности, который рассматривается как совокупность адаптационных свойств (Маклаков, 1993). В эту структуру входят такие личностные элементы, как нервно-психическая устойчивость, коммуникативные навыки, поведенческая регуляция и моральные нормы.

Многостороннее изучение составляющих адаптационного потенциала личности, находящейся в сложных жизненных ситуациях, таких как ситуация боевого стресса, свидетельствует о взаимосвязи структур адаптационного потенциала, среди которых выделяют группу личностных характеристик и группу свойств совладающего поведения. К группе личностных характеристик традиционно относят адаптивность, коммуникативные навыки, нервно-психическую устойчивость, интернальный локус контроля и экстраверсию. Во второй блок относят прежде всего антиципационную состоятельность, психологические защиты и копинг-стратегии.

К ним относятся личностные характеристики, такие как адаптивность, кол lectivistская направленность, коммуникативные навыки, нервно-психическая устойчивость, интернальный локус контроля и экстраверсия, а также блок свойств, которые определяют совладающее поведение, включая психологические защиты, копинг-стратегии и антиципационную состоятельность. Данные о взаимосвязи составляющих адаптационного потенциала дают возможность глубже проанализировать личностные факторы процесса адаптации личности к условиям боевого стресса.

Среди психологических факторов, способствующих активной адаптации к изменяющимся условиям и деятельности, И. Н. Симаева выделяет антиципацию, то есть способность предвидеть ситуации.

Исследователи, такие как П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн, А. Р. Лuria и Д. Н. Узнадзе, также подчеркивали важность процессов предвосхищения будущего, что связано с развитием прогностических способностей, формирующихся в условиях социальной дифференциации (Регуш, 2003).

Способность к предвосхищению (антиципационная состоятельность) играет важную роль среди психологических процессов. В ис-

следованиях В.Д. Менделевича подчеркивается ключевое значение антиципационной состоятельности в формировании адаптации (Менделевич, 2001).

В контексте проанализированных исследований становится актуальным изучение антиципационной состоятельности как составляющей адаптационного потенциала личности. Эта составляющая личностного потенциала представляет интерес для дальнейшего изучения влияния адаптационного потенциала личности на формирование устойчивости к боевому стрессу и поиска эффективных способов развития личностного потенциала в целях предотвращения негативных последствий боевого стресса в виде посттравматического расстройства личности.

Литература

- Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. М.: Наука, 1980.*
- Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 16–24.*
- Маклаков А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащего: автореф. дис. ... докт. психол. наук. СПб., 1996.*
- Маклаков А.Г., Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Психологические механизмы типа А у молодых людей в период адаптации к длительным психоэмоциональным нагрузкам // Психологический журнал. 1993. № 6. С. 86–95.*
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: МЕДпресс-информ, 2001.*
- Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2006.*
- Регуш Л.А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего. СПб.: Речь, 2003.*
- Симаева И.Н. Психология адаптации личности к изменениям жизнедеятельности: автореф. дис... д-ра психол. наук. СПб., 2006.*

Подходы к исследованиям жизнеспособности женщин, переживших партнерское насилие

E. V. Великодворская, B. B. Дукорский***

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия
v.elizaveta.v@gmail.com

**Государственный комитет судебных экспертиз Республики
Беларусь, Минск, Беларусь
vl.dukorsky@tut.by

Насилие в отношении женщин в партнерских (семейных) отношениях (IPV) широко распространено и является одной из острых социальных проблем и проблем здравоохранения. Решение предполагает комплексный подход к помощи пострадавшим и участие в этом кризисных центров, которые будут использовать психологические программы, усиливая жизнеспособность обратившихся женщин. Научно обоснованный подход предполагает опору на исследования жизнеспособности (resilience) женщин, переживших насилие, и изучение протективных факторов развития ПТСР, риск которого в таком случае выше, чем по другим видам жизнеугрожающих событий. Для стимулирования исследований в социально-психологической парадигме (модель А.В. Махнача) нужна разработка и стандартизация опросника «Шкалы оценки жизнеспособности после травмы насилия», прототипом которого мы видим Trauma Resilience Scale (TRS) (Madsen, Abell, 2010).

Ключевые слова: психическая травма, ПТСР, жизнеспособность человека, resilience, партнерское насилие, Intimate partner violence (IPV), Trauma resilience scale

По данным Федеральной службы государственной статистики, на начало 2022 года в Российской Федерации проживали 77,9 млн. женщин. Это более половины населения страны. По международным и российским популяционным опросам и исследованиями, более трети взрослых женщин отмечают, что пережили психологическое, физическое и/или сексуальное насилие в свой адрес в течение жизни (ВОЗ, 2021). В большинстве случаев это насилие со стороны текущего или бывшего партнера (мужа), которое имеет принятое в международных социаль-

ных науках и медицине обозначение — Intimate partner violence (IPV). Оптимальным переводом на русский язык термина IPV мы видим «партиерское насилие» и будем использовать эти понятия как идентичные. По данным криминальной статистики в РФ доля женщин, пострадавших от супружеского насилия, по зарегистрированным преступлениям в разные годы составляет от 85% до 91% (Щепельков, 2022). Оказание помощи в восстановлении здоровья женщинам, пережившим насилие в семье, входит в перечень мероприятий Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 годы № 4356-р, утвержденной Правительством РФ 29.12.2022. Национальная стратегия опирается на данные, что «в результате преступлений против жизни и здоровья, совершенных в отношении члена семьи, в 2021 году пострадали 12,6 тыс. женщин». В перечень восстановительных мероприятий входят: медицинская и социально-психологическая помощь, социальная помощь в обеспечении безопасности, включая подходящее для проживания место, юридическая помощь и поддержка обращения в суд за компенсацией физического и морального ущерба. При этом исследователями и практиками сформулирован целый ряд социальных, правовых и психологических факторов, препятствующих пострадавшим с психической травмой эффективно реализовывать защиту своих прав и законных интересов, обращаясь за компенсацией (Скугаревский и др., 2024), что может негативно влиять на их долгосрочное восстановление, то есть на жизнеспособность. В мировой практике кризисной работы с пострадавшими от насилия женщинами и работы с травмой существует консенсус, что процесс положительной адаптации после пережитого насилия, динамический результат которого мы обозначаем термином «жизнеспособность» (resilience), сложен, нелинейен, зависит от разного рода личностных и внешних ресурсов (Махнач, 2016; Герман, 2022).

Понятие resilience как психологический конструкт активно вошло в англоязычный психологический тезаурус в 60–80-е годы прошлого века благодаря исследованиям Э. Вернер, Н. Гармези, М. Раттера, Э. Мастен (Махнач, 2016) и было по духу близко концепции салютогенеза Аарона Антоновского. Антоновский с позиций социологии медицины изучал в 1970-е опыт еврейских женщин в Израиле, прошедших через концентрационные лагеря во время Второй мировой войны, выживших и в годы исследований демонстрировавших достаточно высокий уровень здоровья и адаптированности. Его интересовал вопрос — что им помогло сохранить здоровье, этот вопрос и стал метавопросом всех

исследований травмы в салютогенном подходе. В современной России пионером в исследовании феномена resilience является А.В. Махнач, совместно с А.И. Лактионовой принимавший участие в международном исследовательском проекте изучения жизнеспособности подростков в начале 2000-х. А.В. Махнач определяет жизнеспособность как «способность человека к преодолению неблагоприятных жизненных обстоятельств с возможностью восстанавливаться и использовать для этого все возможные внутренние и внешние ресурсы». В своих работах он ссылается и на определение одной из ведущих исследовательниц жизнеспособности в мире Энн Мастен: «Способность динамической системы противостоять серьезным вызовам, угрожающим ее стабильности, жизнеспособности или развитию, и восстанавливаться после них». В большинстве случаев современные исследования жизнеспособности проводятся post hoc, т. е. в отношении конкретной группы людей, пережившей тот или иной тип неблагоприятного или экстремального по степени риска жизненного события. В ходе подготовки дизайна исследования определяются критерии «более и менее жизнеспособных» внутри группы, и в зависимости от предмета исследования определяется, какие компоненты жизнеспособности будут изучаться с учетом имеющихся целей и ресурсов. Основной теоретической базой для построения моделей исследований в последние годы служат системные подходы: социальная экология У. Бронfenбrennera, мультисистемная 12-факторная модель М. Унгара, которые предлагают междисциплинарное объяснение факторов влияния на исход и жизнеспособность на нескольких уровнях бытия: индивидуальном, семейном, социальном, культурном и в исторической перспективе. Созданная А.В. Махначом в рамках социально-психологического подхода системная 4-аспектная модель изучения жизнеспособности человека помогает исследовательской навигации через контексты (личность — отношения — общество — культура) к выбору интересующих компонентов жизнеспособности в зависимости от контекста (личность — личностные диспозиции, отношения — компоненты отношений и т.д.). Многофакторность моделей и реальная сложность жизни человека и в итоге оценки долгосрочных эффектов и влияний событий и реакций приводят к тому, что исследователи останавливаются на изучении одного или нескольких компонентов жизнеспособности на одном-двух уровнях, переходя к выбору метода и методик исследования. Проблему этого этапа, а именно дефицита психометрического инструментария, стандартизирован-

ных опросных методик изучения жизнеспособности человека после пережитой травмы насилия, мы и обсуждаем во второй части статьи.

Возвращаясь к восстановлению женщин после пережитого насилия как потенциально психотравмирующей ситуации (*Potentially psychologically traumatic event (PPTE)*), логично и относительно просто оценивать жизнеспособность через оптику клинического подхода к здоровью. Отметим, что «отягчающим» фактором в ситуации партнерского насилия становится сам контекст, в котором возникает насилие, это контекст близких отношений, в которых люди в норме ожидают найти безопасность и защиту, и потому особо уязвимы к производимому над ними насилию (Герман, 2023). Пережитое насилие, становясь стрессором высокой интенсивности, может быть ведущей причиной развития ПТСР как в ближайшей временной перспективе (через месяц и более после последнего эпизода насилия), так и с отсрочкой во времени (месяцы и годы). Вероятность развития ПТСР зависит от типа пережитого насилия (White et al., 2024) и превышает популяционный риск в 2–3 раза. Введение новой диагностической категории в МКБ-11, комплексное ПТСР (кПТСР), позволяет оценивать риски развития такого расстройства в ответ на длительное воздействие насилия со стороны партнера (IPV), особенно тяжелых и продолжительных его форм, сравниваемых с пытками. По некоторым исследованиям, вероятность развития кПТСР для выживших выше, чем «простого» ПТСР, примерно в 2 раза: 39,50% против 17,90% (Fernández-Fillol et al., 2021). Таким образом, возвращаясь к определению жизнеспособности как способности относительно благополучно восстанавливаться, задействуя разного рода ресурсы, мы можем сформулировать ключевой вопрос в исследованиях жизнеспособности женщин, переживших насилие: какие внутренние и внешние ресурсы (компоненты жизнеспособности) и в каких контекстах способствуют тому, что «более жизнеспособные женщины» в меньшей степени демонстрируют симптомы ПТСР и кПТСР или не имеют их вовсе? Так, поставленный вопрос можно также считать вопросом о протективных факторах развития ПТСР у взрослых женщин, переживших насилие в партнерских отношениях. С точки зрения долгосрочного восстановления пострадавших, их качества жизни, включающего здоровье, способность работать и строить удовлетворяющие и стабильные отношения, для нас важен не столько формальный статус наличия или отсутствия ПТСР, сколько общая оценка объема субъективно описываемых посттравматических сим-

птомов и трудностей человека. Учет в исследованиях субклинического уровня посттравматической симптоматики ощутимо увеличивает количество женщин — потенциальных участниц исследований с возможностью разделения на группы «высокой — умеренной — низкой жизнеспособности».

Зарубежные исследователи за последние 15 лет создали и используют несколько тестов и шкал изучения жизнеспособности после пережитого трудного жизненного события, включая насилие. Это такие методики, как: Brief Resilience Scale (BRS), две версии Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Scale of Protective Factors (SPF-24), две версии Trauma Resilience Scale (TRS) и другие. Остановимся подробнее на Trauma Resilience Scale (TRS), созданной сотрудниками Государственного университета Флориды Machelle D. Madsen и Neil Abell в 2010 году (Madsen, Abell, 2010). Madsen и Abell в «Шкале оценки жизнеспособности после травмы» (TRS) предложили, по сути, оценку протективных факторов, связанных с положительной адаптацией человека после пережитого физического или сексуального насилия, насилия со стороны партнера. В основу опросника положена трехфакторная модель жизнеспособности, состоящая из следующих факторов: «решение проблем», «взаимоотношения», «оптимизм». По этим трем шкалам была проведена валидизация опросника, к которому была добавлена шкала «духовность» и, соответственно, в модель жизнеспособности этих авторов было включено еще одно измерение — «духовность человека» (Махнач, 2016). По нашему мнению, их Trauma Resilience Scale может стать удачным прототипом для разработки российской версии опросника на базе системного подхода и модели А. В. Махнача. Эта цель и ставится в нашем исследовании, которое проводится на базе и при поддержке Санкт-Петербургского государственного университета, как описание и стандартизация подходов к изучению положительной адаптации, т. е. жизнеспособности взрослых женщин, переживших насилие, без формирования симптомов ПТСР в течение первых трех лет после прекращения насилия. Амбициозной целью является имплементация результатов исследования в программы кризисной психологической помощи, оказываемой кризисными центрами для женщин в г. Санкт-Петербурге.

С учетом распространенности партнерского насилия и его потенциально тяжелых негативных последствий особое значение имеет развитие исследований жизненных траекторий и путей восстановления женщин, переживших насилие во взрослом возрасте, в рамках салю-

тогенного подхода, а также создание российских психометрических опросных методик по типу «Шкалы оценки жизнеспособности после травмы насилия». Такое решение будет способствовать проведению эмпирических исследований с учетом российских культурных особенностей и научно обоснованной психологической помощи.

Литература

- Герман Дж. Травма и исцеление. Последствия насилия — от абызова до политического террора.* М.: Бомбара, 2022.
- Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты /* Отв. ред. А.В. Махнач, Л.Г. Дикая. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016.
- Скугаревский О.А., Голубович В.В., Остянко Ю.И., Дукорский В.В. Защита прав и законных интересов потерпевших с психической травмой // Медицинский журнал.* 2024. № 3. С. 50–55.
- Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма.* М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016.
- Насилие в отношении женщин. Основные факты.* [Электронный ресурс]. World Health Organization: официальный сайт. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (дата обращения: 08.02.2025)
- Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2023–2030 годы, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 г. № 4356-р.* [Электронный ресурс]. Сайт Правительства РФ. URL: <http://static.government.ru/media/files/iIHTVCkhskBAE9DAfID3Akpd787xAOc4.pdf> (дата обращения: 1.04.2025)
- Щепельков В.Ф. Противодействие домашнему насилию в Российской Федерации: состояние и перспективы // Криминалистика.* 2022. № 2 (39). С. 95–103.
- Fernández-Fillol C., Pitsiakou C., Perez-Garcia M., Teva I., Hidalgo-Ruzzante N. Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses // European Journal of Psychotraumatology.* 2021. V. 16. № 12 (1). Art. 2003616.
- Madsen M.D., Abell N. Trauma Resilience Scale: Validation of protective factors associated with adaptation following violence // Research on Social Work Practice.* 2010. V. 20. № 2. P. 223–233.
- White S.J., Sin J., Sweeney A., Salisbury T., Wahlich C., Montesinos Guevara C.M., Gillard S., Brett E., Allwright L., Iqbal N., Khan A., Perot C.,*

Marks J., Mantovani N. Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: A systematic review and meta-analysis // Trauma, violence & abuse. 2024. V. 25(1). P. 494–511.

Ресурсы совладания с травматическим стрессом у молодежи, проживающей на территориях, вовлеченных в последствия боевых действий

O.E. Панич, В.А. Остапенко, М.А. Разенков

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород, Россия

panich@bsuedu.ru

1638844@bsuedu.ru

1629972@bsuedu.ru

Ситуация актуальной угрозы жизни, физической и психологической травматизации ставит перед психологами задачи по созданию и адаптации к региональным условиям инструментов и технологий психологической помощи населению, поскольку многочисленные исследования указывают на связь длительного проживания в зоне боевых действий и кумулятивного стресса как фактора развития посттравматического стрессового расстройства. Теоретико-методологическими основами исследования стали ресурсный подход, категория травматического стресса, положения о хронотопической детерминации развития личности. Исследование проводилось осенью 2023 года с участием 98 респондентов юношеского возраста, постоянно проживающих в городах Белгород и Донецк. Результаты могут быть использованы в программах психологической профилактики и коррекции травматического стресса, конструирования позитивной временной перспективы у молодежи.

Ключевые слова: психологические ресурсы, травматический стресс, базовые убеждения, временная перспектива, юношеский возраст

На территории городов Белгорода и Донецка длительное время существует угроза жизни и здоровью населения, введен повышенный уровень террористической опасности, образовательные организации работают преимущественно в дистанционном формате. Риск утраты

близких, потери жилья и материальной защищенности создает условия дефицитарности базовой потребности в безопасности и позволяет предположить у жителей данных территорий, с одной стороны, наличие психотравматических стрессовых реакций и, с другой стороны, потребность развития ресурсов совладания с травматическим опытом.

Теоретико-методологической основой исследования стал ресурсный подход Д. А. Леонтьева. Для анализа травматического опыта использовалась категория травматического стресса, рассматриваемая в работах ряда ученых: В. Н. Абрамовой, Е. О. Александрова, Ю. А. Александровского, А. Л. Венгера, К. А. Идрисова, Р. В. Кадырова, А. Г. Кааяни, З. И. Кикелидзе, В. Н. Краснова, С. В. Литвинцева, А. Г. Маклакова, И. Г. Малкиной-Пых, В. Л. Марищку, Т. Б. Мельницкой, Л. А. Пергаменщика, Н. Л. Пузыревич, М. М. Решетникова, Г. М. Румянцевой, В. Ю. Рыбникова, Н. В. Тарабриной, Н. С. Хрустальевой, О. Е. Хухлаева, Ю. С. Шойгу. Также использовались положения о хронотопической детерминации развития личности К. Левина, Ж. Нюттена, К. А. Абульхановой-Славской, Р. А. Ахмерова, Т. Н. Березиной, А. К. Болотовой, Л. И. Вассермана, Е. И. Головахи, Ф. Зимбардо, В. А. Ковалева, А. А. Кроника, Т. А. Нестика, М. И. Розеновой, С. Л. Свешниковой, Н. Н. Толстых.

Под психологическими ресурсами Д. А. Леонтьев предлагает понимать средства, наличие и достаточность которых способствует достижению цели и поддержанию благополучия, а отсутствие или недостаточность — затрудняет (Леонтьев, 2016). Характеризуя психологические ресурсы личности, Д. А. Леонтьев указывает, во-первых, на ресурсы устойчивости, дающие человеку чувство опоры и уверенности в себе. Вторая группа объединяет ресурсы саморегуляции как способы построения взаимодействия с обстоятельствами жизни, ожидания положительных или отрицательных исходов событий, характеристики связи усилий с результатами деятельности. Кроме того, модель включает мотивационные (энергетические) и конкретные инструментальные ресурсы личности. В число релевантных переменных ресурсов устойчивости Д. А. Леонтьев включает базовые убеждения, а характеристики саморегуляции связывает в том числе с параметрами временной перспективы. Другие виды ресурсов на данном этапе исследования нами не рассматривались.

Мы предполагаем, что в условиях пролонгированного незавершенного стресса у молодых людей с травматическим опытом возникает из-

менение базовых убеждений и временной перспективы. При этом психологическими ресурсами совладания с травматическим стрессом выступают опора на себя и надежда на будущее. Целью исследования стало изучение базовых убеждений и временной перспективы личности как ресурсов совладания с травматическим стрессом в юношеском возрасте.

Исследование проводилось осенью 2023 года. В состав выборки вошли молодые люди, постоянно проживающие в городе Донецке (38 человек), и студенты НИУ «БелГУ» г. Белгорода (60 человек) юношеского возраста (17–22 лет). На момент проведения эмпирического исследования наши респонденты длительное время — белгородцы два года, а жители Донецка на протяжении девяти лет, проживали в ситуации физической угрозы собственной жизни и являлись свидетелями разрушений и гибели людей.

Диагностическими инструментами измерения травматического стресса и ресурсов совладания с ним выступили опросник травматического стресса (OTC), разработанный И. О. Котеневым. Шкала базисных убеждений Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой; Опросник временной перспективы личности, включающий шкалу трансцендентного будущего (Ф. Зимбардо, А. Гонзалеса в адаптации А. Сырцовой, Е. Т. Соколовой, О. В. Митиной). Статистический анализ осуществлялся при помощи U-критерия Манна – Уитни.

Для анализа данных мы распределили респондентов на группы по уровням травматического стресса. Процедура разделения выборки на уровни проведена на основании диапазонов Т-балльной шкалы методики И. О. Котенева. К группе с низким уровнем стресса отнесены респонденты, показатели которых по базовым шкалам не превысили 50 Т-баллов. Данные этих респондентов требуют более детального анализа и не рассматривались в дальнейшем сравнении. К подверженным стрессу на высоком уровне отнесены респонденты с показателями более 70 Т-баллов. В свою очередь, к группе со средним уровнем стресса отнесены юноши с показателями от 51 до 69 Т-баллов. Это наиболее многочисленная часть выборки (около 50%), в которой респонденты демонстрируют выраженность отдельных симптомов травматического стресса (избегание, гиперактивация).

Рассмотрим различия показателей временной перспективы юношей с разным уровнем травматического стресса. Сопоставление данных с нормативным профилем методики Ф. Зимбардо показывает следующее. Показатели негативного прошлого значительно превышают

норму, они наиболее выражены по сравнению с другими ориентациями. Негативное восприятие прошлого более характерно для группы с высоким уровнем стресса. У респондентов из Донецка данный показатель выражен больше, чем у белгородцев. Показатели позитивного прошлого выше в группе со средним уровнем стресса, однако не достигают нормативных значений. В целом у всех респондентов отмечается негативная оценка прошлого.

Настоящее воспринимается респондентами как фаталистическое и не приносящее радости (ангедонистическое). При этом в группе респондентов из Донецка с высоким уровнем стресса наблюдаются самые высокие показатели фатализма в оценке настоящего.

Будущее практически идентично воспринимается респондентами как недостаточно перспективное, но при этом трансцендентное. Только по шкале трансцендентного будущего показатели донецких юношей со средним уровнем стресса соответствуют нормативным значениям и превышают норму при высоком уровне стресса. Таким образом, во временной перспективе всех подверженных стрессу респондентов акцентировано негативное прошлое и фаталистическое отношение к настоящему, трансцендентное восприятие будущего. То есть речь идет о надежде на будущее, а не о конкретном его планировании.

Значимые различия получены по показателю негативное прошлое. У подверженных стрессу испытуемых выше оценка негативных событий собственного прошлого, что может быть обусловлено как объективным количеством травматических эпизодов, так и субъективным «очернением прошлого». В свою очередь у респондентов устойчивой к стрессу группы большую выраженность имеет степень принятия собственного прошлого, положительное отношение к нему.

В результате сравнения показателей временной перспективы респондентов из двух городов значимые различия получены по показателям прошлого, как негативного, так и позитивного. У испытуемых из Донецка выше оценка негативных и ниже позитивных событий собственного прошлого, что может быть обусловлено как объективным количеством травматических эпизодов, так и субъективным восприятием прошлого. В свою очередь у респондентов из Белгорода относительно большую выраженность имеет степень принятия собственного прошлого, положительное отношение к нему.

Далее рассмотрим выраженность базовых убеждений респондентов с разным уровнем травматического стресса. В оценке выраженности

данных мы ориентировались на 10-балльную стеновую шкалу, предложенную М. А. Падун и А. В. Котельниковой, где границы средних значений расположены в диапазоне от 3,5 до 7,5 баллов.

Для подверженных стрессу респондентов из Донецка характерна оценка мира как недоброжелательного, а для остальных респондентов этот показатель выражен на среднем уровне. Убеждение о справедливости мира выражено на среднем и низком уровне. Показатели образа «Я» представлены на среднем уровне у всех респондентов. Вера в удачу присутствует у респондентов из Белгорода и гораздо ниже у жителей Донецка. Наблюдается зеркальная тенденция по снижению данного показателя при высоком уровне стресса. Убеждение о контроле стабильно среднее у всех респондентов. В целом можно отметить снижение показателей доброжелательности и справедливости мира и собственной удачливости. При этом более устойчивыми остаются вера в себя и убеждения о возможности контроля. То есть в опасном мире человек стремится сохранить внутреннюю стабильность и по возможности контролировать обстоятельства своей жизни.

В целом на основании результатов эмпирического исследования выявлены психологические ресурсы совладания с травматическим стрессом у молодых людей, проживающих на территориях, вовлеченных в последствия военных действий.

Базовые убеждения респондентов с психотравматическим опытом характеризуются низкими показателями доброжелательности, справедливости мира и собственной удачливости. На среднем уровне находятся показатели образа «Я» и контроля. Таким образом, у респондентов присутствуют убеждения о небезопасности мира, самоценности и контроле обстоятельств жизни и самого себя. Базовые убеждения характеризуют ресурсы устойчивости личности в стрессовой ситуации. То есть психологическая устойчивость достигается респондентами за счет опоры на себя.

Во временной перспективе респондентов акцентированы негативное прошлое и фаталистическое настоящее. При этом будущее оценивается как не перспективное, а трансцендентное. Временная перспектива в данной модели характеризует ресурсы саморегуляции. У респондентов наблюдается опора на трансцендентное будущее — то есть абстрактное чувство надежды на возможное улучшение ситуации, а не конкретное планирование в ближайшей или отдаленной перспективе. Таким образом, психологическими ресурсами совладания с

травматическим стрессом у респондентов юношеского возраста, длительно проживающих в экстремальных условиях, выступает опора на себя и надежда на будущее.

Результаты исследования могут быть использованы в программах психологической профилактики и коррекции последствий травматического стресса, конструирования позитивной временной перспективы у молодежи, проживающей на территориях, вовлеченных в последствия военных действий.

Литература

- Котенев И. О. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых состояний (ОСР и ПТСР) // Журнал практического психолога. 2019. № 2. С. 41–57.*
- Леонтьев Д. А. Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал // Сибирский психологический журнал. 2016. № 62. С. 18–37.*
- Панич О. Е. Психологические проявления травматического стресса в юношеском возрасте (на примере студентов Белгородской области) // Вестник Московского государственного университета технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет). Серия прикладных научных дисциплин. 2023. Т. 2. № 2. С. 175–190.*
- Пузыревич Н. Л. Восстановление непрерывности во взаимодействии подростков-трейсеров с миром // Социальная психология и общество. 2011. Т. 2. № 3. С. 86–95.*
- Серебряная М. В., Бучек А. А. Временная перспектива вынужденных переселенцев с разными типами социально-психологической адаптации // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2023 Т. 12. № 2 (46). С. 149–158.*
- Розенова М. И., Екимова В. И., Кокурин А. В., Огнев А. С., Ефимова О. С. Стресс и страх в экстремальной ситуации // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 94–102.*
- Харламенкова Н. Е. Эго-идентичность и ее особенности у лиц с разным уровнем посттравматического стресса // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Т. 25. № 1. С. 107–111.*
- Финогенова Т. А., Березина Т. Н., Литвинова А. В., Рыбцов С. А. Влияние разных видов стресса на биopsихологический возраст // Современная зарубежная психология. 2023. Т. 12. № 3. С. 41–51.*

Личностный выбор участия в экстремальном добровольчестве как протектор генерализации симптоматики травматического стресса

B. E. Петров

Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия
v.e.petrov@yandex.ru

Статья посвящена исследованию психологической проблематики экстремального добровольчества. Показаны возможности модели личностного выбора соучастия в добровольчестве по протекции генерализации симптоматики травматического стресса. Исследование с привлечением 90 человек проводилось по опросникам оценки личностного выбора соучастия в добровольчестве В. Е. Петрова и травматического стресса И. О. Котенева. Установлено, что личностный выбор на основе таких компонент, как «Идейность», «Интерес к добровольчеству», «Экстремальная жизнеспособность» и «Самоконтроль», оказывает купирующее влияние на показатели стрессовых расстройств. Приверженность индивида системе государственных ценностей, надежда на счастливое будущее, экзистенциальная потребность в добровольчестве купируют негативное действие факторов экстремальности, не позиционируя их как угрозу существования личности. Материал направлен на совершенствование мер психологической поддержки экстремального добровольчества.

Ключевые слова: травматический стресс, личностный выбор, экстремальное добровольчество, протектор, симптоматика

Современное общество активно развивает институт волонтерства для разрешения различных государственных и социальных проблем. Одной из наиболее востребованных форм соучастия граждан в жизни общества и государства, индикатором патриотизма, идеиности и гражданственности выступает экстремальное добровольчество. В условиях проведения специальной военной операции феноменология экстремально-соучаствующей деятельности приобретает особое значение. Однако подобная активная позиция и вовлеченность личности имеет и другую сторону — последствия выполнения задач в услови-

ях интенсивного действия факторов экстремальности (Кааяни, 2024). Ряд отечественных специалистов в области экстремальной психологии отмечают генерализацию как позитивных, так и негативных последствий экстремальности на личность (Котовская, Махнач, 2023; Леонтьев, 2016; Магомед-Эминов, 2009). Принимая во внимание, что в вооруженном конфликте могут участвовать не только профессионалы (представители силовых ведомств), но и добровольцы (как правило, в недавнем прошлом гражданские лица), вопрос выраженности и профилактики травматического стресса приобретает особую актуальность.

Разрабатывая психологическую проблематику экстремального добровольчества, в 2024 году мы создали оригинальную интегративную модель личностного выбора экстремально-соучаствующей деятельности (Pch). Подход позволяет определить ценностно-смысловую значимость добровольчества для конкретного индивида. Предложенная модель верифицируется на материалах добровольчества в условиях проведения специальной военной операции. Одним из направлений анализа результативности авторской модели является оценка проявлений посттравматического стресса у добровольцев с разной степенью выраженности личностного выбора соучастия (Петров, 2024).

В исследовании показано, что личностный выбор как способ ценностно-смысловой систематизации и структурирования субъективного восприятия объективной реальности во временном пространстве находит отражение в особенностях функционирования личности добровольца в экстремальных условиях деятельности, а также в многоуровневых изменениях от психических реакций до поведенческих паттернов и соматических проявлений. Для соучастия в экстремальном добровольчестве актуально не столько пребывание в особых условиях жизнедеятельности (пассивное поведение с акцентом на выживании, существовании, приспособлении, принятии происходящего и т. п.), сколько успешное выполнение профессиональных задач (деятельностная активность).

Результаты психологического тестирования 90 экстремальных добровольцев (продолжительность пребывания в экстремальных условиях — $16,7 \pm 4,5$ месяцев) с применением опросника оценки личностного выбора соучастия в экстремальном добровольчестве В. Е. Петрова и опросника травматического стресса И. О. Котенева (Котенев, 1997), констатируют, что выраженность проблематики ПТСР/ОСР тесно связана с компонентами (факторами) модели личностного выбора

соучастия в экстремальном добровольчестве. Следует отметить, что какие-либо проявления посттравматического стресса были отмечены у всех без исключения добровольцев (наиболее часто — симптом «событие травмы»). Однако в подгруппе респондентов с низкой степенью выраженности мотивации к экстремальному добровольчеству (51 чел.) отмечены «симптом гиперактивации» и «депрессия» ($p \leq 0,01$).

Анализировался вклад каждой из компонент модели личностного выбора соучастия в экстремальном добровольчестве. Установлено, что особая протективная роль отводится таким слагаемым личностного выбора, как «Идейность» и «Интерес к добровольчеству». Так, статистически значимые обратные взаимосвязи на уровне $p \leq 0,01$ выявлены между идейностью и всеми парциальными показателями симптоматики как посттравматического стрессового расстройства, так и острого стрессового расстройства по опроснику И.О. Котенева. Именно приверженность индивида системе государственных и традиционных ценностей, ориентация на интересы России, уважительное отношение к историческому прошлому, надежда на счастливое будущее, экзистенциальная потребность в добровольчестве купируют негативное действие факторов экстремальности, не позиционируя их как угрозу существования личности.

Установлено, что выраженность у индивида таких характеристик, как «Экстремальная жизнеспособность» и «Самоконтроль», позволят сохранить психическое здоровье и профессиональную работоспособность добровольцев при выполнении задач в экстремальных условиях. Однако продолжительность пребывания (при одинаковой силе психотравматизации) в зоне боевых действий существенно снижает протективный ресурс личностного выбора, повышает виктимность личности и вероятность более глубоких реакций психики на экстремальность.

Личностный выбор соучастия в добровольчестве в максимальной степени влияет на психотравматизацию субъекта через восприятие им события травмы (11 предикторов Рch из 16 демонстрируют обратную корреляционную связь со шкалой «А» (событие травмы); восемь предикторов коррелируют на уровне значимости $p \leq 0,01$; три предиктора — на уровне $p \leq 0,05$). Полученные нами результаты совпадают с данными, приводимыми в исследованиях ведущих специалистов в области психологии травматического стресса (Журавлев и др., 2016; Тарабрина, 2009).

Генерализация диссоциативных симптомов отрицательно коррелирует с 14 из 16 предикторов Рch (пять предикторов коррелируют на уровне значимости $p \leq 0,01$; девять предикторов — на уровне $p \leq 0,05$).

Лица с выраженной готовностью к экстремально-соучаствующей деятельности в меньшей степени проявляют симптоматику в виде сужения сознания как результата действия факторов экстремальности, диссоциативной амнезии, избегания эмоционального реагирования на происходящее, дереализации.

В целом компоненты шестнадцатифакторной модели — целостность мировоззрения, просоциальные ценностные ориентации, мотивация к экстремальному добровольчеству, идейность, добровольческая смыслориентированность, склонность к экстремальной деятельности, интерес к добровольчеству, самоотверженность, критичность мышления, экстремальная перцептивная конгруэнтность, эмоциональная стечничность, самоконтроль, активность в экстремальных условиях, экстремальная жизнеспособность, самоорганизованность, надежность, представляя различные сферы личности, оказывают протективное влияние на генерализацию травматического стресса по-разному. Так, например, наименее «зависимым» от предикторов Рch явился симптом избегания, который продемонстрировал обратную корреляцию лишь с идейностью ($p \leq 0,01$) и экстремальной жизнеспособностью ($p \leq 0,05$).

Отмечено отсутствие статистически значимых корреляционных связей предиктора «Склонность к экстремальной деятельности» с показателями травматического стресса. Подобное обстоятельство можно объяснить тем, что одного лишь стремления субъекта к деятельности в экстремальных условиях недостаточно для того, чтобы его психика адекватно и без последствий реагировала на экстремальность. Аналогичное заключение можно сделать по отношению к предиктору «Активность в экстремальных условиях» (за исключением корреляции со шкалой «Диссоциативные симптомы», $p \leq 0,05$).

Подтвержден тезис о том, что приверженность личности системе государственных ценностей, интересам Родины и общества, задавая нравственные ориентиры существования субъекта, снижает уровень остроты восприятия экстремальности, а также генерализации дистресса, депрессии, дезадаптации и иных симптомов психотравматизации. Обратная корреляция на уровне $p \leq 0,01$ указывает на то, что, чем в большей степени выражена готовность личности к экстремально-соучаствующей деятельности, тем в меньшем объеме выражены симптомы острого стрессового расстройства / посттравматического стрессового расстройства после воздействия факторов экстремальности (в первую очередь, угроза жизни и здоровью).

Таким образом сформированность личностного выбора участия в экстремальном добровольчестве следует рассматривать как своеобразный протектор генерализации симптоматики травматического стресса. Материалы исследования позволяют совершенствовать меры психологической поддержки экстремального добровольчества, в первую очередь в части психологического подбора (отбора) участников добровольческих формирований, их профессиональной подготовки, а также последующей психологической реабилитации.

Литература

- Карайни А.Г.* Боевой стресс: проблемы определения и классификации // Вестник Московского университета МВД России. 2024. № 1. С. 254–264.
- Котенев И.О.* Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: Методическое пособие для практических психологов. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997.
- Котовская С.В., Махнач А.В.* Психофизиологические и социально-психологические особенности субъектов экстремальной деятельности с оптимальным уровнем жизнеспособности // Организационная психология. 2023. Т. 13. № 4. С. 9–35.
- Леонтьев Д.А.* Удары судьбы как стимулы личностного развития: феномен посттравматического роста // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / Под ред. А.В. Махнача, Л.Г. Дикой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 144–158.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Триада «Расстройство — Стойкость — Рост» как последствия экстремальной ситуации // Акмеология. 2009. № 1 (29). С. 53–63.
- Петров В.Е.* Взаимосвязь личностного выбора участия в экстремальном добровольчестве и выраженности постстрессовых состояний // Человеческий капитал. 2024. № 12 (192). С. 261–268.
- Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016.
- Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

Поддержание посттравматического роста в процессе кризисного сопровождения личности

T. C. Пилишвили

Российский университет дружбы народов
им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия
pilishvili_ts@pfur.ru

В статье приводятся возможные мишиени кризисной поддержки личности помогающим специалистом с учетом теоретико-методологических оснований и эмпирических исследований посттравматического роста в когнитивном подходе, социальном конструкционизме, психодинамическом подходе, нарративной практике, групповой мультимодальной психотерапии, экзистенционализме. Отражаются позиции авторов, позитивно и критически осмысливающих конспект посттравматического роста с риском появления воспринимаемого и иллюзорного роста наряду с подлинным посттравматическим ростом. Обозначены возможные направления поддержания посттравматического роста психологом при опоре на субъектно-деятельностный подход в отечественной психологической науке при организации посттравматического роста как специфической деятельности, учитывающей надситуативность активности, а также воссоздание здорового гомеостаза в противовес когнитивной репрезентативной асимиляции опыта в зарубежных работах.

Ключевые слова: посттравматический рост, кризисная интервенция, иллюзорный рост, ретроспективная смысловая работа, надситуативная активность личности

Травматическое событие неожиданно и резко разрушает поддерживавшие ранее три базисные иллюзии личности: собственного бессмертия, простоты устройства мира, собственной непогрешимости. Клиент сообщает, что чувствует себя внутренне поврежденным, сломленным, подорванным. При организации программ кризисной поддержки личности в трудной жизненной ситуации, ЧС различного генеза одним из возможных показателей позитивных изменений для специалиста способен выступить посттравматический рост (ПТР), диагностически включающий в себя возрастающую силу личности, улучшение отно-

шений с другими людьми, появление новых возможностей, повышение ценности жизни, духовный рост.

В модели Р. Тадеши ПТР рассматривается одновременно как процесс и результат. Программа содействия ПТР включает пять отдельных фаз: образование, управление дистрессом, конструктивное само-раскрытие, развитие последовательного жизненного повествования и формулирование пересмотренных или новых принципов, с помощью которых можно жить, совладать с будущими событиями, придавать смысл и личностное целеполагание (Tedeschi, McNally, 2011). Модель ПТР, противопоставляемая гедонистическому счастью, включает в себя возникающую лишь на фоне пережитого стресса мудрость, приобретение нового репертуара решения проблем, а также реструктуризацию жизненных повествований, смысла жизни и формирование гибких когнитивных схем (Dursun, Söylemez, 2020). Повышенное осознание контекста; терпимость к неопределенности; духовная или религиозная надстройка; внимание к другим людям, а также все большая интеграция в общество отмечаются в качестве ПТР в ситуации вынужденной миграции (Hirad et al., 2023).

Р. Неймайером с позиции социального конструktionизма показано, что ПТР возможен, когда он осуществляется в безопасной среде, и пережившая потерю личность способна сконструировать свое понимание травматического события в контексте экспертного товарищества или наставников-сверстников (Neimeyer, 2006). В качестве важного критерия ПТР в схема-терапии отмечается ментальная вовлеченность в травматическое событие, способность рефлексивно вовлекаться, размышлять над элементами события, чтобы восстановить и реструктурировать свое понимание события и свой собственный реконструированный мир в контексте разрушенного ранее миропонимания (Janoff-Bulman, 2006).

При организации программ кризисной поддержки личности для поддержания ПТР необходимо уделить внимание характеру и степени травматизации личности. ПТР среди специалистов, по-видимому, становится более прогнозируемым по сравнению с потерей близкого в ЧС социогенного характера у непосредственных участников ЧС. Показано, кроме того, что физическая и эмоциональная близость события будут оказывать разное влияние на посттравматические исходы. В то время как физическая близость опосредуется скорее навязчивыми размышлениями, эмоциональная близость связывается с преднамеренными

размышлениями и скорее приводит к возможности ПТР (Wozniak et al., 2020). Полученные результаты согласуются с основными принципами кризисной интервенции, предполагающей близость ко времени и месту происшествия, а также позитивную ориентацию помогающего специалиста на возможность возвращения клиента к нормальной жизнедеятельности.

Выявлено, что половые различия в ПТР связываются скорее с различными видами копинга, то есть косвенными показателями, в частности большей возможностью у женщин получения социальной поддержки и открытым обращением за ней, по сравнению с мужчинами (Akbar, Witruk, 2016).

Более критично относящиеся к конструкту ученые описывают три формы ПТР: а) подлинный ПТР как истинный рост личности при восстановлении вследствие травмы; б) воспринимаемый ПТР, представляющий собой убеждения человека относительно собственно го ПТР; с) иллюзорный ПТР как мотивационно сфабрикованный ПТР. В одном из метаисследований на примере 47 работ рассматривались следующие когнитивные предубеждения, связанные с иллюзорным и воспринимаемым ПТР: защитное поведение, предубеждение памяти, предубеждение нисходящего сравнения, предубеждение социальной желательности, предубеждение положительного внимания и убеждения в росте (Gower et al., 2022).

Теоретико-методологические представления о ПТР различных научных школ становятся принципиальными с точки зрения определения конкретных программ построения кризисной поддержки и мишеней воздействия специалиста. Так, когнитивные подходы к психотерапии ПТР сосредоточены на изменении функционирования познавательных психических процессов личности и в этих же процессах видят ограничения и препятствия к ПТР. Экзистенциально-ориентированные психологи уделяют внимание в большей степени смыслообразованию, ценностным изменениям и жизнестойкости на этапе восстановления, а также ориентированы на трансляцию позитивных ожиданий в отношении роста клиента со стороны помогающего специалиста. Групповая мультимодальная работа формирует поддерживающую социальную среду для улучшения ресоциализации и социально-ориентированного копинга. Нarrативная психотерапия предлагает маршруты изменения идентичности для повышения авторской позиции в собственном ми-ропонимании. Психодинамические подходы последовательно форми-

рут способность ко все большему контейнированию, выдерживанию нагрузок со стороны прорывающихся из бессознательного импульсов при наличии травмированного эго. Переживание психотравмы связывается с запредельным для человека травматическим опытом, который сознание не способно принять, поэтому импульс возвращается обратно с усилением античеловеческой направленности коллективного бессознательного. ПТР в этом процессе сражения с силами бессознательного возможен только с нового уровня осознания себя и из более прочнойego-конструкции.

Можно предположить, что применение субъектно-деятельностного подхода способно выступать научно обоснованной демаркацией в ходе кризисной поддержки подлинного ПТР в качестве не просто процесса и результата, но и определенного вида организации совместной деятельности с признаками надситуативной активности личности. В данном случае принципиально важным в ходе психологической поддержки становится не просто достижение реадаптации, но воссоздание здорового гомеостаза взамен патологическому. Позиция М.Ш. Магомед-Эминова в рамках деятельности-смыслового подхода по поводу ПТР состоит в выходе за пределы когнитивной ассилияции нового опыта или презентации личностной устойчивости. Триада расстройства, стойкости и роста в его работах соотносится с психологическими реакциями субъекта на бедствие через триаду от травмы к стойкости и далее росту в качестве конструктивной трансформации личности. При этом травма и рост не заменяют друг друга, а продолжают сосуществование. ПТР представляет собой ретроспективную смысловую работу личности как специфическую форму деятельности, связывающую прошлое, настоящее и будущее между собой. Укрепление человеческого в человеке выступает критически значимым в ходе смыслообразования, а также сохранении связности психики, нарастании иллюминации как внутреннего душевного света, выраженном в образовании новых нейронных связей. Сохранение бытия субъекта становится возможным только посредством его становления, активного утверждения (Магомед-Эминов, 2009). Надситуативная активность по В.А. Петровскому означает, что исходящий из внутренней необходимости индивид, действующий в направлении целей, превосходящих требования ситуации, поднимается над порогом ситуативной необходимости. В ситуации ПТР это может означать внутреннюю мотивацию тотальности отраженности субъекта в мире. Суть различия между

биологической эволюцией и историческим развитием человека, по-видимому, состоит в том, что люди готовы и способны делиться друг с другом, передавать друг другу благоприобретения собственного опыта. Социальность как специфически человеческое начало в человеке не может быть понято исключительно как присвоение, она включает в себя транслирование новаций собственного опыта. Порождение себя как субъекта выступает как самоценная активность индивида в ходе онтогенеза. Действуя, он получает возможность как бы увидеть себя в зеркале воспроизводящей активности другого. Вероятно, в том числе этим можно объяснить частоту ПТР у специалистов, которые непосредственно видят в ходе собственной деятельности, как их уникальный опыт проживания экстремальности интегрируется и существенно изменяет скрипты оказания помощи в будущем. Формирование ПТР в этом плане может включать рассмотренный В. А. Петровским «механизм подкрепления мотивационной поддержки субъект-порождающих актов» как инициационное «вознаграждение за выход в область неизведанного и непредрешенного» (Петровский, 2010, с. 254).

Литература

- Магомед-Эминов М.Ш.* Феномен посттравматического роста // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2009. № 3. С. 111–117.
- Петровский В.А.* Человек над ситуацией. М.: Смысл, 2010.
- Akbar Z., Witruk E.* Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2016. V. 217. P. 1036–1043.
- Dursun P., Söylemez İ.* Posttraumatic growth: a comprehensive evaluation of the recently revised model. Travma sonrası büyümeye: gözden geçirilmiş son model ile kapsamlı bir değerlendirme // Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2020. V. 31. № 1. P. 57–68.
- Gower T., Pham J., Jouriles E.N., Rosenfield D., Bowen H.J.* Cognitive biases in perceptions of posttraumatic growth: a systematic review and meta-analysis // Clinical psychology review. 2022. V. 94. Art. 102159.
- Hirad S., Miller M.M., Negash S., Lambert J.E.* Refugee posttraumatic growth: a grounded theory study // Transcultural Psychiatry. 2023. V. 60. № 1. P. 13–25.
- Janoff-Bulman R.* Schema-change perspectives on posttraumatic growth // Handbook of posttraumatic growth: Research and practice / L.G. Calhoun,

- R.G. Tedeschi (Eds.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2016. P. 81–99.
- Neimeyer R.A.* Re-storying loss: fostering growth in the posttraumatic growth narrative // Handbook of posttraumatic growth: Research and practice / L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi (Eds.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 68–80.
- Tedeschi R.G, McNally R.J.* Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? // The American psychologist. 2011. V. 66. № 1. P. 19–24.
- Wozniak J.D., Caudle H.E., Harding K., Vieselmeyer J., Mezulis A.H.* The effect of trauma proximity and ruminative response styles on post-traumatic stress and posttraumatic growth following a university shooting // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2020. V. 12. № 3. P. 227–234.

Забота личности о себе как фактор и условие посттравматического роста

E. B. Рягузова

Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского,
Саратов, Россия
rjaguzova@yandex.ru

Представлены результаты теоретической рефлексии последствий посттравматического стресса как комплекса отсроченных реакций на травматическое событие высокой интенсивности. Забота о человеке, пережившем травматический стресс (забота Другого, забота о Другом, забота о себе), включает систему отношений, установок, практик и действий, осуществляемых разными акторами. Показана роль заботы в совладании с последствиями проживания и переживания травматического опыта. Рассмотрен посттравматический рост как один из возможных исходов посттравматического стресса. Выявлено, что забота о себе и посттравматический рост предполагают активную внутреннюю смыслообразующую работу по восстановлению субъектности и целостности личности, поддержанию осознанности и ответственности, принятию новой реальности и себя с новым опытом, выстраиванию

конструктивных отношений с миром и Другими. Предложено рассматривать заботу о себе как фактор и условие посттравматического роста.

Ключевые слова: посттравматический стресс, забота о травмированной личности, забота личности о себе, посттравматический рост, самопомощь

Доминантные характеристики современного мира — тотальная информатизация и цифровизация, формирование многополярности и структурная трансформация мировой экономики, усиление национального самосознания и угрозы террористических атак, экологические катаклизмы и климатические метаморфозы, пандемия и реальные риски полномасштабного ядерного конфликта приводят на макроуровне к информационным, идеологическим, экономическим и «горячим» войнам, а на микроуровне способствуют увеличению числа стрессогенных событий и усилению их воздействия на психику человека, актуализируя травматический стресс непосредственно в экстремальной ситуации и посттравматический стресс как совокупность отсроченных деструктивных последствий — симптомокомплекс, «характеристики которого отражают, прежде всего, нарушение целостности личности в результате психотравмирующего воздействия стрессоров высокой интенсивности» (Тарабринова, 2012, с. 21), способствуют «застrevанию» личности в травме, вызывают снижение уровня интеграции Эго-идентичности и нарушают межличностное взаимодействие (Харламенкова, 2019). Вместе с тем, несмотря на увеличение количества и напряженность актуальных стрессоров, личность способна реализовывать конструктивные развивающие потенциалы кризисных и травматических ситуаций и демонстрировать посттравматический рост как субъективно воспринимаемые позитивные личностные изменения в процессе проживания и переживания травматических и кризисных событий (Tedeschi, Calhoun, 2004). В этой связи возникает проблема поиска способов и технологий, направленных не просто на совладание с травматическими переживаниями и нивелирование дезадаптивных симптомов, но и ориентированных на развитие, рост и преобразование личности.

Совладание с травматическими переживаниями и посттравматический рост очевидно соотносимы с таким понятием, как забота в широком понимании: забота Другого, забота о Другом, самозабота, забота о себе через Другого, забота о Другом через заботу о себе. Забота о человеке, пережившем травматический стресс, многомерна и включает в себя систему отношений, установок, практик и разнообразных действий,

осуществляемых разными акторами. Среди них, безусловно, профильные специалисты (медицины, психологи, социальные работники, юристы, спасатели), оказывающие профессиональную компетентную помощь и заботящиеся о сохранении жизни человека и ее качества, физического и психического здоровья, соблюдении и защите его прав. Нередко специалисты помогающих профессий и те, кто часто сталкиваются с травмами, болью и страданиями Других, сами нуждаются в помощи и заботе, чтобы предупредить развитие таких профессиональных деструкций, как психическое выгорание или усталость от сострадания, а забота о себе должна быть включена в этический кодекс помогающих профессий.

Важным субъектом заботы является семья, однако ее представители способны как ослаблять, так и усиливать посттравматический стресс, формируя атмосферу безопасности и заботы или разрушая ее, осуществляя поддерживающее общение или дистанцируясь от контактов. Выступая реальным субъектом заботы, семья обеспечивает устойчивую точку опоры в расколотой и неконтролируемой картине мира, способствует выбору траектории роста и позволяет переработать травматический опыт, непротиворечиво включая его в имеющиеся когнитивные и эмоциональные схемы личности или существенно трансформируя их. Соблюдая определенную меру заботы о Другом, важно учитывать, чтобы она не воспринималась как жалость, обесценивающая личность, не актуализировала чувство беспомощности, зависимости, стыда и вины (Рягузова, 2016). Заботясь, члены семьи не только проявляют участливое внимание, тактичное сопереживающее присутствие, терпение и понимание, но и принимают на себя часть боли и нравственных мучений, эмпатически подключаясь к травматическому опыту члена семьи, и также нуждаются в заботе и поддержке. При этом отметим важный момент, связанный с временной асинхронностью, обусловленной разной локализацией травматической ситуации на временной оси: если для членов семьи травматическая ситуация завершена, то для травмированной личности она продолжает актуально существовать, прорываясь и проявляясь в сновидениях, воспоминаниях, инклузиях, реминисценциях, флешбеках.

Еще одним актором может выступать государство и его институты, включая средства массовой информации, забота которых о жертвах террористических атак, стихийных бедствий, антропологических катастроф, а также участниках боевых действий проявляется не только в институциональной поддержке, но и в открытом проговаривании в публичном дискурсе причин, последствий, масштабов произошедших событий.

Ключевым субъектом заботы является сам человек, переживший травматическую ситуацию, и именно этот модус заботы о себе будет находиться в центре нашего внимания в связи с возможностями трансформации посттравматического стресса в посттравматический личностный рост.

Забота о себе — многомерное динамическое образование, состоящее из различных взаимосвязанных компонентов. М. Фуко полагает, что забота о себе — «занятие собой», «попечение о себе», «культура себя» относится к «искусству жить», связанному с формированием, изменением и преобразованием себя, и включает четыре составляющие: забота как установка по отношению к себе, Другому, миру, определяющая заданный субъектом тип бытия, основанный на экзистенциальных предпочтениях и имеющий для него ценность; забота о себе как персонализированная оптика, сфокусированная на потребностях, ценностях и субъективных приоритетах; забота о себе как особая технология воспроизведения субъективности; забота о себе как система норм, детерминирующих поведенческие паттерны, способы принятия решений и формы рефлексии (Фуко, 2007). Продолжая и углубляя аналитический анализ М. Фуко, Г. В. Иванченко расширяет смысловое поле и рассматривает заботу о себе как процесс формирования «деятельного трансцендирующего отношения к себе» (Иванченко, 2009, с. 16), связанный с личностным выбором конфигурации желаемых Я-идентификаций, способностью выйти за пределы собственного Я навстречу Другому при сохранении личных границ, осознанностью жизни, ответственностью за нее, имеющей глубокий экзистенциальный смысл и наполненный переживаниями. Она обозначает единство субъекта заботы Я-Мир, Я-Другой, Я-Сам и устанавливает связи между рефлексией и самопреобразованием, заботой личности о себе и ее заботой о Другом, самопознанием и пониманием реальности, работой над собой и эффективными стратегиями взаимодействия с Другими (Иванченко, 2009).

Забота о себе и для себя как антропологическая практика инициируется и управляет личностью для понимания главной жизненной цели, фокусирования внимания на внутреннем мире и телесных проявлениях, поддержания здоровья и благополучия, включает самопознание, саморегуляцию, самоконтроль и самопреобразование, а также предполагает каскадный эффект влияния на построение поддерживающей матрицы отношений с миром и Другими.

Что касается посттравматического роста, то можно, обобщив основные концепции, констатировать его манифестацию у личности с травматическим опытом в виде позитивной трансформации в тех же трех сферах — Я-Мир, Я-Другой, Я-Сам. В концепции Р. Тедесчи и Л. Калхун индикаторами посттравматического роста выступают осознание новых возможностей, траекторий развития и жизненных перспектив, глубокое понимание ценности жизни, улучшение межличностных отношений, укрепление силы личности и ее духовные преобразования (Tedeschi, Calhoun, 2004). М.Ш. Магомед-Эминов в рамках культурно-деятельностного подхода определяет посттравматический рост как «ответ на вызов небытия и зов бытия в экстремальности» (Магомед-Эминов, 2009, с. 112) и описывает его через позитивную трансформацию личности, процесс и результат преобразования и своеобразного реструктурирования идентичности с учетом нового опыта в трех сферах отношений — отношение к жизни и событиям, отношение к Другим и отношение к себе с новым опытом через темпоральное связывание временных модусов — прошлое, настоящее и будущее (Магомед-Эминов, 2009). В концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман базисные убеждения, разрушенные травматической ситуацией, не просто восстанавливаются при посттравматическом росте, а переформатируются и воссоздаются заново на основе переосмыслинного опыта травмы, конструируется новая философия жизни, в контексте которой сила личности обретается через страдание, готовность к изменениям и экзистенциальную переоценку (Янофф-Бульман, 2004). Д.А. Леонтьев, анализируя теорию С. Джозефа и А. Линли, акцентирующую внимание на всех вариантах последствий травматического стресса — стагнации, расстройстве и росте, указывает, что маркерами посттравматического роста выступают возрастание значимости и ценности межличностных отношений, включение в Я-концепцию новых Я-идентификаций и трансформация философии жизни (Леонтьев, 2016).

Посттравматический рост, являясь следствием травмы, представляет собой результат активной целенаправленной внутренней работы личности по осознанию хрупкости жизни и принятию новой реальности, выстраиванию конструктивных отношений с Другими и готовности принять их помощь, изменениям в самовосприятии, самооценке, самоотношении, целеполагании и построении экзистенциального смысла.

Смысловое пересечение конструктов «забота о себе» и «посттравматический рост», их позиционирование как активной внутрен-

ней смыслообразующей работы по восстановлению субъектности, целостности и автономности личности, поддержанию осознанности и ответственности, открытию и принятию себя с новым опытом, укреплению силы личности, ее достоинства и самоценности, а также их направленность на реализацию конкретных практик в одних и тех же сферах личностного функционирования — Я-Мир, Я-Другой, Я-Сам, дают основания утверждать, что правильно организованная забота о травмированной личности может выступать как фактором, влияющим на посттравматический рост, так и необходимым условием для него, при этом значимая роль отводится самому субъекту травматического опыта и его заботе о себе.

Прикладной аспект исследуемой проблемы заключается в том, что немногие личности с травматическим опытом, особенно ветераны войн, готовы пройти и проходят полный курс научно обоснованной комплексной терапии (Wells et al., 2025), в связи с этим разработка техник и технологий заботы о себе и оказания самопомощи, а также обучение приемам и способам самозаботы и самопомощи будут способствовать вовлеченности травмированной личности в процесс реабилитации и ресоциализации, повышению эффективности совладания с посттравматическим стрессом, расширению траекторий для личностного развития и восхождения к жизненной мудрости.

Литература

- Иванченко Г.В. Забота о себе: История и современность. М.: Смысл, 2009.
- Леонтьев Д.А. Удары судьбы как стимул личностного развития: феномен посттравматического роста // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / А. В. Махнач, Л. Г. Дицкая. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 144–158.
- Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2009. № 3 (71). С. 111–117.
- Рягузова Е. В. «Временной разлом» коммуникативных практик травмированной личности // Вестник Российской университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2016. № 1. С. 55–61.
- Тараабрина Н. В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 6. С. 20–33.

Фуко М. Герменевтика субъекта: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1981–1982 году. СПб.: Наука, 2007.

Харламенкова Н.Е. Эго-идентичность и ее особенности у лиц с разным уровнем посттравматического стресса // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Т. 25. № 1. С. 107–111.

Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models // Psychological Inquiry. 2004. V. 15. № 1. P. 30–34.

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. V. 15. № 1. P. 1–18.

Wells S. Y., Wilhite E. R., Weber M. C., Blakey S. M., Callaway C., Kehle-Forbes S., Morland L. A., Mackintosh M. A., Dedert E., Jackson G. L., Sohn M. J., Grubbs K. M. Beyond symptom reduction: Veterans' goals for posttraumatic stress disorder treatment // Journal of Traumatic Stress. 2025. V. 38 (2). P. 350–357.

Ассертивность юношества как качество личности и поведение, способствующие эффективному преодолению стрессовых ситуаций

Е.Г. Трошихина, Г.В. Навдущевич

Санкт-Петербургский государственный университет,

Санкт-Петербург, Россия

e.troshikhina@gmail.com

navdushevich@yandex.ru

Изложены данные исследования ассертивности юношества как личностной характеристики и копинг-стратегии. Выборку составили 100 человек (42 юноши, 56 девушек) 15–18 лет ($M=16,8$ года). Для изучения ассертивности использован тест «Ассертивность» Д. Левинсона в модификации М. Шлепецкого, опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолла в адаптации Н. Е. Водопьяновой. Для изучения личностных характеристик: методика самоотношения (МИС) С. Р. Пантилеева, опросник Кэттелла 16PF (форма С), «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда в адаптации Е. С. Михайловой. Выявлено, что ассертивность юношества связана с самоуверенностью, смелостью,

эмоциональной стабильностью. Эти качества определяют выбор асертивной стратегии, при этом она недостаточно дифференцирована от демонстративно-доминантных действий, и способность понимать мотивы поведения других людей еще не активизируется при реализации асертивной стратегии. Следовательно, асертивность юношества находится в стадии формирования.

Ключевые слова: асертивность, копинг-стратегия, самоотношение, юношество

Юношеский возраст отмечается психологами как самый ответственный период в жизни человека, поскольку молодой человек находится на старте взрослой жизни. Данный период характеризуется готовностью к осознанному самоопределению, самостоятельному построению, корректировке и реализации перспектив своего профессионального, жизненного и личностного развития. Возрастающая потребность юношей в достижениях конкретных результатов определяет необходимость обретения соответствующих компетенций, а также личностных качеств, позволяющих молодежи эффективно действовать в реалиях современного социума, благополучно разрешать проблемы, преодолевая трудности и стрессы.

Преодоление, совладание в психологической науке определяется как копинг (*coping*). В представлении Л. Б. Мерфи копинг — это стремление личности решать проблемы и справляться с критическими обстоятельствами. Р. Лазарусом и С. Фолкманом копинг понимается как динамический процесс и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса.

По определению В. Г. Казанской и Т. Л. Крюковой, копинг-поведение — это сознательно и адекватно используемые человеком стратегии действий при столкновении с проблемной ситуацией, которые приводят либо к ее изменению, либо к приспособлению к ней. Основанием для данного положения явились ранее выделенные Р. Лазарусом и С. Фолкманом две базовые стратегии психологического преодоления: проблемно-ориентированный копинг, направленный на решение возникшей проблемы, и эмоционально-ориентированный копинг, предлагающий возможность изменения собственного отношения к ситуации (Аскарова, 2021). Хотя такое разделение копинг-стратегий является наиболее распространенным, единой общепризнанной системы на данный момент нет.

Некоторые исследователи (Е. В. Куфтяк) рассматривают копинг-поведение и психологические защиты как единый комплекс механизмов адаптивного поведения, выделяя в нем уровни регуляции разной степени осознанности. Другие (И. И. Мамайчук, М. И. Смирнова) фокусируют внимание на том, что активное использование в поведении защитных механизмов приводит к выбору психологической адаптации за счет стагнации процессов самореализации. В качестве альтернативы защитным реакциям Е. В. Либина и Э. З. Усманова приводят «ассертивность», которая характеризуется позитивной направленностью и позитивными способами совладания со стрессом.

Изначально ассертивность определялась как поведение, которое позволяет человеку действовать в своих собственных интересах, посторонять за себя без излишнего беспокойства, уверенно выражать свои искренние чувства и осуществлять свои собственные права без отрицания прав других (Alberti, Emmons, 1970). Как особый тип поведения, ассертивность характеризуется направленностью на преодоление возникающих препятствий, а также настойчивостью, не переходящей в агрессию. Ассертивность как квалифицированное поведение, предполагает умение использовать в критической ситуации приобретенные навыки и компетенции так, чтобы усилить положительные последствия и уменьшить отрицательные, эффективно решать проблемы, регулировать собственное поведение (Blegur et al., 2023).

Российскими психологами ассертивность представляется как интегральная личностная характеристика, проявляющаяся в уверенности в себе, самостоятельности, настойчивости, самоконтrole, ответственности, коммуникативной компетентности (Шильцова, 2020). Л. Ф. Алексеева и И. В. Лебедева утверждают, что ассертивность составляет центральную часть структуры субъекта активности, побуждающей принимать ответственные решения и действовать в условиях, сопряженных с опасностью и непредсказуемостью, максимально используя свой личностный и интеллектуальный потенциал. В последнее время ассертивность рассматривается как основа совладающего поведения и как самостоятельная копинг-стратегия личности. Выявлено, что высокоассертивные респонденты используют стратегии, направленные на активное разрешение проблемных и стрессовых ситуаций (Кольчик, 2023).

Таким образом, ассертивность исследуется и как свойство личности, и как субъектное качество, и как копинг-поведение, но недоста-

точно работ, посвященных исследованию ассертивных качеств и соответствующего поведения, позволяющих подрастающему поколению успешно преодолевать стрессы. В связи с этим была поставлена цель изучить ассертивность юношества и сформулирована гипотеза: ассертивность как качество личности и проявляемое ассертивное поведение способствуют эффективному преодолению стрессовых ситуаций.

Процедура и методы

В исследовании приняли участие учащиеся старших классов общеобразовательных школ Санкт-Петербурга в возрасте от 15 до 18 лет в количестве 100 человек (42 юноши и 58 девушек).

Для изучения ассертивности использовались тест «Ассертивность» Д. Левинсона в модификации М. Шлепецкого (Каппони, Новак, 1995) и опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфolla в адаптации Н. Е. Водопьяновой (2009). Для изучения личностных характеристик применялись: методика исследования самоотношения «МИС» С.Р. Пантилеева (1993); опросник Р. Кэттелла 16PF, форма С (Батаршев, 2002); методика исследования «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда и М. Салливен в адаптации Е.С. Михайловой (1996). Результаты исследования обрабатывались посредством программы SPSS: описательные статистики, сравнительный анализ с применением t-критерия Стьюдента, корреляционный анализ Спирмена и регрессионный анализ.

Результаты исследования и их интерпретация

Изучение характерного для юношества выбора копинг-стратегий в стрессовых ситуациях с помощью методики СПСС показало, что средние значения по всем шкалам находятся в пределах нормативных, в том числе стратегии «ассертивные действия» ($M=20,15$; $SD=4,08$). Корреляционный анализ показателей стратегий преодоления стрессовых ситуаций (СПСС) выявил наибольшее количество связей у «ассертивной стратегии». Она положительно связана со шкалами «манипулятивные», «асоциальные действия», «поиск социальной поддержки» и отрицательно со шкалами — «агрессивные действия» и «избегание». Следовательно, чем больше юноши и девушки используют ассертивную стратегию в поведении, тем реже прибегают к агрессивным действиям и избеганию проблем и больше заинтересованы в социальной поддержке. Положительная связь между ассертивными, асоциальными и манипулятивными стратегиями отражает стремление молодых лю-

дей управлять не только своим поведением, но и поведением других людей в стрессовой ситуации.

Как отмечают Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, Ю.В. Ковалева, ранняя юность является сензитивным периодом для развития произвольности, волевых усилий, становления новой системы саморегуляции, поэтому велика потребность управлять не только своим поведением, но и управлять и даже манипулировать поведением другого человека.

Анализ взаимосвязей шкал методики Ассертивность и методики СПСС также выявляет положительные связи суммарной шкалы асертивности со стратегиями «асертивные действия», «вступление в социальный контакт», «поиск социальной поддержки», «манипулятивные действия» и отрицательную связь со стратегией «избегание». Следовательно, чем более выражена асертивность у юношей и девушек, тем чаще они прибегают к активным, конструктивным стратегиям преодолевающего поведения. Асертивная молодежь контактна и общительна. Для них значима поддержка со стороны другого человека, но вместе с тем они испытывают желание контролировать действия других людей. И, наконец, асертивность юношей исключает избегание, игнорирование сложных, проблемных ситуаций.

Для выявления особенностей асертивности юношей рассмотрим взаимосвязь шкал методики Асертивность и самоотношения (МИС). Суммарная шкала асертивности положительно связана со шкалами «самоуверенность», «саморуководство» и «отраженное самоотношение», которые в обобщенном виде означают чувство самоэффективности. Асертивность позитивно связана с «самоценностью», «самопривязанностью», которые указывают на принятие себя. Негативная связь со шкалой «самообвинение» говорит о недопустимости в асертивности юношей самоотрицания.

Корреляционный анализ шкал методики Асертивность и теста Кэттелла показал, что суммарный показатель асертивности положительно связан со шкалами «сдержанность–экспрессивность» (F), «гребость–смелость» (H) и отрицательно со шкалой «зависимость от группы–самостоятельность» (Q2). Это показывает, что асертивность юношества определяется способностью проявлять активность, смелость, решительность, гибкость, находчивость при взаимодействии с другими людьми; способностью противостоять эмоциональным нагрузкам и трудностям в стрессовых ситуациях; оптимистичностью, открытостью, умением выразить себя; способностью ориентироваться в происходя-

щем. При этом юноши и девушки с высокой ассертивностью нуждаются в поддержке и одобрении, ориентируются на мнение группы.

Для уточнения психологических характеристик, обуславливающих ассертивность юношей, проведен регрессионный анализ. Суммарный показатель ассертивности выступил в качестве зависимой переменной, а в качестве предикторов — изучаемые характеристики. Полученная регрессионная модель объясняет 32% общей дисперсии. Обнаружено два положительных предиктора: поиск социальной поддержки, асоциальные действия; и отрицательный предиктор наивность-проницательность (N). Следовательно, ассертивность юношества заключается в способности открыто проявлять себя с демонстрацией превосходства и собственного авторитета, при условии поддержки и понимания со стороны других людей. Это объясняется возрастающей потребностью в достижении конкретных результатов, что требует способности проявлять компетентность и самоэффективность, обусловливающих возможность активно влиять на затруднительную ситуацию и справляться со стрессовым воздействием. А. Маслоу, Г. Гаррисон, Р. Хавигхерст, Д. Б. Эльконин сходятся во мнении, что юноша открывает себя как личность в деятельности, эффективно проявляя себя и достигая результатов.

Другая регрессионная модель, в которой зависимой переменной взят показатель методики СПСС «ассертивные действия», с объясняющей дисперсией 59%, вывела три положительных предиктора: самоуверенность, робость-смелость (H), наивность-проницательность (N) и три отрицательных: уверенность-тревожность (O), прямые импульсивные действия, социальный интеллект. Полученная регрессионная модель показывает, что вера в себя, эмоциональная стабильность, способность поступать решительно, не теряться при столкновении с трудностями и противостоять им определяют выбор ассертивных действий. Излишняя напряженность, переживания, принижение своей компетентности в возможности преодолевать сложные ситуации препятствуют проявлению юношами и девушками ассертивной активности.

Интересно, что социальный интеллект — отрицательный предиктор ассертивности, поскольку это высвечивает различия между их содержательным наполнением для юношества. Социальный интеллект предполагает познание и оценку вербального и невербального поведения другого человека, что по идеи усиливает способность к ассертивным действиям взрослого. Однако в юношеском возрасте, как оказа-

лось, психологическое внимание и оценка мотивов другого человека затрудняет, в то время как напор и манипулятивная стратегия способствуют построению самоуверенной ответной реакции, несущей эффект в разрешении сложной или стрессовой ситуации, т.е. активный ответ на вызов.

В заключение отметим, что ассертивность юношества еще находится в стадии становления, поскольку она обеспечивается эмоциональной стабильностью, самоуверенностью, смелостью и нуждается в поддержке со стороны социума. В добавление ассертивная стратегия, обеспечиваемая этими личностными качествами, слабо разводится с демонстративно-доминантными действиями, и немаловажно, что социальный интеллект, в частности способность понимать мотивы поведения других людей, еще не активизируется при реализации ассертивной стратегии.

Литература

- Аскарова Г.* Основные подходы к изучению копинг-стратегий в трудных жизненных ситуациях // *Scientific progress.* 2021. Т. 1. № 5. С. 308–316.
- Батаринев А. В.* Многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла: практическое руководство. М.: Сфера, 2002.
- Водопьянова Н. Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Изд-во «Питер», 2009.
- Каппони В., Новак Т.* Как делать все по-своему, или Ассертивность — в жизнь! СПб.: Питер, 1995.
- Кольчик Е. Ю.* Особенности ассертивности юношей и девушек с различными копинг-стратегиями // Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология. 2023. № 6 (6). С. 27–34.
- Михайлова (Алешина) Е. С.* Методика исследования социального интеллекта: Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена: Руководство по использованию. СПб.: ИМАТОН, 1996.
- Пантилееев С. Р.* Методика исследования самоотношения. М.: Смысл, 1993.
- Шильцова Ю. В.* Актуализация изучения ассертивности в решении вопросов социальной адаптации подростков // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. 2020. № 08. С. 73–78.
- Alberti R. E., Emmons M. L.* Your perfect right: A guide to assertive behavior. San Luis Obispo, CA: Impact, 1970.

Blegur J., Haq A.H.B., Barida M. Assertiveness as a new strategy for physical education students to maintain academic performance // The Qualitative Report. 2023. V. 28. № 3. P. 865–885.

Ресурсная основа посттравматического роста

M. B. Федотова

Институт психологии Российской академии наук,
Москва, Россия
m.v.fedotova@bk.ru

В статье рассматривается роль психологических ресурсов в развитии посттравматического роста (ПТР). Концепция ПТР открывает новые перспективы в понимании человеческой устойчивости и способности к трансформации после пережитых трудностей, акцентируя внимание на потенциале личностного роста и переосмысливания жизненного опыта. Предлагаются различные подходы к исследованию психологических ресурсов, позволяющих выявлять взаимосвязь конфигурации психологических ресурсов и проявления посттравматического роста у субъекта. Понимание значения психологических ресурсов в развитии посттравматического роста позволит сформировать подходы к его стимуляции на индивидуальном уровне. Дальнейшие исследования в этой области должны быть направлены на изучение взаимодействия различных типов ресурсов и их влияния на процесс посттравматического роста, а также на разработку эффективных стратегий для поддержки людей, переживших травматические события.

Ключевые слова: психологические ресурсы, посттравматический рост, психологический капитал, теория сохранения ресурсов, системно-субъектный подход, ресурсный подход

Концепция посттравматического роста (ПТР) была впервые сформулирована в середине 1990-х годов, ее дальнейшее развитие привело к созданию более сложной комплексной модели (Tedeschi et al., 2018; Kadri et al., 2025). ПТР представляет собой опыт позитивных изменений, возникающих в результате борьбы с травматическим событием или крайне сложными жизненными кризисами (Tedeschi et al., 2018).

Это явление следует рассматривать не как альтернативный, а как параллельный процесс по отношению к негативным психологическим последствиям (Kadri et al., 2025). Посттравматический рост характеризуется позитивными изменениями в самовосприятии, межличностных отношениях и жизненной философии, что приводит к повышению самосознания и уверенности в себе, более открытому отношению к другим, уважению к жизни и приобретению новых возможностей.

Вместе с тем ПТР не подразумевает отсутствие эмоционального дистресса и трудностей в жизни. Посттравматический рост и посттравматический стресс часто являются параллельными процессами из-за характера жизненных событий: опасные вызовы могут подорвать самоидентичность и адаптацию, но в то же время способствуют обогащению опыта, осознанию своей силы и возможностей справляться со стрессовыми ситуациями. Вес положительных и отрицательных последствий будет по-разному сбалансирован в зависимости от взаимодействия между субъектом и событием, определяя конечный результат.

В отличие от посттравматического стресса, который акцентирует внимание на негативных последствиях травмы, ПТР подчеркивает возможность личностного роста и изменения восприятия жизни. Важным аспектом этого процесса являются психологические ресурсы, включающие в себя внутренние и внешние факторы, способствующие развитию человека.

Определяя ресурсы как ценности, которыми владеет субъект или группа людей, а также как инструменты, способствующие получению, сохранению, развитию и защите данных ценностей, С. Хобболл утверждает, что тяжелые реакции на травму возникают, когда личные, социальные или материальные ресурсы стремительно теряются. Взаимосвязь потери и приобретения ресурсов автор исследует в Теории сохранения ресурсов (COR) и описывает этот процесс как эволюционный принцип, имеющий множество последствий и коррелятов. Прежде всего он рассматривает поиск и сохранение ресурсов как основную мотивацию человека и классифицирует их на четыре группы.

1. Объективные ресурсы, включающие в себя такие элементы, как жилье, транспортные средства и материальные ценности — то есть те объекты, которыми располагает человек.
2. Социальные ресурсы, охватывающие такие аспекты, как должность, звание, семейное положение и принадлежность к религиозным группам. Статусы определяют место индивидов в системе социальной стратификации и открывают доступ к другим ресурсам.

сам. Например, определенное положение в обществе может обеспечить стабильность, уважение и привилегии.

3. Энергетические ресурсы включают время, деньги и знания; их наличие и правильное использование способствуют получению других перечисленных ресурсов.
4. Личностные ресурсы охватывают индивидуальные качества, такие как оптимизм, самоэффективность, жизнестойкость и локус контроля. Согласно мнению С. Хобфолла, личностные ресурсы являются важнейшими компонентами способности человека к адаптации и играют ключевую роль в процессе совладания со стрессом (Hobfoll, 2012).

В отечественной психологической науке одним из первых исследователей, обративших внимание на актуальность данной проблематики, был Б.Г. Ананьев, подчеркнувший важность изучения ресурсов, выразив надежду на построение общей модели резервов и ресурсов личности, которые проявляются в различных аспектах в зависимости от взаимодействия человека с условиями внешнего мира и от структуры его личности.

В настоящее время ресурсный подход представляет собой совокупность теорий, концепций, гипотез и эмпирических данных, объединенных общей идеей: чтобыправляться с жизненными вызовами и жить осмысленно, человек обладает внутренними возможностями и может использовать внешние факторы (объекты материальной и социальной среды), которые называют резервами, ресурсами или потенциалами (Хазова, 2023).

В.А. Толочек концептуализирует ресурсы как процессы актуализации внешних и внутренних условий, приводящих к определенным состояниям человека, поддерживающих те или иные «эффекты» в его поведении, деятельности, взаимодействиях с другими. Автор выделяет три типа ресурсов: индивидуальные ресурсы человека (или интрасубъектные), ресурсы взаимодействия людей (интерсубъектные) и внесубъектные ресурсы, разделяющиеся на две группы — ресурсы физической и социальной среды (культуры). При выборе альтернативного подхода, автор описывает два основания классификации ресурсов: 1) оппозицию «субъекты» — «объекты» и 2) «субъект-объектные» и «субъект-субъектные» отношения, получая четыре группы: индивидуальные ресурсы человека (способности, умения, знания, навыки, мотивация), ресурсы физической среды (пространство, время, информа-

ция, энергия), ресурсы социальной среды (опосредованные в предметах результаты деятельности других людей, запечатленные в разных компонентах культуры), ресурсы взаимодействия людей, включающие процессы, отношения, взаимодействия и их эффекты (Толочек, 2016).

Определяя ресурсы субъекта как любые внутренние и внешние условия, реальные и идеальные объекты, индивидуальные качества, отношения, установки, ценности, которые субъект создает или использует для решения собственных задач и достижения значимых целей, Н. Е. Водопьянова вводит понятие «ресурсная база», отражающее сложную структурно-уровневую совокупность психологических ресурсов, доступных субъекту и используемых им для решения важных задач и достижения стратегических целей в собственной деятельности (Водопьянова, 2015).

Ресурсы как средства, наличие и достаточность которых способствует достижению цели и поддержанию благополучия, а отсутствие или недостаточность — затрудняет, определяет Д. А. Леонтьев и описывает четыре класса ресурсов: физиологические, психологические, предметно-материальные и социальные ресурсы. Физиологические ресурсы охватывают общее состояние здоровья и характеристики нервной системы, которые влияют на физиологические затраты при мобилизации. Психологические ресурсы включают в себя особенности личности, способности и психические процессы. Предметно-материальные ресурсы представляют инструменты и предметы, которые расширяют возможности индивида. Социальные ресурсы проявляются во взаимодействии с другими людьми, включая социальную поддержку и репутацию (Леонтьев, 2016).

Существует множество концепций психологических ресурсов, каждая из которых акцентирует внимание на определенных аспектах и качествах. В современных исследованиях в области психологии особое внимание уделяется анализу факторов, связанных с контролем и регуляцией. Определяя психологические ресурсы как «особенности индивидуальных, когнитивных способностей анализировать и упорядочивать внешнюю и внутреннюю среду, создавать ментальные модели ситуации и событий, ментально оперировать внутренними моделями и представлениями, подготовливать решения, проявлять способность гибкого когнитивного контроля» (Сергиенко, 2021, с. 164), Е. А. Сергиенко расширяет концепцию о регуляции и саморегуляции с позиции парадигмы системно-субъектного подхода в интегрированном

конструктуре «Контроль поведения», представляющем собой психологический уровень регуляции поведения и опирающемся на индивидуальные психологические ресурсы субъекта, обеспечивая соотношение внутренних возможностей и внешних целей.

Исследуя аспекты контроля, Е. Скиннер (Skinner E.) указывает на то, что обычно они относятся к воспринимаемому, а не к объективному контролю, и в рамках теории совладания со стрессом наиболее часто изучаются в контексте внутреннего контроля, мастерства или самоэффективности.

Интересным представляется тот факт, что элементы, формирующие потенциальные иллюзорные аспекты, являются частью процесса ПТР и помогают пройти через тревожную стадию (Tedeschi et al., 2018).

Следующей значимой концепцией, описывающей ключевые ресурсы человека и способствующей объяснению посттравматического роста является теория психологического капитала (PsyCap), в состав которой входят такие качества, как: самоэффективность, надежда, устойчивость и оптимизм. Психологический капитал представляет собой позитивное состояние развития личности, способствующее сопротивлению стрессу, и может рассматриваться как саморегулирующийся процесс мобилизации ресурсов для управления сложными ситуациями.

Научные исследования выявили посредническую роль между психологическим капиталом и посттравматическим ростом у пациентов с болезнью Паркинсона (Wang и др, 2023). Также установлено положительное влияние психологического капитала, социальной поддержки и посттравматического роста на факторы, связанные с качеством жизни у пациентов с системной красной волчанкой. Кроме того, удовлетворение основных психологических потребностей и оптимизм детерминируют восприятие стресса и посттравматический рост китайских медсестер (Bai C., Bai B., 2024).

Таким образом, исследование сложной природы трансформационных процессов после травмы и выявление роли психологических ресурсов, динамики их потери и приобретения, взаимосвязи с посттравматическим ростом позволяет лучше понять феномен ПТР и способствует повышению индивидуального благополучия. Умение использовать жизненные трудности как источник роста является основной целью позитивной психологии, направленной на раскрытие потенциала каждого человека, независимо от жизненных обстоятельств.

Литература

- Водопьянова Н.Е.* Современные концепции ресурсов субъекта профессиональной деятельности // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2015. № 1. С. 45–54.
- Леонтьев Д.А.* Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал // Сибирский психологический журнал. 2016. № 62. С. 18–37.
- Сергиенко Е.А.* Психическое развитие с позиций системно-субъектного подхода. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2021.
- Толочек В.А.* Внутрипрофессиональная дифференциация субъектов и актуализация ресурсов среды // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2016. Т. 5. № 2. С. 115–122.
- Хазова С.А.* Ресурсный подход в психологии // Научные подходы в современной отечественной психологии / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2023.
- Bai C., Bai B.* Control beliefs about stress and post-traumatic growth in nurses during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of basic psychological needs satisfaction and optimism // International Journal of Mental Health Nursing. 2024. V. 33. № 4. P. 949–956.
- Hobfoll S.* Conservation of resources and disaster in cultural context: The caravans and passageways for resources // Psychiatry: interpersonal and biological processes. 2012. V. 75. № 3. P. 227–232.
- Kadri A., Gracey F., Leddy A.* What factors are associated with posttraumatic growth in older adults? A systematic review // Clinical Gerontologist. 2025. V. 48. № 1. P. 4–21.
- Tedeschi R. G., Shakespeare-Finch J., Taku K.* Posttraumatic growth: Theory, research, and applications. New York: Routledge, 2018.
- Wang Y., Song Z., Wei L., Liu Y., Bian J., Wang C., Wang S.* The mediating role of psychological capital between post-traumatic growth and uncertainty in illness among patients with Parkinson's disease // Geriatric Nursing. 2023. V. 50. P. 194–202.

Психологическая подготовка пожарных и спасателей: значение социальных ресурсов для снижения риска посттравматического стрессового расстройства

Д.Ю. Федюнина

Институт психологии РАН, Москва, Россия

dariafedyunina@mail.ru

Специалисты экстремального профиля ввиду специфики профессиональной деятельности подвержены риску развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Психологическая подготовка специалистов способствует снижению риска развития ПТСР, позволяя повысить уровень психологической готовности к работе в чрезвычайных ситуациях. В работе рассматриваются психологические ресурсы преодоления трудных ситуаций профессиональной деятельности как средство профилактики ПТСР среди специалистов, анализируется значение социальных ресурсов. В исследовании приняли участие 240 специалистов экстремального профиля (спасатели и пожарные). Применялись «Методика структурированного описания ситуации» и рисуночная методика «Образ ресурса». Выделены значимые социальные ресурсы специалистов: профессиональный (коллеги, руководитель) и личный (семья, друзья). Подчеркивается важность развития социальных ресурсов, что нужно учитывать при разработке программ психологической подготовки.

Ключевые слова: психологические ресурсы, психологическая подготовка, специалисты экстремального профиля, социальные ресурсы

Спасатели и пожарные ввиду особенностей профессиональной деятельности входят в группу риска возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Деятельность специалистов экстремального профиля характеризуется высокой степенью стресса, необходимостью быстрой реакции в условиях нехватки времени, умением принимать решения в ситуации неопределенности и риска для жизни, а также сопряжена с высокой ответственностью и эмоциональными переживаниями, связанными с травмами и потерями как

среди пострадавших, так и среди самих спасателей. При ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) происходит непрерывная психоэмоциональная нагрузка, которая может приводить к развитию заболеваний специалистов (как находящихся давно в профессии, так и с малым стажем работы). Даже кратковременное воздействие интенсивного стресса может способствовать повышению вероятности развития ПТСР. В связи с этим при обучении таких специалистов большое значение имеет психологическая подготовка (Битюцкая и др., 2015, Тарабрина, 2003). В данной статье мы рассматриваем психологические ресурсы, в частности социальные ресурсы как важные аспекты подготовки специалистов, направленные на повышение эффективности обучения и улучшение профессионального здоровья.

Психологическая подготовка входит в комплекс мероприятий сопровождения профессиональной деятельности специалистов экстремального профиля, который направлен на поддержание оптимального психологического состояния на протяжении всего профессионального пути, и включена в «Организационно-методические указания по подготовке органов управления, сил гражданской обороны и единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций на 2025 год» (утв. МЧС России 19.11.2024 N ОМ-АК-1). Целями психологической подготовки являются формирование профессионально значимых качеств, повышение эффективности профессиональной деятельности и профилактика негативных последствий профессионального стресса (Битюцкая и др., 2015). Программа психологической подготовки включает в себя набор знаний и умений, обеспечивающий специалистам сохранение профессионального здоровья и снижение риска развития ПТСР (Эркенова, 2014).

Знания о психологических ресурсах, необходимых для преодоления трудных профессиональных ситуаций, позволяют специалистам подготовиться к работе в ЧС и минимизировать воздействие негативных последствий профессиональной деятельности. Ресурсы являются значимым фактором в обеспечении жизнедеятельности человека в трудных жизненных условиях, в том числе в ситуации профессиональной деятельности (Водопьянова, 2015). Спасатели отмечают, что опыт переживания и успешного преодоления проблемных ситуаций в рамках обучения становится значимым ресурсом в реальных условиях деятельности (Битюцкая и др., 2015). Успешное преодоление профессиональных трудностей приводит к дальнейшему профессиональному развитию и

росту специалиста. Неблагоприятное протекание профессионального развития снижает эффективность и надежность профессиональной деятельности, может повлечь уход из профессии вследствие отсутствия личностных смыслов. Нарушения могут затрагивать не только сферу профессиональной деятельности, но и вторгаться в сферу личной жизни и здоровья специалиста (Психология экстремальных ситуаций..., 2007).

Важно отметить, что наряду с общими тенденциями проявления посттравматических реакций, были выявлены некоторые особенности ПТСР у спасателей. Для специалистов не свойственны диссоциативные реакции, возникающие во время травматического события. Авторы связывают эту особенность с профессиональным отбором, подготовкой и опытом преодоления ЧС (Тарабринова и др., 1999).

По результатам предыдущих исследований нами было выявлено, что ключевыми значимыми ресурсами специалистов являются семья, жизнь вне работы, коммуникация с коллегами и опыт преодоления трудных профессиональных ситуаций (Федюнина, 2024). Особым ресурсом для данной категории профессий является принадлежность к коллективу, которая играет защитную роль в минимизации нагрузки и связанных с ней неблагоприятных последствий профессиональной деятельности (Tuckey, 2011). Важным смыслом профессиональной деятельности пожарных и спасателей является коллектив, которому они доверяют и чувствуют себя в безопасности (Казенная, 2014). Коллектив для специалистов экстремального профиля зачастую является не просто ресурсом: от сплоченности и слаженности коллектива, выполняющего задачи в ЧС, зависит жизнь и здоровье не только гражданского населения, но и самих спасателей.

В контексте сказанного отдельное внимание стоит уделить такому значимому для специалистов ресурсу, как социальные связи. Создание сети поддержки для специалистов обеспечивается в рамках мероприятий по психологической подготовке, в которые входит осведомление специалистов о возможности обращения за помощью к психологам, прохождение программ реабилитации, а также обсуждение понимания способов разрешения конфликтных ситуаций. Это в свою очередь способствует профилактике и преодолению последствий ПТСР. Для изучения социальных ресурсов, способствующих созданию эффективной сети поддержки, было проведено эмпирическое исследование.

Всего в исследовании приняли участие 240 специалистов экстремального профиля (144 спасателя и 96 пожарных). Цель исследования:

определить роль социальных связей в профессиональной деятельности специалистов экстремального профиля.

В соответствии с задачей исследования применялись следующие методики:

1. Методика структурированного описания ситуации Е. В. Битюцкой (в адаптации для спасателей Х. И. Емельяновой). Методика состоит из открытых вопросов о восприятии предельно трудной ситуации, особенностях реагирования на нее.

2. Рисуночная методика «Образ ресурса» (Е. В. Битюцкая, Д. Ю. Федюнина). Инструкция: изобразите в виде рисунка или схемы, что Вам помогает преодолеть трудности профессиональной жизни. На обратной стороне листа напишите пояснения. Инструкция разработана для целей настоящего исследования.

Результаты исследования. На основе данных методики структурированного описания можно выделить следующие социальные ресурсы: коллектив (27% от общего числа респондентов), семья (5%), друзья (4%), руководитель (1%). Аналогичным образом в рисуночной методике встречаются ресурсы: семья (25%), коллектив (14%), друзья (7%) и руководитель (3%).

В качестве предельно трудных ситуаций профессиональной деятельности специалисты отмечали ситуации, связанные с социально-психологическими процессами в коллективе (9%), например «отсутствие взаимодействия» и «конфликт по вертикали» (16%), т. е. «невозможность принять правильное решение при руководстве свыше», когда решение специалиста не совпадает с решением руководителя. Схожие данные показаны в работе М. С. Соколова и указывают на проблему отсутствия полноценного диалога между спасателями и руководством (Соколов, 2019). Именно поэтому для специалистов важное значение имеет ресурс «коллектив», в том числе и «руководитель». Характерным для данного ресурса является упоминание фраз «Вместе мы сила» и «Хороший коллектив справится с любой трудностью». В ответах в качестве ресурса присутствует указание на помочь коллектива, например «советуюсь со всеми участниками поисково-спасательной группы», «принятие коллективного решения, если есть такая возможность».

Выходы

На основе проведенного исследования мы описали значимые социальные ресурсы специалистов экстремального профиля. Социаль-

ные ресурсы включают в себя профессиональные (коллеги и руководитель) и личные (семья, друзья) связи. Особое значение специалисты придают ресурсу «коллектив». Ситуации, связанные со сложностями в коллективе, специалисты отмечают как предельно трудные.

В программах психологической подготовки спасателей и пожарных следует уделять особое внимание созданию и поддержанию здоровых социальных связей как важного компонента профилактики ПТСР. Благоприятный климат в коллективе, работа в команде и сплоченность являются важными точками опоры для специалистов экстремального профиля, что создает основу для более устойчивого реагирования на стрессовые ситуации и снижает риск неблагоприятных последствий.

Проведенный анализ позволяет рассматривать психологические ресурсы как значимый компонент профилактики возникновения ПТСР в контексте программ психологической подготовки специалистов экстремального профиля и подчеркивает значимость социальных ресурсов, связанных с принадлежностью к коллективу.

Литература

- Битюцкая Е.В., Елисеева И.Н., Шойгу Ю.С. К вопросу о психологических механизмах подготовки спасателей к профессиональной деятельности // Обучение и развитие: современная теория и практика: Материалы XVI Международных чтений памяти Л.С. Выготского. Москва, 16–20 ноября 2015 г. / Под ред. В. Т. Кудрявцева: В 2 ч. Ч. 1. М.: Левъ, 2015. С. 240–244.*
- Водопьянова Н.Е. Современные концепции ресурсов субъекта профессиональной деятельности // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2015. № 1. С. 45–54.*
- Казенная Е.В. Особенности психологических смыслов профессиональной деятельности сотрудников служб экстренного реагирования (на примере спасателей и пожарных) // Психология XXI века. Психология и современные проблемы образования. СПб.: Ленинградский государственный университет им. А. С. Пушкина, 2014. С. 227–233.*
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007.*
- Соколов М.С. Особенности восприятия трудных жизненных ситуаций и совладания с ними у спасателей: дипломная работа. М.: МГУ, 2019.*
- Тарабрина Н.В., Захарова Д.М., Агарков В.А. Психологические особенности посттравматического стресса у спасателей // Материалы IV*

- научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций». Пермь, 1999. С. 7–9.
- Тарабрина Н. В.* Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 4. С. 5–19.
- Федюнина Д. Ю.* Психологические ресурсы совладания с профессиональными трудностями у специалистов экстремального профиля // Экстремальная психология в экстремальном мире: Материалы III научного форума с международным участием, Москва, 24–25 ноября 2023 года. М.: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2024.
- Эркенова М. М., Токумаев А. Б.* Технология профилактики посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников службы спасения // 21 век: фундаментальная наука и технологии. 2014. С. 112.
- Tuckey M., Hayward R.* Global and occupation-specific emotional resources as buffers against the emotional demands of fire-fighting // Applied Psychology. 2011. V. 60 (1). P. 1–23.

Vita post: векторы посттравматического жизнепостроения

E. B. Чуканов

Донецкий государственный университет, Донецк, Россия
e.v.chukanov@mail.ru

Посттравматическое жизнепостроение является сложным процессом адаптации и личностного роста после тяжелых психологических травм. В современном мире, где кризисы и катастрофы становятся обыденностью, важно понимать, как люди восстанавливаются после таких событий. Современные исследования в этой области демонстрируют, что травматические события могут вызывать не только разрушение базовых представлений о мире и о себе, но и приводить к посттравматическому росту. Однако наряду с положительными изменениями возможен и обратный эффект — посттравматическое обесценивание, связанное с чувством опустошенности и беспомощности. Размышления над этими

проблемами позволяет глубже понять процесс восстановления после травмы, включая социальную и культурную составляющие. Критерии жизнепостроения включают принятие прошлого, оценку настоящего, планирование будущего и ориентацию на ключевые ценности.

Ключевые слова: жизнепостроение, посттравматический стресс, посттравматический рост, посттравматическое обесценивание, травма

Посттравматическое жизнепостроение представляет собой уникальный и сложный процесс, возникающий в результате столкновения человека с тяжелыми психическими травмами и испытаниями (Ахмеров, 2013). Общество в разные моменты жизни сталкивается с трудностями, но для некоторых из его членов эти переживания становятся не просто временными трудностями, а катализаторами глубоких изменений в их восприятии мира и самих себя. Исследования посттравматического жизнепостроения базируются на изучении того, как человек адаптируется к травмирующим событиям, стремится найти новые смыслы и цели, а также переосмыслияет свой жизненный путь в условиях нестабильности.

Индикатором, определяющим степень воздействия травматического события на личность, выступает чувство беспомощности и опустошенности, возникающее у человека, когда он ощущает, что не способен справиться с ситуацией, преодолеть жизненные трудности и адекватно реагировать на происходящее (Козлов, 2022).

Травмирующие события могут разрушить фундаментальные представления человека о себе и окружающем мире и оказать негативное влияние на чувство собственного достоинства переживших травму и их убеждения в доброжелательности и осмысленности окружающего мира. Однако все большее число исследований показывает, что необходимость справляться с травмой может привести к посттравматическому росту.

В исследованиях, изучающих негативные последствия травмы, в основном используются переменные, связанные с посттравматическим стрессом, такие как посттравматическое стрессовое расстройство или аффективные изменения (тревога, депрессия). Дж. Бейкер (Baker, 2008) разработал концепцию «посттравматического обесценивания», противоположного посттравматическому росту, в которой отмечаются негативные изменения в самоощущении, в восприятии взаимоотношений с другими людьми и в философии жизни.

В некоторых исследованиях (Zięba, 2019) отмечается, что эффективная когнитивная переработка информации положительно связана с посттравматическим ростом, но в ситуации приобретения характера навязчивости связь с ростом оказывается отрицательной. Руминация может отражать неспособность конструктивно справиться с проблемами, вызванными травматическим опытом, в силу избегания либо неспособности найти эффективный путь для восстановления образа мира. Было обнаружено, что посттравматическая симптоматика связана с постоянными навязчивыми мыслями о стрессовом событии. Связь с посттравматическим обесцениванием, вероятно, можно интерпретировать как трудность перехода от навязчивых форм мышления к более продуктивным и конструктивным. Результаты подтверждают, что как посттравматический рост, так и обесценивание определенным образом взаимосвязаны с качеством и осмыслинностью жизни. Позитивная взаимосвязь роста с качеством и осмыслинностью жизни и негативная связь этих параметров с обесцениванием означают, что, возможно, необходимо учитывать обе эти взаимосвязи, чтобы в полной мере оценить степень благополучия и удовлетворенности жизнью, с которыми человек имеет дело в настоящее время. Психологическое благополучие, переживание осмыслинности жизни, которые человек испытывает после того, как столкнулся с травматическим событием, лучше всего можно понять в контексте посттравматического роста и обесценивания. Также выявлено, что проблемно-ориентированное и позитивное эмоционально-ориентированное совладание связано с посттравматическим ростом, а негативное эмоциональное и избегающее совладание характерно для посттравматического обесценивания. По результатам анализа материалов интервью со спортсменами, проходящими реабилитацию после инвалидизирующего травматического повреждения, было выявлено сосуществование посттравматического роста и обесценивания в социальной сфере: развитие новых отношений с другими спортсменами, которые также пережили физическую травму, отрицательно повлияло на уже сложившиеся.

Ценностно-смысловая структура и направленность жизненного пути, которые личность конструирует в трудных жизненных обстоятельствах, во многом зависят от характера травмы и длительности нахождения в травматической ситуации. Например, для военнослужащих возвращение к мирной жизни не означает завершение переживаний, связанных с боевыми действиями, особенно если конфликт име-

ет затяжной характер. Хотя уровень травмирования может снижаться, полностью отстраниться от пережитого невозможно. Поэтому даже при возвращении к довоенной жизни среди военных экзистенциальное напряжение продолжает оставаться важной частью их жизни. Это приводит к тому, что человек формирует свой жизненный путь в зависимости от степени понимания ситуации и тех ценностей, которые становятся приоритетными в данных условиях.

Некоторые исследователи (Васильева, 2001) считают прагматичный подход к организации собственной жизни наиболее действенным в травмирующих условиях, так как сосредоточение на работе помогает сохранить профессиональные навыки, качество жизни, а также снижает уровень тревожности, связанный с негативными новостями.

В клинической практике (Jones, 2006) причинно-следственная связь травматического события, приводящего к появлению симптомов, часто меняется на противоположную. Многие ветераны сообщают, что травматическое событие не вызывало беспокойства, когда оно произошло, а только позже, при воспоминаниях о нем. Такие симптомы, как употребление психоактивных веществ, алкоголизм и депрессия, проявляются без повторного переживания травмирующего события.

Травма, будь она личной или коллективной, может быть поглощена социальной жизнью, однако не исчезает из памяти. В постконфликтных ситуациях коллективная идентичность часто укореняется в культовых местах и проявляется в ритуалах. Так, социально-культурная травма, вызванная холокостом, продолжает быть важным элементом для современных поколений, служа основой для установления «символических» границ, которые помогают определять социокультурное пространство и поддерживать групповую целостность. Во время войны в бывшей Югославии физическое пространство, будь то деревня или дом, стало точкой идентификации, уязвимой для разрушения агрессивными актами, особенно для тех, кто не принимал активного участия в боевых действиях. Места, где были убиты родственники, друзья или соседи, перестают быть незначимыми. Новым местам присваиваются значения мест «смерти», они вызывают эмоциональный отклик, связанный с «пространственной» идентичностью, которая может сохраняться на протяжении поколений (Hartley, 2014). Пространство постконфликтных событий наполнено местами, несущими в себе травматический опыт, который должен быть осмыслен и послужить основой для сближения социальных и этнических групп.

Место, где произошли трагические события, насыщено интенсивным эмоциональным смыслом для выживших и свидетелей, что приводит к «привязанности к месту» — эмоциональной связи, которая формируется у человека с местом, имеющим очень высокую степень значимости. Более того, будущее взаимодействие с ним, воображаемое или реальное, становится источником тревожности. Для этих людей само место, помимо всего осязаемого или видимого, превращается в символ, который Штайнберг и Тейлор (Steinberg, Taylor, 2003) называют «воспоминаниями разума».

Воспоминания и эмоциональные переживания тех, кто стал свидетелем этих событий, оказывают влияние на будущие поколения, что может как усугубить враждебность, так и способствовать намерению к переосмыслинию и примирению в пределах определенной социальной общности.

Подводя итог вышесказанному, можно выделить критерии, на основе которых личность выстраивает определенные векторы жизнепостроения после травмирующих событий.

1. Степень понимания и принятия прошлого, ассилияция опыта, полученного в ходе травмирующих событий.

2. Когнитивная оценка настоящего, степень удовлетворенности настоящим.

3. Планирование будущего, осознание реальных жизненных перспектив, постановка новых целей и определение способов их достижения.

4. Доминирование определенной ценности в ценностной иерархии, которая впоследствии становится ориентиром в дальнейшем жизнепостроении.

Согласно этим четырем критериям формируется интегральный показатель жизнепостроения, представляющий собой ценностно-смысловую структуру личности на новой или частично обновленной территории жизненного пространства, которая исследуется, осваивается и развивается после травмирующих событий.

Литература

Ахмеров Р.А. Событие как элемент субъективной картины жизненного пути // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2013. № 10 (30).

Васильева О.С., Демченко Е.А. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 74–84.

- Козлов В.В.* Некоторые особенности посттравматического стрессового расстройства в современных условиях // Ярославский психологический вестник. 2022. № 2 (53). С. 45–50.
- Baker J.M., Kelly C., Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G.* An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: two exploratory studies // Loss Trauma. 2008. V. 13. № 5. P. 450–465.
- Hartley R.J.* Signifying the place of unforgettable memory: Atrocity and trauma in a post-conflict landscape. Anthropology Faculty Publications. University of Nebraska-Lincoln, 2014. URL: <http://digitalcommons.unl.edu/anthropologyfacpub/58>
- Steinberg M.K., Taylor M.J.* Public memory and political power in Guatemala's postconflict landscape // Geographical Review. 2003. V. 93. № 4. P. 449–468.
- Jones E., Wessely S.* Psychological trauma: A historical perspective // Psychiatry. 2006. V. 5. № 7. P. 217–220.
- Zięba M., Wiecheć K., Biegańska-Banaś J., Mieleczczenko-Kowszewicz W.* Co-existence of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation in the aftermath of trauma: Qualitative and quantitative narrative analysis // Frontiers in Psychology. 2019. V. 10. P. 687.

Аутентичность на работе как фактор защиты от посттравматического стресса у сотрудников экстренных служб*

Т.А. Шмарина

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия
tatyana_shmarina@mail.ru

Сотрудники службы экстренного реагирования, регулярно сталкиваясь с потенциально травмирующими событиями, подвержены риску посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и нарушений Я-организации. В исследовании мы проверяем гипотезу о том,

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18-00394, <https://rscf.ru/project/25-18-00394/>

что аутентичность защищает от посттравматического стресса и способствует устойчивости. Цель: изучить связь между аутентичностью рабочей жизни, ПТСР и нарушениями Я-организации у сотрудников служб экстренного реагирования. Методы: LEC-5 для оценки травматического опыта, адаптированная под профессиональный контекст субшкала «Аутентичная жизнь» А. Вуда, ITQ для оценки ПТСР и нарушений Я-организации. Результаты: выявлена значимая отрицательная связь между аутентичностью и последствиями травматического стресса, при этом наиболее выраженный эффект наблюдается в отношении нарушений Я-организации. Вывод: аутентичность выступает ресурсом, снижающим негативные последствия травматического стресса у сотрудников служб экстренного реагирования.

Ключевые слова: аутентичность, аутентичная жизнь, сотрудники служб экстренного реагирования, посттравматический стресс, ПТСР, нарушения Я-организации

Сотрудники служб экстренного реагирования (first responders), такие как пожарные, спасатели, врачи и фельдшеры скорой помощи, психологи, оказывающие экстренную психологическую помощь пострадавшим или родственникам погибших и др., уязвимы к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и нарушениям Я-организации из-за регулярного воздействия потенциально травмирующих событий (Bryant, 2021; Brewin et al., 2025). Во время дежурства они сталкиваются с неблагоприятными или опасными для жизни ситуациями, непредсказуемыми или сложными обстоятельствами, в которых необходимо принимать быстрые решения. Их работа сопряжена с высоким риском, постоянным ожиданием выезда и взаимодействием с людьми, только что пережившими что-то ужасающее или угрожающее их жизни (Шмарина, 2023b). Что важно, снижение ментального здоровья в данном контексте может приводить к избеганию выполнения должностных обязанностей, игнорированию правил безопасности и травматизму (Шмарина, 2023a).

В то же время исследования указывают на важную роль аутентичности — соответствие между внутренним Я и внешним поведением — в поддержании психологического благополучия и устойчивости к стрессу (Нартова-Бочавер, 2023). Аутентичность понимается как соответствие между внутренним Я и внешним поведением, осознание и реализация собственных ценностей (Нартова-Бочавер, 2024).

В контексте работы аутентичность проявляется как возможность быть конгруэнтным с собой, то есть согласовывать слова и действия с убеждениями и ценностями (Абрамов и др., 2023; Van den Bosch, Taris, 2014). Аутентичность способствует самореализации, удовлетворенности и служит буфером против выгорания (Бочавер, Резниченко, 2022).

Учитывая преимущества аутентичности и специфику работы сотрудников служб экстренного реагирования, мы предполагаем, что аутентичность на работе, как результат соответствия между истинным Я специалиста и рабочей средой (Van den Bosch, Taris, 2014), будет служить ресурсным фактором, защищающим Я от стойких изменений, способных произойти под воздействием травматического стресса.

Цель исследования: изучить взаимосвязь, а также вклад аутентичности рабочей жизни в ПТСР и нарушения Я-организации у разных групп сотрудников служб экстренного реагирования.

В выборку исследования вошли 776 сотрудников служб экстренного реагирования: 492 пожарных/спасателя (96,5% мужчины, n=475; M=36,0, SD=9,32); 79 психологов экстренного реагирования (88,6% женщины, n=70; M=34,7, SD=8,60), 169 медиков скорой помощи (68,6% женщины, n=116, M=37,5, SD=11,7) и 36 специалистов других профилей (63,9% мужчины, n=23, M=40,0, SD=9,72). После анализа данных описательной статистики из-за малочисленности, гетерогенности и широкого диапазона разброса данных группа «других» профессий была исключена из анализа. Итоговая выборка составила 740 человек.

Методики

1) Чек-лист жизненных событий М. Грея (Life events check-list-5, LEC-5) в адаптации Н. В. Тарабриной и коллег для оценки травматического опыта. Эта методика выступала в качестве фильтрующей. Из выборки исключались респонденты, не указавшие ни одного события с вариантом ответа «является частью моей работы»;

2) Субшкала Аутентичная жизнь Шкалы аутентичности А. Вуда (Authenticity Scale) в адаптации С. К. Нартовой-Бочавер. С целью сужения оценки до контекста рабочей жизни авторы адаптировали все три тестовых пункта субшкал, внеся уточнение «на работе». Адаптированные пункты звучали так: «На работе мне не всегда удается отстоять то, во что я верю», «Не могу сказать, что на работе я всегда бываю верен себе» и «Бывает, что на работе мне нелегко соответствовать своим ценностям и убеждениям»;

3) Международный опросник травмы (International trauma questionnaire, ITQ) в адаптации М. А. Падун и др. для оценки симптомов ПТСР и нарушения Я-организации (disturbances in self-organization). Оценивалась выраженность проявления симптомов, а не полное соответствие критериям расстройств (Падун и др., 2022).

Гипотезы исследования

H1 — уровень выраженности аутентичности рабочей жизни, ПТСР и нарушения Я-организации модерируется типом профессии.

H2а — аутентичная рабочая жизнь отрицательно связана с выраженностью симптомов ПТСР и нарушений Я-организации. H2б — аутентичная рабочая жизнь оказывает большее защитное влияние на нарушения Я-организации, чем на симптомы ПТСР.

Результаты и их обсуждение

Для оценки вклада типа профессии, возраста и пола в показатели ПТСР и нарушения Я-организации была проведена серия одномерных линейных регрессий. В качестве зависимых переменных выступали ПТСР и нарушения Я-организации, а в качестве независимых — пол, возрастная группа и тип профессии. Результаты показали, что значимое влияние на уровень ПТСР ($F(4,527)=9,58, p<0,001, R^2=0,061$) и нарушения Я-организации ($F(4,527)=17,8, p<0,001, R^2=0,119$) оказывает только принадлежность к определенной профессиональной группе. Пол и возраст не продемонстрировали статистически значимой связи с зависимыми переменными.

Для выявления различий между профессиональными группами по уровню аутентичности рабочей жизни, ПТСР и нарушениям Я-организации был проведен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Результаты выявили статистически значимые различия между группами по всем трем показателям: аутентичность рабочей жизни ($F(2,737)=27,6, p<0,001$), интенсивность симптомов ПТСР ($F(2,549)=18,3, p<0,001$) и нарушения Я-организации ($F(2,549)=33,6, p<0,001$). Post-hoc анализ с использованием критерия Тьюки (Tukey HSD) позволил установить следующие закономерности.

1) Уровень аутентичности рабочей жизни статистически значимо различался между группами ($p<0,001$). Медики скорой помощи демонстрировали самый низкий уровень ($M=13,1, SD=0,328, 95\% CI [12,4–13,7]$). Уровень аутентичности рабочей жизни у экстремальных психологов

($M=14,5$, $SD=0,480$, 95% CI [13,6–15,5]) был статистически значимо выше, чем у медиков скорой помощи ($p=0,050$). Самый высокий уровень аутентичности рабочей жизни наблюдался у пожарных/спасателей ($M=15,9$, $SD=0,192$, 95% CI [15,5–16,2]), который, однако, не достигал статистической значимости по сравнению с экстремальными психологами ($p=0,061$), но был значимо выше, чем у медиков скорой помощи ($p<0,001$).

2) Уровень ПТСР статистически значимо различался между группами ($p<0,001$). Экстремальные психологи демонстрировали самый низкий уровень симптомов ПТСР ($M=0,672$, $SD=0,115$, 95% CI [0,447–0,897]). Уровень ПТСР у пожарных/спасателей ($M=1,102$, $SD=0,047$, 95% CI [1,011–1,194]) был статистически значимо выше, чем у экстремальных психологов ($p<0,001$). Медики скорой помощи показали самый высокий уровень симптомов ПТСР ($M=1,566$, $SD=0,096$, 95% CI [1,378–1,754]), статистически значимо превышающий показатели как пожарных/спасателей, так и экстремальных психологов ($p<0,001$).

3) Уровень выраженности нарушений Я-организации статистически значимо различается между группами ($p<0,001$). Пожарные/спасатели демонстрировали самый низкий уровень ($M=0,624$, $SD=0,045$, 95% CI [0,536–0,711]). Уровень нарушений Я-организации у экстремальных психологов ($M=1,123$, $SD=0,110$, 95% CI [0,908–1,338]) был значимо выше, чем у пожарных/спасателей ($p<0,001$). Медики скорой помощи демонстрировали самый высокий уровень нарушений Я-организации ($M=1,403$, $SD=0,092$, 95% CI [1,223–1,583]), который, однако, не достигал статистической значимости по сравнению с экстремальными психологами ($p=0,204$), но был значимо выше, чем у пожарных/спасателей ($p<0,001$).

Полученные результаты подтверждают гипотезу H1 о том, что тип профессии оказывает существенное влияние на выраженность аутентичности рабочей жизни, ПТСР и нарушения Я-организации. Различия между профессиональными группами могут быть обусловлены спецификой их профессиональной деятельности, уровнем стресса, характером взаимодействия с потенциально травмирующими событиями и особенностями организационной культуры в организациях.

Корреляционный анализ, проведенный на общей выборке ($n=740$), выявил статистически значимые умеренные отрицательные корреляции (от $r=-0,257$ до $-0,401$) между аутентичностью рабочей жизни и показателями ПТСР. Более сильная взаимосвязь наблюдалась меж-

ду аутентичностью рабочей жизни и нарушениями Я-организации. В частности, пункт шкалы аутентичности рабочей жизни «Бывает, что на работе мне нелегко соответствовать своим ценностям и убеждениям» показал наиболее сильную отрицательную корреляцию с нарушениями Я-организации ($r=-0,416$).

Для оценки влияния аутентичности рабочей жизни на выраженность ПТСР и нарушения Я-организации в каждой профессиональной группе был проведен регрессионный анализ. В качестве независимой переменной выступала аутентичность рабочей жизни, а в качестве зависимых — показатели ПТСР и нарушения Я-организации.

Результаты регрессионного анализа показали, что аутентичность рабочей жизни является статистически значимым защитным фактором (предиктором с отрицательным знаком) как для общего уровня ПТСР, так и для нарушений Я-организации во всех трех профессиональных группах.

Аутентичность рабочей жизни статистически значимо связана с общим уровнем ПТСР у сотрудников служб экстренного реагирования, однако объясняет лишь небольшую часть дисперсии этого показателя (от 6,3% у пожарных/спасателей до 9,7% у психологов). Размер эффекта можно оценить как малый (f^2 Коэна от 0,05 до 0,08):

- пожарные/спасатели $F(2,548)=19,4$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,063$; $\beta=-0,26$; $f^2=0,07$;
- экстремальные психологи $F(2,548)=30,6$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,09$; $\beta=-0,26$; $f^2=0,08$;
- медики скорой помощи $F(2,548)=27,2$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,087$; $\beta=-0,22$; $f^2=0,05$.

Более выраженная связь была обнаружена между аутентичностью рабочей жизни и нарушениями Я-организации. Аутентичность рабочей жизни объясняет значительную часть дисперсии этого показателя (от 16,9 у экстремальных психологов до 21,8 у пожарных/спасателей), а размер эффекта можно оценить как средний (f^2 Коэна 0,15 до 0,19):

- пожарные/спасатели $F(2,548)=77,8$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,218$; $\beta=-0,35$; $f^2=0,15$;
- экстремальные психологи $F(2,548)=56,8$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,16$; $\beta=-0,40$; $f^2=0,19$;
- медики скорой помощи $F(2,548)=69,8$; $p<0,001$; $R^2\text{adj}=0,200$; $\beta=-0,36$; $f^2=0,15$.

Полученные результаты подтверждают гипотезу Н2а о том, что аутентичность рабочей жизни является защитой против развития ПТСР и нарушения Я-организации. Связь между аутентичностью и ПТСР, хотя и статистически значима, имеет малый размер эффекта, в то время как связь между аутентичностью и нарушениями Я-организации более выражена и имеет средний размер эффекта, что подтверждает гипотезу Н2б. Полученные результаты указывают на то, что аутентичность рабочей жизни играет важную роль в поддержании целостности Я в условиях профессионального стресса. Необходимы дальнейшие исследования, в том числе с лонгитюдными дизайнами, для установления причинно-следственных связей и изучения механизмов, лежащих в основе выявленных взаимосвязей.

Выводы

1. Тип профессии оказывает существенное влияние на выраженность аутентичности рабочей жизни, ПТСР и нарушения Я-организации.
2. Аутентичность рабочей жизни выступает защитным фактором (предиктором с отрицательным знаком) от ПТСР и нарушения Я-организации. И хотя связь между аутентичностью рабочей жизни и общим уровнем ПТСР имеет малый размер эффекта, связь между аутентичностью и нарушениями Я-организации более выражена и характеризуется средним размером эффекта.

Литература

Абрамов В.А., Мельниченко В.В., Бабура Е.В. Психологические и психопатологические феномены, связанные с экзистенциальным стрессом военного времени (Сообщение 1. Социопатии. Посттравматические стрессовые состояния) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 1 (57). С. 15–30.

Бочавер К.А., Резниченко С.И. Личностная аутентичность как ресурс преодоления синдрома профессионального выгорания // Психологический журнал. 2022. Т. 43. № 2. С. 61–71.

Нартова-Бочавер С.К. Аутентичность личности как предиктор совладания со стрессом и возможный эффект стресса // Человек. 2023. Т. 34. № 4. С. 128–148.

Нартова-Бочавер С.К. Психология аутентичности: новое направление исследований личности и концептуализация субъектной модели // Психология личности: методология, теория, практика / Отв. ред.

- Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, А.В. Махнач, Н.Е. Харламенкова, А.В. Юревич, Е.А. Никитина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 85–91.
- Падун М.А., Быховец Ю.В., Казыкова Н.Н., Ченцова-Даттон Ю.Е.* Русскоязычная версия «Международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 3. С. 42–67.
- Шмарина Т.А.* Аутентичность личности и парадокс устойчивости к травматическому стрессу // Современная зарубежная психология. 2023а. Т. 12. № 3. С. 74–82.
- Шмарина Т.А.* Аутентичность на работе у сотрудников служб оперативного реагирования // Психология — наука будущего: Материалы X Международной конференции молодых ученых. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2023. С. 577–581.
- Brewin C.R., Atwoli L., Bisson J.I., Galea S., Koenen K., Lewis-Fernández R.* Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions. // World psychiatry. 2025. V. 24 (1). P. 52–80.
- Bryant R.A.* Treating PTSD in first responders: A guide for serving those who serve. Washington, DC: American Psychological Association, 2021.
- Van den Bosch R., Taris T.W.* Authenticity at work: Development and validation of an individual authenticity measure at work // Journal of Happiness Studies. 2014. V. 15. P. 1–18.

РАЗДЕЛ 6

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Психологические особенности адаптации детей в условиях профессионального спорта: влияние травматического опыта

T.C. Бузина, Н.А. Яцун

Российский университет медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

tuzina@gmail.com

yatsun.na@gmail.com

В данной статье рассматриваются особенности адаптации детей в условиях профессионально-спортивной деятельности, влияние травматических переживаний на спортивные достижения, а также способы психологической адаптации. Целью исследования было изучение психологических факторов адаптации детей с травматическим опытом в рамках профессионально-спортивной деятельности. В исследовании приняли участие 124 ребенка в возрасте от 15 до 17 лет, проходивших обучение в АНО ДО СШ «Академия футбола Крыма» и Академии ФК «Спартак» им. Ф.Ф. Черенкова. Актуальность исследования сформирована необходимостью выявления психологических особенностей детей, переживших травматические события, для разработки программ реабилитации и методов психологической поддержки. Результаты показали, что группа детей с опытом травматизации демонстрирует более высокие показатели по шкале уровня субъективного одиночества.

Ключевые слова: травматический опыт, спорт высших достижений, психологическая реабилитация

Введение. Становление спортсменов в профессиональной среде во многом сопряжено не только с наличием мотивации к достижению, но и с целым комплексом психологических и психофизиологических особенностей. Рассматривая спортивное становление, так же как и раннюю профессиональную самоидентификацию, необходимо отметить, что оно претерпевает различные изменения с возрастом спортсменов. Мы сталкиваемся с возможностью анализа раннего обучения спортсменов в качестве ресурса для формирования различных адаптивных стратегий. Так, для детей участников боевых действий, переживших травматический опыт, обучение в системе спортивного становления

может стать фактором формирования адаптивного отношения в кругу сверстников. Актуальность нашего исследования связана с важностью выявления психологических особенностей детей, переживших травматические события, для формирования адаптивных программ реабилитации, со значимостью методов психологической поддержки и обучения, направленных на целостный и гармоничный подход к адаптации детей.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психическое расстройство, которое развивается в результате мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождавшегося экстремальным стрессом. Основным элементом переживания травматической ситуации является повторное переживание элементов травматического события в форме флешбэков. Могут присутствовать повторяющиеся сновидения и кошмары, которые сопровождаются тревогой, паникой, чувством вины, злостью или ощущением безнадежности (Васильева и др., 2023). Основной особенностью протекания данного заболевания у детей можно назвать специфику его течения в зависимости от возраста ребенка. В период раннего детства дети проявляют свои страхи через ролевую игру, в то время как подростки способны к проявлению сложных эмоциональных реакций, которые могут повлиять на их мировосприятие. При наличии у ребенка посттравматического расстройства он может испытывать трудности, влияющие на его общее развитие. Это затрагивает социальные навыки ребенка, его учебные достижения, а также может негативно влиять на физическое здоровье, увеличивая вероятность возникновения других заболеваний. Важным фактором, предотвращающим негативное развитие патологии у ребенка, является раннее вмешательство специалистов, способствующее гармоничному развитию личности в условиях заболевания.

В рамках нашего исследования были изучены дети, чье взросление тесно связано с профессионально-спортивной деятельностью. Эти дети совмещают общеобразовательный процесс с усиленными тренировками в рамках командного вида спорта. Их жизнь тесно связана с каждодневными тренировками, проживанием в спортивном интернате, ежесезонными турнирами, проходящими в разных городах России, и еженедельными играми с воспитанниками других академий. Непрерывный тренировочный процесс специфичен для подростков. Они подвергаются интенсивным тренировкам, которые включают в себя разнообразные упражнения, направленные на развитие выносливости

и физической подготовки. Эти нагрузки требуют от них высокой отдачи, а следовательно, значительных физических и психических сил. Участие в турнирах и чемпионатах поддерживает конкурентную атмосферу, и юные спортсмены стремятся показать наилучший результат. Важно отметить, что данный аспект может быть не только мотивирующим фактором, но и является сильным источником стресса. Данная конкуренция может влиять на социальные взаимодействия, создавать новые дружеские связи или, наоборот, взращивать соперничество среди детей (Копылова и др., 2021).

Высокий уровень стресса может вызывать сильную тревогу у детей, особенно во время соревнований, это может проявляться в страхе неудачи, нервозности. Излишняя самоkritика будет влиять на самооценку детей, победы и поражения носят важный характер для самоопределения себя как спортсмена. Однако данный факт может губительно сказаться на понимании собственной ценности у детей, что может привести к будущим проблемам с психическим здоровьем. Важно поддерживать у ребенка не только внешнюю мотивацию, например награды, похвала от родителей, тренера или сверстников, но и внутреннюю. Важным аспектом сохранения внутренней мотивации для ребенка может стать получение удовольствия от самого процесса, нахождение в принимающей среде, способствующей развитию лучших качеств детей (Серова, 2024). Данные условия создаются в рамках академий, которые вкладывают огромное количество сил в поддержание благоприятной среды для развития юных спортсменов.

Возрастной диапазон от 15 до 17 лет был обусловлен одной из ключевых стадий развития личности, по периодизации, предложенной Д. Б. Элькониным. Основа данного периода лежит в психологических изменениях, которые являются специфичными для подростков. Они начинают осознавать свою индивидуальность, формируют интересы и цели на жизнь, готовятся к вступлению в профессиональную жизнь (Эльконин, 2011).

Цель исследования. Целью нашего исследования было изучение особенностей адаптации детей в условиях профессионально-спортивной деятельности, анализ влияния травматических переживаний на спортивно-профессиональные достижения в рамках обучающего процесса и психологической адаптации.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 124 подростка, находящихся на обучении в АНО ДО СП «Ака-

демия футбола Крыма» и Академии ФК «Спартак» им. Ф.Ф. Черенкова. Все участники исследования были юноши (100% мужчин; N=124 человека), средний возраст которых составлял на момент исследования $16,2 \pm 0,7$ года (минимальный возраст — 15 лет, максимальный возраст — 17 лет).

Респонденты были разделены на 2 группы: группа I — дети, обучающиеся по профессионально-спортивной программе, без опыта травматизации (61 человек); группа II — дети с опытом травматизации, обучающиеся по профессионально-спортивной программе (63 человека). Для выявления опыта травматизации было проведено интервьюирование с каждым респондентом. Критерием для выделения групп было наличие реального опыта, свидетельства боевых действий на территории проживания ребенка. Мы также учитывали, что ребенок сменил место жительства в течение последнего года ввиду витальной опасности пребывания в месте боевых действий. Условием включения респондента в выборку было отсутствие соматических заболеваний в остром периоде, хронических соматических заболеваний, несущих угрозу жизни, хронических соматических заболеваний в остром периоде. Обработка данных производилась в программе Jamovi 2.6.22. В представленном исследовании использовались непараметрические статистические методы (U-Манна – Уитни).

В работе использовались психодиагностические методики: 1. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (Keane, Caddell, Taylor (1988), адаптация Н.В. Тарабриной (2001) (Детский вариант М.Г. Магомедова (2008)); 2. Симптоматический опросник SCL-90-r (Derogatis, Lipman, Covi (1973), адаптация Н.В. Тарабриной (2001)); 3. Тест-опросник А. Мехрабиана, направленный на измерение мотивации достижения (модификация М.Ш. Магомед-Эминова); 4. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества (Д. Рассел, М. Фергюсон); 5. Методика изучения уровня стремления у спортсменов к достижению высоких спортивных результатов (Бабушкин, Назаренко, 2010).

Результаты и их обсуждение. При сравнении двух групп по шкале посттравматического стрессового расстройства для группы I средний показатель составил 70,1 балла, для группы II — 86,1 балла; $p < 0,001$ (U-Манна–Уитни). Представленные данные отражают отсутствие достоверных различий между группами по общему показателю, что может свидетельствовать о наличии схожих тенденций в изучаемых

группах респондентов. При исследовании методики диагностики уровня субъективного одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона средний балл для группы I средний показатель составил 10,2 балла, для группы II — 19,3 балла; $p < 0,001$ (U-Манна–Уитни). В результате корреляционного анализа методом Спирмена была выявлена умеренная положительная корреляционная связь между шкалой «Фобическая тревога» методики SCL-90-R и «Мотивацией достижения», тест-опросник А. Мехрабиана ($r=0,324$, $p < 0,001$).

Выводы. Рассматривая результаты исследования, можно проследить тесную связь между травматизацией детей и уровнем их субъективного одиночества. Дети с высоким уровнем травматизации демонстрируют более высокий уровень одиночества, что может негативно повлиять на их адаптацию в рамках образовательного процесса, снижение их спортивных достижений и общее психическое здоровье. Выявленные особенности детей с травматическим опытом позволят определить необходимость вмешательства специалистов на раннем этапе. Поддержка и адаптационные программы могут помочь снизить уровень негативных факторов воздействия травматизации. Дальнейшее исследование подчеркивает важность разработки целенаправленных эффективных программ адаптации и реабилитации.

Литература

- Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А. Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57. № 1. С. 83–95.
- Копылова Н.Е., Бочкарева С.И., Высоцкая Т.П., Ростеванов А.Г., Голубничий С.П., Зайцев В.А., Нарциссова С.Ю. Спортивная тренировка: учебное пособие / Под общ. ред. С.Ю. Нарциссовой. М.: Академия МНЭПУ, 2021.
- Серова Л.К. Психология личности спортсмена: учебное пособие для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2024.
- Эльконин Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / ред.-сост. Б.Д. Эльконин. 6-е изд., стер. М.: Академия, 2011.

Кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение: связь феноменов онлайн-деструкций у подростков*

E. N. Volkova, A. A. Orlova

Федеральный научный центр психологических и
междисциплинарных исследований, Москва, Россия
envolkova@yandex.ru
ao_23@mail.ru

В статье представлены результаты теоретического обзора публикаций, посвященных взаимосвязи кибербуллинга, кибервиктимизации и цифрового самоповреждения, выполненного по рекомендациям PRIZMA. Целью исследования было рассмотрение указанных явлений как взаимосвязанных феноменов деструктивного онлайн-поведения. Проанализировано более 800 публикаций из основных баз научных данных, которыми были выбраны «PubMed — National library of medicine» и «Научная электронная библиотека E-library». По результатам проведенного обобщения и анализа содержания 22 публикаций, включенных в обзор в соответствии с установленными критериями, можно сделать вывод, что кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение — связанные формы деструктивного онлайн-поведения, между которыми существует выраженное взаимовлияние. Данное утверждение доказано эмпирически в ряду зарубежных исследований, однако пока нельзя говорить о достаточном раскрытии качества их взаимосвязи.

Ключевые слова: кибербуллинг, кибервиктимизация, цифровое самоповреждение, цифровой селфхарм, подростки

Введение. Интернет представляет собой подходящую платформу для поиска стратегий активного совладания при столкновении с травмирующим опытом и для получения социальной поддержки в кризисных ситуациях, что особенно актуально для подрастающего поколения. Однако вместе с этим информационная среда несет и новые риски.

В статье представлены результаты анализа отечественных и зарубежных публикаций, проведенного с целью выявления наличия взаимосвязи

* <https://rscf.ru/project/25-28-00142/>

и определения ее характера между такими видами онлайн-деструкций, как кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение. Эти феномены создают значительные риски для психического здоровья и благополучия пользователей, особенно подростков, которые не обладают необходимыми навыками регуляции эмоциональных процессов, что делает их особенно уязвимыми к развитию различных видов деструктивного поведения в Интернете.

Методы исследования. Был проведен теоретический обзор более 800 русскоязычных и англоязычных публикаций по рекомендациям PRIZMA, косвенно и напрямую затрагивающих тематики кибербуллинга, кибервиктимизации и цифрового самоповреждения.

Используемыми базами данных основного значения являлись «PubMed — National library of medicine» и «Научная электронная библиотека E-library». Поиск проводился по ключевым словам: «кибербуллинг», «кибервиктимизация», «цифровое самоповреждение», «цифровой селфхарм», «подростки»; “cyberbullying”, “cybervictimisation”, “digital self-harm”, “adolescents”. Временной период осуществления поиска публикаций: ноябрь 2024 года — январь 2025 года. В результате были отобраны 22 публикации, соответствующие следующим критериям: публикация посвящена исследованию подростковой когорты, затрагивает анализ феноменов кибербуллинга, кибервиктимизации или цифрового самоповреждения; публикация имеет указание на квалификационные признаки научности издания.

Основными методами исследования выступили анализ и обобщение информации, полученной из отобранных источников.

Результаты исследования и обсуждение. В онлайн-пространстве пользователь свободно может выступать в разных ролях при процессе травмирующего социального взаимодействия: агрессора, жертвы, наблюдателя, вставать на ту или иную сторону в конфликте или выступать сразу в нескольких ипостасях. Кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение тесно связаны с контекстом онлайн-коммуникации, исходя из своих определений и критериев, поэтому вероятно, что указанные феномены могут оказывать выраженное влияние друг на друга.

По результатам проведенного анализа содержания публикаций можно говорить о том, что исследований, посвященных кибербуллингу и кибервиктимизации, сравнительно больше, чем посвященных явлению цифрового самоповреждения, что делает терминологическую

базу первых двух феноменов более определенной и часто освещаемой, чем в случае с последним из них.

Под кибербуллингом принято обозначать агрессивные, умышленные, травмирующие действия, совершаемые группой лиц или одним лицом с использованием электронных форм коммуникации, повторяющиеся неоднократно и длительно в отношении жертвы, которой трудно защитить себя (Волкова, Волкова, 2017). Кибервиктимизация — процесс или конечный результат становления жертвы направленного агрессивного поведения в цифровой среде (Жмурев, 2021).

Цифровое самоповреждение (ЦСП) охватывает различные формы аутодеструктивного поведения, встречающиеся как при кибербуллинге, так и в иных проявлениях агрессии в Сети. Под цифровым самоповреждением понимается форма аутодеструктивного онлайн-поведения, осуществляемого через публикацию унизительного или порочащего контента о себе, а также через распространение информации о реальных актах самоповреждения на различных цифровых площадках (Patchin, Hinduja, 2017).

Впервые явление было эмпирически описано Englander E. (Englander, 2012). Исследования, проведенные в период с 2012 по 2022 годы и выполненные на зарубежных подростковых и молодежных выборках, демонстрируют значимое увеличение случаев ЦСП в указанных возрастных группах — от 8% до 15,1% подростков совершили подобные действия хотя бы один раз, и как минимум половина из них делали это более одного раза (Englander, 2012; Patchin, Hinduja, 2017; Pacheco и др., 2019; Erreygers и др., 2020).

Формы ЦСП условно разделяют на два ряда явлений. Первая форма представлена как «фиктивная онлайн-виктимизация» и заключается в преднамеренном размещении с личного аккаунта или анонимно оскорблений или информации, порочащих собственную репутацию пользователя (Englander, 2012; Pacheco и др., 2019). Вторая форма ЦСП выражается в обидных, самоуничижительных сообщениях о себе, часто через публикацию информации о самоповреждающем поведении. К этой же группе относится организация самокибербуллинга (Patchin, Hinduja, 2017). Мотивами ЦСП являются стремление получить внимание, поддержку со стороны других пользователей, проверка их лояльности и готовности к оказанию помощи, совладание с чувством одиночества и другими отрицательными переживаниями, выражение негативного самоотношения (Semenza и др., 2021; Макарова, 2023).

Многие исследования самоповреждающего поведения вне виртуального пространства указывают на существование прямой взаимосвязи между аутоаггрессией и способностью подростка успешно адаптироваться в обществе. Очевидно, что виктимное и аутодеструктивное поведение формируется у подростков, которые по ряду причин не способны выстроить коммуникацию с конструктивной агрессией. Эта же связь характерна и для онлайн-форм указанного поведения.

Выявлена положительная связь между тревожностью, кибервиктимизацией и цифровым самоповреждением (Patchin, Hinduja, 2017; Erreygers и др., 2020; Макарова, 2023). Цифровое самоповреждение имеет также общие корреляты с виктимизацией от буллинга (Meldrum и др., 2020).

Состояние жертвы, подвергшейся воздействию негативных действий в Интернете, характеризуется чувством беспомощности и уязвимости перед лицом постоянных нападок. Кибервиктимизация приводит к эмоциональному дистрессу, социальной тревожности, депрессивным симптомам, снижению качества жизни, угрозе для психосоматического здоровья (Макарова, 2023). В этом контексте кибервиктимизация может способствовать развитию цифрового самоповреждения как способа неадаптивного совладающего со стрессом поведения. После того как подросток испытал негативное воздействие в Интернете, он может начать наносить вред самому себе с последующим размещением результатов в цифровой среде, пытаясь справиться с эмоциональными переживаниями.

Среди жертв кибербуллинга (88%) значительно чаще встречаются случаи, когда они негативно высказываются о самих себе в Сети, по сравнению с теми, кто раньше не сталкивался со школьной травлей (12%) (Макарова, 2023). Исследования показали, что негативные эмоции играют роль посредника между последствиями буллинга и явлением цифрового самоповреждения (Meldrum и др., 2020).

Особенности Интернета таковы, что участники конфликтного процесса могут менять свои роли: нередко те, кто занимается кибертравлей, сами превращаются в ее жертвы, и наоборот. Это стимулирует участие в кибербуллинге и размывает границы поведения пострадавших и агрессоров (Солдатова, Ярмина, 2019). Кибербуллинг может являться формой реакции подростка на школьный буллинг: агрессор способен усиливать свою роль, если уже был зачинщиком травли в школе, или осваивать ее в виртуальном пространстве, если до этого был жертвой

или занимал промежуточную позицию между обидчиком и пострадавшим (Волкова, Волкова, 2017).

Если мы рассматриваем феномен ЦСП, то можно говорить о переходной роли пользователя: один и тот же субъект одновременно исполняет роли и жертвы, и агрессора.

И при акте ЦСП, и в ситуации кибербуллинга «агрессор» может сохранить анонимность, а наблюдателями насилия становится широкая аудитория, которая имеет доступ к публикации (Волкова, Волкова, 2017). Также для обеих форм поведения характерны умышленность и травматичность совершаемого действия. Тем не менее, в отличие от некоторых актов кибербуллинга, ЦСП не содержит призывов к самоповреждению или суициду для других пользователей.

Публикация подростками результатов самоповреждений в Интернете мотивирована их стремлением привлечь внимание, надеждой на сочувствие, поддержку и помочь со стороны окружающих. Однако такие посты отражают и реальное негативное отношение к себе, служат способом развлечь сверстников за счет самоуничтожающих действий, помогают неконструктивно регулировать свое состояние и справиться с тяжелыми эмоциями, могут выступать как акт самонаказания, а порой даже как инструмент инициирования конфликта вне интернет-пространства (Patchin, Hinduja, 2017). Соответственно, ЦСП также способно являться реакцией на уже пережитую кибервиктимизацию или кибербуллинг.

Чувство принадлежности к определенному сообществу может создать иллюзию дополнительной выгоды, ведь подобные материалы привлекают больше внимания и вызывают яркие эмоции у других пользователей, что побуждает авторов продолжать и усугублять акты самоповреждения. Подросткам бывает сложно остановиться, так как эти действия помогают им компенсировать внутренние недостатки и снизить эмоциональное напряжение.

Кроме того, вероятно, цифровое самоповреждение (ЦСП), привлекая больше внимания, обостряет кибербуллинг: размещение негативной информации о себе провоцирует новых агрессоров, которые способны воспользоваться этими данными для продолжения и усиления травли. В интернет-сообществах, где общаются эмоционально восприимчивые подростки, для них возрастает вероятность стать объектом кибербуллинга.

Заключение. Кибербуллинг, кибервиктимизация и цифровое самоповреждение — взаимосвязанные явления, возникающие в кон-

тексте использования цифровых технологий для причинения вреда другим людям или себе, и могут усиливать друг друга. Данное утверждение доказано эмпирически, однако пока нельзя говорить о большом количестве исследований, раскрывающих качество их взаимосвязи.

Тем не менее рассматриваемые феномены являются серьезными проблемами современного цифрового общества, требующими пристального внимания и эффективных мер профилактики и коррекции. Анализ указанных форм онлайн-деструкций в поведении подростков важен для понимания характера воздействия цифрового мира на формирование идентичности современного человека, а также для обеспечения достаточной степени безопасности коммуникации молодежи в киберпространстве.

В этом контексте феномен цифрового самоповреждения привлекает особое внимание, потому что на данный момент является одним из недавно выявленных, но пока наименее изученных видов неадаптивного онлайн-поведения.

Литература

- Волкова Е.Н., Волкова И.В.* Кибербуллинг как способ социального реагирования подростков на ситуацию буллинга // Вестник Мининского университета. 2017. № 3 (20). С. 17–27.
- Жмуро́в Д.В.* Кибервиктимизация. Исследовательская матрица // Пролог: журнал о праве. 2021. № 3 (31). С. 109–121.
- Макарова Е.А.* Самоповреждающее поведение детей и подростков в сети Интернет // Вестник Таганрогского института управления и экономики. 2023. № 1 (37). С. 49–55.
- Солдатова Г.У., Ярмина А.Н.* Кибербуллинг: особенности, ролевая структура, детско-родительские отношения и стратегии совладания // Национальный психологический журнал. 2019. № 3 (35). С. 17–31.
- England E.* Digital self-harm: Frequency, type, motivations, and outcomes [Электронный ресурс] // MARC Research Reports. 2012. Paper 5. URL: https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=marc_reports (дата обращения: 5.01.2025)
- Erreygers S., Symons M., Vandebosch H., Pabian S.* Fictitious online victimization: Exploration and creation of a measurement instrument // New Media & Society. 2020. V. 24. № 1. P. 156–177.

- Meldrum R. C., Patchin J. W., Young J. T. N., Hinduja S.* Bullying victimization, negative emotions, and digital self-harm: Testing a theoretical model of indirect effects // *Deviant Behavior*. 2020. V. 43. № 3. P. 303–321.
- Pacheco E., Melhuish N., Fiske J.* Digital self-harm: Prevalence, motivations and outcomes for teens who cyberbully themselves [Электронный ресурс] // SSRN, 2019. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3374725 (дата обращения: 5.01.2025).
- Patchin J. W., Hinduja S.* Digital self-harm among adolescents // *Journal of Adolescent Health*. 2017. V. 61. № 6. P. 761–766.
- Semenza D. C., Meldrum R. C., Testa A., Jackson D. B.* Sleep duration, depressive symptoms, and digital self-harm among adolescents // *Child and adolescent mental health*. 2021. V. 27. № 2. P. 103–110.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство в детском и подростковом возрасте

A. B. Ермолаева

Федеральный координационный центр по обеспечению
развития психолого-педагогической помощи в системе
образования Российской Федерации, Московский
государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Россия
ermolaevaav@mgppru.ru

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) в детском и подростковом возрасте представляет собой серьезное психическое состояние, возникающее вследствие длительного или многократного воздействия травматических факторов, таких как насилие, пренебрежение, потери или пребывание в условиях хронического стресса. Данный вид расстройства сопровождается сложным комплексом симптомов, включая эмоциональную дисрегуляцию, трудности в формировании устойчивой идентичности, деформации межличностных отношений, выраженную тревожность и депрессивные состояния. В отличие от классического посттравматического стрессового расстройства, КПТСР характеризуется более глубокой психологической дезорганизацией, что значительно обуславливает специфику диагностики и

подходов к терапии. Данная статья направлена на исследование факторов риска, проявлений и влияния КПТСР на развитие детей и подростков.

Ключевые слова: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, подростки, травматический стресс, комплексная травма, травма

Актуальность изучения комплексного посттравматического стрессового расстройства (далее — КПТСР) в детском и подростковом возрасте обосновывается рядом ключевых аспектов. Во-первых, детский возраст характеризуется высокой уязвимостью к травмирующим событиям из-за незрелости психоэмоциональной системы. Это подчеркивает важность раннего выявления и адаптированных методов воздействия. Во-вторых, наличие КПТСР в раннем возрасте значительно повышает риск развития широкого спектра психических нарушений в более позднем возрасте, включая, но не ограничиваясь, депрессию, тревожные расстройства и проблемы в социальной адаптации. Тем самым исследования в данной области (Кадыров, Венгер, 2021) не только способствуют более глубокому пониманию механизмов возникновения КПТСР в детском возрасте, но и открывают путь к разработке эффективных стратегий профилактики и лечения, специально адаптированных для детей и подростков. Кроме того, учет специфики проявления и динамики КПТСР у детей и подростков позволяет оптимизировать систему здравоохранения и социальной поддержки, обеспечивая адекватную и своевременную психологическую помощь. В контексте глобализации и увеличения числа стрессогенных факторов, действующих на население, включая миграционные потоки, вооруженные конфликты и экологические катастрофы, актуальность данной проблемы продолжает расти, подчеркивая необходимость дополнительных научных исследований в данной сфере.

В детском возрасте комплексное посттравматическое стрессовое расстройство имеет свои особенности и проявления, связанные с фигурами привязанности (родителями), особенностями физического развития, спецификой эмоциональных реакций, особенностями поведенческой сферы.

Формирование представлений о безопасности мира и собственной значимости в детском и подростковом возрасте происходит через взаимодействие с близкими людьми. Особенно важную роль в этом процессе играет мать или другие близкие, заменяющие ее. Когда ребенок получает стабильную поддержку от значимых взрослых, он осваивает

навыки эмоциональной саморегуляции и учится выстраивать здоровые отношения с окружающими. Однако если близкие люди проявляют непоследовательность или враждебность, у ребенка формируется негативная картина мира. Он начинает воспринимать себя как недостойного человека, считает окружающий мир враждебным и перестает верить в возможность получить помощь от других людей. Таким образом, здоровая привязанность не формируется, что усиливает негативное влияние любых других стрессоров. У таких детей наблюдаются серьезные проблемы с контролем и выражением эмоций, неадекватные способы реагирования на ситуации. У ребенка со сложной историей травмы могут быть проблемы в межличностных отношениях, в дружбе и в общении с авторитетными фигурами.

Также у детей, растущих в условиях длительного травматического стресса, наблюдаются проблемы с физическим развитием, иммунной системой, нервной системой организма (Падун, Котельникова, 2012). Организм человека может слишком остро реагировать на обычные стрессовые ситуации, если в прошлом он пережил серьезные потрясения. Нормальный уровень стресса воспринимается телом как серьезная угроза, вызывая непропорционально сильные реакции — от резкого повышения пульса до полного «замриания». Хотя такие защитные механизмы полезны при реальной опасности, в повседневных стрессовых ситуациях они выглядят необоснованно бурными и чрезмерными в глазах окружающих.

Развитие нервной системы и мозга существенно замедляется в условиях продолжительных стрессовых ситуаций. Отсутствие умственной стимуляции в пренебрежительном окружении может ограничить развитие мозга (Падун, Котельникова, 2012). Также дети, подвергавшиеся длительным стрессорам, часто сообщали о головных болях, болях в животе, а во взрослом возрасте были более склонны к проявлению рискованного поведения.

Нарушение восприятия сенсорных сигналов — характерная особенность подростков с тяжелыми психологическими травмами. Исследования (Cathey, 2015) показывают, что их реакции могут колебаться между двумя крайностями: от полного отсутствия эмоциональной чувствительности до болезненной гиперреактивности. Парадоксально, но некоторые молодые люди настолько теряют связь с собственным телом, что могут не замечать физических повреждений или соматических заболеваний. В других случаях наблюдается противоположная картина — повышенная чувствительность к малейшим раздражителям, будь то яркий свет,

громкие звуки или тактильные ощущения. Особенно тревожным симптомом является появление необъяснимых с медицинской точки зрения болевых синдромов в разных частях тела, что указывает на глубокую связь между психологической травмой и телесными проявлениями.

Травматический опыт накладывает серьезный отпечаток на эмоциональную сферу ребенка. Неспособность правильно выражать чувства и скучный эмоциональный словарь — частые последствия перенесенных потрясений. При столкновении с триггерами, напоминающими о травме, дети могут демонстрировать целый спектр реакций: от трепора и уныния до ярости или полного отстранения (Howard, 2014). Непредсказуемые эмоциональные всплески и взрывные реакции становятся типичным поведением. Стressовые ситуации провоцируют либо глубокое погружение в себя, либо, наоборот, бурное внешнее проявление чувств, что часто приводит к развитию тревожных расстройств, депрессивных состояний и приступов агрессии.

После травматических событий дети часто утрачивают базовое чувство безопасности и начинают видеть угрозу повсюду, даже в обычных социальных контактах (Hyland et al., 2018). Их повышенная настороженность и недоверие к окружающим становится естественной реакцией на пережитый опыт, когда даже близкие люди не смогли бы обеспечить защиту. Привычная среда может быть наполнена триггерами, вызывающими болезненные воспоминания, а простое общение с другими людьми способно спровоцировать острую эмоциональную реакцию из-за того, что многие травмы связаны именно с межличностными отношениями.

Травмированные дети часто не способны справляться со стрессом самостоятельно, что приводит к состоянию апатии. Некоторые из них развивают защитный механизм эмоционального отстранения от опасностей, что может сделать их легкой мишенью для новых травмирующих ситуаций. И хотя подобные защитные реакции могут быть полезны при реальной угрозе жизни и здоровью, в обычных обстоятельствах такое поведение неоправданно.

Как было отмечено выше, диссоциация является одним из симптомов КПТСР. У детей также может наблюдаться диссоциация при столкновении с травмирующими событиями, они могут мысленно разделить себя и происходящее с ними (Падун, 2021). Это проявляется как ощущение оторванности от тела, парения над ним, наблюдения за собой со стороны. Они могут ощущать диссоциацию как измененное состояние сознания, сон, переживание «нереальности» происходящего,

будто это происходит не с ними, а с кем-то другим. Также дети могут «забыть» произошедшие с ними травматические события и свои переживания в этих событиях, что приводит к потерям во времени и проблемам в личной истории. В крайнем случае ребенок может отрезать или потерять контакт с различными аспектами себя. Обучаясь использовать диссоциацию в качестве основного защитного механизма, дети могут испытывать проблемы в дальнейший жизни, прибегая к ней практически во всех стрессовых ситуациях или воспоминаниях о пережитом травматическом опыте, вызванных внешними триггерами. Диссоциация может повлиять на способность ребенка полностью участвовать в повседневной жизни и может значительно разрушить чувство времени и непрерывности у ребенка. Это приводит к значительным проблемам в межличностных взаимоотношениях, а также является механизмом формирования диссоциативного расстройства (расстройства множественной личности), основанного на данной психологической защите.

Проблемы с поведением, наблюдаемые у детей с историей комплексной травмы, обусловлены по большей части проблемами с саморегуляцией (Микляева, 2020). Ребенку может не хватать самоконтроля, навыков самоуспокоения, умения продумывать последствия своих действий, что приводит к непредсказуемому, непостоянному, не соответствующему ситуации, а в ряде случаев агрессивному поведению. Ребенок, который чувствует себя беспомощным или вырос в страхе перед жестокой авторитетной фигурой, может проявлять защитное поведение, жестокость или, наоборот, быть слишком податливым для взрослых. Также дети с комплексной травмой более склонны (Karatzas et al., 2021) к самоповреждающему, девиантному, рискованному поведению, что особенно ярко проявляется в подростковом возрасте, как и склонность к употреблению наркотиков, совершение противоправных действий.

У детей со сложной историей травм могут быть проблемы с четким мышлением, рассуждениями или решением проблем, планированием даже не слишком отдаленного будущего. Когда дети растут в условиях постоянной угрозы, все их внутренние ресурсы идут на выживание. Когда их тело и разум научились быть в режиме реакции на хронический стресс, у них могут возникнуть проблемы со спокойным обдумыванием проблемы и рассмотрением множества альтернатив. Также травмированные дети могут намного хуже своих сверстников воспринимать и усваивать новую информацию, они проявляют меньше любопытства, зачастую из-за страха и своих реакций на воспоминания о травме. Помимо этого, такие

дети часто имеют проблемы с речью, абстрактным мышлением, запоминанием информации, что приводит к серьезным проблемам с обучением.

Дети усваивают свою самооценку из реакции других, особенно самых близких им людей. Воспитатели оказывают наибольшее влияние на чувство собственного достоинства и ценности ребенка. Жестокое обращение и пренебрежение заставляют ребенка чувствовать себя бесполезным и подавленным, испытывать постоянное чувство вины, страх. Винить себя для ребенка представляется более безопасным и адаптивным, чем признание того, что значимые люди представляют для него опасность. Чтобы планировать будущее с чувством надежды и цели, ребенок должен ценить себя. Планирование будущего требует чувства надежды, контроля и способности видеть в собственных действиях смысл и ценность. Вырастая без базового доверия к миру, дети ощущают также свое бессилие, неспособность хоть как-то повлиять на обстоятельства и улучшить жизнь. Ребенок с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством зачастую воспринимает мир как бессмысленное, жестокое место, в котором планирование и позитивные действия бесполезны. Научившись действовать в «режиме выживания», ребенок живет от момента к моменту, не останавливаясь, чтобы думать, планировать или даже мечтать о будущем.

Подвергаясь длительной травматизации в детском возрасте, ребенок просто не имеет шансов вырасти здоровым, уверенным в себе, компетентным в социальной жизни взрослым. Долгосрочные последствия комплексной травматизации заключаются в увеличении количества заболеваний на протяжении всей жизни, как соматических, так и психических, повышенном риске аддиктивного поведения, суицида и, как следствие, ранней смертности.

Таким образом, вырастая в ситуации комплексной травмы, в небезопасной обстановке, покинуть которую и улучшить свои условия существования нет возможности, ребенок направляет активность своей психики не на нормальное развитие, а на выживание. При этом чем раньше ребенок подвергается травматизации, тем выше риск тяжелых психологических последствий во взрослом возрасте.

Литература

Кадыров Р.В., Венгер В.В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия // Психолог. 2021. № 4. С. 45–60.

- Микляева А.В.* Вклад жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки в показатели психологического благополучия учащейся молодежи // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2020. № 3 (32). С. 373–376.
- Падун М.А.* Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 5. С. 69–87.
- Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.
- Cathey A.* Third wave enhanced treatment of severe complex PTSD // Conference: Association for Contextual Behavioral Sciences. Chicago, 2015.
- Howard A.P.* Treating complex stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models // Child & Family Behavior Therapy. 2014. V. 36. № 2. P. 140–150.
- Hyland P., Ceannan R., Daccache F., Dahir R.A., Sleiman J.B., Gilmore B., Byrne S., Vallières F.* Are PTSD and Complex-PTSD distinguishable within a treatment seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? // Global Mental Health, 2018. V. 5. P. 1–9.
- Karatzias T.* Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ) // Journal of Affective Disorders. 2017. V. 207. Art. 181187.

Исследование эффективности когнитивной психотерапии в работе с подростками с посттравматическим стрессовым расстройством

А.Г. Ефремов, С.О. Кузнецова, С.Н. Ениколов

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия,
efremovalexander@mail.ru
kash-kuzznezova@yandex.ru
enikolopov@mail.ru

Цель данного исследования состояла в оценке приемлемости и безопасности когнитивной психотерапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) для старших подростков, перенесших

неоднократные психологические травмы. В работе приняли участие старшие подростки (16–17 лет) с посттравматическим стрессовым расстройством после неоднократно перенесенных травмирующих событий. Участники прошли структурированное собеседование и заполнили анкеты о своем психическом здоровье на начальном этапе, после терапии и по истечении полугода после работы психолога. В результате проведенного исследования было зафиксировано, что после психотерапевтического вмешательства у пациентов снизился уровень негативного мышления. Результаты применения методов когнитивной терапии при ПТСР были оценены пациентами как удовлетворительные. Участники отметили снижение симптомов тревоги, депрессии сразу после терапевтического вмешательства, а также и при последующем полугодовом наблюдении.

Ключевые слова: когнитивная психотерапия, подростки, множественные травмирующие события, ПТСР

Когнитивная психотерапия посттравматического стрессового расстройства признана эффективным психологическим методом коррекции поведения подростков с ПТСР после однократного травматического инцидента, но в настоящее время мало данных, подтверждающих эффективность этого подхода для подростков с ПТСР после перенесенных множественных травмирующих переживаний (Алимова, 2014; Банников и др. 2013; Бурмистрова, 2006).

Цель данного исследования состояла в оценке приемлемости и безопасности когнитивной психотерапии ПТСР для старших подростков, перенесших неоднократные психологические травмы. В работе приняли участие семь старших подростков (16–17 лет). Пять девушек и двое юношей с посттравматическим стрессовым расстройством после неоднократно перенесенных травмирующих событий. Критерии включения пациентов в исследование были следующими: 1) старший подростковый возраст (16–17 лет), 2) медицинский диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» был установлен врачом-психиатром согласно критериям МКБ-10 и оценивался с использованием информации, предоставленной как пациентом, так его законными представителями, 3) психологическая оценка ПТСР производилась медицинскими психологами на основе результатов русскоязычной адаптации (Тарабрина, 2001) шкалы клинической диагностики ПТСР (Weathers et al, 1993). Набор испытуемых осуществлялся в рамках плановой осенней

медицинско-психологической диспансеризации студентов 1-го курса вуза г. Москвы. Сотрудники медицинско-психологического центра поликлиники вуза сначала определили потенциальных участников, затем предложили и ознакомили их с исследованием, запросив их согласие на участие. Тем пациентам, кто согласился, был выдан информационный лист на участие. Затем письменное согласие было получено и от их родителей, поскольку пациенты были несовершеннолетними.

Участники настоящего исследования пережили два и более типа психологических травм. Наиболее распространенными были домашнее физическое насилие и дорожно-транспортные происшествия. Другими травмами были физическое насилие в рамках общей травли, наблюдение за смертью близкого родственника и несемейное физическое насилие. На начальном этапе шесть из семи участников сообщили в личной беседе с врачом, что после перенесенной травмы стали слышать некие «голоса». Трое из них сообщили, что это были голоса нападавших на них «насильников». Наряду с этим испытуемые отмечали, что были и другие «голоса» как часть их навязчивых мыслей или воспоминаний. Трое пациентов сообщили, что голоса не были связанны ни с тем, ни с другим.

Все испытуемые прошли структурированное собеседование и заполнили анкеты о своем психическом здоровье на начальном этапе, после терапии и по истечении полугода после работы психолога, а также они провели самооценку психотерапии, альянса работы с психологом и рекомендаций для поддержки положительного эффекта.

Психотерапевтическое вмешательство проводили специалисты, которые на 2025 год имели действующую аккредитацию для медицинской деятельности Центральной аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Медицинский психолог», а также дополнительную подготовку по методам когнитивно-бихевиоральной психотерапии посттравматического стрессового расстройства. Степень безопасности применяемых методов когнитивно-бихевиоральной терапии посттравматического стрессового расстройства оценивалась медицинскими специалистами клиническим мониторингом побочных эффектов и оценкой уровня суицидальности (Разуваева, 2019). Эффективность психологического вмешательства оценивалась на основе представленных пациентами самоотчетов о проведенной психотерапии и уровнями психотерапевтического альянса с курирующими их психологами. Диагноз ПТСР оценивался

врачом-психиатром в соответствии с МКБ-10 (F43.1) и клиническими рекомендациями: «Посттравматическое стрессовое расстройство» (28.02.2023). Полуструктурированное интервью проводилось врачом-психиатром как на начальном этапе, так и после психотерапии, а также через полгода наблюдения. Степень трудности совладания с эмоциями, что является основным признаком сочетанного ПТСР, оценивалась в данной работе с использованием адаптированной шкалы (DERS-18), которая оценивала испытуемого по шести параметрам: (1) непринятие эмоциональных реакций, (2) трудности с целенаправленным поведением, (3) трудности с контролем эмоциональных импульсов, (4) недостаточная эмоциональная осведомленность, (5) ограниченный набор способов регуляции своих эмоций и (6) отсутствие эмоциональной «ясности» переживания.

По результатам исследования не было зафиксировано у пациентов никаких опасений по поводу личной психологической безопасности или каких-либо иных побочных эффектов. После психотерапевтического вмешательства у пациентов снизился уровень негативного мышления. Никто из участников не отказался от терапии или от участия в исследовании. Результаты применения методов когнитивной терапии при ПТСР были оценены пациентами как удовлетворительные. Участники сообщили о рабочих отношениях со своими психотерапевтами. Сразу после окончания психотерапии все семь участников заполнили самоотчеты, но после шести месяцев таких осталось только четверо. Необходимо отметить, что после окончания когнитивной психотерапии один из участников исследования по-прежнему соответствовал критериям ПТСР. Среди остальных при последующем наблюдении отмечался эффект снижения уровня тяжести ПТСР (с использованием опросника самоотчета) и общего психологического самочувствия. Участники отметили снижение симптомов тревоги, депрессии сразу после терапевтического вмешательства, а также и при последующем полугодовом наблюдении.

Исходно все семь участников соответствовали критериям ПТСР по МКБ-10. После психологической интервенции через 6 месяцев наблюдения один из семи участников по-прежнему соответствовал критериям ПТСР по МКБ-10. Что касаемо остальных испытуемых, то по мере психотерапии уровень симптомов среди них снижался устойчивыми темпами до 7-го сеанса, когда показатели выровнялись. Максимальный эффект от вмешательства наблюдался через 1–3 недели. Однако

между 3-й и 4-й неделями терапии имело место небольшое усиление нарушений, которое не достигло исходного уровня и снизилось при последующих сеансах (Ениколопов, 2004). Степень улучшения состояния пациентов сразу после психотерапии и затем в течение 6 месяцев наблюдения варьировала, но в итоге все семь участников продемонстрировали достоверное улучшение после вмешательства. При 6-месячном наблюдении половина участников продемонстрировала достоверное улучшение за исключением субшкалы тревоги, где только четверть испытуемых продемонстрировала достоверное улучшение. Однако при 6-месячном наблюдении этот показатель увеличился до 50% от выборки. Все семь пациентов были оценены выше порогового значения на исходном уровне, но эти повышенные показатели сохранялись после окончания лечения только у одного участника. При 6-месячном наблюдении один из пациентов так и остался на уровне изначального клинического «порога», с которым и пришел в исследование.

Общий средний балл оценки суицидальных мыслей составил 4,11 (при диапазоне 0–12) на исходном этапе, 1,21 после лечения и 1,23 после полугодового наблюдения. Можно отметить, что уровень суицидальности изначально и так не был сильно выражен в этой выборке, но тем не менее снизился после психотерапии и продолжал оставаться адекватно низким при последующем полугодовом наблюдении. Средний балл достоверности вмешательства после терапии составил 8,9 (максимальный балл 10, диапазон 4,8–10,0). Средний балл терапевтического альянса после окончания лечения составил 6,2 (максимально возможные 7; диапазон 5,8–7,0). После интервенции наблюдался значимый положительный эффект по таким субшкалам DERS-18, как: «трудности с целенаправленным поведением», «трудности с контролем эмоциональных импульсов», и ограниченный набор способов регуляции своих эмоций. Достаточный эффект наблюдался для субшкалы «отсутствие эмоциональной ясности переживания». Небольшой или средний размер эффекта зафиксирован для субшкалы «непринятие эмоциональных реакций».

Анализируя полученные результаты, можно утверждать, что проведенная серия психотерапевтической интервенции в настоящий момент является одной из попыток применения методов когнитивной психотерапии для пациентов с множественной психотравмой при посттравматическом стрессовом расстройстве. Результаты показывают, что когнитивная психотерапия посттравматического стрессового расстройства

является достаточно безопасным, приемлемым и осуществимым методом психологической коррекции для работы со старшими подростками. Участники данного исследования восприняли когнитивную психотерапию как весьма эффективную форму психологической помощи и констатировали прочный рабочий альянс с психологом. Поскольку терапия требует от подростков непосредственного и интенсивного взаимодействия с многочисленными тревожными воспоминаниями, важно, что на протяжении всего периода поддерживались прочные рабочие отношения с медицинскими психологами. Примечательно, что все семь участников приступили к терапии добровольно. Что касается безопасности когнитивной психотерапии при посттравматическом стрессовом расстройстве, было обнаружено, что старшие подростки с посттравматическим стрессовым расстройством достаточно хорошо переносили психологическую интервенцию. За все время исследования не было зарегистрировано ни одного негативного явления. Не было никаких признаков обострения симптомов ПТСР. Результаты психологической интервенции показали, что уровень риска, на который указывает показатель суицидальных мыслей, снижался во время лечения; однако, повторю, исходно уровень суицидальности и так был низким. Полученные результаты психологической интервенции говорят о том, что у всех из семи испытуемых наблюдалось уменьшение симптомов ПТСР, улучшение общего функционирования, а также были отмечены снижения показателей тревоги и подавленного настроения. Данное исследование продемонстрировало эффективность когнитивной психотерапии у всех участников эксперимента, кроме одного. Несмотря на наличие у испытуемых в анамнезе множественных тяжелых психотравм, эффект от когнитивной психотерапии был достигнут в среднем за 11 сеансов.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что когнитивная терапия ПТСР является безопасным, приемлемым и относительно несложным методом психотерапии подростков с посттравматическим стрессовым расстройством, переживших неоднократные травмирующие ситуации.

Литература

- Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014.
Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Синицына Т.Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных

учреждений по выявлению и предупреждению суициального поведения среди несовершеннолетних. М.: МГППУ, 2013.

Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.

Ениколов С. Н. Влияние экстремального события на косвенных участников // Психологический журнал. 2004. № 6. С. 73–77.

Разуваева Т.Н., Дяченко А.А. Психотерапия одиночества как фактора суициального риска в юношеском возрасте // Коллекция гуманистических исследований. 2019. № 6. С. 6–12.

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

Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility // Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio: International Society for Traumatic Stress Studies, 1993.

Психологические факторы повторных непреднамеренных травм у детей

Е. В. Захарчук, Е. Л. Доценко*, С. А. Игумнов**, Д. Х. Исмаилов***

*Тюменский государственный медицинский университет,

Тюмень, Россия,

katgor@yandex.ru

dotsenko_e@bk.ru

**Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия,

sa.igumnov@gmail.com

katgor@yandex.ru

Представлен анализ выявленных в эмпирическом исследовании психологических факторов непреднамеренных повторных травм у детей дошкольного возраста: гиперпротекция родителей, завышенные санкции к ребенку, недостаточность требований к ребенку, недостаточность обязанностей в семье у ребенка, агрессивность и тревожность

ребенка, невнимательность у ребенка, ощущение конфликтности в семье ребенком, повышенная двигательная активность ребенка, которую замечают родители. Сгруппируем факторы риска в зависимости от предсказуемости рисков и возможности компенсации их взрослыми: Психологические факторы — риск частично предсказуем, компенсируются взрослыми, зона их умеренной ответственности. Социальные факторы — риск почти предсказуем, полностью компенсируются взрослыми, зона их полной ответственности. Биологические факторы — риск полностью предсказуем, частично компенсируются взрослыми, зона их высокой ответственности.

Ключевые слова: повторные непреднамеренные травмы у детей, травмоопасное поведение, факторы повторных физических травм

Значительную часть всех несчастных случаев у детей и подростков занимают различные виды травм, которые наносят существенный урон здоровью подрастающего поколения и входят в число актуальных медико-социальных проблем (Головко, 2017). Тенденции современности повышают риски травматизации детей (Всемирный доклад..., 2008). Технический прогресс, стремительное развитие и увеличение количества автотранспорта, стремление родителей к карьерному росту, работающие дедушки и бабушки, погоня за материальными благами способствуют снижению у взрослых ощущения ответственности за безопасность жизнедеятельности детей как в быту, так и на улице (Mytton, 2014; Kendrick, 2007).

Несмотря на широту освещения темы в исследованиях по детскому травматизму, подробно не изучены причины повторных травм, не описаны психологические механизмы возникновения бытового травматизма и патогенез этих травм, фрагментарно изучены особенности социальной ситуации ребенка с травмами (Спиридовон, 2003). Очевидна необходимость в систематизации и классификации вероятных психологических факторов риска травм ребенка и выделение среди них наиболее вероятных.

Практикующие врачи обращают внимание на то, что есть группы детей, которые, начиная с раннего возраста, достаточно часто и серьезно травмируются. Родители и врачи иногда пытаются объяснить причины повторного травматизма детей нарушениями поведения, повышенной двигательной активностью, но вопросы предотвращения травм остаются актуальными. Родители возлагают надежды на решение пробле-

мы преимущественно на врачей. Врачи же затрудняются дать конкретные рекомендации родителям в направлении коррекционной работы повторных травм у детей, так как анализ особенностей ребенка и микросоциальной ситуации его развития выходит за пределы их компетенции. Некоторые проницательные врачи пробуют обратить внимание родителей на семейную ситуацию, но, как правило, наталкиваются на сопротивление членов семьи, не готовых признавать травматизм как семейную проблему (Nocera, 2016). Решение проблемы профилактики повторного детского травматизма требует междисциплинарного взаимодействия врачей, психологов, педагогов и родителей, структура которого отсутствует (Уелиев, 2018; Schwebel, 2019; Morrongiello, 2005).

Методика. Проанализированы выявленные в эмпирическом исследовании психологические факторы непреднамеренных повторных детских травм. В приемное отделение областной клинической много-профильной больницы г. Тюмени круглогодично обращаются дети с травмами (~90000 обращений в год). В исследовании принимали участие 450 человек: 225 диад (ребенок — законный представитель ребенка). Учитывая в анамнезе наличие количества травм у детей, было сформировано 3 группы. В основную группу были включены дети с повторными травмами (≥ 2), группы сравнения составили дети с 1 травмой и без травм, по 75 детей в каждой группе.

Цель. Выделить и структурировать психологические факторы повторных непреднамеренных травм у детей.

Психологу важно обратить внимание на то, что центральным звеном среди факторов риска травмоопасного поведения ребенка становится в том числе и стиль воспитания, принятый в семье. Пример: воспитание «в культе болезни», когда ребенок привыкает к мысли, что травма дает ему многие права, освобождая от обязанностей, из-за нее все должны идти навстречу всем его желаниям, ограждать от неприятностей, освобождать даже от посильных обязанностей, прощать проступки и позволять то, что непозволительно другим. В результате при столкновении с жизненными трудностями у ребенка, как правило, возникает необходимость «ухода в болезнь» и он травмируется.

Факторы группируются в зависимости от предсказуемости рисков и возможности компенсации их взрослыми (Garzon, 2005). Психологические факторы — риск частично предсказуем, частично компенсируются взрослыми, зона умеренной ответственности взрослых, во многом зависит и от ребенка. Так же выделяем другие факторы. Социаль-

ные факторы — риск почти предсказуем, полностью компенсируются взрослыми, зона полной ответственности взрослых. Биологические факторы — риск полностью предсказуем, частично компенсируются взрослыми, зона высокой ответственности взрослых.

Учет психологических особенностей ребенка позволяет взрослым частично прогнозировать повышенный риск повторных непреднамеренных травм, который во многом зависит и от самого ребенка, а именно от его врожденных характеристик, например свойств темперамента, которые важно учитывать в воспитании. Компенсировать риски достаточно успешно могут взрослые (родители и специалисты, как психологи, так и педагоги), оказывая влияние на характер и опираясь на личность ребенка при его воспитании. Так, зная и опираясь на индивидуально-психологические особенности ребенка, учитывая их в воспитании, взрослые могут частично прогнозировать и компенсировать риски повторных травм у детей. В развитии ребенка важная роль принадлежит врожденным характеристикам, например темпераменту. Поэтому речь идет не о полной ответственности взрослых за риски травматизации, а именно об их важной и значимой роли и умеренной ответственности в профилактике травматизма у детей в случае, если причину повторных непреднамеренных травм усматриваем именно в индивидуально-психологических особенностях ребенка.

Особенности микросоциальной ситуации развития ребенка достаточно предсказуемы, они почти полностью компенсируются именно взрослыми (родителями и/или педагогами), поэтому их в данном исследовании относим к зоне максимальной ответственности взрослых (Acar, 2015). Взрослые гиперпротекцией нередко затрудняют становление самостоятельности ребенка, частично дисциплинируют в мелких социальных ситуациях. Они дают недостаточное количество правил, недостаточно структурируют режим дня и другую повседневную активность ребенка, что ненадежно защищает детей от крайностей в поведении, порождающих риски грубых ошибок и повторных непреднамеренных травм. Взрослые иногда не вполне разъясняют ребенку социальные правила — недостаточно задают безопасных образцов деятельности. Они могут недодавать посильных обязанностей ребенку. Таких, которые позволили бы стабилизировать его активность на оптимальном для него уровне. Между членами семьи не всегда присутствуют одинаковые требования и единообразные санкции в отношении ребенка. Взрослые формируют ослабленные внутренние ограничения,

несоразмерно строго наказывают ребенка, чем дезориентируют его в системе оценок и критерииев «хорошо/плохо». При этом предоставляют ребенку недостаточно самостоятельности в принятии повседневных решений (когда цена ошибки невелика) и выполнении рутинных действий. Нередко они могут слабо учитывать потребности своих детей, порождая у них ощущение дефицита на эмоциональное принятие, проявляют меньше, чем необходимо ребенку, душевной (м.б. в ряде случаев духовной) близости.

Выводы. Таким образом, существует ряд факторов, которые повышают эффект первичной травмы, но есть и повышающие эффект повторной травмы, так как есть вторичная выгода. Повторным травмам способствует наличие вторичной выгоды, полученной от первой травмы. Благодаря травме ребенок достигает некоторых вторичных преимуществ: родители частично снижают наказания (санкции) к нему, родители и ребенок становятся ближе друг к другу эмоционально и физически (родители заботятся о нем в трудный период жизни). Каждая травма позволяет ребенку компенсировать низкое внимание родителей, хотя бы частично. В результате формируется устойчивый смысловой паттерн, который находит свое поведенческое выражение в высокой активности и рискованности ребенка, что создает предпосылки или неявную готовность к повторным травмам ребенка и бессознательное восприятие того, что любая травма или болезнь — это хорошо. Понимание источников травматизма дает подсказку специалистам, как психологу, так и врачу, на кого и сколько возлагать ответственности в травмоопасных ситуациях ребенка. Человеку нельзя вменить в вину то, на что он не мог повлиять. Тем не менее, даже в случае если причина непреднамеренной травмы физиологическая, а не психологическая, ответственность возлагается не на само заболевание, а на то, в какой мере ответственные за ребенка взрослые люди смогли учесть эту особенность: как сняли или снизили риски травматизации, как организовали быт, привили навыки безопасного жизнеобеспечения.

Литература

Всемирный доклад о профилактике детского травматизма: резюме / Всемирная организация здравоохранения. Женева: ВОЗ, 2008.
Головко О.В. Детский травматизм в г. Оренбурге // Образовательный вестник «Сознание». 2017. Т. 9. № 12. С. 101.

- Спиридов А.В.* Детский травматизм — приоритетная медико-социальная проблема // Современные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды Астраханской государственной медицинской академии. Т. 27. Астрахань: АГМА, 2003. С. 158–159.
- Уелиев С.Д., Утеулиев Е.С., Сапарбеков М.К.* Эпидемиология и профилактика детского травматизма // Вестник Казахского Национального Медицинского Университета. 2018. № 3. С. 363–365.
- Acar E., Dursun O.B., Esin I.S., Ögütlü H., Özcan H., Mutlu M.* Unintentional injuries in preschool age children: Is there a correlation with parenting style and parental attention deficit and hyperactivity symptoms // Medicine (Baltimore). 2015. V. 94. № 32. Art. e1378.
- Garzon D.L.* Contributing factors to preschool unintentional injury // Journal of Pediatric Nursing. 2005. V. 20. № 6. P. 441–447.
- Kendrick D., Mulvaney C.A., Ye L., Stevens T., Mytton J.A., Stewart-Brown S.* Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood // The Cochrane database of systematic reviews. 2013. V. 3. Art. CD006020.
- Morrongiello B.A.* Caregiver supervision and child-injury risk: I. Issues in defining and measuring supervision; II. Findings and directions for future research // Journal of Pediatric Psychology. 2005. V. 30. № 7. P. 536–552.
- Mytton J., Ingram J., Manns S., Stevens T., Mulvaney C., Blair P., Powell J., Potter B., Towner E., Emond A., Deave T., Thomas J., Kendrick D., Stewart-Brown S.* The feasibility of using a parenting programme for the prevention of unintentional home injuries in the under-fives: a cluster randomised controlled trial // Health Technology. 2014. V. 18. № 3. P. 1–184.
- Nocera M., Gjelsvik A., Wing R., Amanullah S.* The association of parental coping and childhood injury // Maternal and Child Health Journal. 2016. V. 20. № 11. P. 2357–2366.
- Schwebel D. C.* Why “accidents” are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries // American Psychologist. 2019. V. 74. № 9. P. 1137–1147.

Психологическое сопровождение детей с ПТСР: эффективные технологии и подходы

H. H. Кудренко

Центр психолого-педагогической поддержки и развития детей,
Воронеж, Россия
kudrenkonata@yandex.ru

Статья посвящена вопросам психологического сопровождения детей с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). В ней рассматриваются различные технологии и методы работы психолога, направленные на помочь детям, пережившим травматические события. Приведены примеры исследовательских проектов из клинической психологии по работе с детьми данной категории. В статье рассматриваются исследовательские вопросы, которые связаны с предположениями о том, что раннее психологическое сопровождение детей с ПТСР помогает снизить стрессовую симптоматику; комплексный подход по отношению к различным терапевтическим технологиям улучшает психоэмоциональное состояние детей, переживших травму; индивидуализированный подход, учитывающий личные особенности каждого ребенка с ПТСР, способствует лучшим результатам терапии по сравнению с универсальными методами; показатель успешности работы с детьми, имеющими ПТСР, оказывается сопряженным со степенью гибкости специалиста, его способностью быстро адаптироваться к изменяющимся условиям.

Ключевые слова: дети с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), симптомы, психологическое сопровождение, психологические технологии, психотерапевтический процесс

Посттравматический синдром у детей — это целый комплекс психических расстройств, возникающий в ответ на шокирующие события в жизни, тяжелыеувечья или стрессы (Брязгунов, 2008).

Детский возраст — важный этап формирования личности. Помощь в преодолении ПТСР закладывает основу для успешного перехода во взрослую жизнь, где ребенок сможет реализовать свой личностный потенциал и жить полноценной жизнью (Есенина, 2017).

Особая роль в работе с детьми с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) отводится психологическому сопровождению,

которое включает следующие направления: защита психического здоровья, предупреждение развития хронических проблем, восстановление нормальной жизнедеятельности, эмоциональной устойчивости, психологическое сопровождение семьи, предупреждение различных форм деструктивного поведения и формирование здоровых механизмов адаптации (Кадыров, 2012).

Психологическую помощь детям с ПТСР оказывают психолог и психотерапевт специализированной клиники.

Для эффективного психологического сопровождения детей с ПТСР необходимо учитывать следующие характеристики симптоматики у детей (Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические рекомендации..., 2023): 1. Навязчивые мысли (постоянные воспоминания о травмирующем событии, которые возникают неожиданно и вызывают сильное беспокойство; флешбэки — яркие, реалистичные воспоминания о травме, словно она происходит снова); 2. Избегающее поведение (стремление ребенка избежать любых напоминаний о травме, включая места, людей, предметы или разговоры, связанные с ней); 3. Гипервозбудимость (повышенная тревожность и настороженность; легкая пугливость, даже при незначительных звуках или событиях; трудности с концентрацией внимания и памятью; проблемы со сном, бессонница или частые пробуждения ночью); 4. Эмоциональная отстраненность (потеря интереса к любимым прежде занятиям; чувство отчужденности от окружающих, отсутствие радости и удовольствия от общения; снижение способности выражать эмоции, особенно позитивные); 5. Физические симптомы (головные боли, боли в животе, мышечные спазмы; учащенное сердцебиение, потливость, дрожь; физическое ощущение дискомфорта или напряжения без видимой причины); 6. Агрессивное поведение (вспышки гнева, раздражительность, агрессивные реакции на незначительные провокации; конфликты с окружающими, особенно с теми, кто пытается оказать поддержку); 7. Изменения в восприятии мира (негативные убеждения о себе, мире и будущем «Я никчемный», «Мир опасен»; ожидания новых бедствий, постоянное ожидание угрозы); 8. Социальная изоляция (отказ от общения с друзьями и сверстниками; сложности в установлении новых контактов и доверительных отношений); 9. Проблемы с обучением (ухудшение успеваемости в школе из-за трудностей с концентрацией и запоминанием информации; пропуски занятий, избегание школьных мероприятий); 10. Саморазрушительное поведение (рискованное поведение, попытки нанести себе вред, суицидальные мысли).

Психологу, работающему с детьми с ПТСР, необходимо понимать тот факт, что каждый ребенок уникален, поэтому проявления ПТСР могут различаться. Некоторые дети могут демонстрировать все перечисленные признаки, тогда как у других будут проявляться лишь отдельные симптомы. При обнаружении подобных изменений в поведении ребенка важно обратиться за помощью к квалифицированному специалисту, такому как детский психолог или психиатр, для проведения оценки и разработки плана лечения.

Работа с детьми, имеющими посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), требует особого подхода и применения специальных методов и технологий (Мелехин, 2016). Существует большой арсенал психологических технологий при работе с детьми с ПТСР. Остановимся на некоторых из них.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) помогает детям изменить негативные мысли и поведение, связанные с травмой (Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства, 2005). Психолог работает над тем, чтобы ребенок научился распознавать свои мысли и чувства, а затем заменять деструктивные модели мышления на более конструктивные. Эта методика включает техники релаксации, дыхательные упражнения и работу с триггерами.

Экспозиционная терапия поможет детям с ПТСР уменьшить реакцию страха через повторяющиеся контролируемые экспозиции. Постепенно ребенок учится справляться с этими эмоциями и снижает уровень тревоги.

Техника «Десенсибилизация и переработка движений глаз (EMDR)», основанная на стимуляции мозга через движение глаз. Она используется для переработки травматического опыта путем активации обоих полушарий мозга. Ребенок фокусируется на воспоминаниях о травме, одновременно выполняя движения глазами, что помогает снизить интенсивность негативных эмоций, связанных с этими воспоминаниями.

Арт-терапия — эффективный метод психологической работы с детьми с ПТСР, который предоставляет детям безопасный канал для выражения эмоций, таких как: страх, гнев, печаль и др. Через рисунки, коллажи дети могут символически воспроизводить свою травму и перерабатывать ее на уровне подсознания, снять внутренний психический дискомфорт.

Песочная терапия дает возможность ребенку символически воспроизвести свои внутренние конфликты и переживания. Специалист помогает интерпретировать созданные ребенком сцены и направляет процесс исцеления.

Каждая технология и прием выбираются индивидуально, исходя из особенностей конкретного случая и потребностей ребенка.

Значительный вклад в понимание природы ПТСР у детей и разработку эффективных методов его лечения внесли многие ученые и специалисты. Их работы продолжают служить основой для дальнейших исследований и практической деятельности в этой области. Так, например, работы Чарльза Венара и Патрисии К. Кериг посвящены пониманию взаимосвязей между травматическими событиями, семейными факторами и развитием ПТСР. Они также занимались разработкой программ профилактики и лечения для этой группы населения.

Детский психолог А.Л. Венгер рекомендует включать в психотерапевтический процесс членов семьи, родственников, друзей и проводить групповой дебрифинг и психообразование. Он отмечает, что должен применяться только мультимодальный подход, т.е. использование арт-терапии, игровой терапии, релаксационных техник, поведенческих техник, направленных на снижение агрессии. Зонирование реабилитационного пространства (зона сюжетно-ролевой игры, конструктивной деятельности, спортивных занятий, от реагирования агрессии, творческой деятельности) эффективно при лечении детей и подростков с ПТСР (Венгер, Морозова 2009).

Доктор психологических наук Л. Шнейдер предлагает использовать следующие методы при оказании психологической помощи детям и подросткам в кризисных ситуациях: информирование; метафоры; установление логических связей; логическое обоснование; самораскрытие; конкретные пожелания и др.

Однако использование этих методов без понимания психотерапевтических целей и построения концептуализации может быть неэффективным.

Если одной психотерапии оказывается недостаточно, врач назначает медикаментозное лечение (Добряков, 2008). Применяются препараты разнонаправленного действия, например антидепрессанты устраниют симптомы депрессии и улучшают общий психологический настрой.

При выборе психологических технологий для работы с детьми с ПТСР необходимо ориентироваться прежде всего на такие подходы, как: 1. Индивидуальный подход (каждый ребенок уникален, и его реакция на травму может сильно отличаться от реакций других детей); 2. Безопасность и комфорт (основная цель любой терапевтической работы — создать безопасную и комфортную обстановку для ребенка, подобрав такие условия чтобы минимизировать риск ретравматизации и

обеспечить максимальную защиту психики ребенка); 3. Соответствие возрасту (выбор технологий зависит от возраста ребенка, например для маленьких детей предпочтительны игровые и арт-методы, тогда как для подростков могут использоваться более сложные когнитивно-поведенческие техники); 4. Интеграция различных методов (часто для достижения наилучших результатов требуется сочетание разных методик, например когнитивно-поведенческая терапия может дополняться игровой терапией или арт-терапией, что позволяет охватить разные аспекты психики ребенка); 5. Вовлечение семьи в терапию (с целью оказания необходимой поддержки и понимания того, как правильно реагировать на поведение ребенка); 6. Оценка эффективности (регулярная оценка прогресса психоэмоционального состояния ребенка и корректировка плана психологического сопровождения); 7. Фокус на укрепление ресурсов (помимо работы с симптомами ПТСР, важно уделять внимание развитию внутренних ресурсов ребенка — его уверенности в себе, способности справляться с трудностями и устанавливать здоровые отношения); 8. Долгосрочный эффект (психологическая терапия ПТСР может занять длительное время, поэтому выбранные методы должны быть рассчитаны на длительный срок и обеспечивать устойчивый результат).

Таким образом, выбор психологических технологий для работы с детьми с ПТСР — сложный и многогранный процесс, требующий индивидуального подхода и учета множества факторов. Главная цель — обеспечить безопасность, комфорт и эффективное выздоровление ребенка, помогая ему вернуться к полноценной жизни.

Литература

- Брязгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. М.: Медпрактика-М, 2008.
- Венгер А.Л., Морозова Е.И.* Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. Владимир: Транзит-ИКС, 2009.
- Добряков И.В.* Клинические особенности острого посттравматического стрессового расстройства у детей // Прикладная юридическая психология. 2008. № 3. С. 53–54.
- Есина О.Б.* Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2017.

Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психоdiagностика и психологическая помощь. СПб.: Речь, 2012.

Мелёхин А.И. Игровая когнитивно-поведенческая терапия // Современное содержание дошкольного образования: вариативность, инициатива, устойчивое развитие. Иркутск: МЦПТИ «Микс», 2016. С. 68–71.

Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» [Электронный ресурс]. 2023. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1 (дата обращения: 1.04.2025)

Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фоя, Т.М. Кина, М. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005.

Некоторые аспекты влияния детской травмы на выбор методики лечения ПТСР

Д.П. Лямин, Е.А. Лямина***

*Белорусский национальный технический университет,
Минск, Беларусь
d.turizm@yandex.ru

**ИП Лямина, Минск, Беларусь
rex-elena@yandex.ru

В статье рассмотрены некоторые аспекты изучения причин и последствий ПТСР представителей силовых профессий, основанные на своевременной диагностике детских травм. Статья написана на основе опыта работы с подростками с диагнозом СДВГ в общеобразовательных школах г. Минска и исходя из обобщенного опыта практики частного детского психолога. В статье описан процесс формирования триггеров, запускающих защитные реакции человека, имевшего детские травмы и опыт выживания в критических ситуациях. Затронута проблема диагностирования причин нестандартного и социально опасного поведения человека с боевым опытом в связи с неправильным диагнозом, поставленным в подростковом возрасте. Рассмотренные аспекты целесообразно учитывать при проведении профессионального ориентирования юношеской, выбирающей профессии, связанные с риском для жизни.

Ключевые слова: детская травма, стресс-факторы, ПТСР, СДВГ, эмоциональные состояния

В настоящее время выявление факторов риска, связанных с возникновением посттравматического стрессового расстройства (далее — ПТСР), может помочь в разработке превентивных мер для групп, подвергенных высокому риску, таких как ветераны вооруженных конфликтов, жертвы насилия, люди, выжившие в различных экстремальных ситуациях.

Следует понимать, что полученную в раннем детском возрасте психологическую травму, в дальнейшем послужившую вероятной первопричиной ПТСР, выявить весьма затруднительно, так как уже в зрелом возрасте человек чаще всего не в состоянии вспомнить обстоятельства получения травмы, а реагирует уже на вторичные триггеры. В этот возрастной период наиболее важным психическим процессом следует считать восприятие, которое характеризуется как центральная познавательная функция (Выготский, 2005). При этом ребенок воспринимает общение и поведение взрослого как образец, копируя эмоциональные состояния родителей и их стиль поведения. В том числе перенимает некоторые элементы агрессивного поведения (Эльконин, 2007), остро реагируя на громкие и резкие звуки, крик, что в итоге может привести к возникновению постоянного чувства страха как реакции на громкие звуки, что усугубляется непониманием складывающейся вокруг него ситуации. При нахождении в состоянии повышенной тревожности в сознании ребенка начинают формироваться триггеры, управляющие его эмоциональным состоянием.

Расширение социального окружения ребенка в раннем детстве приводит, как правило, к увеличению количества стрессовых ситуаций, что обуславливается новой средой, новыми людьми (в том числе сверстниками), что вызывает у него тревогу. Неопределенность и отсутствие контроля над ситуацией, вызванные отсутствием социального опыта, перегрузка сенсорной информации являются дополнительными стресс-факторами, которые накладываются на триггеры ранней детской тревожности, усиливая их, в то же время скрывая их в глубине сознания. Уже в детском дошкольном учреждении, в ходе общения со сверстниками, ребенок начинает использовать свой имеющийся небольшой социальный опыт, полученный в раннем детстве, перенося эмоциональные реакции (в этом случае негативные) на новую социальную среду, закрепляя в сознании определенную картину мира. И

поскольку недостаточно развитые речевые навыки еще не позволяют ему аргументированно отстаивать свою позицию, он начинает активно использовать уже привычные инструменты выражения протеста: крик, плач, агрессия в отношении как сверстников, так и взрослых, абстрагирование от происходящего, реже грубость. Зачастую в детских коллективах такая линия поведения воспитателями (учителями) воспринимается как недостаток воспитания либо задержка в развитии, о чем сообщают родителям, в некоторых случаях заочно предполагая синдром дефицита внимания, гиперактивность (далее — СДВГ). В этом случае родители ребенка (особенно из неблагополучных семей) принимают «воспитательные меры», в том числе связанные с физическими наказаниями, что, в свою очередь, не решает проблему, а приводит к увеличению тревожности, усложняя протекание кризиса семи лет.

К моменту поступления в общеобразовательное учебное заведение у такого ребенка уже сформирован набор психологических травм, обусловленный рядом факторов, к которым можно отнести: травмы раннего детства; эмоциональное насилие со стороны родителей и сверстников или отсутствие родительской поддержки; возможные проблемы внутри семьи (развод, возможно, породивший у ребенка чувство вины); буллинг, психологическое давление со стороны воспитателей и т. д.

В отличие от взрослого человека, ребенок, из-за отсутствия социального опыта, зачастую не в состоянии оценить наличие и степень угрозы, реагируя на любую непонятную ситуацию как на максимально опасную (Божович, 2008).

И уже к подростковому возрасту довольно сложно выявить основные триггеры, ведущие к резким сменам эмоционального состояния ребенка. Кроме того, на большинство раздражителей уже сформированы типовые защитные реакции (типовая поведенческая компонента), в ряде случаев достаточно агрессивные. Эти поведенческие реакции отрабатываются в течение всех периодов детского, подросткового и юношеского возраста, и в каждом периоде на них накладываются изменения когнитивного состояния личности, обусловленные процессом формирования собственного «Я». В ряде случаев подросток, в том числе в ходе урока, начинает громко смеяться, разговаривать, срывать занятия, чтобы получить одобрение и поддержку сверстников.

Таким образом, у ребенка складывается противоречивая линия поведения, обусловленная, с одной стороны, необходимостью противодействия «враждебному» миру, с другой — постоянными попытками

завоевать одобрение сверстников. Безусловно, это снижает эффективность восприятия и понимания учебного материала, снижая эффективность учебной деятельности, что в свою очередь отражается на его самооценке, побуждая больше внимания уделять продвижению в социальной сфере, зачастую неприемлемыми способами. И поскольку с раннего детства у такого ребенка в сознании сформирована преимущественно негативная картина мира, изобилующая отрицательными эмоциями (а эмотивная составляющая является ведущей компонентой социального восприятия в этом возрасте), то в некоторых случаях проявления дружелюбия со стороны своего социального окружения он воспринимает как злую иронию или агрессию. И ответная реакция будет либо негативной, либо ребенок будет воспринимать такие ситуации настороженно и отрешенно, не сближаясь ни с кем из своих сверстников и тем более из взрослых. И как следствие, работники учреждений образования рекомендуют родителям обратиться к специалистам (врачам-психиатрам) с целью коррекции поведения подростка. Кроме того, психологические травмы, полученные в раннем детстве диагностировать очень сложно еще по ряду таких причин, как: включение подростком защитных механизмов (отрицание, рационализация), позволяющих легче справиться с болезненными воспоминаниями; изменение восприятия времени, когда подросток воспринимает детские травмы как нечто далекое и незначительное; закрытость и недоверие к специалистам и консультантам; опасение давления со стороны сверстников, что заставляет его скрывать свои проблемы, и т.д.

В таких случаях специалисты подводят диагноз под СДВГ, назначая профилактику, исходя из этого заболевания. Здесь следует понимать, что из-за схожести многих симптомов и отсутствия достоверной информации относительно стартового механизма возникновения СДВГ симптомы ПТСР будут упущены, что может привести к усугублению проблемы. Это в первую очередь связано с неизбежным увеличением уровня тревожности у ребенка с момента осознания им своего статуса (больной, «проблемный») и возможного усугубления чувства вины на фоне негативных реакций со стороны родителей (Лямина, 2024).

Взрослея, человек приобретает опыт действенных методов борьбы с детскими травмами. В том числе это может быть сознательное или неосознанное избегание «опасных» ситуаций, громких звуков, определенных запахов. Развитие навыков управления эмоциями позволяет уже в ранней взрослости более сдержанно реагировать на не-

гативные события, связанные ранними переживаниями. Кроме того, с возрастом развивается эмоционально-волевая устойчивость, позволяющая «держать удар» настолько хорошо, что тревожные маркеры уже практически не заметны, и ничего не отвлекает человека от повседневных дел. Таким образом, ребенок с диагнозом СДВГ становится эксцентричным, эмоциональным взрослым, занявшим свою нишу в социуме, нормально взаимодействуя с членами своей социальной группы, регулируя свое поведение групповыми нормами и правилами, основанными на законодательстве страны и традициях социума (группы), его ПТСР входит в стадию отсроченного.

Однако существуют такие критические ситуации, когда все защитные механизмы, выработанные с годами, теряют свою эффективность, создавая предпосылки для перехода расстройства в острую форму. При этом (например, в условиях войны), изменяются моральные и нравственные нормы и правила, снимая в сознании личности барьеры, запрещающие насилие, вплоть до убийства. Даже больше, уничтожение врага любыми средствами превращается в нравственно допустимую цель, разделяя людей по принципу «свой–чужой». Для человека, с детства привыкшего воспринимать мир как враждебный, попасть в подобную ситуацию означает резкие изменения эмоционального состояния под воздействием большого количества неосознаваемых триггеров (громкие звуки, взрывы, ощущение тревоги). Это может активировать давно подавленные воспоминания о детских травмах на подсознательном уровне, что может привести к чрезмерному восприятию угрозы или, наоборот, к безрассудному поведению. При этом следует понимать, что в сознании постепенно снимаются табу, наложенные общественной моралью и законами, разрешая защищаться от угроз любыми способами, включая крайние меры.

Таким образом, при возвращении к нормальной жизни человек, имеющий детские недиагностированные травмы, получивший опыт переживания смертельной опасности в ситуации, которая несет неожиданный и жестокий характер для психики, добавляет к своему набору защитных реакций «разрешение на крайние меры». Экстремальные ситуации с угрозой для жизни в дальнейшем притупляют страх перед наказанием в соответствии с действующим законодательством. Это обусловлено в том числе когнитивными искажениями, возникающими в таких случаях, и человек недооценивает вероятность наказания за свои действия, не заботясь о том, как это будет воспринято в обществе, не знакомом

с условиями выживания в экстремальных ситуациях. И в этом случае даже незначительное событие, субъективно воспринятое человеком как опасное, может побудить его прибегнуть к крайним мерам. Иными словами, иногда достаточно даже одного осуждающего взгляда, чтобы механизмы защиты в сознании индивида заработали в режиме «война».

Таким образом, можно предположить, что для достижения большего эффекта в лечении ПТСР следует прорабатывать не только травмы, полученные в период пребывания в экстремальных ситуациях, но и затрагивать детские травмы, особенно если ранее был поставлен диагноз СДВГ. В ряде случаев профилактическую работу по выявлению и лечению детских ПТСР следует проводить в юношеский период, в период профессионального ориентирования, особенно среди молодежи, выбирающей профессии, связанные с риском для жизни.

Литература

- Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2008.
- Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005.
- Лямина Е.А. Синдром дефицита внимания/гиперактивности как следствие посттравматического расстройства в раннем возрасте // Психология личности: методология, теория, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 868–872.
- Эльконин Д.Б. Детская психология. 4-е изд., стер. М.: Академия, 2007.

Посттравматическое стрессовое расстройство и антивитальное поведение в подростковом возрасте

T. C. Moroz

Международная полицейская академия ВПА, Тульский
государственный университет, Тула, Россия
tat.moroz2009@yandex.ru

В работе рассмотрены особенности антивитального поведения у подростков. Посттравматическое стрессовое расстройство значительно увеличивает риск антивитального поведения у подростков. Рассмотрены

причины антивитального поведения в разных подходах — биологическом, эвристическом, психологическом, клиническом, интегративном. Цель данного исследования заключалась в анализе особенностей антивитального поведения в подростковом возрасте. Были получены данные о том, что подростки, которые обратились за психологической помощью и имели проявления антивитального поведения, такие как попытки суицида или самоповреждения, имеют низкие значения по показателям витальности — стремлении к жизни, показателям жизненного тонуса, целеустремленности, стрессоустойчивости и независимости мнения от окружающих. Было выявлено, что эмоциональная близость и поддержка в семье способствуют высокому уровню жизненного тонуса, целеустремленности и витальности.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, антивитальное поведение, суициdalное поведение, суицид, самоповреждения, подростки, подростковый возраст

Каждый год множество людей, включая значительное количество подростков, испытывают депрессию и тревожность, а также проявляют склонность к антивитальному поведению, которое может включать употребление наркотиков и алкоголя, а также высокий уровень агрессии и другие подобные проявления. В транзитивном обществе все чаще возникают ситуации сильнейшего стресса, высочайшего напряжения, угроз жизни и здоровью людей. Войны, стихийные бедствия, лишения, потери приводят к возникновению не только физических травм, но и психологических.

Психическая травма определяется как эмоциональная реакция на травматическое событие, которое угрожает жизни или физической целостности человека. Это может включать в себя такие события, как насилие, катастрофы, войны и другие ситуации, вызывающие сильный стресс. Психические травмы не проходят бесследно, одним из последствий психической травмы может быть посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Обширные исследования, посвященные симптомам, диагностике и лечению ПТСР, включают работы, исследующие связь между травмой и развитием других психических расстройств, таких как депрессия и тревожные расстройства. В отечественных исследованиях в области психологии, психиатрии известны работы А.В. Баранова, Е.В. Костюченко, Т.А. Лебедевой, Н.В. Тарабриной, А.В. Махнача, А.И. Лактионовой, Ю.В. Постыляковой и др.

В числе зарубежных исследователей, занимающихся посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), можно отметить несколько ключевых фигур и направлений, которые значительно способствовали пониманию и лечению этого расстройства: Фрэнк Принц, Джудит Херман, Эдвард Х. Флойд, Мэри Л. Клейтон, Джонатан Шарп, Бессел ван дер Колк и др. Анализ исследований, посвященных проблеме посттравматических стрессовых расстройств, позволяет выделить следующие особенности: травматичный опыт, симптоматику, влияние на качество жизни, индивидуальные различия и подходы к оказанию помощи и реабилитации. ПТСР может развиваться после различных травмирующих событий, таких как военные конфликты, природные катастрофы, насилие, аварии, жестокое обращение в детстве и другие ситуации, которые угрожают жизни или физической целостности человека. Наиболее уязвимыми становятся дети и подростки.

Посттравматическое стрессовое расстройство может значительно увеличить риск антивитального поведения у подростков. В исследованиях отечественных психологов установлено, что отсутствие чувства смысла жизни у подростков является значимой предпосылкой для формирования суицидальных планов и намерений (Холмогорова, 2016). Эвристическая модель антивитального поведения акцентирует внимание на важности социальных факторов в развитии такого поведения (Польская, 2017). А. В. Махнач, А. И. Лактионова, Ю. В. Постылякова в концепции жизнеспособности рассматривают антивитальное поведение с точки зрения способности личности справляться с неудачами и трудностями жизни (Махнач и др., 2022). А. Г. Амбрумова выделяет как социальные, так и психологические аспекты в качестве детерминант суицидального риска (Амбрумова, 1997). Сторонники биологического подхода утверждают, что у родственников людей, совершивших суицид, наблюдается повышенный риск, который обусловлен как общими условиями жизни, так и генетическими факторами (Попов, Пичиков, 2017). Необходимо выделить интегративные модели антивитального поведения. В рамках этих моделей антивитальное поведение рассматривается как результат взаимодействия множества факторов, включая биологические причины (Розанов, 2018). Б. С. Положий к наиболее значимым относит генетические предрасположенности и склонность к различным психическим расстройствам. Он выделяет такие факторы, как различные виды химических зависимостей, а также экономические, социальные и политические трудности (Положий, 2010). В

клиническом контексте антивитальное поведение рассматривается как психическое расстройство, а аутоагрессивное поведение классифицируется как симптом психических заболеваний согласно Международной классификации болезней. В транзактном анализе особое внимание уделяется взаимосвязи между суицидом и самоповреждением. Т. Вайт утверждает, что суицид и самоповреждения представляют собой разные состояния. Он делит людей на три категории: первая группа включает тех, кто занимается самоповреждением, но не имеет намерения совершить суицид; во вторую группу входят люди с суициdalными намерениями, но без самоповреждений; третья группа состоит из тех, кто имеет мотивы для суицида и одновременно практикует самоповреждения (Вайт, 2017). На основе анализа источников Американской психиатрической ассоциации и собственных исследований Т. Вайт выделяет несколько мотивов самоповреждений: это могут быть татуировки, стремление почувствовать себя живым, желание вернуть утраченные ощущения, особенно у людей, переживших психическую травму или насилие, а также попытки справиться со стрессом, когда человек не умеет расслабляться или обсуждать свои проблемы. Кроме того, самоповреждения могут служить способом выразить душевные страдания через физическую боль, получить заботу и внимание от окружающих, наказать себя за чувство ненужности или манипулировать другими людьми. Автор особенно акцентирует внимание на антивитальном поведении в подростковом возрасте, подчеркивая, что именно в этот период возникают сложности в предсказании суициdalных попыток. Подростки часто испытывают неустойчивое восприятие себя, считая себя уникальными и полагая, что общие закономерности и правила их не касаются. У них присутствует магическое мышление, которое может проявляться в иллюзии обратимости суицида, например в убеждении, что после смерти они смогут наблюдать за своими похоронами и что окружающие будут сожалеть о случившемся. Если у подростка в раннем детстве сформировалось решение, выраженное в виде мысли «не существуй», это может значительно увеличить вероятность того, что он доведет суициdalную попытку до конца. При оценке суициdalного риска выделяются количественные и качественные характеристики. К количественным показателям относятся: регрессия к более низкому уровню психологического развития, снижение логического мышления и усиление магического мышления; проявления рискованного поведения, такие как высокая скорость вождения, участие в экс-

тремальных видах спорта и работа в опасных условиях; употребление психоактивных веществ, включая наркотики и алкоголь; наличие психических расстройств и диагнозов; отсутствие вторичной выгоды; тюремное заключение; депрессивные состояния, а также их уровень и частота; чувство одиночества; наличие предыдущих суицидальных попыток; наличие предсмертных записок и плана суицида; бегство как способ справиться со стрессом. К качественным показателям суицидального риска относится глубинная установка «не существуй» или «не живи», которая формировалась в раннем детстве и стала частью личности и самосознания. Таким образом, личность, оказавшаяся в сложной жизненной ситуации и находящаяся в депрессии, но не имеющая установки «не существуй», будет менее подвержена суицидальному риску по сравнению с теми, кто в детстве принял решение «не существуй», иными словами, получивший психическую травму.

Цель данного исследования заключалась в анализе особенностей антивитального поведения в подростковом возрасте. Гипотеза исследования предполагает, что антивитальное поведение у подростков связано с низким жизненным тонусом, недостаточной целеустремленностью, низким уровнем стрессоустойчивости, зависимостью от окружающих и неблагоприятными условиями в семье. Исследование проводилось на базе ГУ ТО «СМФЦ «Мой семейный центр» среди подростков в возрасте от 14 до 17 лет, которые обратились за психологической помощью. В общей сложности в исследовании участвовали 24 человека: 12 из них имели выявленные проявления антивитального поведения, такие как попытки суицида или самоповреждения, и 12 не имели таких проявлений. На первом этапе проводилось определение группы риска с использованием опросника Г.В. Резапкиной «Витальность» среди подростков. Оценка основывалась на общем показателе витальности (стремлении к жизни), а также на таких характеристиках, как жизненный тонус, целеустремленность, стрессоустойчивость и степень независимости подростков. На втором этапе проводилось определение типа семейной системы с помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности, FACES-3». Также оценивалась функциональность или дисфункциональность семьи с учетом таких параметров, как сплоченность и адаптивность. Установлены связи между показателями семейного благополучия и такими аспектами витальности, как эмоциональная связь, жизненный тонус и целеустремленность. Чем выше уровень эмоциональной близости и поддержки в семье, тем выше жизненный

тонус и целеустремленность подростков. Увеличение эмоциональной близости также способствует повышению уровня жизнестойкости. Кроме того, выявлена отрицательная взаимосвязь между распределением и стабильностью ролей в семье и общей витальностью подростков. Антивитальное поведение характеризуется аутоагрессией и суицидальным риском, который проявляется как в количественных, так и в качественных показателях, а также включает самоповреждающее поведение у лиц с намерением совершить суицид. Семьи подростков, проявляющих антивитальное поведение, можно отнести к полуфункциональным. В таких семьях наблюдается неблагополучие, выражющееся в недостаточной эмоциональной близости, отсутствии доверительных отношений, непринятия друг друга и общих интересов. В то же время гибкость и способность адаптироваться к изменениям выступают ресурсными факторами для этих семейных систем.

Антивитальное поведение охватывает любые действия, которые могут нанести вред физическому или психическому здоровью человека, но не обязательно направлены на осознанное самоубийство. К таким действиям можно отнести употребление наркотиков, самонасилие, вождение в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и другие подобные поступки. Суицидальное поведение, в свою очередь, связано с намерением прекратить свою жизнь или причинить себе серьезные травмы, которые могут привести к смерти. Это включает в себя попытки суицида, порезы острыми предметами, прием смертельных доз лекарств и т.д. Основное различие между антивитальным и суицидальным поведением заключается в том, что первое не обязательно приводит к смерти, тогда как второе направлено на прекращение жизни. В психологической литературе часто используется термин «аутоагрессия», который в полной мере отражает суть антивитальности. Поэтому под антивитальным поведением подразумевается аутоаггрессивное поведение, включая как суицидальные, так и самоповреждающие действия.

Связь между посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и антивитальным поведением в подростковом возрасте можно обосновать несколькими ключевыми аспектами: подростки, пережившие травматические события, могут развивать ПТСР. Эти травмы могут привести к глубоким эмоциональным и психологическим последствиям, включая чувство безысходности, отчаяния и утраты смысла жизни, что может способствовать антивитальному поведению. Подрост-

ки могут испытывать сильные негативные эмоции, такие как тревога, гнев и печаль, и не знать, как с ними справляться. Это может привести к самоповреждающему поведению. Чувство одиночества и изоляции может усиливать антивитальные тенденции, так как подростки могут чувствовать, что не имеют поддержки и понимания со стороны окружающих. Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство может значительно увеличить риск антивитального поведения у подростков, создавая сложный цикл, в котором травматический опыт и его последствия способствуют деструктивным действиям и мыслям.

Литература

- Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 4. С. 14–20.
- Махнач А.В., Лактионова А.И., Постылякова Ю.В. Жизнеспособность студенческой молодежи России в условиях неопределенности // Образование и наука. 2022. № 5. С. 90–121.
- Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии. Дис. ... д-ра психол. н. Москва, 2017.
- Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 55–62.
- Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017.
- Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков — попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 1. С. 62–73.
- Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. Киев: «НВП «Інтерсервіс», 2017.
- Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 144–163.

Признаки стресса и качество сна у детей, имеющих потенциально травматический опыт*

H.A. Руднова, Д.С. Корниенко

Федеральный научный центр психологических и
междисциплинарных исследований, Москва, Россия

rudnova.na@yandex.ru

dscorney@mail.ru

Посттравматический стресс может стать результатом вторичной травматизации, и особо уязвимы в этой ситуации дети, проживающие на пограничных с регионами военных действий территориях. Цель исследования: выявление уровня воспринимаемого стресса, его признаков и качества сна у дошкольников из пограничных с территориями проведения военных действий регионов. Выборка: 2846 матерей дошкольников (средний возраст детей 5,16 лет, 52% — мальчики). Методики: Шкала воспринимаемого стресса у детей, анкета потенциально травматического опыта, опросник качества сна, анкета признаков стресса. Результаты: у дошкольников с потенциально травматическим опытом (пограничных) более выражен уровень воспринимаемого стресса, который проявляется через эмоциональные, когнитивные и поведенческие признаки и сниженное качество сна. Обсуждается необходимость психологического просвещения родителей об особенностях детского стресса и роли эмоционально теплых отношений для его преодоления.

Ключевые слова: травматический опыт, воспринимаемый ребенком стресс, признаки стресса, качество сна, сепарационная тревога

Последнее десятилетие можно охарактеризовать как период кризиса в сфере ментального здоровья, при этом такая тенденция наблюдается и у взрослых, и у детей (Корниенко и др., 2024). Социальные, экономические и политические процессы влияют на качество жизни детей, снижая его уровень и становясь источником травматического опыта и стресса. Военные действия могут стать одним из таких источников. Травматизация может быть как первичной (опыт бомбардировок, потеря близких, имущества, даже воздушная тревога), так и вторичной, когда ребенок

* Работа выполнена при финансовой поддержке проекта Российской Федерации в лице Минобрнауки России (Соглашение № 075–15–2024–526).

узнает о военных действиях и их последствиях из разговоров близких или СМИ. При этом вторичная травматизация может быть значительной, даже когда ребенок живет в относительно спокойных условиях, например на пограничной с местами ведения военных действий территории (Александрова, Дмитриева, 2024). В связи с этим важно реализовывать психологическое сопровождение не только детей, проживающих или эвакуированных с территории военных действий, но и детей, проживающих в пограничных регионах, отслеживая у них не только возможные признаки ПТСР, но и возникновение высокого уровня стресса.

Дети дошкольного возраста ввиду возрастных особенностей не могут в точности распознавать и описывать свои психологические состояния. Однако стресс у них часто имеет физиологическое или поведенческое проявление. К ним относятся регressive поведение (сосание пальцев, грызение ногтей и др.), соматические признаки (боль в животе или головная боль), нарушения сна (трудности с засыпанием,очные пробуждения и т.д.) (Акарачкова и др., 2023; Кельмансон, 2017). Могут наблюдаться психологические признаки: снижение концентрации, раздражительность, перепады настроения, стремление к одиночеству или повышенная потребность во внимании родителей, сепарационная тревога (Тарабрина, 2001).

Для оценки стресса детей дошкольного возраста чаще привлекаются родители (опекуны) или профильные специалисты. Отмечается, что хотя родители в большинстве случаев отмечают изменения состояния своих детей (Selvaraj et al., 2019), они склонны недооценивать уровень негативных переживаний детей и их возможных последствий (Lagattuta, 2012).

Целью настоящего исследования является выявление уровня воспринимаемого стресса, его признаков и особенностей качества сна у детей дошкольного возраста, семьи которых оказались в ситуации высокой неопределенности и/или значительных изменений жизненных обстоятельств ввиду проживания в пограничных с территориями проведения военных действий регионах.

Выборка. Всего в исследовании приняли участие 2846 человек, все женщины, матери дошкольников в возрасте от 20 до 53 лет ($M=35,85$, $SD=5,33$), 81% в браке, 22% имеют среднее профессиональное образование, 71% высшее. Возраст детей от 4 до 7 лет ($M=5,16$, $SD=0,83$), 52% мальчики.

Методы. Шкала воспринимаемого стресса у детей (PSS-С) была разработана для исследования детского стресса. Русскоязычная версия

методики состоит из 10 пунктов, которые объединяются в две шкалы: дистресса и благополучия (Корниенко и др., 2024). В текущем исследовании шкала дистресса была адаптирована для оценки родителями уровня стресса дошкольников. Участники оценивали каждый пункт по шкале Лайкерта от 1 («никогда») до 4 («очень часто»). Альфа Кронбаха составляет 0,72, CI [0,71:0,74].

Анкета потенциально травматического опыта ребенка разработана на основе англоязычной версии (Sadeh et al., 2008) и состояла из 7 пунктов, один указывал на отсутствие какого-либо потенциально травматического опыта. Оставшиеся 6 описывали негативный опыт, который мог получить ребенок, проживающий на территории, пограничной с зоной военных действий: слышал сирену воздушной тревоги, слышал или видел взрывы, видел раненых и др. Родители оценивали каждый пункт как 0 («ребенок не имеет подобного опыта») или 1 («да, имеет»). Альфа Кронбаха — 0,51, CI [0,49:0,54].

Опросник качества сна детей дошкольного возраста (краткая версия). Методика направлена на выявление неклинических нарушений сна, к которым относятся сложности с засыпанием, снохождения,очные пробуждения и т. д. (Кельмансон, 2017). Опросник состоит из 17 утверждений, которые респонденты оценивают от 1 («редко») до 3 («обычно»), альфа Кронбаха — 0,70, CI [0,69:0,71].

Анкета признаков стресса разработана на основе признаков, описанных ранее в литературе (например, Тарабрина, 2001), состоит из 14 пунктов и содержит описания физиологических (расстройство пищеварения, потеря массы тела и т. д.) и психологических признаков стресса (сложности с концентрацией внимания, плаксивость и др.). Родители оценивали каждый пункт как 0 («нет такой особенности») или 1 («да, есть»). Альфа Кронбаха — 0,63, CI [0,61:0,64].

Результаты. Был проанализирован потенциально травматический опыт, который имеют дети, по оценкам матерей. В частности, из 6 предложенных вариантов потенциально травматических для ребенка событий родители максимально указывали 5 (всего четыре респондента), в большинстве ситуаций — не более двух случаев (79% респондентов). Подавляющее большинство детей (98%) слышали сирену воздушной тревоги, 30% слышали или видели взрывы. Остальные варианты встречались значительно реже — от 2% (видели раненых) до 5% (видели разрушенные в ходе военных действий дома). На основании полученных результатов выборка была разделена на три группы. Группа 1 —

дети без потенциально травматического опыта (443 человека), группа 2 — дети, которые только слышали воздушную тревогу (1556 человек) и группа 3 — дети, родители которых указали опыт других потенциально травматических событий (873 человека).

Дисперсионный анализ показал, что уровень воспринимаемого детьми стресса по оценкам матерей значимо выше в группе 3 ($F=7,293$, $p<0,001$, $M=1,86$), чем в группе 1 ($M=1,79$) или 2 ($M=1,78$). Аналогичны и значимые различия по числу поведенческих признаков стресса ($F=29,866$, $p<0,001$). В группе 1 родители чаще указывают отсутствие перечисленных признаков (50%) или 1–2 признака (21% и 14%), 3 и более — 15%. В группе 2 картина схожая: 0 признаков — 43%, 1–2 признака — 24% и 16%, 3 и более — 17%. В группе 3 только 31% матерей указывают на отсутствие признаков стресса у детей, 1–2 признака — 24% и 18%, и 27% называют 3 и более признаков. Рейтинг наиболее часто встречающихся признаков стресса во всех группах возглавили одни и те же, однако в группе 3 они встречаются значимо чаще, поэтому средние приводятся именно для этой группы. Так, родители указывают плаксивость ($M=0,32$), стремление постоянно быть рядом с родителем ($M=0,29$), сложности с концентрацией ($M=0,23$), регрессивное поведение (сосание пальца, обгрызание ногтей и др.) ($M=0,21$), сложности с запоминанием ($M=0,18$).

По показателю качества ночного сна различий не обнаружено, как и по показателю его длительности, хотя в группе 3 она все же чуть меньше — 9,4 часа в отличие от 9,50 и 9,43 для групп 1 и 2 соответственно. Наиболее часто встречаются такие проблемы со сном, как потребность в присутствии родителя при засыпании ($M=2,17$), перемещение ночью в постель к родителям или сиблиングам ($M=1,64$), страх спать в темноте ($M=1,55$), сопротивление укладыванию ($M=1,49$), потребность в длительном утреннем пробуждении ($M=1,48$).

Корреляционный анализ по Спирмену показал связь воспринимаемого ребенком стресса с числом потенциально травматических событий ($r=0,07$, $p<0,01$), и оба показателя оказались связаны с обобщенными показателями признаков стресса ($r=0,34$, $p<0,001$ и $r=0,14$, $p<0,001$) и качеством сна ($r=0,29$, $p<0,001$ и $r=0,05$, $p<0,01$). С показателем длительности сна связи не обнаружено.

Показатели воспринимаемого ребенком стресса и травматического опыта связаны со всеми признаками стресса, которые родители указали как наиболее часто встречающиеся: плаксивость ($r=0,25$,

$p<0,001$ и $r=0,11$, $p<0,001$), стремление постоянно быть рядом с родителем ($r=0,15$, $p<0,001$ и $r=0,06$, $p<0,01$), сложности с концентрацией ($r=0,23$, $p<0,001$ и $r=0,07$, $p<0,001$), регрессивное поведение (сосание пальца, обгрызание ногтей и др.) ($r=0,12$, $p<0,001$ и $r=0,09$, $p<0,001$), сложности с запоминанием ($r=0,13$, $p<0,001$ и $r=0,07$, $p<0,001$). Воспринимаемый стресс показал связь со всеми проблемами со сном ($0,08 < r < 0,22$, $p < 0,001$), в то время как число травматических событий оказалось значимо связано со страхом спать в темноте ($r=0,05$, $p<0,01$) и сопротивлением укладыванию ($r=0,07$, $p<0,001$), но отрицательно связано с потребностью ребенка в укачивании ($r=-0,04$, $p<0,05$).

Обсуждение. Согласно полученным данным, среди детей дошкольного возраста, семьи которых проживают в регионах, пограничных с территориями проведения военных действий, есть те, кто имеет потенциально травматический опыт. К такому опыту можно отнести то, что дети слышали или видели взрывы, видели разрушенные в ходе военных действий дома, узнали о гибели близких или знакомых людей. Такие дети имеют выраженный уровень воспринимаемого стресса, различных его проявлений и низкое качество сна. Важно отметить, что, по оценкам матерей, для детей, которые только слышали сирены воздушной тревоги, этот опыт не является стрессовым. Подобный результат может быть связан как с адаптированностью детей, так и с недооценкой материами уровня стресса ребенка. Предыдущие исследования указывают, что родители не всегда адекватно оценивают негативный опыт детей и его последствия, занижая его значимость (Гаврилова и др., 2024).

Хотя группа детей, имеющая наибольший опыт потенциально травматических событий, демонстрирует значимо более часто встречающиеся признаки стресса, рейтинг этих признаков во всех группах возглавляют одни и те же. На первом месте стоят эмоциональные проявления: плаксивость и потребность в близком контакте с родителем, чуть менее выражены сложности познавательных процессов (сложности с удержанием внимания и концентрацией, запоминанием), а также регрессивное поведение (сосание пальца, обгрызание ногтей и др.).

В рассматриваемых группах не обнаружено различий по длительности и качеству ночного сна, т. е. числу неклинических проблем со сном. В целом, независимо от опыта и эмоционального состояния дети имеют по 9,5 часов ночного сна. В целом это является нормой для детей дошкольного возраста и может говорить об ответственном

поведении их родителей, организующих им возможность полноценного отдыха (Руднова, Корниенко, 2024), несмотря на ситуацию неопределенности, связанную с близостью к территориям, на которых проводятся военные действия.

Среди неклинических проблем со сном, которые указали родители, часто встречается потребность в присутствии родителя при засыпании, дети стремятся не оставаться в одиночестве и предпочитают перебираться ночью к ним или к сиблиングам. Кроме того, детей с потенциально травматическим опытом пугает темнота и им сложно засыпать без источника света, они отказываются по вечерам укладываться. В совокупности все это может говорить о том, что у детей дошкольного возраста в состоянии стресса проявляется сепарационная тревога, которая свойственна скорее более раннему возрасту (1 год) (Кельмансон, 2017). Отчасти это подтверждает и выявленная выраженная потребность в постоянном контакте со значимым взрослым.

Косвенный опыт военных действий потенциально может являться травматическим для детей дошкольного возраста. Это подтверждается более высоким уровнем воспринимаемого стресса, плаксивостью, сепарационной тревогой, затруднением концентрации и запоминания, сложностями со сном. Хотя имеются основания полагать, что родители недооценивают выраженность стресса и его последствий для развития детей, полученные от матерей дошкольников данные о поведенческих проявлениях, психологических и физиологических признаках стресса, особенностях ночного сна могут стать основанием для выявления групп риска с целью последующего психологического воздействия. В частности, работа практических психологов может быть направлена не только на непосредственное снижение стресса у детей, но и на психологическое просвещение родителей об особенностях детского стресса и роли близких, эмоционально теплых отношений значимого взрослого (например, мамы) с ребенком.

Литература

- Акарачкова Е. С., Блинov Д. В., Климов Л. В., Котова О. В., Царева Е. В. Стресс и стресс-связанные расстройства у детей // Медицинский Совет. 2023. № 12. С. 210–220.
- Александрова Л. А., Дмитриева С. О. Дети в условиях войны: обзор зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2024. Т. 13. № 1. С. 139–149.

- Гаврилова М.Н., Дмитриева О.А., Асланова М.С., Руднова Н.А.* Разработка инструмента оценки школьной адаптации: оптимальная структура и возможность опоры на субъективные переживания детей // Психологическая наука и образование. 2024. Т. 29. № 6. С. 114–128.
- Кельмансон И.А.* Сон ребенка в онтогенезе и использование стандартизованного опросника для оценки поведения детей во время сна // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. Т. 62. № 3. С. 37.
- Корниенко Д.С., Руднова Н.А., Тарасова К.С.* Шкала воспринимаемого стресса для детей: психометрические показатели // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13. № 2. С. 129–146.
- Руднова Н.А., Корниенко Д.С.* Свойства темперамента ребенка и родительские практики как предикторы качества сна в дошкольном возрасте // Вестник РФФИ. Гуманитарные и общественные науки. 2024. № 4. С. 110–119.
- Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001.
- Lagattuta K.H., Sayfan L., Bamford C.* Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report // Journal of Experimental Child Psychology. 2012. V. 113. № 2. P. 211–232.
- Sadeh A., Hen-Gal S., Tikotzky L.* Young children's reactions to war-related stress: a survey and assessment of an innovative intervention // Pediatrics. 2008. V. 121. № 1. P. 46–53.
- Selvaraj K., Ruiz M.J., Aschkenasy J., Chang J.D., Heard A., Minier M., Osta A.D., Pavelack M., Samelson M., Schwartz A., Scotellaro M.A., Seo-Lee A., Sonu S., Stillerman A., Bayldon B. W.* Screening for toxic stress risk factors at well-child visits: The Addressing Social Key Questions for Health Study // The Journal of Pediatrics. 2019. V. 205. P. 244–249. Art. e4.

Исследование травматического и посттравматического стресса в контексте родительства*

И.В. Тихонова

Костромской государственный университет, Кострома, Россия
inn.007@mail.ru

В статье представлено обобщение результатов эмпирического исследования, направленного на изучение травматического и посттравматического стресса у родителей, не находящихся в экстремальных условиях. В исследовании участвовали 287 родителей детей разного возраста. Методы включали социально-демографическую анкету, полуструктурированное интервью, проективный и опросный метод. Результаты показали, что 61% респондентов могут выделить травматические события в своей родительской жизни. Травматические стрессоры включали события, связанные с ребенком, личные, семейные и социальные ситуации. У 153 респондентов были выявлены симптомы посттравматического стресса (ПТС), связанного с этими ситуациями. Кластерный анализ выделил группу из 59 человек с высокой выраженностью симптомов, сопоставимой с показателями у людей, переживших угрозу жизни. ПТС чаще вызывали стрессоры, связанные с ребенком, преобладали признаки физиологической возбудимости.

Ключевые слова: родительство, родительский стресс, травматический стресс, посттравматический стресс, родительские состояния

Родительство традиционно ассоциируется с позитивными характеристиками, такими как счастье и удовольствие. Однако в последние десятилетия все большее внимание уделяется исследованию родительского стресса, который может испытывать любой родитель (Тихонова, 2022). Травматический стресс в контексте родительства остается малоизученным, особенно за пределами экстремальных ситуаций, таких как жизнеугрожающие болезни, инвалидность, тяжелые травмы детей. Цель данного исследования — изучить особенности травматического

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22–28–00678, <https://rscf.ru/project/22-28-00678/>

родительского стресса (TPC) и возможность появления посттравматической симптоматики у родителей, не находящихся в условиях экстремального родительства.

Организация и методы исследования. Сбор данных проводился на выборке родителей детей различного возраста, не имеющих ограниченных возможностей здоровья, жизнеугрожающих заболеваний и инвалидности («нормотипичные» родители). В исследовании участвовали 287 человек — 226 женщин и 61 мужчина ($M=41,89$), имеющие детей.

Исследование проводилось с использованием: 1. социально-демографической анкеты; 2. полуструктурированного интервью, которое позволило проанализировать контексты родительской жизни, травматические стрессовые события в разные периоды развития ребенка, и включало применение метода «стресс-термометра», шкалирования, разработанного перечня родительских трудностей и симптомов травматического стресса; 3. опросников «Шкалы оценки влияния травматического события» («Impact of Event Scale»; D.S. Weiss, C.R. Marmar., T. Metzler; в адаптации Н.В. Тарабриной (2001)) и «Методики исследования удовлетворенности родительской ролью» («Parent Satisfaction Scale»; C.F. Halverson, H.P. Duke; в адаптации Е.В. Куфтяк (2016)), а также «Шкалы базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман («World assumptions scale»; R. Janoff-Bulman; в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой (2008)); 4. метода «Неоконченные предложения» (D.M. Sacks, S. Levy; Г.Г. Румянцев; И.В. Крук; Б.Д. Карвасарский; А.П. Пахомов; экспресс-модификация И.В. Тихоновой) с целью исследования малоосознаваемых отношений личности к опыту родительства (включает в себя незавершенные утверждения, посвященные доминирующими родительским убеждениям, страхам, представлениям о стрессорах и ресурсах совладания с ними).

Обработка результатов осуществлялась посредством контент-анализа и методов математической статистики (описательная статистика, кластерный анализ, критерий Манна–Уитни, угловое преобразование Фишера — ϕ^*).

Результаты исследования. Результаты проведенного на всей выборке интервью показали, что лишь 39% не могут выделить событий родительской жизни, которые являлись для них травматическими. Среди них около 50% респондентов мужской выборки ($n=32$).

Контент-анализ выявил, что респонденты относят к родительским травматическим стрессорам не только события, связанные с ребенком,

но и личные, семейные и социальные стрессоры. Некоторые из них не имеют очевидной связи с феноменологией родительской роли, например материальные проблемы. Однако понимание родительства как системного феномена, включающего индивидуальные и надличностные компоненты, позволило отнести их к родительским травматическим стрессорам. Это предполагает влияние контекстуальных социальных и индивидуальных факторов на родительскую роль.

Таким образом, были выделены травматические события-стрессоры: 1. Связанные с ребенком; 2. С самим родителем (нarrатив стрессора центрирован на состоянии или проблеме самого родителя); 3. С событиями в семейной системе (фокус на других членах семьи или динамике семьи); 4. С другими людьми.

Анализ феноменологии травматических родительских стрессоров, фокусированных на ребенке, показал, что родители относят к ним: возникшую угрозу смерти ребенка («подавился... не мог дышать», «в реанимации был с ожогом»); объективные травмы («ударили качели и накладывали швы... сломал руку»); ситуации с риском травмирования (падения, ушибы); угрозы здоровью и лечение детей.

Эти стрессоры объединяют состояние родительской неопределенности.

Также значительное количество стрессоров, видимо, представляют социальную угрозу для ребенка, включая: проблемы поведения и адаптации («дрался в школе», «устраивал истерики в магазине», «купить начал»); неуспеваемость или нарушения развития («отставал в развитии», «неправлялся со школьной программой»); эмоциональные состояния детей («уставал сильно и был постоянно раздраженный», «подавленность, нежелание дочери ничего делать»); проблемы в отношениях со сверстниками («травили дочь в школе»).

Родители детей юношеского и подросткового возраста также описывают травмирующие события — «испытания»: «плохо сдал экзамены», «не поступил в вуз».

Общее количество травматических родительских стрессоров, связанных с ребенком, имеет статистически подтвержденное превосходство (73,9%) по сравнению со стрессорами родительской роли (10,3%) и семейной жизни (14,2%). К травматическим стрессорам также относятся некоторые фактические события личной жизни родителя: болезни («в больницу попала», «тяжелые роды и проблемы со здоровьем потом»), проблемы с работой и материальные трудности, а также собственные эмоциональные состояния и переживания («было эмоци-

нально тяжело, была одна дома все время; постоянно был страх, что с ребенком что-то случится»).

Родители взрослых детей, особенно подростков, описывают собственную тревогу, несостоительность и беспомощность из-за ухудшения отношений с ребенком, конфликтов с ним и его проблемного поведения. Эти события воспринимаются как влияющие на родительские функции и их эффективность, создавая чувство угрозы и потери безопасности в родительской роли. Описание собственного родительского эмоционального состояния как стрессора может указывать на трудности идентификации истинной причины, вызвавшей его. Возможно, травмой для родителя могли стать «негативные» эмоции в этой роли, противоречащие представлениям о безусловной позитивности родительства.

События, происходившие в семейной системе (развод, измена, переезд, «рождение второго ребенка»), и нарушения взаимоотношений в семье («с мужем разные взгляды на воспитание мальчика», «конфликт со свекровью») также относились респондентами к травматическим для родительской роли.

Родители не только описывали содержание травматических родительских стрессоров, но и оценивали выраженность ТРС с помощью «стресс-термометра». Оценка выраженности ТРС варьировала от 6 до 10 баллов. Наивысшие оценки были у стрессоров, связанных с ребенком (угрозы здоровью и травмы), а также у некоторых стрессоров семейной жизни (смерть близкого, развод).

Были проанализированы симптомы травматических родительских стрессоров, указанные родителями, которые были организованы в три кластера: эмоциональные симптомы; физические симптомы (вегетативные и психосоматические нарушения); когнитивно-поведенческие симптомы (нарушение концентрации, снижение потребностей и влечений, навязчивые мысли, настороженность, фантазирование).

Среди симптомов достоверно преобладали нарушения в эмоциональной сфере, среди которых основное «ядро» симптомокомплекса составляли тревога, страх и растерянность. В структуре психофизических нарушений преобладали нарушения сна и сердечно-сосудистые симптомы, а в когнитивно-поведенческой сфере — нарушения настроения, настороженность и навязчивые мысли.

Выявлены специфические симптомокомплексы, включающие комбинации признаков эмоционального, соматического и когнитивно-поведенческого характера, характерные для ТРС родителей детей раз-

ного возраста. Родители, получившие травматический опыт в раннем и дошкольном возрасте детей, отмечают симптомокомплекс в виде сочетания тревоги, страха, нарушения настроения и усталости, сочетающиеся с соматическими симптомами нарушения аппетита или сна. Специфика ТРС, возникшего у родителей детей подросткового и младшего школьного возраста, характеризуется наличием симптомов гнева или навязчивых мыслей, а у родителей детей юношеского возраста — отчаянием. Основообразующим симптомом является чувство тревоги.

У 153 респондентов были выявлены симптомы посттравматического стресса (ПТС), связанного с ситуацией родительской травмы. Кластерный анализ (K-means), проведенный на основании выраженности симптомов ПТС, выделил группу из 59 человек (21% от всей выборки), представляющую наибольший исследовательский интерес. У этих респондентов симптомы были достаточно высоки ($p=0,001$) и сопоставимы с результатами людей, переживших угрозу жизни, что соотносится с показателями у беженцев и ликвидаторов с ПТСР (Тарабрина, 2001).

Отмечается, что у родителей этой группы симптомы физиологической возбудимости превышают среднестатистические нормы для обобщенной выборки. ПТС у этих родителей чаще вызывали стрессоры, связанные с ребенком ($n=38$), чем с выполнением родительской роли ($n=9$), и семейные стрессоры ($n=12$). Среди таких стрессоров указывались ситуации воспринимаемой угрозы здоровью ребенка (операции, болезни, остро возникшие проблемы со здоровьем), физические травмы, единичные события, связанные со службой ребенка в армии и неудачное поступление в вуз. Стрессоры семейной жизни, вызвавшие отсроченное реагирование, отмечали 12 родителей, чаще всего это были «смерть близкого», «развод» и нарушения в отношениях (оскорбление, унижение).

Были определены специфические характеристики респондентов данной группы. Это родители более старшего возраста, имеющие выраженную неудовлетворенность детско-родительскими и семейными отношениями и стремящиеся к их изменениям. Большая часть воспринимает самоизменение как средство для улучшения отношений, что косвенно может указывать на чувство вины. Эти респонденты отличаются достоверно большим количеством травматических стрессовых событий в родительской жизни, а также выраженностью и полиморфностью симптомов переживания ТРС. Это может говорить о феномене

кумуляции и осмысления (Тарабрина и др., 2016, с. 105) и указывать на склонность к запечатлению негативных событий и трудностям переработки травматического опыта (Ehlers, Clark, 2000).

Для данной группы характерно достоверно более высокое количество родительских страхов, в частности страхов за будущее ребенка. Этот факт можно трактовать двойственным: с одной стороны, это указывает на эмоционально-личностные особенности респондентов в виде тревожности, с другой — большое количество страхов может быть признаком непереработанных родительских травм. В научной литературе существуют доказательства влияния посттравматического стрессового расстройства у родителей на повышение уровня актуального родительского стресса и родительскую неудовлетворенность (Christie et al., 2019).

Родители, указывающие на пережитый ПТС, не отличаются по уровню удовлетворенности родительством, однако для них свойственна меньшая убежденность в собственной позитивности, о чем говорит достоверно низкая выраженность базисных личностных убеждений о позитивности образа Я. Это подтверждает роль базисных убеждений личности в происхождении ТРС.

Вывод. Исследование травматического и посттравматического стресса в контексте родительства показало, что родительский стресс является значимой проблемой даже для родителей, не находящихся в экстремальных условиях. Травматические стрессоры, связанные с ребенком, личной жизнью и семейными ситуациями, оказывают существенное влияние на эмоциональное и физическое состояние родителей. Посттравматический стресс, вызванный такими стрессорами, часто сопровождается высокой физиологической возбудимостью и требует социальной поддержки и профессиональной помощи.

Литература

- Куфтяк Е. В. Диагностика удовлетворенности родительством. М.: Перспектива, 2016.
- Падун М. А., Котельникова А. В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001.
- Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Казымова Н. Н., Мустафина Л. Ш., Ворона О. А., Дымова Е. Н., Шаталова Н. Е.

Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 6. С. 94–108.

Тихонова И. В. Родительские состояния, связанные со стрессом: понятийный дискурс и дифференциация // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2022. № 2. Т. 28. С. 84–92.

Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour research and therapy. 2000. V. 38. № 4. P. 319–345.

Christie H., Hamilton-Giachritsis C., Alves-Costa F., Tomlinson M., Halligan S. L. The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review // European Journal of Psychotraumatology. 2019. V. 10. № 1. Art. 1550345.

Копинг-стратегии подростков из разных по составу семей^{*}

Н. Е. Шаталова

Институт психологии РАН, Москва, Россия
shatalovane@ipran.ru

В работе анализируются способы совладания со стрессом, наиболее часто используемые подростками — учениками общеобразовательной школы Московской области, воспитывающимися в семьях с одним, двумя и более детьми. Выявлены копинг-стратегии, характерные как для всей выборки в целом (Решение проблем и Активный отдых), так и специфические для каждой из трех выделенных подгрупп. Респонденты-подростки, являющиеся единственным ребенком в семье, часто выбирают стратегию Чудо, имеющие одного брата/сестру используют разнообразные способы Отвлечения от стрессовой ситуации, а воспитывающиеся в многодетных семьях предпочитают способ совладания, нацеленный на поддержание оптимистичного взгляда на жизнь (Позитивный фокус). Среди отвергаемых способов совладания выделены

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22–28–00972

общие для большинства респондентов: Поддержка друзей, Разрядка, Общественные действия, Игнорирование и Профессиональная помощь

Ключевые слова: копинг-стратегии, подростки

Неотъемлемой частью всех сфер жизни современного человека являются стрессовые события, трудные жизненные ситуации — тяжелые заболевания, катастрофы, потеря близких, специфика профессиональной деятельности и др.

К теме осознанного поведения в трудной жизненной ситуации и совладания со стрессом обращаются многие исследователи. Работы российских и зарубежных ученых показывают, что совладающее поведение может быть обусловлено личностными характеристиками, сложившимся образом мира, социокультурными традициями.

Исследования, посвященные эмпирическому изучению совладающего поведения, охватывают широкий спектр проблем: формирование копинг-стратегий у представителей разных возрастных, социальных, профессиональных групп и факторы, влияющие на их выбор; особенности совладающего поведения у лиц с различными заболеваниями и членов их семей.

Несмотря на всестороннюю разработку данной проблемы, все еще недостаточно работ, посвященных изучению копинг-стратегий у детей и подростков. Между тем подобные исследования имеют большую практическую значимость, в первую очередь в области психолого-психологического консультирования и помощи подросткам, переживающим психотравмирующие ситуации.

Гипотеза: предпочтение копинг-стратегий находится в зависимости от состава семьи, в которой воспитывается подросток.

Респонденты. Подростки 11–14 лет ($Med=12$), учащиеся 6–7 классов одной из школ г. Лосино-Петровского Московской области, заполнили опросник ЮКШ в присутствии исследователя. В предварительной беседе уточнялось наличие братьев/сестер, на основе ответов были выделены три подгруппы: 1Р (27 чел.) — респондент единственный ребенок в семье, 2Р (59 чел.) — респонденты, имеющие одного брата/сестру, 3Р (24 чел.) — подростки из многодетных (от 3 до 6 детей) семей.

Методы: Опросник ЮКШ (Юношеская копинг-шкала) Э. Фрайденберга и Р. Льюиса в адаптации Т.Л. Крюковой, состоящий из 18 шкал — стратегий совладания. Обработка данных проводилась согласно стандартной процедуре.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты. Вычисление предпочтаемых/отвергаемых копинг-стратегий в подростковой выборке проводилось по средним значениям каждой шкалы и значениям верхнего и нижнего квартилей в целом по выборке и отдельно в каждой подгруппе. Получены данные о том, что респонденты из всех трех подгрупп предпочитают использовать такие копинг-стратегии, как Решение проблем и Активный отдых (они вошли в верхний quartиль), а наименее предпочтаемыми (вошедшими в нижний quartиль) стратегиями оказались Поддержка друзей, Разрядка, Общественные действия, Игнорирование и Профессиональная помощь.

Респонденты из семей с одним и двумя детьми часто выбирают стратегию Работа и достижения, а такую непродуктивную стратегию, как Беспокойство, чаще выбирают респонденты из семей с двумя и более детьми. Выявлены специфические для каждой подгруппы предпочтаемые копинг-стратегии: респонденты-подростки, являющиеся единственным ребенком, часто ожидают Чуда, в результате которого решатся их проблемы, имеющие одного брата/сестру, используют Отвлечение, а в числе предпочтаемых способов совладания у респондентов из многодетных семей — Позитивный фокус.

Отметим также, что многие респонденты довольно часто обращаются к копинг-стратегиям Духовная поддержка (молитвы, чтение Священного Писания), Самообвинение (принятие ответственности за проблему), Принадлежность (интерес к мнению других людей и действия, нацеленные на получение одобрения), но, как показала статистика, они не входят в число предпочтаемых.

Обсуждение результатов. Копинг-стратегии, связанные с сознательным блокированием проблемы (Игнорирование) и поиском поддержки путем организации совместных действий с другими людьми (Общественные действия), оказались у многих респондентов-подростков в числе отвергаемых. В качестве предположительной причины можно назвать то, что в возрасте 12–14 лет основные компоненты контроля поведения (когнитивный, произвольный, эмоциональный) все еще недостаточно выражены, контроль поведения не реализуется в полной мере, в связи с чем усилия по блокировке мыслей о проблеме не всегда успешны. Поэтому подростки склонны использовать другие, более эффективные стратегии совладания. Относительно организации каких-либо действий с участием других людей/сверстников, способ-

ствующих поиску выхода из трудной ситуации, можно сказать, что для учащихся 5–7 классов это представляет определенные трудности.

В число отвергаемых вошла копинг-стратегия Профессиональная помощь, что является вполне объяснимым, т.к. подросток не может обратиться к профессиональному психологу самостоятельно, а школьный психолог не всегда имеет возможность консультировать по проблемам, не связанным непосредственно с учебным процессом.

Согласно полученным данным, подростки отвергают и такой способ совладания, как Разрядка (улучшение самочувствия за счет «выпускания пара», слезы, курение и пр.). Очевидно, что, поскольку большинство респондентов активно занимаются спортом, такой способ преодолеть стресс, как употребление алкоголя и ПАВ, не поощряется и является непопулярным в подростковой среде в учебном заведении, на базе которого проведено исследование, равно как и слишком сильное проявление негативных эмоций (крики, плач).

Как один из вариантов социальной поддержки — помочь друзей — подростки, принявшие участие в исследовании, отвергают. Вероятно, это связано с тем, что в стрессовой ситуации подросток по тем или иным причинам (нежелание делиться трудностями, боязнь насмешек и пр.) сужает круг общения, ограничивает социальные контакты (Шаталова, Дымова, 2024). В целом к стратегии поиска Социальной поддержки респонденты обращаются достаточно часто, однако она не является приоритетным способом совладания отчасти по причине стремления подростков к самостоятельности и автономности, о чем говорит то, что для подростковой выборки в целом копинг-стратегия Решение проблем оказалась в числе предпочтаемых.

Активный отдых как способ снизить уровень стресса выбирают респонденты из всех подгрупп. Из бесед с подростками, принимавшими участие в исследовании, видно, что многие из них занимаются в театральной студии, спортивных секциях, предпочитают игры со сверстниками просмотр телепрограмм и компьютерным играм.

Копинг-стратегия, направленная на снижение уровня стресса путем переключения внимания на добросовестное отношение к учебе, ориентацию на успешность деятельности (Работа и достижения), чаще применяется респондентами, являющимися единственными детьми в семье или теми, у кого есть не более одного брата/сестры. Последний факт предположительно связан с определенными семейными ценностями, изучение которых не входило в задачи исследования, поэтому нельзя

однозначно утверждать наличие такой взаимосвязи. Также необходимо учесть тот факт, что многие респонденты активно занимаются различными видами спорта, участвуя в соревнованиях и занимая призовые места. Таким образом, Работа и достижение закономерно входит в число предпочтаемых большинством респондентов стратегий, за исключением подростков из многодетных семей (число подростков из подгруппы 3Р, посещающих спортивные секции, составляет 4,2% от всей выборки).

Еще одним способом частично снизить уровень стресса является переключение внимания на что-либо (Отвлечение). Его охотно используют респонденты, у которых есть только один брат или одна сестра, чаще всего более младшего возраста. Возможно, игры с ними являются хорошим ресурсом совладания со стрессом. Подростки из многодетных семей, где также есть младшие братья/сестры, предпочитают другие копинг-стратегии, что может быть связано с различными стилями воспитания в семьях с разным количеством детей. Возможно также, что у подростков из многодетных семей больше обязанностей дома, поэтому не остается свободного времени, которое они могли бы проводить в одиночестве, играя или иным способом отвлекаясь от стрессовой ситуации.

Копинг-стратегия Чудо, предполагающая надежды на лучшее, на то, что все само собой уладится, что случится чудо, оказалась в числе предпочтаемых у респондентов-подростков, являющихся единственным ребенком в семье. Причин такого предпочтения может быть несколько (особенности воспитания, более долгое сохранение магического мышления и пр.), для более точного определения необходимы дополнительные данные, получение которых не было запланировано в проведенном исследовании. Однако, несмотря на то, что эти респонденты надеются на лучшее, мечтая о чудесном разрешении проблем, они не так часто используют стратегию Позитивный фокус (поддержание бодрости духа, оптимизма), по сравнению со сверстниками из многодетных семей, у которых она входит в число приоритетных. Надеясь на чудо, подросток в ожидании, что все само решится, остается пассивным, в то время как поддержание бодрости духа требует некоторой активности. Из беседы с подростками из многодетных семей можно было понять, что семьи переживают трудности различного характера (финансовые, жилищные и пр.). Вероятно, старшие члены семьи стараются сохранять оптимизм в нелегких для них условиях, а подростки, ориентируясь на взрослых, усваивают и используют оптимистичный взгляд на проблему в качестве ресурса совладания со стрессом.

Также для подростков из семей с двумя и более детьми в числе предпочтаемых оказалась копинг-стратегия Беспокойство (тревога о последствиях, о будущем). Безусловно, в многодетных семьях родители часто проявляют беспокойство по поводу трудностей, которое передается детям, особенно старшим. Это объясняет, почему Беспокойство наравне с Позитивным фокусом становится наиболее характерными для подростков из многодетных семей.

Относительно копинг-стратегий, которые используются часто, но не являются предпочтаемыми, можно сказать следующее. В возрасте 12–14 лет подростки уже достаточно самостоятельны и способны до некоторой степени осознать и принять тот факт, что они несут долю ответственности за возникшую проблему, что в значительной степени облегчает процесс принятия решения в стрессовой ситуации и снижает уровень стресса. При этом Самообвинение косвенно связано с Духовной поддержкой, т. к. религиозность формирует определенный образ жизни, подразумевающий ответственное отношение к последствиям своих поступков (Грогоleva, 2012). Занятия спортом также способствуют развитию «управления собой и своими действиями, применения адаптивных копинг-стратегий» (Дементьева, 2019), а в нашей выборке многие подростки активно занимаются спортом.

Заключение. Выявлены различия в предпочтаемых способах со-владания со стрессовыми и трудными ситуациями у подростков, воспитывающихся в семьях с разным количеством детей, что может быть связано со стилями семейного воспитания, взаимоотношениями с родителями и сиблингами. Таким образом, выдвинутая в начале исследования гипотеза подтвердилась.

Часто используются стратегии Решение проблем и Активный отдых. Последнее объясняется участием в спортивных секциях, занятиях в различных кружках и различными увлечениями, о которых подростки охотно рассказывали в предварительной беседе.

Респонденты наименее склонны игнорировать проблемы, использовать разрядку как средство снизить уровень стресса, искать поддержку у друзей, обращаться за профессиональной помощью.

Литература

Грогоleva O.Ю. Религиозность и ответственность личности: поиск эмпирических взаимосвязей // Омский научный вестник. 2012. № 5 (112). С. 166–169.

Дементьева И.М. Ресурсы и барьеры становления ответственности у спортсменов подросткового возраста // Физическая культура, спорт — наука и практика. 2019. № 1. С. 84–89.

Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: дис. д-ра психол. наук. Кострома, 2005.

Шаталова Н.Е., Дымова Е.Н. Самопринятие и социальная поддержка младших школьников с разным уровнем стресса // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2024. № 2. С. 97–109.

РАЗДЕЛ 7

**ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССА В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Особенности посттравматического стресса медицинских работников: анализ эмпирических статей Scopus 2024

Т.И. Бонкало, О.Б. Полякова***

*ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

bonkalotatuyaivanovna@yandex.ru

**Центр психологии развития, Москва, Россия
pob-70@mail.ru

Анализ эмпирических статей в Scopus за 2024 год позволил выявить особенности посттравматического стресса медицинских работников. Было установлено, что переживание интенсивного стресса в данной выборке сопровождается беспокойством и гипервозбудимостью, негативными мыслями и эмоциями, депрессией, ощущением беспомощности, моральной травматизацией и дистрессом, отчаянием; навязчивыми воспоминаниями о травматических событиях, в частности повторением травмирующих событий в виде мыслей,очных кошмаров и образов; отстраненностью и избеганием ситуаций, напоминающих о травмирующем событии; повышенной чувствительностью к стрессу, раздражительностью, истощением, проблемами с концентрацией внимания, памятью, пищеварением и сном, усталостью от сострадания, чувством вины, стыда, утраты контроля и уязвимостью. Снижению симптоматики посттравматического стресса медицинских работников способствуют: умение человека находить альтернативные возможности решения профессиональных задач, проявление когнитивной гибкости и способности к переоценке аспектов травматического события, к самоконтролю, включая поддержание психологической устойчивости, сохранение чувства профессиональной принадлежности.

Ключевые слова: стресс, посттравматический стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, работники, медицинские работники

Стрессогенность профессиональной деятельности медицинских работников (длительность пребывания в среде негативных эмоций, неблагоприятные физические условия, наличие риска заражения инфек-

циями, непосредственная опасность от некоторых пациентов, неравномерность производственного режима, который требует от специалиста проявления оперативности в принятии решений, высокой концентрации внимания, ответственности за жизнь и здоровье пациентов и т. д.) может приводить к возникновению симптоматики посттравматического стресса и посттравматического стрессового расстройства (Полякова, Бонкало, 2023). Данная симптоматика сопровождается переживанием чувства вины и стыда, одиночества, отстраненностью и стремлением к социальной изоляции, безнадежностью; физиологическими проявлениями (головной болью, дрожанием, ознобом, учащенным сердцебиением); иррациональными негативными эмоциональными проявлениями (оцепенением, паникой); избеганием мыслей и разговоров о травматических событиях и актуализацией навязчивых воспоминаний о травмирующих событиях, связанных с профессиональной деятельностью, в том числе в кошмарных сновидениях; профессиональной деформацией и сниженной самооценкой и др. (Полякова, Бонкало, 2024).

Цель настоящего теоретического исследования состояла в том, чтобы выявить особенности посттравматического стресса медицинских работников.

Для реализации этой цели был проведен анализ работ за 2024 год, отобранных по ключевым словам «посттравматический стресс медицинских работников», ранее не переводившихся на русский язык и не подвергавшихся анализу. Поиск был осуществлен в системе международного научного цитирования Scopus на платформе Science Direct.

Представим полученные результаты теоретического анализа.

Проведенный анализ показал, что у медсестер во время пандемии COVID-19 часто отмечались симптомы посттравматического стресса, например в виде воспоминаний о травматических событиях; избегания деятельности, людей, мест и ситуаций, напоминающих о травмирующем событии; негативных мыслей,очных кошмаров и образов. Причем более 50% из опрошенных сообщили о том, что испытывают значительные трудности на работе, в 85% случаях респонденты говорили о том, что пережили по крайней мере один психотравмирующий инцидент на работе во время пандемии, 60% столкнулись с организационными изменениями, и почти 50% пережили эмоционально тревожные ситуации (Melander и др., 2024).

В другом исследовании на выборке медсестер отделения интенсивной терапии были выделены значимые факторы, влияющие на сим-

птомы посттравматического стрессового расстройства: «опыт травматических событий», «принятие референтной группой», «социальная поддержка», а также «контроль» и «переключаемость», «когнитивная гибкость». В данной работе было показано, что высокий уровень интенсивного стресса (включая симптомы беспокойства, гипервозбудимости, повышенной чувствительности к звуковым и световым сигналам, проблемы со сном, раздражительностью) наблюдался в 45,1% случаев (Kim и др., 2024).

Анализ между показателями выгорания и посттравматическим стрессовым расстройством, проведенный на выборках работников отделений неотложной помощи (оказывающих и не оказывающих медицинские услуги), позволил установить, что связь между интенсивным стрессом и склонностью к эмоциональной отстраненности чаще наблюдается у работников, не оказывающих медицинские услуги, а также у мужчин. В свою очередь в женской выборке уровень стресса был связан с истощением. В зону риска вошли более молодые сотрудники, а также те, кто имел ранее диагностированную депрессию (Kottler и др., 2024).

По прошествии пандемии COVID-19 при анализе особенностей течения посттравматического стресса у медсестер отделения неотложной помощи и интенсивной терапии было установлено, что стрессовую реакцию можно разделить на периоды: период стресса, период адаптации и период роста, каждый из которых включал свои особенности и проявления. Например, на каком-то этапе у респондента можно было наблюдать превалирование негативных эмоций, затем актуализацию самоадаптации, мотивации к поиску социальной поддержки, улучшение личных способностей, профессиональных духовных, ментальных (Liu и др., 2024).

По данным еще одного исследования, способность к переключению внимания, принятию межличностной поддержки, когнитивной переоценке, психологическая устойчивость могут быть рассмотрены в качестве важных ресурсов, которые помогают справиться со стрессом работникам первичной медико-санитарной помощи. Другими факторами, непосредственно связанными с повышенной психологической устойчивостью, являются: мужской пол, возраст и наличие навыков поддержания психического здоровья (Chen и др., 2024).

Существуют данные о цифровых методах борьбы со стрессом медицинских работников, оказывающих первичную медицинскую по-

мощь. Так, в одном из исследований было показано, что виртуальная реальность является эффективным методом моделирования сложных с моральной точки зрения ситуаций (Espinola и др., 2024).

Еще одна работа была посвящена анализу навязчивых воспоминаний у медицинского персонала о травматических событиях, связанных с профессиональной деятельностью. Было установлено, что работа с симптомами вторжения под руководством психотерапевта может быть эффективным способом смягчения последствий травмирующих событий, связанных с деятельностью медицинского персонала, работающего на передовой как во время пандемии, так и после нее. Наблюдалось снижение симптомов депрессии, тревоги и посттравматического стресса (негативных эмоциональных проявлений на стрессовые ситуации, повышенной чувствительности к стрессу) (Kubickova и др., 2024).

Результаты следующего исследования позволяют установить специфику взаимосвязи между качеством трудовой жизни и посттравматическим стрессовым расстройством у медсестер во время пандемии COVID-19. Выявлена значительная и положительная связь между уровнем посттравматического стрессового расстройства и усталостью от сострадания. Результаты указали на положительную корреляцию между снижением качества трудовой жизни и посттравматическим стрессовым расстройством (болью в теле, мигренью, проблемами с концентрацией, памятью и пищеварением) (Manzari и др., 2024).

Изучение эмпирических исследований позволило определить характеристики посттравматического стресса среди медицинских работников. Установлено, что сильный стресс в этой группе сопровождается эмоциональной нестабильностью; навязчивыми воспоминаниями о травматических событиях; дистанцированием и избеганием ситуаций, напоминающих о травме; повышенной восприимчивостью к стрессу; физиологическими проявлениями психоэмоционального перенапряжения. Уменьшению симптомов посттравматического стресса у медиков способствует проявление профессиональной гибкости, самоконтроль, поддержание чувства профессиональной идентичности.

Литература

Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности эмоциональных проявлений профессиональных деформаций (выгорания) работников здравоохранения в постковидный период // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32. № S2. С. 1154–1159.

Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Психология посттравматического стресса. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023.

Chen M., Wang G.-Y., Zhao H.-F., Wang C.-C., Zhou Y., Zhong B.-L. Psychological resilience and related factors among primary care workers in Wuhan, China: a cross-sectional study // *Heliyon*. 2024. № 10 (11). Art. e31918.

Espinola C. W., Nguyen B., Torres A., Sim W., Rueda A., Beavers L., Campbell D. M., Jung H., Lou W., Kapralos B., Peter E., Dubrowski A., Krishnan S., Bhat V. Digital interventions for stress among frontline health care workers: Results from a pilot feasibility cohort trial // *JMIR Serious Games*. 2024. № 12. P. 42813.

Kim S. H., Im Y. J. Factors related to post-traumatic stress disorder symptoms among intensive care unit nurses // *Asian nursing research*. 2024. № 18 (2). P. 159–166.

Kottler J., Khosla S., Shah P., Gingell M. J., Kordzikowski M., Nevers S. W., Chestek D., Maki K. A. Determining correlations between emergency department health care workers and their associated burnout and post-traumatic stress disorder scores: a pilot study // *Journal of Emergency Nursing*. 2024. № 19. P. 10012.

Kubickova V., Steel C., Moulds M. L., Kanstrup M., Beer S., Darwent M., Keating L., Holmes E. A., Iyadurai L. Reducing the number of intrusive memories of work-related traumatic events in frontline health care staff during the COVID-19 pandemic: case series // *JMIR human factors*. 2024. № 11. P. 55562.

Liu S., Chen H., Xu D., Liu Y., Han P., Jiang J., Zhuang Y. Post-traumatic growth experiences of emergency and critical care nurses after the COVID-19 pandemic: a qualitative meta-synthesis // *Heliyon*. 2024. № 10 (12). Art. e32796.

Manzari Z. S., Mafi M. H., Nasiri Z. H., Asgari M., Ghaderi M. S. The relationship between quality of work life and post-traumatic stress disorder in nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study // *The Open Public Health Journal*. 2024. № 17. P. 54311.

Melander S., Dahl O., Falk A.-C., Lindström V., Andersson E., Gustavsson P., Rudman A. Critical incidents and post-traumatic stress symptoms among experienced registered nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study // *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2024. № 6. P. 100194.

Влияние способа сообщения диагноза на выраженность посттравматических реакций онкологических пациентов

A.Д. Кленкова, A.Г. Фаустова

Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Рязань, Россия

antrusowa@gmail.com
lakoniya@yandex.ru

В работе представлены данные клинико-психологического исследования 106 пациентов с колоректальным раком (мужчины и женщины в возрасте 29–52 лет). На основе качественного анализа интервью сформированы две исследовательские группы: 64 пациента, характеризующие процесс информирования о диагнозе как бережный и тактичный; 42 пациента, описывающие процесс информирования о диагнозе как эмоционально холодный, неделикатный. Для исследования были использованы авторское полуструктурированное интервью и методики: «Шкала оценки влияния травматического события» в адаптации Н.В. Тарабриной, «Опросник посттравматического роста» (ОПТР) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова, EORTC QLQ-C30 (версия 3) и EORTC QLQ-CR29 Scoring Manual. Выявлено, что группы отличаются по степени выраженности симптомов психологической травматизации, выраженности посттравматического роста, ролевому и эмоциональному функционированию.

Ключевые слова: посттравматический рост, онкологические пациенты, бережный стиль, колоректальный рак

Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) и смертность, ассоциированная с ними, представляют серьезную проблему для системы здравоохранения как в России, так и во всем мире. По данным Росстата, в России в 2023 г. было выявлено 674587 новых случаев злокачественных новообразований (307909 у мужчин, 366678 у женщин). Наиболее распространенными видами онкологических заболеваний являются рак легких, рак молочной железы, колоректальный рак (Каприн и др., 2024). В настоящее время активно разрабатываются новые эффективные методы диагностики и лечения новообразований

различной этиологии. Однако для большинства людей постановка онкологического диагноза является угрожающей ситуацией, по-прежнему ассоциируется со страхом и чувством собственного бессилия (Голубева, Голубев, 2018). Многочисленные исследования подчеркивают, что заболевание раком является одним из самых серьезных источников стресса, с которыми может столкнуться человек на протяжении своей жизни. Установлено, что для 24% пациентов такой диагноз выступает источником травматического стресса, уровень выраженности которого соответствует клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Тарабрина и др., 2010). Психотравмирующим фактором является не только само заболевание, но и характер взаимодействия с врачом-онкологом в момент сообщения диагноза. По статистике, большинство пациентов хотят знать свой диагноз после сдачи лабораторных анализов, значительная часть хочет знать подробную информацию о прогнозе. Для специалистов информирование пациентов является сложной врачебной обязанностью. Для сообщения диагноза и в особенности для определения прогноза врачи подразделяют новообразования на две группы: доброкачественные и злокачественные. Отдельную группу составляют пациенты, этиологию новообразований которых невозможно утвердительно отнести ни к доброкачественным, ни к злокачественным, так как они обладают признаками обоих типов, что порождает ситуацию неопределенности (Базаров и др., 2014).

Для деликатного и бережного сообщения диагноза желательно соблюдение следующих условий со стороны врача: создание доверительной атмосферы, чуткость, чувство сострадания и умение сопереживать. Важным моментом является соблюдение «временного фактора» — принцип, заключающийся в том, чтобы учитывать, какой объем информации человек может воспринимать за одну встречу. И.М. Старовойтова отмечает, что российский врач-онколог вместо «лобового» сообщения больному жестокой истины должен взять на себя мучительную задачу сформулировать диагноз для каждого пациента таким образом, чтобы, не удаляясь от этой истины, сохранить для него надежду и мобилизовать его для радикального лечения.

Восприятие сообщения об онкологическом диагнозе — достаточно субъективный процесс, который может быть обусловлен не только действиями врача, но также личностными особенностями пациента, предыдущим опытом, установками по отношению к болезни. «Бережный стиль» взаимодействия может способствовать большему чувству

контроля, уверенности в себе, формированию комплаенса. Напротив, грубое и неделикатное сообщение диагноза может значительно повышать риск психологической травматизации. Hund B., Reuter K. в своем исследовании выявили, что в большинстве случаев само сообщение о диагнозе, метастазах является причиной дальнейшей дезадаптации и развития тревожно-депрессивных симптомов (Hund, Reuter, 2016). При анализе исследований, связанных с факторами, влияющими на уровень выраженности посттравматического роста, выявлено, что часть пациентов в своих отчетах сообщают, что момент информирования и особенности контакта с лечащим врачом оказывают существенное влияние на дальнейшее переживание болезни (Kim, Kim, 2021).

В дальнейшем в зависимости от уровня психологической травматизации у пациентов может наблюдаться соответствующее снижение качества жизни во всех сферах функционирования: социальной, ролевой, когнитивной, эмоциональной, физической.

Цель нашего исследования — изучение различий в выраженности посттравматических реакций у пациентов с колоректальным раком в зависимости от стиля сообщения диагноза.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели применялись следующие методики: авторское полуструктурированное интервью; «Шкала оценки влияния травматического события»; «Опросник посттравматического роста» (ОПТР) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова; EORTC QLQ-C30 (версия 3) и EORTC QLQ-CR29 Scoring Manual для диагностики качества жизни онкологических пациентов с колоректальным раком. Для обработки эмпирических данных использовался t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок, корреляционный анализ Спирмена. Предварительно проводилась процедура нормализации распределения данных.

В исследовании приняли участие 106 пациентов с диагнозом колоректальный рак (56 женщин и 50 мужчин) в возрасте от 29 до 52 лет (средний возраст $40 \pm 7,08$); время, прошедшее с момента постановки диагноза, составляет 8–15 месяцев. Все пациенты имели опыт хирургического вмешательства, на момент исследования не проходят курс химиотерапии. По результатам качественного анализа интервью все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 64 человека, охарактеризовавшие процесс информирования о диагнозе как бережный и тактичный; вторую группу составили 42 человека, описывающие процесс информирования о диагнозе как эмоционально холодный и малоинформационный.

Результаты и обсуждение. Выявлены статистически значимые различия между группами пациентов по степени выраженности симптомов психологической травматизации. Так, пациенты, которые оценивали ситуацию сообщения диагноза как неделикатную и резкую, демонстрируют более высокие показатели по шкалам «вторжение» ($t=2,9$, $p\leq 0,01$), «избегание» ($t=2,7$, $p\leq 0,01$), «интегративный показатель» травматизации ($t=3,1$, $p\leq 0,01$). Неделикатный стиль информирования может влиять на усиление навязчивых воспоминаний о психологической травматизации, формирование стратегий избегания, препятствующих полноценной адаптации и совладанию с болезнью. Вне зависимости от стиля сообщения диагноза обе группы пациентов испытывают высокий уровень физиологической возбудимости ($t=0,8$, $p\leq 0,01$).

Анализ показателей посттравматического роста (ПТР) выявил, что пациенты, оценившие ситуацию сообщения диагноза как спокойную, бережную, демонстрируют признаки посттравматического роста, что подтверждают статистически значимые различия по шкалам «общий показатель ПТР» ($t=4,2$, $p\leq 0,01$), «повышение ценности жизни» ($t=4,1$, $p\leq 0,01$), «новые возможности» ($t=5,5$, $p\leq 0,01$), «сила личности» ($t=2,7$, $p\leq 0,01$). По шкалам «отношения к другим» ($t=2,4$, $p\leq 0,01$) и «духовные изменения» ($t=2,6$, $p\leq 0,01$) в группах различий не было выявлено. Грамотное и тактичное сообщение информации с достаточной долей прогнозирования снижает когнитивный диссонанс (конфликт между прежними представлениями о мире и новой пугающей реальностью).

Также наблюдались значимые различия по некоторым сферам функционирования, определяющим качество жизни: «ролевое функционирование» ($t=2,8$, $p\leq 0,01$), «эмоциональное функционирование» ($t=3,2$, $p\leq 0,01$), «усталость» ($t=3$, $p\leq 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что бережное информирование может способствовать сохранению социальной вовлеченности и эмоциональной регуляции, а также снижению субъективного переживания усталости, которая часто сопутствует онкологическим заболеваниям. При сравнении значений, полученных по шкалам «общее функционирование» ($t=0,1$, $p\leq 0,01$), «физическое функционирование» ($t=1,1$, $p\leq 0,01$), «когнитивное функционирование» ($t=0,7$, $p\leq 0,01$) и «социальное функционирование» ($t=0,5$, $p\leq 0,01$), статистически значимых различий не выявлено.

С целью анализа взаимосвязей между симптомами ПТСР и выраженностю посттравматического роста и его компонентов был проведен корреляционный анализ, в ходе которого было выявлено, что в

группе пациентов, оценивавших сообщение диагноза как неделикательное, субшкала «вторжение» имеет отрицательную корреляционную связь с компонентами посттравматического роста: «отношения с другими» ($r=-0,507$, $p\leq0,01$), «новые возможности» ($r=-0,596$, $p\leq0,01$), «сила личности» ($r=-0,464$, $p\leq0,01$), «духовные изменения» ($r=-0,590$, $p\leq0,01$). «Интегративный показатель» травматичности опыта имеет отрицательную связь с шкалой «новые возможности» ($r=-0,5$, $p\leq0,01$). В группе пациентов, воспринимающих сообщение как бережное, выявлены отрицательные взаимосвязи между «избеганием» и «новыми возможностями» ($r=-0,654$, $p\leq0,01$), «повышением ценности жизни» ($r=-0,602$, $p\leq0,01$), «общим уровнем посттравматического роста» ($r=-0,493$, $p\leq0,01$). Полученные результаты подчеркивают важность субъективного восприятия сообщения диагноза как фактора, влияющего на дальнейшую психологическую адаптацию и развитие посттравматического роста.

Выводы. В ходе исследования выявлено, что стиль сообщения диагноза может являться одним из факторов, обуславливающих развитие психологической травматизации онкологических пациентов, а также определяет, будет ли переживаемый опыт способствовать развитию дезадаптивных посттравматических реакций или же посттравматическому росту.

Литература

- Базаров Н.И., Мухсинзаде С.Н., Рахимов Н.М., Рахматов М.Т.* К вопросу о классификации и формулировке диагноза в онкологии // Вестник Авиценны. 2014. № 4 (61). С. 65–72.
- Голубева О. С., Голубев И. А.* Ситуация постановки диагноза «онкология» как психотравмирующее событие // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018. Т. 2. № 1(20). С. 33–35.
- Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность) / Отв. ред. А.Д. Каприн. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2016.
- Старовойтова И.М.* Этика и психология в онкологии. Материалы X Российского онкологического конгресса 21–23 ноября 2006 года, Москва.
- Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Шаталова Н.Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком мо-

лочной железы: монография. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.

Kim Y., Kim Y., Kwak Y. Factors associated with post-traumatic growth in male patients with rectal cancer: A cross-sectional study // European Journal of Oncology Nursing. 2021. V. 54. Art. 102028.

Hund B., Reuter K., Härter M., Brähler E., Faller H., Keller M., Schulz H., Wegscheider K., Weis J., Wittchen H.U., Koch U., Friedrich M., Mehner A. Stressors, symptom profile, and predictors of adjustment disorder in cancer patients. Results from an epidemiological study with the composite international diagnostic interview, adaptation for oncology (CIDI-O) // Depression and anxiety. 2016. V. 33(2). P. 153–161.

Феноменология болезни человека в психологической науке*

Д.А. Никитина

Институт психологии РАН, Москва, Россия
d.a.nikitina@yandex.ru

В статье приводится краткая история развития феноменологии заболевания человека в психологической науке. Формулируется научная проблема об операционализации и критериях стрессогенности болезни (субъективных/объективных), включая оценку роли факторов природы заболевания (соматогенных/психогенных), его типа (болезнь/физическая травма), структурных и процессуальных аспектов. Угрожающее жизни заболевание рассматривается в качестве ненормативного кризиса, где ключевым стрессом выступает постановка диагноза. Затрагивается тема модераторов стрессовой реакции при тяжелой болезни, которые условно разделены на контекстуальные (социальные ориентиры, условия ненормативного кризиса) и субъектные (психоэмоциональные и личностные особенности человека). Через призму эксплицитных и имплицитных ресурсов приводится вариант описания механизмов

* Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138–2025–0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

рассогласования двух ситуаций развития — нормированной и обусловленной стрессором, на основе чего выделяются признаки риска дезадаптации больного.

Ключевые слова: угрожающее жизни заболевание, посттравматический стресс, психологические ресурсы, психические последствия интенсивного стресса, внутренняя картина болезни, онкология, субъект, личность

Исследование учеными феноменологии болезни человека имеет достаточно длительный период своего развития. Во второй половине XIX в. – начале XX в. активно развивается целостный подход (М. Я. Мудров, А. Гольдштейдер, Г. А. Захарьин, П. Б. Ганнушкин и др.), немного позднее, в 40-е годы XX в. — начале XXI в. — личностный (Р. А. Лурия, А. Ш. Тхостов и др.). Начиная с истоков изучения этого вопроса, ученые пытались построить обобщенные модели («образ собственно-го заболевания» Й. Хецен-Клеменса, «аутопластическая картина болезни» А. Гольдштейдера, «сознание болезни» Л. Л. Рохлина, «концепция болезни» В. Н. Мясищева), а также показать важность включения психологических переменных, например когнитивного компонента («аутогенное представление о болезни» М. Балинта), чувственного («чувство болезни» Е. К. Краснушкина). Часть научных направлений связана с анализом болезни в контексте процессуальности («переживание болезни» Е. А. Шевалева, «реакция на болезнь» Д. Д. Федотова, «реакция адаптации» О. В. Кербикова, «соматонозогнозия» А. В. Квасенко — см. подробнее ссылки в Громуко, Соколова, 2012).

Период 70-х–80-х годов XX в. посвящен активному изучению структуры внутренней картины болезни (ВКБ, термин введен Р. А. Лурией), в том числе с акцентом на специфику, которая встречается при разных группах заболеваний (В. В. Николаева, В. М. Смирнов, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков и др.). Сначала активно разрабатываются направления изучения ВКБ при соматических заболеваниях (работы Л. Д. Зикеевой, Г. Ф. Рыбина, В. В. Костиковой, В. Ю. Елецкого, А. В. Штраховой, Ю. Е. Куртановой и др.), затем при психических болезнях (работы В. Я. Костеревой, Н. П. Татаренко, А. С. Познанского, В. В. Чирко, Г. В. Бурковского, В. М. Банщикова, А. С. Новикова, В. А. Ташлыкова, А. Л. Нелидова и др.). Более детально изучаются реакции субъекта на болезнь (Б. А. Якубов, Д. Г. Бирн, Р. М. Баевский, В. А. Жмиров), типология отношений личности к болезни (А. Е. Лич-

ко, Л.И. Вассерман, Р. Баркер, Л.Л. Рохлин, В. Вондрачек, Н.И. Рейнвальд), выделяются и подробно анализируются этапы заболеваний (Э. Кюблер-Росс, А.В. Кvasенко). Проводится активный поиск факторов, выступающих модераторами в развитии стрессовой реакции и ситуации болезни (А. Хулек), в особенности это касается факторов личностных, клинических, медицинских (А.С. Нелюбина) и социальных (В.Д. Менделевич). Данная работа велась специалистами с целью тщательной дифференциации научного поля в этой области знания, что послужило его дальнейшей систематизации и более четкой операционализации (см. подробнее ссылки в Громыко, Соколова, 2012).

Одним из современных научных направлений по комплексному изучению феноменологии болезни является онкопсихология (О.А. Ворона, Н.В. Тарабрина, Д.А. Циринг, В.А. Чулкова, Н.Е. Харламенкова и др.). Онкопсихология, или психоонкология, это область междисциплинарных исследований, которая сформировалась на стыке психологии, клиники, онкологии и социологии. Методологической опорой для данного направления по-прежнему выступают идеи концепции ВКБ Р.А. Лурии, а его развитие и усложнение сопряжено с появлением новых исследований в области посттравматического стресса.

Актуальной научной проблемой в настоящее время является поиск возможных критериев, на основе которых можно было бы наиболее достоверно оценить степень стрессогенности болезни. Существуют данные о том, что фактор возникновения физического недуга у человека полностью не предопределяет риск развития тяжелых психических последствий. Важным выступает соотношение степени выраженности эмоциональных переживаний и специфики внутренних условий субъекта. Вид заболевания (психогенный/соматогенный) в большей степени оказывается сопряженным с качественными паттернами реакций человека и не всегда напрямую связанным с их интенсивностью (Рукавишников и др., 2023). При первичной оценке вероятности риска развития психотравматизации у пациента, а также при отнесении болезни психологами к потенциальным стрессорам высокого уровня интенсивности значимым становится определение угрожающего жизни заболевания — рассматриваемое специалистами как состояние организма, характеризующееся расстройством жизненно важных функций, не компенсируемое самостоятельно и при отсутствии лечения, приводящее к снижению трудоспособности человека, к инвалидности или преждевременной смерти (Харламенкова, Никитина, 2023).

В психологии посттравматического стресса угрожающее жизни заболевание рассматривается в качестве психотравмирующей ситуации, имеющей ряд особенностей, которые предваряют характер последствий травмы и указывают на уязвимые мишени воздействия стрессора, объективируют для личности пути совладания с последствиями переживания интенсивного стресса. По характеру воздействия для субъекта ситуация болезни выступает: пролонгированной, слабоконтролируемой, неопределенной, способствующей появлению различного рода изменений в жизни (Princip et al., 2023).

Тяжелое заболевание является событием (жизненным испытанием, вызовом) на жизненном пути человека, имеет ряд этапов, несущих в себе разную степень психотравматизации. Существуют данные о том, что сильную тревогу у пациента могут вызывать первичные симптомы, например в случае заболеваний головного мозга они нередко бывают пугающими. Не менее стрессогенным этапом является реабилитация, включающая необходимость адаптации к новому ритму жизни по причине появления социальных (в семье, на работе и др.), экономических (расходы на лечение, потеря работы) и других трудностей. Безусловно, одним из наиболее психотравмирующих остается этап, связанный с операцией. При этом триггером для развития реакции посттравматического стресса выступает момент постановки диагноза, когда пациент начинает осознавать реальность угрозы жизни, т.е. для него объективируется субъективное переживание ситуации, которое поначалу было нивелировано до обычного физического недомогания, усталости. Угрожающее жизни заболевание является эндогенным стрессором, который неотделим от субъекта и специфицируется в зависимости от области расположения очага болезни в теле человека. По характеру психотравмирующего воздействия, который определяется озвучиванием пациенту тяжелого диагноза, является внезапным, информационным (Princip et al., 2023; Важенин и др., 2023; Васильева, 2023).

Переживание тяжелой болезни комплексно затрагивает такие личностные системы, как Я-Социум, Я-Мир, провоцируя появления последствий в социальной, профессиональной, семейной, материальной и других сферах, возникновение эмоционально-личностных изменений. Вариантами проявления последних могут быть психологические проблемы, связанные с затруднениями в редукции эмоционального напряжения (депрессия, обсессивность-компульсивность, соматизация) и принятии социальной поддержки (межличностная сензитивность,

психотизм), а также сопряженные с появлением навязчивых состояний (тревога, подозрительность, враждебные мысли). При тяжелой болезни неуверенность личности в ценности и значимости своего Я, в своей удачливости и способности к контролю событий, в сочетании со склонностью к некритичности, эмоциональной лабильности и сниженному настроению, препятствуют успешному совладанию со стрессом (Бабура, Абрамов, 2023).

Выход за пределы психотравмирующего события заболевания в современных исследованиях изучается через систему эксплицитных и имплицитных ресурсов. Эксплицитные ресурсы основываются на опыте человека и воспринимаются им как эффективные, рациональные, доступные, очевидные. В ситуации болезни в качестве внешних могут быть рассмотрены — социальная поддержка, контроль ситуации, суверенность психологического пространства и др.; внутренних — самоконтроль, переосмысление жизни, поиск решения проблемы, позитивное мышление, уход от проблемы, вера в себя и др. К эксплицитным ресурсам также можно отнести те, что связаны с социальными ориентирами, например в старшем возрасте — самоуважение, наставничество, автономия, а в среднем возрасте — уверенность в себе, социальная смелость. Имплицитные ресурсы не даны человеку в готовом виде, носят интуитивный характер, в большей степени характеризуются процессуальностью, а их характер предопределяет успешность обращения субъекта к эксплицитным ресурсам: к конструктивным следует относить избирательность поведения, гибкость, а к деструктивным — гипокомпенсацию (подавление) и гиперкомпенсацию (искаженную переоценку) проблемы (Харламенкова, Никитина, 2023).

Немаловажным выступает учет контекстуальных особенностей, обусловленных социальными ориентирами человека, т.е. его возрастом. Успешному совладанию со стрессом в среднем возрасте может препятствовать сверхавтономия, а в более старшем — склонность к избыточной зависимости. Данная переменная в современных работах рассматривается не только с позиции хронологического возраста человека, но и субъективного. Более молодой субъективный возраст у людей среднего и старшего возраста и более старший у молодых людей помогает субъекту справиться с трудными жизненными обстоятельствами, включая тяжелую ситуацию болезни. В исследованиях возрастных особенностей можно наблюдать инверсию, когда сама тема здоровья фигурирует в роли дополнительной переменной, позволяю-

щей проанализировать смысловые и ценностные ориентации человека в зависимости от того, на каком отрезке жизненного пути он находится. Фактор здоровья в пожилом возрасте является стимулирующим компонентом для поддержания как физической, так и духовной активности. У людей молодого возраста показатели здоровья сопряжены с уровнем социального функционирования (Сергиенко, 2020). Проблема детского стресса выступает отдельной темой в контексте анализа возрастных особенностей субъекта, проживающего ситуацию тяжелой болезни. При анализе данной группы респондентов наряду с системами Я-Социум, Я-Мир, на первый план выходит система Я-Значимый взрослый (Пестерева и др., 2024).

Существуют и другие механизмы, позволяющие специфицировать картину болезни не только в зависимости от контекстуальных аспектов социальной ситуации развития, но и особенностей ненормативного кризиса (Пономарева и др., 2023). Показано, например, что ключевые ресурсы, связанные с разными ситуациями заболевания головного мозга, становятся более значимыми с возрастом человека и проявляются разной направленностью — вовне (экстраверсии) при цереброваскулярной болезни или на себя (интроверсии) при опухолевой. При таком фокусе внимания в качестве еще одной научной проблемы могут быть рассмотрены различия в картинах собственного заболевания и болезни близкого (Шишкова и др., 2023).

Таким образом, в исследовании феноменологии угрожающего жизни заболевания остроактуальным выступает анализ активности субъекта в системе соотношения последствий и ресурсов при учете направленности его личности в координатах экстернальности и интернальности и оценка психотравмирующего фактора специалистами в фокусе актуализации/деактуализации эксплицитных и имплицитных ресурсов пациента. Для дальнейшего развития здоровьесберегающих технологий важны поиск и выделение новых критериев дифференциации научного поля, связанного, например, с половыми и возрастными особенностями или точечными характеристиками стрессора.

Литература

Бабура Е. В., Абрамов В. А. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) в ситуации «жизни с болезнью» // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № . 1 (57). С. 51–60.

- Важенин А.В., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В., Миронченко М.Н., Кузнецова А.И.* Психологические факторы позднего обращения женщин с заболеванием раком молочной железы за специализированной медицинской помощью // Вопросы онкологии. 2023. Т. 69. № 1. С. 102–107.
- Громыко Е.В., Соколова Э.А.* Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. 2012. № . 1 (31). С. 37–44.
- Пестерева Е.В., Русакова Е.А., Чулкова В.А., Кулева С.А.* Роль врача и родителя в формировании отношения к болезни у подростка в ситуации онкологического заболевания // Вопросы онкологии. 2024. Т. 70. № 4. С. 733–740.
- Пономарева И.В., Пахомова Я.Н., Циринг Д.А., Миронченко М.Н., Кузнецова А.И.* Психологические особенности больных злокачественными новообразованиями наиболее частых локализаций // Паллиативная медицина и реабилитация. 2023. № 2. С. 41–47.
- Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Пинахина Д.В., Кибитов А.О., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э.* Концепция мультиморбидности как интегративный метод изучения механизмов формирования психических и соматических заболеваний // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57. № 4. С. 8–19.
- Сергиенко Е.А.* Субъективный возраст как предиктор течения тяжелой болезни // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2020. № 1. С. 25–39.
- Шишкова А.М., Бочаров В.В., Михайлов В.А.* Особенности психологического статуса родственников пациентов со злокачественными новообразованиями // Вопросы онкологии. 2023. Т. 69. № 6. С. 1081–1090.
- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.* Травматический стресс и его специфика при угрожающем жизни заболевании // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 3. С. 10–27.
- Princip M., Ledermann K., von Känel R.* Posttraumatic stress disorder as a consequence of acute cardiovascular disease // Current cardiology reports. 2023. V. 25 (6). P. 455–465.

Представление о болезни как о стрессоре и его особенности в зависимости от наличия данного опыта в анамнезе человека

K.A. Полякова, Д.А. Никитина***

*Государственный академический университет гуманитарных наук, Москва, Россия
ksenyashik02@mail.ru

**Институт психологии РАН, Москва, Россия
nikitinada@ipran.ru

В настоящей статье рассмотрена феноменология представлений людей об угрожающем жизни заболевании как стрессоре высокого уровня интенсивности. Методы исследования: интервью, Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), Опросник, направленный на изучение самооценки социальной значимости болезни (А.И. Сердюк), Тест социально-психологической адаптации, анализ единичного случая. Результаты исследования показали, что существуют различия в эксплицитных и имплицитных оценках человеком угрожающего жизни заболевания в зависимости от наличия данного опыта в анамнезе. Картина болезни человека, имеющего данный опыт, эмоционально окрашена, затрагивает широкий спектр жизненных сфер, включает внешние источники поддержки в качестве основного ресурса. В картине болезни (представлениях о ней) респондента, не имеющего данного опыта, уже спектр эмоциональных проявлений, сама ситуация болезни чаще интерпретируется в контексте медицины, в качестве основного ресурса отмечается активность субъекта.

Ключевые слова: угрожающее жизни заболевание, психические последствия болезни, ресурсы субъекта, посттравматический стресс, картина болезни

Актуальность исследования представлений людей о заболеваниях, угрожающих жизни, в настоящее время не вызывает сомнений. В научной литературе существует ряд публикаций, посвященных этой проблематике, однако вопрос о том, как оценка пациентом своего физического и психического состояния влияет на процесс его выздоровления и интеграцию в социум, остается недостаточно освещенным.

Угрожающее жизни заболевание — это состояние организма, которое может привести к инвалидизации человека или даже к его смерти. В качестве подобных заболеваний обычно рассматривают различные формы рака, сердечно-сосудистые патологии, инфекционные болезни (ВИЧ/СПИД) и др. Причинами возникновения угрожающих жизни заболеваний могут являться как клинико-биохимические (генетические, экологические, возрастные и т.д.), так и социально-психологические факторы (эмоционально-личностные особенности человека, состояние стресса, социальная изоляция и др.) (Тарабрина и др., 2010; Киселева, 2012). Специалистами особое внимание уделяется вопросам, связанным с корректной дифференциацией мишеней психокоррекции в случае соматического, психотического заболевания, тяжелой физической травмы. Соматические и психотические заболевания различаются качественно. Разница между соматическими заболеваниями и физическими травмами проявляется в уровнях показателях посттравматического стресса — выраженные значения которого более характерны для соматических болезней, чем для переживания по поводу травмы, и корреспондируют с клинической картиной посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Тарабрина, 2009).

Любое угрожающее жизни заболевание выступает для человека тяжелым жизненным испытанием как в физическом, так и в психологическом плане (Тарабрина и др., 2010). Исследования, проведенные психологами и медицинскими специалистами, демонстрируют, что пациенты часто сталкиваются с риском развития посттравматического стресса. Рассматривая угрожающее жизни заболевание в качестве стрессора, следует отметить, что он является эндогенным и неотделимым от человека, способен вызывать глубокие эмоционально-когнитивные и личностные изменения, которые затрудняют интегративно-регулирующую функцию субъекта (Харламенкова, Никитина, 2024).

При анализе последствий тяжелого соматического заболевания важным является то, как субъект оценивает степень стрессогенности данного жизненного испытания. Оценка степени стрессогенности неотделима от оценки субъектом своего внутреннего потенциала. Соотношение данных двух оценок наиболее точно отражается в концепции внутренней картины болезни (Р.А. Лурия). Негативная интерпретация своего физического состояния пациентом может привести к усилению страха и тревоги, тогда как конструктивное отношение к болезни будет способствовать более успешной адаптации и выздоровлению (Лурия, 1977).

По некоторым данным, риск развития тяжелых психологических последствий переживания ситуации угрожающего жизни заболевания в большей степени связан с эмоционально-личностными особенностями и менее предопределен спецификой стрессора, т.к. последствия обычно наблюдаются у наиболее уязвимой части выборки. В свою очередь, такие переменные, как возраст, половая и этническая принадлежность, а также другие демографические характеристики рассматриваются в качестве модераторов, способствующих или препятствующих актуализации развития симптомов ПТС (Тарабринова и др., 2010).

Несмотря на то, что заболевание может оказывать на субъекта значительное стрессовое воздействие, существуют данные о том, что часть пациентов успешно обращается к системе ресурсов и преодолевает тяжелые психические последствия его влияния. Все ресурсы можно условно разделить на внутренние и внешние.

К внутренним ресурсам относятся, например, эмоционально-личностные (склонность к оптимизму, общительности и т.д.), когнитивные (позитивная переоценка) и процессуальные (самосознание, резильентность, саморегуляция) характеристики субъекта, способствующие снижению психоэмоционального напряжения индивида. Адаптивные стратегии преодоления стресса предполагают активную позицию субъекта, которая включает избирательность, рациональность и гибкость поведения (Никитина, Харламенкова, 2024).

К внешним ресурсам можно отнести те, что направлены на компенсацию различных неблагоприятных контекстуальных особенностей ситуации болезни (материальные, реабилитационные и т.д.), и те, что непосредственно направлены на поддержание психоэмоционального равновесия пациента (психологическая, социальная поддержка).

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о высокой важности разработки специалистами разного профиля различных здоровьесберегающих технологий, в частности в русле профилактики стрессовых состояний, например, с помощью анализа представлений о болезни людей, имеющих и не имеющих данного опыта в анамнезе.

Цель исследования: провести анализ эксплицитных и имплицитных оценок ситуации угрожающего жизни заболевания у людей, имеющих и не имеющих данного опыта в анамнезе.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что существуют различия в эксплицитных и имплицитных оценках ситуации угрожающего жизни заболевания у людей, имеющих и не име-

ющих данный опыт в анамнезе, причем респонденты оказываются более схожи в оценках потенциальных последствий болезни и менее схожи в оценке ресурсов.

Методы исследования

В настоящей статье представлена часть результатов исследования. В ходе анализа было проведено качественное сравнение эксплицитных (интервью) представлений о ситуации болезни и имплицитных оценок психических последствий заболевания (Опросник для самооценки социальной значимости болезни (А.И. Сердюк)) и ресурсов совладания с ними (Тест социально-психологической адаптации (К. Роджерс и Р. Даймонд)) у двух респондентов: первый из которых сталкивался с угрожающим жизни заболеванием (женщина в возрасте 31 года, далее случай 1 (А)), второй не имеет данного психотравмирующего опыта (женщина в возрасте 28 лет, далее случай 2 (В)). Методика «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС) (в адаптации Н.В. Тарабриной) использовалась для оценки уровня ПТС респондентов. В исследовании использовался метод анализа единичного случая, был проведен качественный анализ данных.

Результаты исследования

Перед началом анализа отметим, что, по данным методики ШОВТС, у обоих респондентов были выявлены признаки посттравматического стресса («Вторжение»: А — 9, В — 15; «Избегание»: А — 9, В — 11; «Физиологическая возбудимость»: А — 18, В — 12; Итоговый показатель ПТС: А — 56, В — 38; данные были сопоставлены с результатами, полученными на других выборках пациентов (см. подробнее Никитина, 2021, с. 94). Поскольку и в случае А, и в случае В обнаружены признаки выраженного стресса, можно предположить, что рассматриваемая нами далее специфика в большей степени сопряжена с наличием в анамнезе опыта болезни, а не с ПТС. Также отметим, что респондент А субъективно оценил свое заболевание как угрожающее жизни и крайне тяжелое (7 из 7 баллов по шкале субъективной оценки тяжести заболевания); респондент В является только косвенным свидетелем последствий болезни как психотравмирующего события.

Анализ данных полуструктурированного интервью (эксплицитная оценка) показал, что при наличии в анамнезе тяжелого заболевания эмоции респондента (А) более дифференцированы при оценке тяжелой

болезни в отличие от респондента, не имеющего данного опыта (В). По мнению респондента А, эмоции, которые испытывают люди в момент постановки диагноза, — страх, тревога, апатия, гнев, отрицание; по мнению респондента В — шок и отрицание. Примечательно отметить, что оба респондента указали на то, что угрожающее жизни заболевание вызывает отрицание. При актуальном переживании опыта болезни наблюдается склонность к тому, чтобы транспонировать зону последствий воздействия данного стрессора на большее число жизненных сфер, не ограничиваясь сферой реабилитации и лечения. Респондент А отмечает, что болезнь меняет отношение человека к себе и его отношения с окружающими, влияет на систему ценностей. При отсутствии в анамнезе опыта болезни человек склонен оценивать риск развития последствий заболевания, связывая преимущественно с реабилитационными и лечебными мероприятиями. Так, например, респондент В отмечает, что характер изменений жизненных сфер во многом зависит от медицинского прогноза, а именно от оценки врачами тяжести заболевания.

В имплицитных оценках последствий болезни были обнаружены расхождения, свидетельствующие о том, что наличие данного опыта в анамнезе способствует более углубленной оценке последствий, включая их тяжесть и разнообразие. Респондент А в качестве потенциальных последствий болезни рассматривает не только появление физических проблем, но и риск нарушения привычного распорядка дня, появления материальных трудностей (А — 4, В — 2, указаны значения в баллах по соответствующим шкалам методики А.И. Сердюка), тогда как респондент В отмечает только то, что болезнь создает риск снижения физической ресурсности (А — 2, В — 4). Вне зависимости от наличия в анамнезе угрожающего жизни заболевания респонденты склонны полагать, что в ситуации болезни наиболее фрустрированной окажется сфера, связанная с переживанием удовольствий (А — 4, В — 4), и менее — сопряженная с социальной (семья, работа, коммуникация) и личностной (привлекательность) сферами (А и В < 3 баллов по соответствующим шкалам методики А.И. Сердюка).

При анализе имплицитных оценок потенциальных ресурсов сопротивления со стрессом в ситуации болезни необходимо отметить, что вне зависимости от наличия данного опыта в анамнезе респонденты отмечают значимость поддержания эмоционального комфорта, принятия себя и других для преодоления дистресса (у обоих респондентов А и В значения показателей выше зоны неопределенности в соответ-

ствии с ключами по соответствующим шкалам методики К. Роджерса и Р. Даймонд). При наличии в анамнезе заболевания в качестве ресурса человек субъективно выделяет зависимую позицию как наиболее эффективную: у него снижен контроль, он проявляет склонность к эскализму (у респондента А значения по данным показателям преимущественно ниже зоны неопределенности). При отсутствии опыта переживания болезни в качестве наиболее адаптивной позиции человеком рассматривается активность личности, т. е. принятие ответственности, проявление гибкости в социальных взаимодействиях, способность находить свою социальную роль, оставаясь при этом реалистом в отношении происходящего (у респондента В значения по данным показателям преимущественно выше зоны неопределенности).

Выводы

Опыт прямого (собственная болезнь) и косвенного (существует только представление о тяжелой болезни) переживания ситуации угрожающего жизни заболевания оказывается на эксплицитных и имплицитных оценках человека по отношению к данному феномену. Картина болезни пациента, имеющего тяжелое заболевание, в большей степени эмоционально окрашена и включает более широкий спектр жизненных сфер, сопричастных с ситуацией болезни; в качестве ресурса наиболее предпочтительными оказываются внешние источники поддержки (энергосберегающее поведение). Картина болезни (представления о ней) респондента, не имеющего данного опыта, менее эмоционально окрашена, контекст проявления последствий более тесно связан со сферой медицины, при этом в качестве наиболее эффективного вектора адаптации рассматривается активность субъекта.

Литература

- Киселева М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // Национальный психологический журнал. 2012. № 1. С. 124–130.*
- Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.*
- Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: дисс. . . . канд. психол. наук. М., 2021.*
- Никитина Д.А., Харламенкова Н.Е. Совладание личности с психологическими последствиями тяжелой болезни при локальной и*

сосудистой патологии головного мозга // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2024. № 3. С. 229–248.

- Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: «Институт психологии РАН», 2009.

Постпсихотическое посттравматическое стрессовое расстройство: феноменологический анализ

О.В. Рычкова, М.В. Филиппов***

*Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия
rychkovao@bk.ru

**Психоневрологический диспансер № 9
ГБУЗ Психиатрической клинической больницы № 4
им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ, Москва, Россия
maxfillip@yandex.ru

Статья посвящена проблеме постпсихотического или психоз-ассоциированного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у лиц с расстройствами шизофренического спектра (РШС). Обсуждаются механизмы, лежащие в основе коморбидности ПТСР и шизофрении, отмечается важность точной и однозначной клинической оценки постпсихотической психической травмы у больных шизофренией. Изложены результаты эмпирического исследования представленности постпсихотической травмы в текстовых интернет-нarrативах людей с РШС. На основании результатов интерпретативного феноменологического анализа текстов 98 людей с РШС, мнений 10 независимых экспертов, многомерного масштабирования и иерархического кластерного анализа данных предложена 6-доменная модель постпсихотической травмы, сделаны выводы об источниках травматизации при шизофрении. Намечена перспектива следующего этапа исследований.

Ключевые слова: постпсихотическое ПТСР, расстройства шизофренического спектра, интерпретативный феноменологический анализ, метакогнитивная модель

Шизофрения — высоко социально значимое психическое расстройство, изучаемое в разных теоретических подходах более 100 лет. Но интерес к ее феноменологии и механизмам симптомообразования не угасает. В последние годы наметились тенденции расширять традиционные нозологические рамки, например, используя модель расстройств шизофренического спектра (РШС), более детально рассматривать ряд типичных для психоза нарушений как имеющих в своей основе не только психопатологические, но и психологические механизмы. Также внимание исследователей привлекает проблема коморбидных расстройств: сопряженность клинической картины шизофрении с депрессией, зависимостью от психоактивных веществ, и др.

В результате обширной исследовательской работы описаны и сочетания психотических феноменов с симптомами, которые относят к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР). Ведутся дискуссии о месте психотических симптомов в структуре ПТСР либо о возможности сочетания ПТСР и шизофрении (OConghaile, DeLisi, 2015). Доказано, что психологическая травма — важный этиопатогенетический механизм развития шизофрении, так как детская травма повышает риск заболевания, а в период, непосредственно предшествующий острому психозу, отмечается переизбыток неблагоприятных жизненных событий (Schäfer, Fisher, 2011).

Сложность состоит в том, что некоторое число пациентов с ПТСР обнаруживает психотические симптомы, например бредовые идеи или галлюцинаторные переживания. Но объектом настоящего исследования стали иные феномены, также наблюдаемые в клинике. Это феномены длительно существующих тягостных переживаний, испытываемых пациентами, перенесшими опыт психоза. Очевидно, что поскольку в большинстве случаев переживание периода психотического эпизода сохраняются в памяти субъекта (пусть и в редуцированном или искаженном виде), они не могут не быть источником травматизации, примером так называемой «эндопсихической травмы» (Жданок, Овчинников, Гревцова, 2020). Обзор данных зарубежных исследователей показал, что симптоматика психозассоциированного ПТСР (англ. psychosis-related PTSD, PR-PTSD) чаще обусловлена как субъективным переживанием симптомов психоза, так и болезненным опытом лечения (Hall, Hall, 2013; Compean, Hamner, 2019).

Безусловно, вследствие сложности и разнообразия клинической картины шизофрении, ПТСР и, собственно, постпсихотического стрессового расстройства большое значение имеет точность и однозначность клинической оценки последнего, что невозможно без специальной методики (которой в настоящее время нет). Более того, созданию методики должно предшествовать целостное эмпирическое описание феномена постпсихотического стрессового расстройства, что требует поисковой работы и систематизации большого объема данных, основанных на клиническом интервью или свободном субъективном самоотчете лиц с РШС, фиксирующих травматический эффект эпизода психоза.

Целью настоящего пилотажного исследования стали выявление и систематизация переживаний психоз-ассоциированной травмы в субъективном опыте и личностных нарративах лиц с РШС, перенесших психоз.

Теоретико-методологическим основанием стала метакогнитивная модель ПТСР (Wells, 2006), которая позволяет рассматривать нарушения психического функционирования при различных ментальных расстройствах с точки зрения дисфункциональных паттернов мышления и внимания. В логике данной модели, в структуре ПТСР возможно выделение трех компонентов: (1) когнитивных искажений или стратегий (вследствие которых индивид мысленно фиксируется на травмировавшем его событии), (2) дисфункциональных стратегий поведения и (3) метакогнитивных убеждений.

Для исследования был выбран метод интерпретативного феноменологического анализа (Smith, 1996), проведенного на материале текстовых интернет-нарративов лиц с РШС, с применением методов многомерного шкалирования и иерархического кластерного анализа. Обследуемой группой стала многонациональная выборка анонимных пользователей международных социальных платформ Reddit и Schizophrenia.com, а материалом — тексты, собранные на указанных платформах. Поскольку последние имеют встроенную систему фильтрации постов и комментариев по ключевым словам, это позволило отобрать истории пользователей, релевантные цели исследования. В качестве ключевых слов использовались следующие: “nightmare”, “trauma”, “dissociation”, “PTSD”, “flashback”, как наиболее релевантные предмету.

Были определены критерии исключения: (1) комментарий написан человеком, который отрицает наличие у себя РШС; (2) истории о людях с шизофренией, рассказанные вторым лицом; (3) отсутствие в комментариях самораскрытия, развернутого описания пережитого опыта. Исследование имеет ограничения: поскольку социальные платформы

Reddit и Schizophrenia.com являются анонимными, было невозможно узнать возраст и другие демографические данные пользователей. Кроме того, часто не удавалось определить и пол респондентов, поскольку в английском языке глаголы и прилагательные не склоняются по родам.

Этическое обоснование исследования, в отсутствие возможности получить информированное согласие на участие в нем от автора текста, базировалось на строгой анонимизации респондентов, исключающей возможность их идентификации, и на соображениях, приведенных британскими коллегами, изучавшими сходные феномены: «Мы тщательно проанализировали факт отсутствия информированного согласия, но решили, что польза от полученных результатов перевешивает любой потенциальный вред» (Lyons et al., 2024).

Анализ полученных данных. Каждый отобранный текст был переведен на русский язык, и в нем были выделены (при наличии) признаки ПТСР согласно модели Уэллса (Wells, 2006). Затем выделенным эмпирическим индикаторам присваивались краткие коды, состоящие не более чем из пяти слов, которые с помощью отечественного сервиса Miro были визуализированы на виртуальной доске в виде стикеров. Всего удалось отобрать 98 текстовых нарративов и на их основе создать 47 кодов. Далее были приглашены 10 независимых экспертов из числа специалистов, завершивших образование по специальности «Клиническая психология». Они выступили в роли аналитиков данных, и каждый эксперт независимым образом произвел сортировку стикеров по тематическим группам. Далее, для оценки сходства между кластерными решениями участников был применен алгоритм MDS (Multi-Dimensional Scaling) с ограничением в виде двух дименсий. Произведенная процедура иерархической кластеризации (с помощью алгоритма Варда) позволила построить дерево кластерного решения и выделить 6 основных кластеров субъективных переживаний пациентов. Они были определены следующим образом:

Тема 1. Симптомы вторжения: интрузии, флешбэки, реминисценции, то есть наплывы воспоминаний, вызывающие интенсивный психофизиологический дискомфорт, обычно в привязке к месту или времени эпизода или к стимулам, внешне схожим и ассоциативно связанным с содержанием собственно психотических переживаний (триггер);

Тема 2. Страх рецидива как отражение страха потери контроля над телом, мыслями, переживаниями, фактически страх «сойти с ума»;

Тема 3. Антиципация угроз и поиск способов совладания, где существует феноменология когнитивно-атtentивного синдрома (Wells,

2006), дисфункциональные метакогнитивные убеждения и отсылки к копинг-стратегиям, направленным на защиту от воспоминаний и интрузий (их избегание и подавление);

Тема 4. Неадаптивная когнитивная переработка как проявление схемы безнадежности, утраты доверия к себе, своему разуму, способности тестировать реальность, к собственному опыту, наряду с руминациями, стыдом и виной за случившееся;

Тема 5. Гипервозбуждение, выражавшееся в аффективной заряженности, сексуально и агрессивно окрашенных реминисценциях, постоянном эмоциональном напряжении, взвинченности;

Тема 6. Альтернативная реальность, отражающая специфику, не передаваемый опыт «психотика», опыт, который невозможно объяснить и передать другим людям, возникающие впоследствии попытки обсудить этот пугающий опыт с другими, часто столкновение с их непониманием, боязнь насмешки и отвержения со стороны других.

Выводы. Анализ текстовых нарративов пациентов с РШС показал, что психотический эпизод может быть травмирующим и продолжать оказывать значительное влияние на личность даже спустя длительное время. Этот опыт трансформируется в воспоминания, связанные с чувством вины, стыда, утраты контроля, иногда проявляющиеся флешбэк-феноменами, что отражает типичные черты посттравматического стресса и указывает на необходимость осмысления и переоценки произошедшего для стабилизации состояния. Важно, что восприятие психиатрической помощи, полученной на этапе лечения острого психоза, неоднозначно: наряду с пониманием ее ценности, эффективности пациенты фиксировали факты госпитализации и грубого обращения со стороны персонала как травмирующие, а сами медицинские мероприятия вызывали дополнительные страхи и ощущение беспомощности. Также психотический эпизод приводит к изменениям в восприятии своего социального положения и ролей, особенно при столкновении с пренебрежением и недостаточным сочувствием со стороны других.

Описанные феномены, конечно, требуют своего дальнейшего изучения, систематизации для создания метакогнитивной шкалы диагностики постпсихотической травмы на основе установленной в исследовании феноменологии постпсихотического ПТСР. В перспективе, как мы полагаем, это позволит сформулировать научно обоснованные мишени психологической помощи, которые необходимо учитывать специалистам, работающим с больными, перенесшими психотический эпизод.

Литература

- Жданок Д.Н., Овчинников А.А., Гречесова В.В. Травматические эффекты психотического состояния // Journal of Siberian Medical Sciences. 2020. № 2. С. 59–66.
- Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PNSD-SP): Diagnostic and treatment challenges. // Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry. 2018. V. 88. P. 265–275.
- Hall M.F., Hall S.E. When treatment becomes trauma: defining, preventing, and transforming medical trauma // American Counseling Association Conference, Cincinnati, OH. 2013. P. 1–15.
- Lyons M., Gupta V., Sunny Blaney P., Ogenyi A., Webster E., Brewer G. The complex lived experience of schizophrenia diagnosis: a thematic analysis of online forum posts // Current Psychology. 2024. V. 43. P. 24878–24889.
- OConghaile A., DeLisi L.E. Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis // Current opinion in psychiatry. 2015. V. 28. № 3. P. 249–255.
- Schäfer I., Fisher H.L. Childhood trauma and psychosis — what is the evidence? // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2011. V. 13. № 3. P. 360–365.
- Smith J.A. Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology // Psychology and Health. 1996. V. 11. № 2. P. 261–271.
- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques // Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. 2006. V. 23. № 4. P. 337–355.

Взаимосвязь выраженности стресса и травматического опыта с возрастом у женщин с диагнозом бесплодие

Д.Д. Тимченко

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии, Москва,
Россия
dchertok@mail.ru

В данной работе представлено исследование взаимосвязи возраста, травматического опыта и психоэмоционального состояния у женщин

с диагнозом бесплодие. Были проанализированы уровни тревоги, депрессии, стресса (шкала депрессии, тревоги и страха (DASS-21), а также выраженность травматического опыта (опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ) у инфертильных женщин двух возрастных групп: до 34 лет и после 35. Использовалась анкета для сбора медицинских и социodemографических характеристик. Выявлено, что женщинам с диагнозом бесплодие в разных репродуктивных возрастах свойственен средний уровень переживания стресса — ближе к высоким значениям, наряду с менее выраженными симптомами тревоги и депрессии. Обнаружены значимые различия между 2 группами по степени интенсивности влияния травматических событий на актуальное психологическое состояние.

Ключевые слова: бесплодие, женщина, возраст, стресс, депрессия, тревога, травматический опыт

Введение. Диагноз бесплодие значительно повышает вероятность развития психопатологии у женщин, что подтверждается во множестве исследований, как отечественных, так и зарубежных. Риск манифестиации тревожных и депрессивных расстройств при нарушении фертильности оценивается соответственно на 60% и 40% выше по сравнению со здоровым населением (Hussain et al., 2022). В ряде работ бесплодие рассматривается как предиктор развития расстройств адаптации, соматоформных расстройств, ипохондрии и навязчивых состояний (Хритинин и др., 2008).

Также актуальной темой исследований является взаимосвязь травматического опыта, репродуктивной функции и психического здоровья, особенно в свете широкого распространения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

В качестве модификаторов выраженности психологического дистресса при бесплодии авторы выделяют социальные, психологические и медицинские факторы. К социальным относят социокультурный контекст, отношения с партнером, к психологическим — копинг-стратегии, убеждения и установки, личностные особенности, наличие травматического опыта, к медицинским — патогенез бесплодия, репродуктивный анамнез и возраст женщины (Петрова, Подольхов, 2011).

Возраст является независимой переменной, обуславливающей способность к зачатию. Если в 30 лет вероятность забеременеть в каждом цикле у здоровой фертильной женщины составляет 20%, то к

40 годам — менее 5%. Чем старше женщина, тем ниже шанс наступления беременности даже в протоколах ВРТ, в первую очередь за счет возрастного снижения фертильности, обусловленного истощением овариального резерва, наряду с увеличением процента яйцеклеток с генетическими нарушениями и энергетическими дефицитами. Как итог необходимость значительно большего количества протоколов для успешного зачатия, высокие риски патологии беременности и перинатальных потерь (Lazzari et al., 2023). Анализ данных исследований демонстрирует, что поздний репродуктивный возраст может являться фактором интенсификации дистресса у женщин в процессе лечения (Liang et al., 2021).

Связь бесплодия и травматического опыта рассматривается в двух плоскостях. С одной стороны, в исследованиях анализируется влияние пережитых травматических ситуаций на репродуктивную функцию и репродуктивное здоровье. Например, выявлено, что опыт физического и сексуального насилия в детстве ассоциирован с риском развития эндометриоза во взрослом возрасте. Обнаружена связь между умеренно тяжелым предменструальным синдромом и наличием симптомов ПТСР у молодых женщин. Ряд работ также показал, что неблагоприятный детский опыт может увеличивать риск нарушения фертильности и снижать вероятность зачатия в расчете на конкретный цикл (Hillcoat et al., 2023).

С другой стороны, само бесплодие рассматривается как травматический опыт, так как на фоне нарушения фертильности значительно вырастает частота перинатальных утрат. В качестве «перинатальной утраты» в литературе рассматривается широкий спектр кризисных репродуктивных ситуаций, в том числе аборты, внематочные беременности, неизлечимое бесплодие и неудачные попытки забеременеть с помощью ВРТ (Добряков и др. 2015).

По статистике, вероятность забеременеть на 1 перенос эмбриона в программах ВРТ составляет около 30%. При этом 30% пар остаются бездетными, несмотря на 5-летнее лечение. Качественные исследования переживания бесплодия продемонстрировали, что женщины могут относиться к эмбрионам как материальному воплощению будущего ребенка. Наступление менструации в цикле, где был сделан перенос оплодотворенной яйцеклетки, переживается как выкидыши, сопровождаясь чувствами горя и потери (Assaysh-Oberg et al., 2023).

Таким образом, более зрелый возраст женщины можно рассматривать как фактор, увеличивающий вероятность столкновения с трав-

матическим опытом в процессе лечения, и одновременно как фактор, усугубляющий психоэмоциональное состояние за счет низкой вероятности зачатия.

Целью исследования является выявление значимых предикторов нарушения психического здоровья и протективных факторов в системе индивидуальных психологических ресурсов, опосредующих переживание бесплодия как трудной жизненной ситуации, специфичных для женщин в разных возрастных группах. В данной части работы фокус внимания сосредоточен на взаимосвязи возраста и выраженности уровней тревоги, стресса и депрессии, а также травматического опыта у инфертильных женщин.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 170 женщин в возрасте от 22 до 45 лет с диагнозом бесплодие, состоящие в браке или находящиеся в отношениях с партнером. 50 протоколов были исключены по причине частичного заполнения, отсутствия партнера или использования донорских материалов в процессе лечения.

Исследование проходило на базе федеральной сети клиник «Центр ЭКО», специализирующейся на диагностике и лечении нарушения репродуктивной функции и являющейся участником программы государственного финансирования лечения бесплодия. Выборка из 120 женщин была разделена на 2 подгруппы по критерию возраста: женщины до 34 лет и после 35 лет. Средний возраст в первой подгруппе (группа А) составил $M=30,1$ года, $SD=3,00$. Во второй подгруппе (группа Б) — $M=38,8$ года, $SD = 2,93$. Наиболее распространенные причины бесплодия в группе А представлены трубно-перитонеальным фактором и синдромом поликистозных яичников, в группе Б — снижением овариального резерва, эндометриозом, трубно-перитонеальным фактором и их сочетанием. Длительность попыток забеременеть в группе А составляет в среднем 4 года, в группе Б — 6,5 лет. В группе А только у 10% есть дети, в группе Б — у 23,3%. Около половины респонденток — 55% из группы А не проходили ранее лечение с использованием ВРТ, в группе позднего репродуктивного возраста с данным видом терапии не сталкивались — 37%.

В рамках исследования были использованы девять диагностических методик. В данной части представлены результаты по трем из них.

- 1) Шкала депрессии, тревоги и страха — Depression Anxiety and Stress Scale — 21, DASS-21, русскоязычная адаптация А. А. Золотаревой

- (Золотарева, 2020). Опросник состоит из трех шкал: депрессии, тревоги и стресса.
- 2) Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ) (Тарабриня, 2007) предназначен для оценки влияния психических травм, предшествующих актуальной травме. На основе ответов рассчитывается общее количество стрессовых ситуаций, их влияние на жизнь испытуемого и индекс травматичности.
 - 3) Анкета для сбора медицинских и социodemографических характеристик респондентов.

Применялась описательная статистика (медиана), сравнительный анализ (U-критерий Манна–Уитни). Для обработки данных была использована программа SPSS Statistics v. 26.

Результаты исследования. На первом этапе были проанализированы результаты оценки выраженности уровней тревоги, депрессии и стресса у женщин с диагнозом бесплодие в позднем репродуктивном возрасте и более молодой группе. Анализ описательной статистики показал, что в обеих группах медианные значения показателей депрессии и тревоги составили 3,00, что соответствует среднему уровню выраженности симптоматики с тенденцией к низким значениям и свидетельствует о схожем уровне данных состояний в обеих группах. При этом медианные значения стресса в 2 группах оказались значительно выше (7,00), что указывает на приближение к верхней границе среднего уровня и может свидетельствовать о повышенной стрессовой нагрузке в данной выборке. Сравнительный анализ данных по всем шкалам не выявил значимых различий между респондентками до 34 лет и старше 35.

На втором этапе был проведен анализ травматических событий и их влияния на женщин с диагнозом бесплодие в разных возрастных группах. В группе А наблюдается высокая значимость событий, связанных с неожиданной травмой, болезнью или смертью близкого человека — 12% от общего числа травматических событий. Переживание собственного развода — 9%, далее женщины указывали на влияние травматических событий, связанных с наличием эмоциональных нарушений у близкого человека — 8,8% и развод родителей — 8%. То есть большая часть психотравмирующих событий в группе женщин до 34 лет обусловлена проблемами семьи.

В группе Б также наблюдается высокая значимость событий, связанных с неожиданной травмой, болезнью или смертью родного человека — 8,5% от общего числа травматических событий. Однако добав-

ляются и специфические травмы, связанные с переживанием абORTа или выкидыша — 8,2%, развода — 7,8%. Кроме того, в этой выборке отмечаются события, связанные с переживанием общих травм. Часть женщин видели тело умершего (не на похоронах) — 5,2%, такой же процент респонденток сталкивались с эмоциональными оскорблени-ями, унижением и игнорированием. Однако значение травматических событий было выше в группе более молодых женщин ($Med=7,00$), тогда как в старшей группе данный показатель существенно ниже ($Med=3,00$). Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами на уровне 0,01.

Таким образом, проведенный анализ данных продемонстрировал, что женщинам с диагнозом бесплодие в разных репродуктивных возрастах свойственен средний уровень переживания стресса, ближе к высоким значениям, наряду с менее выраженными симптомами тревожного и де-прессивного спектров. Выявлены значимые различия между 2 группами по степени интенсивности выраженности травматических событий.

Обсуждение результатов. В данной части исследования значимых предикторов нарушения психического здоровья и протективных факторов в системе индивидуальных психологических ресурсов у женщин с диагнозом бесплодие оценивалось психоэмоциональное состояние и выраженность травматического опыта. В обеих группах был выявлен средний уровень стресса, приближенный к высоким значениям, и более низкие показатели по шкалам тревоги и депрессии. Отсутствие значимых различий между выборками может быть связано с участием женщин в исследовании на разных этапах лечения: от ситуации консультирования и подготовки к протоколу до момента стимуляции или переноса эмбриона. Также в обеих группах представлены респондентки как с длительным опытом лечения с использованием ВРТ, так и с полным его отсутствием. По данным исследований, эти факторы могут в значительной степени обуславливать психоэмоциональное состояние инфертильных женщин.

Анализ типа и выраженности травматических событий в двух возрастных группах продемонстрировал значимые различия как в количестве событий, так и в субъективном восприятии их воздействия на актуальное психологическое состояние. Несмотря на то, что более молодые женщины указали меньшее количество событий, оценка интенсивности их влияния оказалась значительно выше, чем в группе позднего репродуктивного возраста, что, возможно, связано с большим опытом преодоления травматических событий у женщин старше 35 лет.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало связь между возрастом женщин с диагнозом бесплодие и субъективным восприятием уровня травматизации. Кроме того, было выявлено, что выборке инфертильных женщин вне зависимости от возраста свойственен средний уровень стресса с тенденцией к высокому значению, наряду с более низкими показателями депрессии и тревоги.

Расширенный анализ предикторов нарушения психического здоровья и выявление протективных факторов в системе индивидуальных психологических ресурсов у женщин в 2 группах будет проведен на последующих этапах исследования, но уже на данном этапе можно сделать промежуточные выводы. Женщины, проходящие лечение бесплодия, могут нуждаться в коррекции психоэмоционального состояния, психотерапии травматизации, которая имеет возрастную специфику.

Литература

- Добряков И.В., Блох М.Е., Фаерберг Л.М.* Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. № 3. С. 4–10.
- Золотарева А.А.* Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 26–37.
- Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н.* Особенности психологического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. № 3. С. 115–121.
- Тараабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 2. Бланки методик. М.: Когито-центр, 2007.
- Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В.* Организация психотерапевтической помощи женщинам, нуждающимся в суррогатном материнстве, в программе экстракорпорального оплодотворения // Общественное здоровье и здравоохранение. 2008. № 1 (17). С. 55–59.
- Assaysh-Oberg Sh., Borneskog C., Ternstrom E.* Women's experience of infertility & treatment — A silent grief and failed care and support // Sexual & Reproductive Healthcare. 2023. Vol. 37. Art. 100879.
- Hillcoat A., Prakash J., Martin I., Zhang Y., Rosa G., Tiemeier H., Mustieles V., Adams Ch.D., Messerlian C., Torres N.* Trauma and female reproductive health across the lifecourse: motivating a research agenda for the future of women's health // Human Reproduction. 2023. № 38 (8). P. 1429–1444.

Hussain N., Hazlina N., Noor N., Shaiful I., Nik A. Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis // BMJ Open. 2022. V. 12. № 3. Art. e057132.

Lazzari E., Potančoková M., Sobotka T., Gray E., Chambers G. Projecting the contribution of assisted reproductive technology to completed cohort fertility // Population Research and Policy Review. 2023. V. 42. № 1.

Liang S., Chen Y., Wang Q., Chen H., Cui C., Xu X. Prevalence and associated factors of infertility among 20–49-year-old women in Henan Province, China // Reproductive Health. 2021. V. 18. Art. 254.

Психологические последствия сокрытия информации от ребенка, имеющего тяжелое онкологическое заболевание

Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина*, В. В. Елисеева**,
А. А. Кондратьева****

*Институт психологии РАН, Москва, Россия
harlamenkove@ipran.ru
nikitinada@ipran.ru

**Государственный академический университет гуманитарных наук, Москва, Россия
9117398689@mail.ru

***Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чехов, Россия
agnykon@yandex.ru

Целью статьи стало обсуждение проблемы сокрытия взрослыми информации о тяжелой болезни ребенка — остром лимфобластном лейкозе (ОЛЛ) и на основе анализа нескольких случаев определения наиболее вероятных психологических последствий утаивания сведений о заболевании. Значительное внимание уделено роли взрослого (прежде

всего родителя) в моральной и психологической поддержке ребенка. Определен круг вопросов, связанных с сознательным сокрытием взрослым истинной информации о болезни ребенка. На основе анализа единичных случаев описаны высоковероятные психологические последствия сокрытия важной информации от ребенка — соматизация тревоги, отрицание болезни или уход в болезнь, недоверие к себе и миру, беспричинная (не привязанная к конкретному дефекту) самостигматизация, чувство оставленности и покинутости, посттравматический стресс, смещенный на другие жизненные события.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, сокрытие информации, психологические последствия, посттравматический стресс

В преодолении психологических последствий переживания ситуации тяжелой болезни важными для заболевшего оказываются ресурсы непосредственного реагирования на нее. В целях снижения развития интенсивного стресса личность использует не только внутренние, но и внешние ресурсы, причем для эффективного обращения к ним ключевым становится фактор собственной активности субъекта, его избирательное отношение к жизненным обстоятельствам. В этой связи проблема детского стресса в ситуации болезни представляет особый научный интерес.

Практически любое заболевание ребенка вызывает у родителей тревогу, беспокойство, стресс. Болезнь, связанная с риском летального исхода, лишает их надежды на выздоровление ребенка и является угрозой с повышенным психотравмирующим риском. Наиболее частым онкологическим заболеванием в детском возрасте считают острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) (Румянцев, 2015; Острый лимфобластный лейкоз у детей, 2022 и др.). Данные исследований и статистического анализа показывают, что «ранее выживаемость составляла 10–20%; однако сейчас выживаемость значительно улучшилась и достигла уровня в 80–90%», что стало возможным «благодаря качественной поддерживающей терапии, стратификации пациентов на группы в зависимости от риска развития рецидива» и др. (там же, 2022, с. 9).

Актуальные исследования острого лимфобластного лейкоза у детей направлены на изучение психического статуса ребенка и коррекцию негативных эмоциональных реакций и установок (Кравченко и др., 2023). Традиционно разрабатываются программы, включающие

в себя принципы профессиональной поддержки ребенка с диагнозом ОЛЛ, практические рекомендации и конкретные техники, способствующие его адаптации. Наряду с этим значительное внимание уделяется диагностике эмоционального состояния взрослых, ухаживающих за больным ребенком (Пестерева и др., 2023; Ткаченко и др., 2021; Ferraz, Santos, Pereira, 2024), а также значимости восприятия и оценки взрослым заболевшего ребенка (Willard et al., 2016). Высказывается общее мнение о необходимости уделять внимание психическому здоровью родителей, особенно на ранних этапах лечения ребенка, с целью прогнозирования наилучшего лечебного эффекта и психологического благополучия и ребенка, и родителя.

А. Феррас, М. Сантос и М. Переира (Ferraz et. al., 2024) провели анализ данных целого ряда исследований, посвященных изучению факторов и последствий стресса у родителей, детям которых был поставлен диагноз острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). Учитывались социально-демографические переменные, а также социально-психологические и личностные характеристики родителей, структура и функциональные особенности семьи. Выявлены корреляции между социальной поддержкой, представлениями родителей о болезни, стратегиями преодоления трудностей и родительским стрессом; показано, что родительский стресс обусловлен такими переменными, как семейная сплоченность, негативное эмоциональное состояние ребенка, тяжесть заболевания и др. Значимой оказалась связь между реакцией родителя на сообщение о диагнозе ребенка (стресс на событие) и дальнейшей адаптацией к этой ситуации всех членов семьи.

Обращаясь к проблеме исследования угрожающего жизни заболевания у детей, важно выделить наличие такого ее аспекта, как включенность родительских фигур (значимых взрослых) в картину болезни ребенка, которая может выступать в роли динамического фактора, модерирующего стрессовую реакцию ребенка (стресс, например, может протекать как на фоне знания ребенка о своем диагнозе, так и на фоне незнания).

Психическое и физическое состояние ребенка зависит, однако, не только от эмоционального настроя родителя и его мотивации на выздоровление, но и от социальной поддержки, которая включает в себя и заботу о ребенке, и умение родителя правильно символизировать его переживания, информировать обо всем, что с ним происходит (Reshetnikov et al., 2024). Нередко специалисты сталкиваются с него-

товностью близкого человека узнать о степени серьезности болезни своего ребенка. Родители могут несколько раз переспрашивать название диагноза, просить переформулировать его или открыто не принимать информацию о диагнозе. Для последнего случая характерны такие высказывания, как «но это же не может быть рак», «это же еще не точный диагноз» и т.п. Родителям трудно принять диагноз ребенка по ряду причин, например из-за сложности заболевания, степени его запущенности. Все это, как показывают данные исследований, индуцирует состояние стресса. В ряде случаев наблюдается уход одного из родителей из семьи. Наряду с этим есть данные и о том, что заболевание ребенка помогает найти родителям смысл их жизни и таким образом трансформируется в ресурс семьи: родители стремятся смириться с неопределенностью прогноза и совладать с эмоциональным стрессом, который возникает на фоне наблюдения за страданиями ребенка, появлением финансовых трудностей, угрозы стигматизации (Liu et al., 2021; Schaefer et al., 2021).

Цель статьи — обсудить проблему сокрытия взрослым информации о тяжелой болезни ребенка и на основе анализа нескольких случаев определить наиболее вероятные психологические последствия утаивания сведений о заболевании.

Одним из частых мотивов утаивания информации от человека («ложь во спасение») называют желание близких людей уберечь его от переживания страха, тревоги, волнения, которые, как считается, могут стать дополнительной причиной дистресса. В детско-родительских отношениях желание скрыть истинную информацию объясняется неумением поговорить о случившемся с ребенком, неспособностью взрослого правильно построить диалог и поддерживать доверительные отношения столько времени, сколько это потребуется, переживанием интенсивной тревоги и страха. Следует, однако, понимать, что информацию следует давать в соответствии с тем, насколько ребенок готов принять и понять ее. Допускаем и такие случаи, когда «удержание» информации на некоторое время может быть полезным для подготовки ребенка и самого взрослого к разговору.

Иллюзорность защищенности от негативной информации заключается в том, что благодаря такому решению взрослого ребенок попадает в двусмысленную ситуацию: ему говорят о небольшой и легко решаемой проблеме, а он чувствует тревогу, запущенный родителями процесс горевания, безнадежность и ужас, переживаемые близкими

людьми. Неоднозначная ситуация отражается на состоянии ребенка, он становится унылым и тревожным.

С целью изучения эмоционального состояния ребенка, его самооценки и сопряженности этих показателей с представлениями родителей о ребенке было спланировано комплексное исследование с применением тестов с закрытыми и открытыми ответами (Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей в адаптации Н. В. Тарабриной и др.; Шкала оценки влияния травматического события в адаптации Н. В. Тарабриной; Методика Цветовой тест отношений, Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд; Личностный дифференциал в адаптации сотрудниками психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и др.). В их число входят техники, направленные на диагностику посттравматического стресса, эмоционального напряжения, отношения к себе и др. Полученные в настоящий момент результаты не позволяют провести строгий статистический анализ данных, но пригодны для описания отдельных случаев и наблюдения за поведением респондентов.

Исследование проводится на базе ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева, лечебно-реабилитационного научного центра «Русское поле». Объект исследования: семьи с детьми в возрасте от 10 до 16 лет с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ).

В процессе беседы со взрослыми (близкими родственниками, врачами и др.) выяснилось, что большинство родителей не сообщают детям истинную причину болезни, объясняя свое решение тем, что маленькие дети не смогут ее понять и будут напуганы, а дети постарше (подростки) переживут интенсивный стресс и получат психическую травму. Выяснилось, что некоторые пациенты узнают о диагнозе спустя много лет и говорят об этом примерно так: «Когда я выздоровел, тогда мне и рассказали». В этом, как оказалось, и состоит общее понимание ситуации взрослыми, которые считают, что сначала нужно пройти лечение, а уже потом рассказывать ребенку о том, что с ним произошло на самом деле.

Из 8 обследованных семей доверительный разговор с ребенком состоялся только в одной семье. Мама (37 лет, высшее образование, работает, разведена) озвучила дочери (12 лет) диагноз, описала его особенности, рассказала о том, что болезнь лечится в 90% случаев, а она всегда будет рядом, поддерживать и помогать дочери во всем. Отец ушел из семьи, когда узнал о болезни ребенка. Несмотря на этот

факт и на связанные с ним переживания, девочка готова поддерживать маму в минуты ее отчаяния словами: «мама, все будет хорошо», что выступает для них надежным ресурсом, используемым для преодоления данной ситуации, негативных эмоций и самостигматизации. Тем не менее при заполнении бланка методики «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей» большинство ответов матери свидетельствовали об отсутствии признаков посттравматического стресса у дочери, тогда как данные ребенка продемонстрировали совсем другую картину.

Родители, скрывавшие информацию от ребенка, также описывали свои переживания, связанные с болезнью детей, делились чувствами, интенсивность и длительность которых не всегда позволяла справиться со своим состоянием. Наблюдения за детьми и родителями показали, что в одном случае мама (44 года, замужем, высшее образование, работает) искала поддержку у другой семьи, оказавшейся в такой же жизненной ситуации. Серьезным ресурсом для нее стали слова сына, который подал ей надежду, убеждая, что он обязательно поправится. Сын отказался принимать участие в исследовании. В другом случае в исследовании приняла участие бабушка (69 лет, семья полная). О диагнозе и обстоятельствах болезни ребенку не сообщали. На психологическое тестирование привело беспокойство за внука (14 лет), который стал компульсивно перемывать руки. В остальном была высказана уверенность, что внуку ничего не нужно знать о болезни: «выздоровеет, и слава богу».

Рассмотренные нами случаи не позволяют дать однозначного ответа на поставленный нами вопрос о том, нужно ли скрывать от ребенка и подростка истинную информацию о состоянии его здоровья. Многое зависит от ресурсности и устойчивости взрослого, от уровня его психологического благополучия и эмоциональной близости к ребенку, от доверительности общения между членами семьи. Можно, однако, предполагать, что наиболее вероятными психологическими последствиями скрытия важной информации от ребенка станут соматизация тревоги, отрицание болезни или уход в болезнь, недоверие к себе и миру, беспричинная (не привязанная к конкретному дефекту) самостигматизация, чувство оставленности и покинутости, посттравматический стресс, смещенный на другие жизненные события, и многое другое.

Понятно, что сказанное ребенку правдивое слово может быть услышано по-разному, в зависимости от мотивации взрослого, его ис-

кренности, готовности быть рядом, не нарушая границ психологического пространства ребенка. Но самый главный, с нашей точки зрения, вывод, который хотелось бы здесь сформулировать, состоит в том, что взрослый должен быть чувствителен к тем запросам, которые транслирует сам ребенок, и строить с ним диалог в соответствии с принципами уважительного отношения к его личности, эмпатии и понимания того, что умение избежать в разговоре ложной информации не закрывает, а открывает для другого человека путь к выздоровлению.

Литература

- Кравченко Н.Е., Суэтинова О.А., Сачук О.В., Валиев Т.Т.* Нарушения психического здоровья при онкогематологических заболеваниях у детей и подростков // Медицинский алфавит. 2023. № 17. С. 26–31.
- Острый лимфобластный лейкоз у детей / Под ред. Мотохито К.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.*
- Пестерева Е.В., Бриль М.С., Хрусталева Н.С., Обидин И.Ю., Бекренева Ю.С., Миргород Н.В.* Страх рецидива и психическая травматизация родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 81–91.
- Румянцев А.Г.* Эволюция лечения острого лимфобластного лейкоза у детей: эмпирические, биологические и организационные аспекты // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2015. Т. 4. № 1. С. 5–15.
- Ткаченко Г.А., Сухановская Е.Н., Грушнина Т.И.* Проявления психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом, находящихся в ремиссии // Вестник психотерапии. 2021. № 1 (78). С. 52–63.
- Ferraz A., Santos M., Pereira M.G.* Parental distress in childhood acute lymphoblastic leukemia: A systematic review of the literature // Journal of Family Psychology. 2024. V. 38. № 1. P. 149–160.
- Liu Q., Petrini M.A., Luo D., Yang B.X., Yang J., Haase J.E.* Parents' experiences of having a young child with acute lymphoblastic leukemia in China // Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2021. V. 38. № 2. P. 94–104.
- Reshetnikov A., Gevandova M., Prisyazhnaya N.* The role of parents in their child's cancer diagnosis, treatment, rehabilitation, and socialization // Indian Journal Pediatrics. 2024. № 91. P. 30–34.
- Schaefer M.R., Kenney A.E., Himelhoch A.C., Howard Sharp K.M., Humphrey L., Olshefski R., Gerhardt C.A.* A quest for meaning: A quali-

- tative exploration among children with advanced cancer and their parents // Psycho-Oncology. 2021. V. 30. № 4. P. 546–553.
- Willard V.W., Conklin H.M., Huang L., Zhang H., Kahalley L.S. Concordance of parent, teacher- and self-report ratings on the Connors 3 in adolescent survivors of cancer // Psychological Assessment. 2016. V. 28. № 9. P. 1110–1118.

Психологические факторы посттравматического стресса у пациентов после перенесенной инфекции COVID-19

А.Б. Холмогорова **, А.А. Рахманина* **, О.Д. Пуговкина* **,
Н.А. Карчевская** ****

*Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия

**ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва, Россия

kholmogorova-2007@yandex.ru
rakhmaninaaa@sklif.mos.ru
olgapugovkina@yandex.ru

***Научно-исследовательский институт пульмонологии,
Москва, Россия
kartchevskaia@mail.ru

В статье представлено исследование факторов эмоциональной дезадаптации у пациентов, проходивших госпитальное лечение коронавирусной инфекции. Анализ литературы показал, что нарушения эмоциональной сферы и сна являются наиболее значимыми среди всех последствий перенесенной коронавирусной инфекции. В рамках данной работы было обследовано 67 респондентов, которым предлагалось заполнить ряд опросников для оценки уровня эмоциональной дезадаптации, соматосенсорной амплификации, беспокойства, алекситимии, перфекционизма, одиночества и руминаций. Согласно проведенному регрессионному анализу, в качестве предикторов тревоги были выявлены соматосенсорная амплификация и социально предписываемый перфекционизм. При этом трудности идентификации чувств и руминации

в форме депрессивных размышлений оказались наиболее значимыми предикторами симптомов депрессии и посттравматического стресса.

Ключевые слова: посттравматический стресс, эмоциональная дезадаптация, коронавирусная инфекция, COVID-19, факторы стресса, факторы дезадаптации

После пандемии коронавируса было проведено множество исследований, посвященных последствиям для психического здоровья, в первую очередь связанных с темой выгорания медицинских работников (Холмогорова с соавт., 2020). Однако исследований состояния психического здоровья пациентов, перенесших COVID-19, все еще недостаточно, особенно в отечественной науке.

Зарубежные исследования посттравматического стресса пациентов, находившихся на лечении коронавирусной инфекции в стационаре, показали, что у 9,5% госпитализированных и 7% негоспитализированных пациентов развивались симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) через 1,5–6 месяцев после болезни. Женщины, пациенты с одышкой и те, кто эмигрировал в страну, где проходил лечение, были подвержены большему риску. Также депрессия и симптомы COVID-19 у негоспитализированных связывались с более стойкими симптомами ПТСР (Bonsaken et al., 2020). Другие исследования, проведенные в Тегеране и Китае, выявили различные уровни тревожных, депрессивных симптомов, а также симптомов ПТСР среди выздоровевших. Возраст младше 50 лет и женский пол были выделены в качестве предикторов развития более выраженных симптомов тревоги и депрессии (Khademi et al., 2021; Chen et al., 2021). В Турции 34,5% пациентов также сообщили о симптомах ПТСР через 50 дней после постановки диагноза (Pouraz et al., 2021). Различия в распространенности симптомов ПТСР могут быть объяснены методиками исследований, психологическими и социальными особенностями участников, а также организацией здравоохранения в разных странах.

При этом данные отечественного метаанализа указывают на то, что количество респондентов, отмечающих симптомы ПТСР, снижается в зависимости от срока после госпитализации с 31% через 2 недели после госпитализации до 5,8% через полгода (Мосолов, 2021). Отечественные исследования последних лет подтверждают негативное влияние перенесенной коронавирусной инфекции на эмоциональное состояние человека. Данные указывают на то, что в группе респон-

дентов, перенесших заболевание, выше выраженность суицидальных мыслей и психопатологических показателей, отмечается рост «эзотерического мышления» и «обращения к религии», в отличие от тех, кто не болел COVID-19 (Медведева с соавт., 2021). В одном из исследований больше половины респондентов указывают на перепады настроения и нарушения сна, а также повышенную утомляемость, выделяя их как приносящие наибольший дискомфорт по сравнению с симптомами физического недомогания (Гуляев с соавт., 2022).

Отечественное исследование, проведенное через несколько месяцев после госпитализации пациентов в стационар по поводу перенесенной коронавирусной инфекции, показало, что 19% пациентов отмечали симптомы депрессии разной степени тяжести (Холмогорова с соавт., 2024). При этом симптомы тревоги легкой степени были у большинства респондентов (90%), а у остальных отмечались симптомы тревоги средней и высокой степени. У 6% пациентов были обнаружены симптомы посттравматического стресса. Вместе с тем только полоказал значимое влияние на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации в отличие от других социodemографических и клинических показателей.

Однако исследований влияния психологических факторов на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации у пациентов, перенесших COVID-19, практически не проводилось.

Цель настоящего исследования — изучить влияние психологических факторов на выраженность симптомов ПТСР, тревоги и депрессии у пациентов, проходивших лечение коронавирусной инфекции в стационаре.

Процедура исследования. Пациентам, проходившим стационарное лечение в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского с диагнозом коронавирусная инфекция, предлагалось не менее чем через месяц после выписки пройти бесплатное стационарное обследование с целью оценки степени восстановления после перенесенного заболевания, куда также была включена консультация медицинского психолога. Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Российского психологического общества и гарантией конфиденциальности полученных данных. По желанию пациентов после обследования им давалась обратная связь и в случае необходимости проводилась психологическая беседа, направленная на нормализацию психологического состояния.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 71 респондент, среди которых 41 мужчина и 30 женщин. Однако 4 респондента были исключены из дальнейшего исследования ввиду отказа заполнять большую часть методик. Средний возраст респондентов составил 55,6 (откл. 10,75) года. 92% респондентов имели высокую степень поражения легких во время госпитализации по поводу заболевания (КТ 3–4). Более подробно с описанием выборки можно ознакомиться в статье (Холмогорова и др., 2024).

Для оценки выраженности симптомов психического неблагополучия и уровня переживаемого стресса и его факторов использовались следующие методики: 1. Шкалы депрессии (BDI — Beck Depression Inventory) А. Бека (Beck, 1996), в адаптации Н. В. Тарабриной с соавторами (2001); 2. Шкала тревоги А. Бека (BAI — Beck Anxiety Inventory) (Beck, 1988); 3. Опросник посттравматического стресса (PCL-5 — Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Blevins et al., 2015; Weathers et al., 1993), в адаптации Н. В. Тарабриной с соавторами (2017).

Для оценки выраженности особенностей личности и когнитивного стиля были использованы следующие методики: 1. Шкала соматосенсорной амплификации (SSAS; M. Nakao, A. Barsky, 2007; адаптация (Золотарева, 2023)); 2. Пенсильванский опросник беспокойства (PSQW; T. Meyer, T. Borkovec et al., 1990; адаптация (Ярышева, 2018)); 3. Шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20 — G.J. Taylor и соавт., 1985); адаптация Е. Г. Старостиной с соавторами (2009)); 4. Трехфакторный опросник перфекционизма (Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева, 2018); 5. Шкала одиночества (UCLA; Russell, 1978); адаптация (Каширский, 2014)); 6. Шкала руминаций (RRS; Nolen-Hoeksema et al., 1999)).

Обработка данных производилась с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 27. Был проведен множественный регрессионный анализ (MPA) с целью исследования влияния исследуемых факторов на выраженность симптомов ПТСР, тревоги и депрессии. Для отбора независимых переменных проводился корреляционный анализ с использованием критерия Спирмена.

Результаты. Для проведения нескольких серий множественного регрессионного анализа в качестве независимых переменных были использованы показатели шкалы соматосенсорной амплификации, опросника беспокойства, шкалы одиночества. Также были использованы подшкалы опросников алекситимии, перфекционизма и руминаций. Так

как изначально проводился корреляционный анализ для исследования взаимосвязи зависимой и независимых переменных, состав независимых переменных варьировался в каждой серии регрессионного анализа. Интегральные показатели данных опросников не были включены в качестве независимых переменных с целью избегания зашумления результатов. Показатели по шкале одиночества оказались не связаны с выраженной тревогой и симптомами депрессии, а показатели Алекситимии (кроме трудности идентификации чувств) не связаны только с тревогой.

Во всех случаях была проведена оценка автокорреляции с помощью значения Дарбина–Уотсона, которая находилась в диапазоне [1,5; 2,5]. Показатель мультиколлинеарности VIF не превышал значения 1,5 для каждой независимой переменной, распределение остатков соответствовало нормальному. Все модели прошли проверку на гомоскедастичность.

В результате исследования факторов тревоги были выделены следующие переменные: соматосенсорная амплификациия ($b=0,521$, $p<0,001$) и социально предписываемый перфекционизм ($b=0,276$, $p=0,007$). Модель объясняет 45,5% дисперсии ($F=27,099$, $p<0,001$). В качестве предикторов депрессивной симптоматики у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, были выделены руминирование в форме депрессивных размышлений ($b=0,443$, $p<0,001$) и трудности идентификации чувств ($b=0,295$, $p=0,015$). Данные параметры объясняют 44,6% вариации показателей депрессии ($F=26,179$, $p<0,001$).

В качестве предикторов интегрального показателя ПТСР были выявлены те же показатели, что и для депрессии: руминирование в форме депрессивных размышлений ($b=0,428$, $p<0,001$) и трудности идентификации чувств ($b=0,393$, $p<0,001$), что подчеркивает существенный вклад Алекситимии и депрессивных руминаций в развитие эмоциональной дезадаптации в данной группе пациентов. Модель объясняет 54,8% дисперсии, демонстрирует высокую степень пригодности ($F=39,428$, $p<0,001$).

Ограничения исследования. Ограничения данного исследования обусловлены небольшой выборкой респондентов, а также проживанием в пределах Москвы и МО. Результаты основаны на данных пациентов с COVID-19, в подавляющем большинстве проходивших лечение в НИИ Скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, что могло существенно снизить уровень стресса, связанный с низкой доступностью помощи и недоверием к лечению.

Обсуждение результатов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на выраженную тревогу у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию в тяжелой форме, в первую очередь влияет повышенное внимание к сигналам своего тела и ожидание высоких требований от других людей. Стоит отметить, что мы ограничены только теми показателями, которые были включены в исследование. Действительно, многочисленные исследования указывают на то, что соматосенсорная амплификация может усиливать тревогу (особенно ее соматический компонент), является предиктором ипохондрии. В то же время повышенное внимание к сигналам тела может усиливаться под действием тревоги. В свою очередь социально предписываемый перфекционизм оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние и социальную адаптацию. Несмотря на то, что эти факторы имеют разный механизм влияния на выраженную тревогу, объединять их может повышенная чувствительность как ко внутренним, так и к внешним сигналам. При этом наиболее значимыми предикторами выраженности симптомов депрессии и посттравматического стресса оказались трудности с идентификацией чувств — показатель алекситимии, который является фактором эмоциональной дезадаптации согласно многочисленным исследованиям и может усиливать соматизацию аффекта, а также руминирование в форме депрессивных размышлений, которое отчасти и является компонентом депрессивной симптоматики.

Выводы

1. Согласно полученным результатам, в качестве основных предикторов тревоги у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, были выявлены показатели соматосенсорной амплификации и социально предписываемый перфекционизм.
2. Исследование факторов симптомов депрессии и посттравматического стресса показало, что депрессивные размышления и трудности идентификации чувств оказались наиболее значимыми предикторами этих показателей эмоциональной дезадаптации.

Литература

Гуляев П.В., Реснянская С.В., Островская И.В. Выявление постковидного синдрома у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию // Современные проблемы здравоохранения и

- медицинской статистики. 2022. № 2. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=802> (дата обращения: 18.04.2025).
- Мосолов С.Н.* Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARSCoV-2 // Современная терапия психических расстройств. 2021. № 3. С. 2–23.
- Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю. Микита О.Ю., Рахманова А.А., Рой А.П.* Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2020. Т. 9. № 3. С. 321–337.
- Медведева Т.И., Ениколовов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Жабина Д.В.* COVID-19. Рост мыслей о суициде после перенесенной инфекции // Научный форум. Сибирь. 2021. Т. 7. № 2. С. 9–13.
- Холмогорова А.Б., Рахманова А.А., Пуговкина О.Д., Авакян Т.А., Караваевская Н.А., Петриков С.С.* Посттравматический стресс и посттравматический рост у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре: социodemографические, клинические и психологические факторы // Медицинская психология в России. 2024. Т. 16. № 1. С. 11–33.
- Khademi M., Vaziri-Harami R., Shams J.* Prevalence of mental health problems and its associated factors among recovered COVID-19 patients during the pandemic: A single-center study // Frontiers in Psychiatry. 2021. V. 12. Art. 602244.
- Bonsaksen T., Heir T., Schou-Bredal I., Ekeberg Ø., Skogstad L., Grimholt T.K.* Post-traumatic stress disorder and associated factors during the early stage of the COVID-19 pandemic in Norway // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. V. 17. № 24. Art. 9210.
- Chen Y., Huang X., Zhang C., An Y., Liang Y., Yang Y., Liu Z.* Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China // BioMed Central Psychiatry. 2021. V. 21. № 1. P. 80.
- Poyraz B.Ç., Poyraz C.A., Olgun Y., Gürel Ö., Alkan S., Özdemir Y.E Balkan İ., Karaali R.* Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19 // Psychiatry Research. 2021. V. 295. Art. 113604.

Длительное стационарное лечение туберкулеза органов дыхания как фактор риска посттравматического стресса

O. С. Шелоумова

Центральный научно-исследовательский институт
туберкулеза, Москва, Россия
oksanasheloumova@yandex.ru

Тяжелое соматическое заболевание может приводить к возникновению посттравматического стресса, дополнительным психотравмирующим фактором является госпитализация. Целью настоящего исследования стало изучение взаимосвязи фruстрационного поведения и психоэмоционального состояния детей с ТОД в ситуации госпитализации для выявления пациентов, подверженных наибольшему риску неблагоприятного воздействия стационарного лечения. Выборку составили 76 пациентов с ТОД в возрасте 7–12 лет, поступивших на стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИТ». По результатам исследования у детей с ТОД был выявлен повышенный уровень тревожности, симптомы депрессии и ряд трудностей психосоциальной адаптации: эмоциональные проблемы, проблемы с поведением и со сверстниками. Наибольшее количество симптомов психологической дезадаптации у пациентов было связано с экстрапунитивным направлением фruстрационных реакций с фиксацией на самозащите.

Ключевые слова: посттравматический стресс, госпитализация, фruстрационные реакции, туберкулез органов дыхания, дети

Постановка диагноза, болезнь, госпитализация и связанные с ней медицинские процедуры оказывают стрессогенное воздействие на пациентов любого возраста, однако наиболее уязвимой категорией являются дети. Н. В. Тарабрина отмечает, что тяжелое соматическое заболевание погружает ребенка в новую психологическую реальность, которая является сложной как для него самого, так и для его близких. Оказывая негативное влияние не только на физическое, но и на эмоциональное состояние ребенка, болезнь может приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства. Дополнительным травматизирующим фактором при серьезном соматическом заболевании может являться госпитализация (Тарабрина, 2001).

Начало систематического изучения влияния депривационных условий медицинских учреждений на детей в значительной степени связано с именами Рене Шпица и Джона Боулби. Наблюдения за детьми раннего возраста, находящимися в больнице или другом учреждении с институционализированным уходом без сопровождения матери или лица, ее заменяющего, позволили Шпицу выделить специфические симптомокомплексы, названные им «анаклитической депрессией» и «госпитализмом», приводящие не только к серьезным нарушениям психического и соматического здоровья, но и, в самых тяжелых случаях, к смерти ребенка. Поворотным пунктом для изучения психической депривации явилась монография Боулби «Материнская забота и психическое здоровье», изданная в 1951 году Всемирной организацией здравоохранения (Лангмайер, 2022), в которой собраны результаты исследований неблагоприятных последствий материнской депривации.

В дальнейшем Й. Лангмайер и З. Матейчик в своих исследованиях депривации в различных условиях, в том числе при госпитализации, акцентировали внимание на неблагоприятных последствиях сепарации ребенка от семьи для его психического развития. Ученые отмечали, что психоэмоциональные нарушения, вызванные госпитализацией, можно наблюдать по различным вегетативным функциям, нарушению сна, и указывали на важность посещений ребенка матерью для сохранения тесной связи между ними, даже несмотря на то, что после посещения ребенок может становиться более возбужденным (Лангмайер, 2022). Результаты последующих исследований выявили ряд дополнительных факторов психоэмоциональных нарушений у детей в условиях болезни и госпитализации. Среди них специфика и уровень стресса, вызванного заболеванием и медицинскими процедурами, возраст ребенка, уровень его развития, адаптационные возможности и навыки эмоциональной регуляции, реакция родителей на болезнь и госпитализацию ребенка, отношение персонала больницы и ее условия (Nagera, 1978). В дальнейшем было показано, что такие психоэмоциональные нарушения, как симптомы депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а также поведенческие нарушения, могут наблюдаться у детей не только во время госпитализации, но и после выписки из стационара (Meentken, 2021; Triantafyllou, 2019).

На протяжении всего периода изучения стрессогенного воздействия болезни и госпитализации на детей в фокусе внимания исследователей оставалась сфера фтизиатрии, поскольку нередко во время стационар-

ного лечения туберкулеза дети не видели своих родителей в течение 2 и более лет (Jolley, 2009). В настоящее время стрессогенность длительной госпитализации при туберкулезе органов дыхания (ТОД) у детей продолжает оставаться актуальной проблемой. Так, при длительном стационарном лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, требующимся для обеспечения комплексного лечения и соблюдения сложных схем химиотерапии, разлука с родителем или опекуном приводит к возникновению у детей 0–5 лет таких симптомов дистресса, как плач, агрессивное поведение, гиперактивность, замкнутость (Meyerson, 2021). У детей более старшего возраста с ТОД симптомы психоэмоциональных нарушений утяжеляются за счет наличия трудностей в принятии диагноза, беспокойства по поводу своего будущего, а также негативной самооценки (Zvonareva, 2021). Значимым стрессогенным фактором при госпитализации пациентов младшего подросткового возраста является невозможность видеться с прежними друзьями, заниматься спортом и теми видами хобби, которые не могут быть продолжены в условиях стационара (Шелоумова, 2022).

Несмотря на длительную историю изучения стрессогенного воздействия госпитализации на детей, недостаточно исследованной остается проблема оценки факторов риска посттравматического стресса после стационарного лечения ТОД. Научные данные о влиянии психосоциальных трудностей, имевшихся у ребенка до госпитализации, на уровень стресса, вызванного болезнью и пребыванием в стационаре (Price, 2016), обусловливают целесообразность оценки индивидуально-психологических особенностей пациентов детского возраста при поступлении во фтизиатрический стационар для оказания клинико-психологической помощи, направленной не только на нормализацию текущего психоэмоционального состояния ребенка, но и на профилактику развития посттравматического стресса в дальнейшем.

Для выявления пациентов, подверженных наибольшему риску неблагоприятного воздействия стационарного лечения, было проведено исследование, целью которого стало изучение взаимосвязи фрустрационного поведения и психоэмоционального состояния детей с ТОД в ситуации госпитализации. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение о наличии взаимосвязи предпочтения детьми менее эффективных стратегий реагирования на фрустрирующую ситуацию поступления во фтизиатрический стационар с выраженностью психологической дезадаптации. Выборку составили 76 пациентов с ТОД

в возрасте 7–12 лет ($10,37 \pm 1,85$), поступивших на стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИТ», из них 51 (67,11%) девочка и 25 (32,89%) мальчиков. Выявление фрустрионных реакций осуществлялось с помощью Фрустрионного теста Розенцвейга. Для определения депрессии использовался Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак. Оценка психосоциальной адаптации детей осуществлялась с помощью опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)». Тревожность выявлялась с помощью Шкалы явной тревожности для детей (CMAS).

По результатам обследования уровень тревожности 38 (50%) детей превышал нормативные значения, у 11 (14,5%) из них наблюдалась очень высокая тревожность. Подавляющее большинство пациентов характеризовалось наличием такого симптома депрессии, как межличностные проблемы (67 (88,1%)). По данным частотного анализа психосоциальной адаптации пациентов, в спектре нарушений адаптации преобладали проблемы со сверстниками. Отклоняющиеся от нормативного уровня показатели данной шкалы отмечались у 31 (40,8%) детей. Фрустрионное поведение большинства пациентов (57 (75,0%)) отличалось повышенным уровнем реакций импунистивного направления, предполагающих отношение к фрустрирующей ситуации как к несущественной или неизбежной, с которой ничего нельзя сделать. Анализ преобладающих типов фрустрионных реакций показал, что у подавляющего большинства детей (64 (84,2%)) показатели реакций с фиксацией на препятствии, предполагающие эмоциональную оценку неприятной ситуации с выражением отношения не к людям, а к событиям, выше нормативных значений. Уровень показателей реакций с фиксацией на самозащите и на разрешении ситуации был ниже нормативных значений у большинства пациентов (71 (93,4%) и 53 (69,7%) соответственно).

По результатам корреляционного анализа экстрапунитивное направление фрустрионных реакций было положительно связано со следующими показателями проблем адаптации: проблемами с поведением ($r=0,455$, $p<0,01$), гиперактивностью ($r=0,300$, $p<0,01$), проблемами со сверстниками ($r=0,336$, $p<0,01$), общим числом проблем адаптации ($r=0,336$, $p<0,01$), а также тревожностью ($r=0,304$, $p<0,01$). Взаимосвязь импунистивного направления реакций с такими симптомами дезадаптации, как гиперактивность, проблемы с поведением, и общим числом проблем адаптации была отрицательной ($r=-0,303$, $p<0,01$; $r=-0,408$, $p<0,01$ и $r=-0,363$, $p<0,01$, соответственно).

Также была выявлена взаимосвязь интрапунитивного направления фruстрационных реакций с таким симптомом депрессии, как ангедония ($r=0,314$, $p<0,01$).

Несмотря на то, что повышенный уровень фрустрационных реакций с фиксацией на самозащите, указывающий на повышенную эмоциональную чувствительность, легкоранимость, впечатлительность и низкую стрессоустойчивость, был выявлен лишь у незначительного числа детей, именно с данным типом реакций были связаны такие симптомы психосоциальной дезадаптации, как гиперактивность ($r=0,366$, $p<0,01$), проблемы с поведением ($r=0,417$, $p<0,01$) и общее число проблем адаптации ($r=0,412$, $p<0,01$). Полученные данные могут быть использованы для разработки программ клинико-психологического сопровождения детей с ТОД, подверженных повышенному риску психологической дезадаптации и дальнейшего развития посттравматического стресса, на этапе стационарного лечения.

Литература

- Лангмайер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте / Пер. с чеш. Г.А. Овсянникова. М.: Альма Матер, Гаудеамус, 2022.
- Тараабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001.
- Шелоумова О.С., Золотова Н.В.* Факторы негативных переживаний у детей с туберкулезом органов дыхания, находящихся на стационарном лечении // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 2. С. 92–108.
- Meentken M.G., van der Ende J., del Canho R., Beynum I.M., Aenderkerk E.W.C., Legerstee J.S., Lindauer R.J.L., Hillegers M.H.J., Helbing W.A., Moll H.A., Utens E.M.W.J.* Psychological outcomes after pediatric hospitalization: The role of trauma type // Children's Health Care. 2021. V. 50. № 3. P. 278–292.
- Meyerson K.A., Hoddinott G., Garcia-Prats A.J., Tomlinson M.* Caregiver-child separation during tuberculosis hospitalisation: a qualitative study in South Africa // South African Journal of Psychology. 2021. V. 51. № 3. P. 409–421.
- Nagera H.* Children's reactions to hospitalization and illness // Child Psychiatry and Human Development. 1978. № 9. P. 3–19.
- Price J., Kassam-Adams N., Alderfer M.A., Christofferson J., Kazak A.E.* Systematic review: a reevaluation and update of the integrative (trajectory)

- model of pediatric medical traumatic stress // Journal of Pediatric Psychology. 2016. V. 41. № 1. P. 86–97.
- Spitz R.A.* Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood // The Psychoanalytic Study of the Child. 1945. № 1. P. 53–74
- Triantafyllou C., Matziou V.* Aggravating factors and assessment tools for posttraumatic stress disorder in children after hospitalization // Psychiatriki. 2019. V. 30. № 3. P. 264–270.
- Zvonareva O., Witte S., Kabanets N., Filinyuk O.* Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing // PLoS One. 2021. V. 16 (10). Art. e0257379.

РАЗДЕЛ 8

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР

Комплексная программа психосоциальной и духовной помощи при проявлении симптомов ПТСР, обусловленного внезапной утратой близкого человека

A. В. Алёшичева, О. Е. Лебедева**, В. Б. Иваницкая****

*Академия права и управления Федеральной службы
исполнения наказаний, Рязань, Россия
annamona@yandex.ru

**Центр кризисной психологии и социальной реабилитации,
Минск, Беларусь
annamona@yandex.ru

***Медицинский центр «Элиот», Минск, Беларусь
annamona@yandex.ru

Развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является часто встречающимся последствием при утрате близкого человека. В статье проанализированы психоаналитический, экзистенциальный, культурно-исторический, деятельностный и христианский подходы к обоснованию динамики посттравматического стресса. Представлена программа комплексной реабилитации семей с детьми, проживающими кризис внезапной утраты близкого человека. Программа включает в себя три блока: психологическая помощь, духовное сопровождение и культурно-просветительская работа. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности программы в снижении проявлений симптомов ПТСР, повышении устойчивости и восстановлении эмоционального, социального, когнитивного и духовного аспектов личности. В качестве перспективы дальнейших исследований предложено исследовать феномен посттравматического роста личности горюющего.

Ключевые слова: утрата, психологическая помощь, духовное сопровождение, культурно-просветительская работа, восстановление личности, горевание

Актуальность проблемы. Утрата близкого человека является одним из самых травмирующих событий, значительно повышающих риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

у родственников. Также в зоне риска оказываются люди, чья деятельность непосредственно или косвенно связана с катастрофами, участием в боевых действиях (например, пожарные, спасатели, медицинский персонал и другие). В зоне непосредственной близости от места происшествия может оказаться случайный человек и у него, как у очевидца, тоже может развиться ПТСР. В исследовании Е.П. Малюткиной показано, что 34% людей имеют ПТСР легкой степени тяжести, 44% — умеренной и у 22% — тяжелая степень тяжести. В большинстве случаев легкая (25%) и умеренная (32%) степень тяжести ПТСР характерна для женщин. Из 269 обследованных респондентов у 40% диагностирован затяжной характер психогенного депрессивного расстройства, у 35% — диагностировано ПТСР. У этих людей после смерти близкого человека ретроспективно выявлялась реакция патологического горя. Всего 25% людей, у которых после утраты родственника прошло 6 и более месяцев, и они были клинически здоровы (Малюткина, 2013).

Как правило, расстройство адаптации личности возникает в течение первого месяца после смерти родственника, характеризуется тревожными и депрессивными симптомами.

В работе Е.А. Буриной и А.Ю. Добряковой доказано, что у 7–20% людей, потерявших близких, наблюдаются признаки осложненного горя (Бурина, Добрякова, 2018). Проблема поиска способов преодоления кризиса утраты актуальна для 92% людей (Ковалевская, 2020).

Представленные данные подтверждают, что ПТСР является одной из ключевых проблем в работе с горюющими. Существующие программы помощи при ПТСР зачастую сфокусированы либо на медикаментозном лечении, либо на психотерапии. Учитывая актуальность данной проблемы, целью нашего исследования является обоснование значения психологической помощи, духовного сопровождения и культурно-просветительской работы в снижении проявления симптомов ПТСР при внезапной утрате близкого человека.

Приведем некоторые подходы к рассмотрению значения ПТСР для личности. В психоаналитической концепции считается, что механизмы психологической защиты личности (отрицание, замещение, вытеснение, рационализация и др.) являются искаженными способами преодоления потери (З. Фрейд, К. Юнг). Возникновение и развитие ПТСР связано с вытесненными травматическими переживаниями.

В экзистенциальной психологии подчеркивается ценность страдания и приобретения мудрости (В. Франкл, Л. Бисвангер, Р. Мэй). Утра-

та смысла жизни ведет к усилению симптомов ПТСР, а поиск новых смыслов способствует посттравматическому росту.

В культурно-историческом и деятельностном подходах (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Ф. Е. Василюк) ПТСР связано с нарушением смысловой структуры личности. Травматический опыт важно осмысливать и интегрировать в жизненный контекст. Ритуалы, культура, социальные взаимодействия с миром способствуют восстановлению личности. В исследовании М. Ш. Магомед-Эминова показано, что разрешение смыслового конфликта (например, через социальную поддержку, культурные практики) играет ключевую роль в преодолении ПТСР (Магомед-Эминов, 2009).

В христианском богословии горе и страдание являются неотъемлемой частью человеческого существования, важным этапом духовного пути (Руслина, 2012). Через горе человек может углубить свою веру, достичь нового уровня духовной зрелости. Святитель Лука утверждал, что испытания посылаются для духовного совершенствования человека (Войно-Ясенецкий, 2008). Значение духовных ценностей в преодолении кризисов и восстановлении внутренней гармонии описано в христианской антропологии В. В. Зеньковского. Автор подчеркивает, что участие в богослужениях, беседы со священнослужителями способствуют духовному развитию человека.

Р. Тедески и Л. Калхун утверждают, после ПТСР возможен личностный рост в виде изменения мировоззрения, усиления духовности, переоценки ценностей. Поэтому программа помощи горюющим должна способствовать не только снижению симптомов, но и осмыслению утраты.

Краткосрочные психологические консультации не всегда учитывают всю сложность переживания утраты. Горюющему необходимо создать естественные условия для проживания всех состояний и принятия любых эмоций. Несмотря на разработанный ряд мер социальной поддержки, актуальным остается создание комплексной программы реабилитации горюющего.

Разработанная программа отличается от традиционных методов работы с ПТСР, т. к. интегрирует в себе духовное сопровождение с современными методами психологической помощи, а также культурно-просветительскую работу.

Последняя играет важную роль в восстановлении личности на социальном уровне. Опираясь на культурно-историческую концепцию

Л.С. Выготского, сделан акцент на том, что культурное обогащение снижает уровень социальной изоляции, помогает субъекту адаптироваться к новым условиям жизни. Искусство и культура способствуют интеграции переживания, формированию нового смысла после утраты, а значит, и восстановлению целостности личности.

Предполагается, что такой подход будет способствовать глубокому восстановлению психологического состояния, укреплению духовных сил и помочи в возвращении к полноценной жизни.

Чтобы помочь горюющим глубже осмысльить и пережить каждую стадию горевания, была использована модель Э. Кюблер-Росс (2021). В исследовании Е.П. Малюткиной использование этой модели помогло диагностировать эмоциональное состояние и гибко корректировать подходы к оказанию помощи в зависимости от стадии горевания (Малюткина, 2013).

Программа состояла из трех блоков мероприятий: духовное сопровождение (беседы со священнослужителями, участие в богослужениях), психологическая помощь (групповая и индивидуальная формы работы) и культурно-просветительская работа (посещение экскурсий, концертов).

Мы полностью согласны с Е.Г. Максименко и И.В. Ивановой, что смысл психологической помощи заключается не только в проработке актуальной травмы, но также в работе с вытесненными бессознательными переживаниями (Максименко, Иванова, 2019). Ф.Е. Василюк переживание рассматривает в контексте осмысления жизни, смыслового принятия бытия. Не обратимость ситуации потери приводит человека в состояния отчаяния, печали, грусти. В рамках деятельностного подхода А.Н. Леонтьева Ф.Е. Василюк считает переживание самостоятельным процессом, соотносящим субъекта с миром и решаящим его реальные жизненные проблемы. Изменение сознания субъекта и его психологического содержания возможно за счет ритуально-символического поведения. Внешние и внутренние действия помогают человеку переработать травмирующие события. Получается, активная творческая деятельность, которая наполнена смыслом и имеет завершенный продукт, способствует глубинному осмыслению индивидуальной жизни человека и тем самым приводит к проживанию жизненного кризиса.

Поэтому в психологическую групповую работу были включены упражнения из разных психотерапевтических направлений. Использование арт-терапии позволило проработать навязчивые воспоминания, телесно-ориентированная терапия и EMDR-терапия способство-

вали снижению гипервозбуждения, тревожности, раздражительности, с помощью когнитивно-поведенческой терапии были переработаны дезадаптивные убеждения о потере. Также использованы следующие методы: анкетирование, тестирование, наблюдение, беседа. Каждый метод направлен на работу с разными аспектами личности — эмоциональным, когнитивным, физическим, духовным.

На подготовительном этапе программы была проведена диагностика участников, на основном — осуществлен комплекс мероприятий (психологическая помощь, культурно-просветительская работа, духовное сопровождение), на заключительном — собрана обратная связь от участников и разработаны индивидуальные рекомендации.

Программа реализована на базе Свято-Елисаветинского монастыря (Республика Беларусь, г. Минск). Длительность программы — 14 дней. Участниками стали семьи с детьми, которые столкнулись с внезапной утратой близкого. Специфика данной категории заключается в том, что трудности проживания кризиса утраты усиливаются необходимостью поддерживать как себя, так и подрастающее поколение. Дети и подростки требуют особого внимания, т. к. их восприятие утраты отличается. В зависимости от риска усугубления горя А. Дарегров (Пономарева, 2014) выделил у детей горе и травму. Если горе является нормальным процессом, то травма приводит к развитию ПТСР. Степень привязанности к близкому человеку и внезапность его смерти становятся для ребенка сильным психотравмирующим обстоятельством, с которым самостоятельно ему справиться достаточно затруднительно. Изменения в поведении, проявления агрессии или обосабление — лишь небольшой перечень проблем, с которыми сталкивается родитель. И именно от психической зрелости значимого взрослого зависит, насколько успешно ребенок сможет пережить интенсивные негативные эмоции, связанные с утратой. Поэтому так важно уделить внимание психологической помощи близким родственникам (маме, сестре и/или бабушке), которые, находясь в состоянии острого горя, не смогут обеспечить успешное преодоление кризиса утраты у своих детей.

По результатам диагностики семей на начальном этапе отмечены клинические проявления ПТСР: высокий уровень тревожности (36,2 балла), выраженные симптомы гипервозбуждения (бессонница, проблемы с засыпанием, раздражительность, частая смена настроения и др.), навязчивые воспоминания о потере, неохотное участие в групповых сессиях, нежелание обсуждать утрату. В первые дни программы

отмечались агрессивные реакции у некоторых горюющих, эмоциональная отстраненность — у других. На индивидуальных консультациях они говорили о внутреннем опустошении. Руководствуясь наработками Э. Линдеманна (Линдеманн, 2008), было очевидно, что участники программы находятся в состоянии острого горя с признаками ПТСР. Поэтому системная работа как со взрослыми, так и с детьми обеспечила более качественное проживание чувств, связанных с гореванием.

После прохождения программы наблюдалось значительное снижение проявлений ПТСР. Уровень тревожности снизился на 59% (с 36,2 до 14,8 балла), интенсивность навязчивых воспоминаний — на 63%. Улучшилось качество сна у 68% участников. 78% респондентов во второй половине программы стали более активными в дискуссиях на тему утраты. Чувство эмоционального отчуждения сменилось эмоциональной вовлеченностью для 72% людей.

В целом групповая психологическая работа позволила снизить уровень социального избегания, а духовное сопровождение способствовало восстановлению смысла жизни.

У всех участников наблюдалось повышение эмоциональной устойчивости. Они стали более вовлеченными в групповые процессы, улучшились навыки коммуникации (особенно среди подростков), уменьшились жалобы на усталость. Отмечается улучшение общего самочувствия.

Заключение. Использование в программе экзистенциального, психоаналитического, культурно-исторического, деятельностного и христианского подходов способствовало снижению интенсивности симптомов ПТСР и восстановлению эмоционального, когнитивного, духовного и социального аспектов личности. Интеграция психологической помощи, духовного сопровождения и культурно-просветительской работы позволяет в короткие сроки осмыслить утрату, уменьшить уровень тревожности и глубину травматических воспоминаний. Перспективой дальнейших исследований является изучение посттравматического роста личности, столкнувшейся с внезапной потерей близкого человека.

Литература

- Бурина Е.А., Добрякова А.Ю. Клинико-психологические особенности лиц, переживших осложненное горе // Петербургский психологический журнал. 2018. С. 94–120.
- Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа и тело. Избранные поучения. М.: Даръ, 2008.

- Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании.* М.: АСТ, 2021.
- Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса.* СПб.: Питер, 2008. С. 397–406.
- Магомед-Эминов М.Ш. Деятельностно-смысlovой подход к психологической трансформации личности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук.* Москва, 2009.
- Максименко Е.Г., Иванова И.В. Переживание горя и утраты. Психологическая помощь на разных этапах горевания // Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография / Под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Седневой, А.В. Гордеевой, Е.В. Новиковой.* Донецк: Фолиант, 2019. С. 37–51.
- Малюткина Е.П. Симптоматика, медико-психологические характеристики и предрасполагающие факторы затяжных стрессовых психопатологических расстройств после смерти близких: автореф. дис. ... канд. мед. наук.* Санкт-Петербург, 2013.
- Пономарева И.М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие.* СПб.: СПбГИПСР, 2014.
- Руслана А.О. Периодизация процесса переживания горя в психологии и православном богословии // Консультативная психология и психотерапия.* 2012. Т. 20. № 3. С. 185–212.

История развития метода десенсибилизации и переработки движениями глаз: от ПТСР к различной проблематике

H.A. Власов

Российский государственный социальный университет,
Москва, Россия
vlasovNA@rgsu.net

В статье рассматривается история развития метода десенсибилизации и переработки движениями глаз от его становления в качестве эффективного инструмента лечения посттравматического стрессового расстройства до заметного расширения сферы применения. Кратко проанализирован социокультурный контекст возникновения ДПДГ. На примере трех протоколов, разработанных для терапии тревожных расстройств, депрессии

и расстройств пищевого поведения, показано влияние на данный подход других направлений психологической помощи. Утверждается, что «экспансия» метода десенсибилизации и переработки движениями глаз в отличные от ПТСР области психопатологии сопровождалась интеграцией с теми моделями психотерапии и консультирования, которые уже успели доказать свою эффективность в работе с ними. В завершении статьи делается вывод о том, что этот процесс подтверждает тезис о конвергенции разнообразных систем психологической теории и практики.

Ключевые слова: ДПДГ, ПТСР, тревожные расстройства, депрессия, расстройства пищевого поведения

В настоящее время в профессиональном сообществе психологов-практиков (психотерапевтов) едва ли найдется человек, не слышавший о методе десенсибилизации и переработки движениями глаз. В последние годы популярность этого направления психологической помощи заметно выросла, о чем косвенно может говорить увеличение количества издаваемой литературы по ДПДГ. И первая ассоциация, приходящая на ум при произнесении названия этого подхода, естественно, связывает его с областью применения — последствиями психической травмы и в первую очередь с посттравматическим стрессовым расстройством. Действительно, метод десенсибилизации и переработки движениями глаз создавался для работы с этой проблематикой. Возникновение любого метода психологической помощи есть факт культуры в том смысле, в каком культуру понимал академик В. С. Степин — как систему надбиологической регуляции жизнедеятельности общества. Рождение, скажем, психоанализа или когнитивной психотерапии не является случайностью, а представляет собой ответ науки и практики на актуальные запросы социума, в силу чего несет на себе его отпечаток.

Целью данного исследования является поиск ответа на вопрос каким образом происходила «экспансия» метода десенсибилизации и переработки движениями глаз из «своей» проблемной сферы (ПТСР) в иные области психопатологии (на примере тревожных расстройств, депрессии и расстройств пищевого поведения).

Рассмотрим ДПДГ как метод терапии посттравматического стрессового расстройства.

После окончания Второй мировой войны в сфере психотерапии и психологического консультирования стали доминировать США, куда еще в 1930-е годы массово эмигрировали психоаналитики из Европы;

начиная с конца 40-х годов XX века в этой стране возник целый ряд направлений психологической помощи — интерперсональный психоанализ Г.С. Салливана, клиент-центрированная терапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза, рационально-эмотивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека и др. Для этого в Соединенных Штатах существовал и социальный запрос (работа с ветеранами Второй мировой войны), и были созданы условия для ответа на этот запрос (система подготовки клинических психологов).

Вследствие названных причин к середине 1980-х годов США стали «мастерской», в которой конструировались новые подходы к психологической помощи. Поэтому неудивительно, что именно в этой стране возник метод десенсибилизации и переработки движениями глаз. Более чем расположенная к психотерапии интеллектуальная почва в сочетании с проблемой реабилитации ветеранов войны во Вьетнаме создали предпосылки для зарождения ДПДГ, которые были реализованы Ф. Шапиро вне зависимости от того, каким образом на самом деле она открыла десенсибилизирующий эффект билатеральной стимуляции — на личном опыте или «подглядев» его у других (Власов, 2021).

В Соединенных Штатах середины 1980-х годов остро стояла проблема психотерапии ветеранов войн и жертв насилия, имеющих диагноз посттравматическое стрессовое расстройство (Доморацкий, 2008). Возникновение нового, кажущегося чудодейственным метода столкнулось на первых порах с сопротивлением профессионального сообщества, так как его эффективность выглядела неправдоподобной, создавался он человеком, который не имел базового медицинского или хотя бы психологического образования, да еще и женщиной (сексистские настроения в то время были еще достаточно сильны).

Ф. Шапиро обвиняли в том, что ее метод не был оригинальным, его считали то вариантом поведенческой терапии (экспозиция травматического воспоминания), то вариантом гипноза (двойной фокус внимания). Однако сама автор не забывала напоминать критикам, что у ДПДГ есть особенность, не применяемая в указанных подходах — билатеральная стимуляция (БЛС). Начиная со второй половины 1980-х и до конца 1990-х годов метод проходил этап становления, обогащалась его теория, совершенствовалась методология, и в начале этого века он стал одним из основных направлений психотерапии ПТСР (Власов, 2021).

Перейдем к анализу ДПДГ в качестве метода психотерапии различной проблематики.

Несмотря на влияние направлений, отрицающих необходимость работы с прошлым для решения психологических проблем в настоящем (поведенческие, когнитивные, экзистенциальные, гуманистические, системно-стратегические и конструктивистские модели), идея вмешательства, подразумевающая обращение к пережитому клиентом негативному опыту, продолжала существовать в теоретико-методологическом поле различных методов психотерапии и консультирования. Соответствующая логике здравого смысла и утвержденная в практиках психологической помощи З. Фрейдом, эта стратегия была продуктивно реализована в психотерапии посттравматического стрессового расстройства. Однако в случае работы с иными патологиями ее ценность не представлялась такой уж бесспорной.

Успехи в лечении ПТСР побудили Ф. Шапиро и ее коллег начать процесс «экспансии» метода десенсибилизации и переработки движениями глаз за пределы названной патологии (Luber, 2009). Хотя еще в первом издании своего фундаментального труда «Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры» (Шапиро, 1998) автор указывала на возможности применения подхода для работы с различными запросами клиентов, ряд протоколов был разработан позже, в 2000-х годах. Для того чтобы понять логику развития ДПДГ в этот период, остановимся на протоколах терапии тревожных расстройств, депрессии и расстройств пищевого поведения.

Протокол лечения тревожных расстройств (панического расстройства и фобий) был разработан нидерландским психологом Э. де Йонгом (Luber, 2016). Первая его часть, как и в «классической» версии ДПДГ, подразумевает переработку прошлых негативных событий, в роли которых выступают конкретные эпизоды панических атак или фобических реакций на определенные стимулы (объекты и ситуации). Идея Ф. Шапиро о том, что при работе с травмой необходима проработка будущего, нашла у де Йонга реализацию в виде процедуры «флешфорвард», заключающейся в десенсибилизации пугающих клиента сценариев, связанных с его расстройством (например, приступа паники в метро или нападения собаки), и в установке после этого нового, позитивного варианта развития событий. Таким образом, здесь «классическая» стратегия метода десенсибилизации и переработки движениями глаз была дополнена идеями из поведенческой терапии (экспозиция будущего) и логотерапии (парадоксальная интенция).

Протокол лечения депрессии был разработан немецким специалистом А. Хоффманном (Luber, 2016). В его основе лежит идея, что данное расстройство возникает по причине накопления у клиента большого количества негативного опыта, который зачастую не может быть назван травматичным в строгом смысле этого слова; эти события формируют у пациента систему депрессогенных убеждений («я — ничтожество», «я — слабак» и т. п.). Основной акцент в рамках данного протокола делается на переработке таких «событий-доказательств», что приводит к постепенному разрушению этой совокупности негативных когниций о себе и лишает депрессию тем самым ее психологического основания. В данном случае мы можем видеть влияние на метод десенсибилизации и переработки движениями глаз когнитивных подходов (рационально-эмотивно-поведенческой терапии А. Эллиса, когнитивной терапии А. Бека).

Протокол лечения расстройств пищевого поведения (нервных анорексии и булимии, компульсивного переедания) был разработан нидерландским специалистом Р. Беером (Luber, 2018). Как и в случае терапии ПТСР, акцент здесь делается на работе с прошлым, однако имеется своя специфика. Во-первых, значительное внимание уделяется ранней травматизации, связанной с неудовлетворением базовых потребностей клиента в детстве (питание, безопасность, любовь и др.); во-вторых, проводится выявление частей личности, связанных с пищевым расстройством, и их убеждений; в-третьих, ведется работа с негативным опытом этих частей; в-четвертых, проводится коррекция функционирования защитных механизмов психики. Как можно видеть, такая стратегия работы существенно отличается от «классической», и в ней заметно влияние теории привязанности Дж. Боулби и разнообразных психологических теорий, постулирующих сложно-составную природу психики или личности (концепции субличностей Р. Ассаджиоли и эго-состояний Э. Берна, модель внутренних семейных систем Р. Шварца).

Конечно, тревожные расстройства, депрессия и расстройства пищевого поведения не составляют исчерпывающего списка проблем, с которым работает современная ДПДГ-терапия. На данный момент описаны протоколы работы с различной проблематикой (хронической болью, комплексным ПТСР, диссоциативными расстройствами и др. (Luber, 2010; Luber, 2018)) и разнообразными типами объектов психологического воздействия (дети и подростки, пары, зависимые клиенты и др.

(Luber, 2010)). И во всех них ощущается влияние других психотерапевтических подходов.

В истории психотерапии и консультирования «экспансия» метода от одной проблематики к другим не является чем-то необычным. Так, психоанализ начинался с работы с неврозами, экзистенциальный анализ изначально фокусировался на экзистенциальных кризисах, поведенческая терапия предполагала коррекцию фобий, а когнитивный подход создавался для лечения депрессии; однако эти направления, освоив изначально «свои» нозологические сферы, затем предприняли «наступление» в иные области психопатологии, став, таким образом, универсальными моделями психологической помощи.

Эта тенденция не миновала и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз. Доказав свою эффективность в лечении посттравматического стрессового расстройства, он начал охватывать все более широкий круг психологических проблем. Однако в ходе этого процесса специалисты в области ДПДГ были вынуждены интегрировать в метод элементы иных психотерапевтических систем (поведенческой, когнитивной и др.), так как к моменту создания соответствующих протоколов эти подходы уже доказали свою эффективность и игнорировать их было бы просто неразумно.

Начиная с последней трети XX века и по настоящее время активная дивергенция психологических и психотерапевтических школ сменилась явной тенденцией к интеграции (Власов, 2023; Козлов, 2023; Мазилов, 2007). Интегративные процессы в это время были трех основных видов: сближение «западной» (рационалистической, «логоцентричной») и «восточной» (духовной) психотерапии; сближение психотерапии и некоторых западных философских учений второй половины XX века; конвергенция различных течений психотерапии. Примерами первого типа интеграции может служить появление трансперсонального направления (холотропная терапия С. Грофа, процессуально-ориентированная психология А. Минделла) и когнитивно-поведенческой терапии 3 волны (схемная терапия Дж. Янга, диалектическая бихевиоральная терапия М. Линехан). Сближение психотерапии и некоторых западных философских учений второй половины XX века может быть проиллюстрировано возникновением конструктивистского подхода в терапии (ориентированная на решение краткосрочная терапия С. де Шейзера и И.К. Берг, нарративная терапия М. Уайта и Д. Эпстона), на зарождение и становление которого оказало заметное влияние причудливая смесь

аналитической, конструктивистской и постмодернистской направлений философии. Примером интеграции различных направлений психотерапии и консультирования может служить, помимо мультимодальной терапии А. Лазаруса и нейролингвистического программирования Дж. Гриндера и Р. Бэндлера, и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз Ф. Шапиро, включивший в себя на «высокой» стадии развития идеи и наработки других подходов.

Литература

- Власов Н.А.* Основные проблемы истории психотерапии (Часть I) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 44–56.
- Власов Н.А.* Руководство по EMDR/ДПДГ. М.: Институт консультирования и системных решений, 2021.
- Доморацкий В.А.* Краткосрочные методы психотерапии. М.: Психотерапия, 2008.
- Козлов В.В.* Интегративная психология. М.: МАПН, 2023.
- Мазилов В.А.* Методология психологической науки: история и современность. Монография. Ярославль: МАПН, 2007.
- Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. М.: Класс, 1998.
- Luber M.* (Ed.). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols: Basics and special situations. New York: Springer Publishing Company, 2009.
- Luber M.* (Ed.). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Special Populations. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- Luber M.* (Ed.). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions. New York: Springer Publishing Company, 2016.
- Luber M.* (Ed.). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating eating disorders, Chronic pain and Maladaptive Self-care behaviors. New York: Springer Publishing Company, 2018.

Консультирование пациентов в период острого стресса после психотравмирующих воздействий различного характера в условиях скоропомощного стационара

A. С. Гамзатова

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва, Россия
gamzatovaas@sklif.mos.ru

В статье представлены результаты анализа консультаций пациентов, имеющих признаки ПТСР. Цель исследования заключается в анализе консультативной деятельности медицинского психолога, изучении коморбидности, выявлении распространенных отделений с пациентами в остром стрессе. За 17 месяцев психологическая служба изучила свыше 6000 консультаций без учета неврологического отделения. Из этого числа 2,2% консультаций связаны с ПТСР. Наибольшее количество пациентов находятся в ожоговом отделении (28%). Выявлено, что женщины чаще обращаются за психологической помощью (80%). В консультировании в качестве эффективных психотерапевтических подходов выступают когнитивно-бихевиоральная психотерапия, экзистенциально-аналитическая, логотерапия, понимающая психотерапия. Бригадный подход является максимальным эффективным способом комплексного лечения.

Ключевые слова: ПТСР, госпитализация, стрессовая реакция, эффективность психотерапии, совладание, первичная помощь

К травматическим событиям относятся краткосрочные и повторяющиеся воздействия, оказывающие негативные последствия на psyche человека. Чаще всего к таким ситуациям относится сверхэкстремальность, угроза жизни, вследствие которой возникает травматический стресс, в дальнейшем способный развиться в ПТСР. Человек сталкивается с выраженными переживаниями страха, беспомощности, фruстрации. Закономерности развития такого состояния не зависят от того, какая именно травма привела к психологическим нарушениям.

В остром периоде пациенты, а также родственники и врачи не всегда могут соотнести определенные симптомы с ПТСР. В качестве

причин обращения за психологической помощью в скоропомощном стационаре, как правило, выступали тревожные проявления и сниженный эмоциональный фон. Именно за такими запросами чаще всего и скрывались признаки ПТСР. Последствия экстремального и травматического стресса проявляются в виде глубоких и длительных переживаний, сопровождающихся тревожной и депрессивной симптоматикой, процессом горевания. Также таким пациентам характерны психопатологические переживания, нарушения сна (чаще — кошмарные сновидения), нарушения памяти, чаще именно амнезия относительно травматических событий (Тарабрина, 2009).

В условиях скоропомощного стационара задача медицинского психолога заключается в оказании первичной психологической помощи в острый период. На данном этапе специалист сталкивается с острой стрессовой реакцией, вследствие которой может развиться ПТСР. Поскольку конкретного протокола работы с такими ситуациями нет, то можно опираться на общие рекомендации поведения для психологической адаптации в экстремальных условиях.

В первую очередь необходимо донести до пациента, что такие психические и соматические проявления, с которыми он может сталкиваться впервые, абсолютно нормальные, так как это ответ психики на травмирующую ситуацию. Важно не оставлять человека одного, дать ощущение большей безопасности, оградить от посторонних зрителей, помочь почувствовать пострадавшему, что он не остался один на один со своей бедой; употреблять четкие короткие фразы с утвердительной интонацией (Антипов, 2004). Активное и эмпатическое слушание — один из первых шагов для создания доверительного контакта. Можно столкнуться с такими проявлениями, как плач, истероидная реакция, агрессивное поведение, психомоторное возбуждение, ступор, выраженный страх. Поэтому так важно попытаться создать спокойную обстановку для пострадавшего и, если это не опасно для специалиста, остаться с пациентом наедине. Попробовать остановить истероидную реакцию можно с помощью неожиданно совершенного действия, способствующего возникновению ориентировочного рефлекса. При агрессивном поведении попытаться дать пострадавшему возможность выразить эмоции. В ходе такой консультации нельзя забывать демонстрировать благожелательность пациенту. Оптимальным вариантом считается попытаться свести стрессовую реакцию пациента к плачу (Марищук, Евдокимов, 2001).

Далее основная консультативная работа связана со снижением симптоматики у пациента и помощи в постепенной переработке психикой травмирующего события. Несмотря на небольшой объем консультаций, работа с такими пациентами приобретает длительный и комплексный характер с применением различных психологических концепций.

Одной из самых распространенных является когнитивная концепция в консультировании, позволяющая добиться положительных результатов в условиях скоропомощного стационара. Поскольку часто бывает неизвестно, сколько именно времени пациент проведет в больнице, медицинские психологи стараются применять с большой осторожностью некоторые методы. В методологический когнитивно-поведенческий арсенал включены ре скрипting, пролонгированная экспозиция (преимущественно на начальных этапах и с применением письменных шагов), работа с дезадаптивными убеждениями и неэффективными копинг-стратегиями, а также применение техник эмоциональной саморегуляции, выявление триггеров для снижения интенсивности симптомов (Гаранян, 2013).

Также используется экзистенциальная психотерапия в работе с психотравмой. Основной фокус внимания уделяется актуальным переживаниям пациента, созданию условий для постепенного и безопасного проживания чувств, связанных с психотравмирующим событием. Пациенты часто задаются вопросами об экзистенциальных данностях мира, о смысле и ценности произошедшего в контексте их собственной жизни. Совместно с медицинским психологом происходит поиск внутренних опор, постепенное осознание парадоксальности опоры на саму травму как неотъемлемой части биографии пациента (Лэнгле, 2006). Религиозный копинг также является распространенным и действительно поддерживающим аспектом в работе с травмой.

Отечественная понимающая психотерапия также является важным и незаменимым инструментом в категории консультирования данной темы. На первый план выходят неразрывно связанные активности — деятельность и процесс переживания, которые можно рассмотреть как ответ на ситуацию невозможности (психотравмирующую ситуацию), как внутреннюю работу (деятельность самого переживания) по принятию случившегося, переустановке смысловых и ценностных соответствий пациента по отношению к своей жизни (Василюк, 1984). Сопровождение медицинским психологом процесса построения пациентом новых содержаний жизни является основной сутью консультативной работы, даже в краткосрочных временных рамках.

В лечении пациентов с ПТСР одной из успешных стратегий является комбинация психофармакотерапии с психотерапией, особенно на первичных этапах. Снижение выраженной острой симптоматики, налаживание качества сна, стабилизация эмоционального фона за счет ПФТ значительно облегчает психотерапевтические мероприятия и повышает их эффективность (Васильева и др., 2022).

Целью данного исследования является анализ консультативной деятельности медицинского психолога в скоропомощном стационаре, выявление отделений с большим количеством пациентов после психотравмирующих событий и изучение коморбидности с другими расстройствами.

С помощью методов описательной статистики была проанализирована база данных консультирования НИИ СП. Информация ведется с самого начала появления психологической службы, в базе отмечаются основные моменты проведенной консультации.

Работа медицинского психолога строится с учетом графика суточных дежурств. При наличии острого состояния наблюдение пациента необходимо в ежедневном порядке, в таком случае один специалист передает пациента коллеге. Именно поэтому сбор анамнестических сведений и подробное ведение записей каждой сессии с последующим обсуждением хода работы так важны. Выявление на первых этапах отклика пациента на ту или иную психотерапевтическую модель в дальнейшем может определить основных консультантов.

Было обнаружено, что самыми распространенными отделениями с пациентами после психотравмирующих воздействий оказались: ожоговое (28%), травматологическое (21%), отделение общей реанимации (13%), соматопсихиатрическое (9%) и диагностическое (8%). Пациенты женского пола составили 80% от всех проведенных консультаций по данной теме.

Относительно проанализированной статистики можно сказать, что коморбидность ПТСР с тревожными проявлениями составила 36%, с депрессивными 6%, с процессом горевания 9%.

Анализ данных показывает, что единичные консультации составили 12,5% от общего числа за выбранный период. Несмотря на отсутствие продолжения работы, даже первичная консультация с психообразовательными и преимущественно эмпатичными поддерживающими элементами требовалась и запрашивалась самими пациентами. Также такая статистика связана со скорой выпиской из стационара. За

17 месяцев выявлен лишь один отказ от консультации медицинским психологом после психотравмирующего воздействия.

Такой же процент (12,5%) составили повторные консультации в количестве только двух сессий, после которых пациенты отмечали улучшение и отказывались от дальнейшей работы или же выписывались из стационара. Остальные консультации (75%) имели более продолжительный характер, позволяющий применение более глубоких психологических методов под наблюдением специалистов. Больше половины пациентов с травматическим стрессом соглашались на повторную консультацию, активно включались в работу с психологом. Самая длительная работа за проанализированный период составила 25 консультаций.

Бывает, что в одной психологической концепции не удается вести работу, в таком случае концепции сочетаются. Такая эклектическая позиция совсем не мешает эффективности результатов, а, напротив, позволяет пациенту посмотреть на травму с разных взглядов, дает возможность взаимодействия с психотравмирующим событием на когнитивном, эмоциональным, личностном уровнях. Например, когнитивная и экзистенциальная терапия часто в совместном применении дают положительные результаты.

Первичная психологическая помощь при переживании посттравматического стресса также бывает необходима и родственникам пациентов. В актуальной работе данных для анализа недостаточно, чтобы говорить о каких-либо взаимосвязях с эффективностью индивидуальной консультативной работы, однако, учитывая опыт наблюдения, можно сказать, что близкие родственники часто испытывают тревогу, чувство вины и стыда ввиду случившегося с их близким человеком. Психодрама, нормализация переживаний помогают выстроить контакт между родственниками и пациентом, облегчают возможные трудности в установлении доверительных связей. Социальная поддержка способствуют улучшению психологического состояния пациента.

Таким образом проведенный анализ показывает, что большая часть консультаций пациентов в острый период после психотравмирующих воздействий имела продолжительную работу с медицинским психологом (свыше трех сессий), выявлены высокие показатели коморбидности посттравматического стресса с тревожными и депрессивными проявлениями, а также с процессом горевания. Ожоговое отделение имеет большее количество пациентов с острым стрессом ввиду осо-

бенностей ситуаций при поступлении: пожары, взрывы, электротравмы, химические ожоги, отморожения и другие чрезвычайные ситуации.

Проблема обращаемости за помощью после психотравмирующих воздействий часто связана со страхом столкновения с воспоминаниями, чувством стыда, одиночеством и убеждением человека, что его не поймут и осудят. Поэтому о данной теме нужно не только говорить, но и в актуальном времени выдвигать ее в первые ряды для разработки новых стратегий и методологического инструментария в консультативной работе.

Литература

Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям.

М.: Владоспресс, 2004.

Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации / авторы-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Н. Г. Незнанов, К. А. Идрисов, Д. В. Ковлен, Н. Г. Пономаренко, Д. С. Радионов, Д. А. Старунская, Ю. С. Шойгу. СПб.: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2022. 33 с.

Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Издательство Московского университета, 1984.

Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 3. С. 46–72.

Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: «Генезис», 2006.

Марищук В., Евдокимов В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001.

Тараабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

Использование искусственного интеллекта при обучении специалистов для работы с посттравматическим стрессовым расстройством

O. И. Глинская, Т. Ю. Синицына

Центр антикризисной психологической подготовки и психологической помощи «ГАГАРА», Москва, Россия
glinskaya.olga27@yandex.ru
sinitsinat@gmail.com

В данной статье рассматриваются возможности использования ИИ в обучении специалистов по работе с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), описан опыт использования инструментов с искусственным интеллектом в АНО ДПО «Центр антикризисной психологической подготовки и психологической помощи «ГАГАРА»» для анализа лекционного материала и записей опросов участников фокус-группы, что позволило скорректировать программу обучения и материалы для подготовки специалистов по работе с женами участников боевых действий в зоне СВО. Кроме того, рассматриваются преимущества, недостатки и сложности интеграции этих технологий при работе с ПТСР. В заключение приводятся перспективы будущего развития и внедрения ИИ для обучения специалистов по работе с ПТСР, перспективы внедрения ИИ для выявления потребностей фокус-групп для более глубокой работы и анализа результативности.

Ключевые слова: ИТ в работе с ПТСР, VR в обучении, ИИ в обучении психологов, ИИ в диагностике ПТСР, машинное обучение при составлении учебных программ

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это сложное психическое состояние, которое возникает у людей, переживших травматические события, такие как военные действия, насилие, природные катастрофы или серьезные аварии. ПТСР характеризуется такими симптомами, как навязчивые воспоминания, избегание триггеров, повышенная тревожность и эмоциональная нестабильность (Кадыров, 2024).

Эффективное лечение пациентов с ПТСР требует высокого уровня квалификации и индивидуального подхода, что, в свою очередь, увеличивает потребность в подготовке квалифицированных специалистов, способных эффективно диагностировать и лечить это состояние (Воловик и др., 2023).

В последние годы искусственный интеллект (ИИ) стал играть важную роль в различных областях медицины и психологии, включая диагностику и лечение психических расстройств (Аверьянова, Коршак, 2016), а также все чаще стал использоваться для аналитики и работы с большим объемом данных.

Представим возможности и опыт применения ИИ для обучения специалистов по работе с ПТСР. Современные технологии позволяют использовать ИИ как в процессе теоретического, так и практического обучения специалистов. Программы обучения, снабженные искусственным интеллектом, могут адаптироваться под нужды каждого конкретного ученика, предлагать индивидуализированные маршруты обучения и корректировать материал в зависимости от уровня понимания студентом.

Использование симуляций и виртуальной реальности (VR) с элементами ИИ предлагает обучающимся возможность погружения в сложные сценарии взаимодействия с пациентами без риска для их здоровья (Rizzo, 2018). Виртуальные пациенты могут демонстрировать различные симптомы ПТСР, позволяя будущим специалистам практиковаться в диагностике и выработке стратегий лечения (Воловик и др., 2023).

Обучающие платформы с ИИ могут адаптироваться под уровень знаний ученика, предлагая персонализированные учебные программы, подкрепленные интерактивными материалами, тестами и оценками. ИИ может анализировать большое количество случаев, собранных в лечебной практике, чтобы выявить паттерны и наиболее эффективные методы лечения. Это позволяет обучающимся лучше понимать, какие подходы работают в различных ситуациях. Чат-боты и виртуальные ассистенты могут служить в качестве симуляторов общения, помогая студентам отрабатывать навыки консультирования и уточнения симптомов у «виртуальных пациентов» (Жариков, 2025). Программы, использующие обработку естественного языка, могут анализировать записи пациентов, выявляя ключевые моменты и помогая в обучении оценке состояния пациента и выбору соответствующих терапевтических стратегий.

Также данные инструменты можно использовать для анализа работы самого специалиста, его речи и определения рефренов, влияющих на слушателей.

В АНО ДПО «Центр АПП и ПП “ГАГАРА”» в рамках программы обучения специалистов «Консультирование участников СВО и членов их семей» для работы с женами участников боевых действий в зоне СВО был использован инструмент с искусственным интеллектом для анализа, коррекции и разработки рекомендаций по улучшению качества преподавания.

Результатом анализа стало определение рефренов лекторов:

Синицына Т.Ю.: «Из хаоса строить порядок, структура и четкость». Этот рефрен может вдохновлять и мотивировать людей, придавая им уверенность в том, что даже в сложных ситуациях можно найти выход. Стремление к порядку и структуре может повысить эффективность и уверенность в своих действиях.

Березянская Ю.В.: «Как говорить; что говорить; стоит ли вообще говорить». Такой подход вызывает размышления о значении коммуникации. Это может способствовать более осознанному общению, улучшению навыков межличностного взаимодействия и умению правильно формулировать свои мысли.

Ржавцева О.Ю.: «Вся наша работа должна быть направлена на то, чтобы укрепить целеполагание воинов. Не только психологическая устойчивость здесь и сейчас, но и обязательна привязка к будущему. Разговор всегда должен заканчиваться трансляцией уверенности, что мы идем в правильном направлении». Этот рефрен подчеркивает важность построения долгосрочных целей и мотивации. Он может вдохновлять на развитие и укрепление внутренней устойчивости, важной как для профессионалов, так и для военных.

Чирков К.В.: «Использовать полный арсенал методов и техник. Повышение квалификации на непрерывной основе. Постоянный профессиональный тренинг, обязательная супервизия; психолог может попасть в слепую зону и проблему эту не увидеть». Рефрен подталкивает к гибкости и использованию разнообразных подходов в профессиональной деятельности. Это способствует лучшему пониманию того, как можно адаптироваться к различным ситуациям и находить индивидуальные решения для каждой проблемы. Необходимость повышения квалификации и супервизии подчеркивает важность непрерывного профессионального роста и саморефлексии.

Палецкая С.Н.: «Барьер доверия, смысловой барьер существенно влияет на выживание как в боевой обстановке, так и при возвращении к мирной жизни. Работа не получится, если не проявился запрос. Наша задача как профессионалов вывести клиента, пациента на то, чтобы запрос появился, найти малейшую зацепку». Этот рефрен подчеркивает важность доверия в сложных и критических ситуациях. Для слушателей он акцентирует внимание на необходимости формирования доверительных отношений, что может способствовать более эффективному взаимодействию и выживанию как физически, так и эмоционально. Такой подход может укрепить уверенность в себе и своих партнерах, что особенно важно в стрессовых условиях.

Шипилова А.А.: «Наша работа — это поиск точек опоры, это работа с неопределенностью, с тем, что человеку с ней делать; с обучением поведению в неопределенности; с тем, как человеку дальше в ней жить, и с тем, чтобы он мог дальше действовать без нас». Упоминание о необходимости работы с неопределенностью и поиска точек опоры акцентирует внимание на важности адаптивности и гибкости. Слушатели могут воспринять это как призыв к развитию критического мышления и обучаемости, что особенно важно в условиях постоянных изменений.

Иваненко А.С.: «Важно слушать, слушать внимательно, подстраиваться». Подчеркивание важности внимательного слушания и подстройки под собеседника является критически важным аспектом любого успешного взаимодействия. Слушатели могут научиться более эффективно коммуницировать и удовлетворять потребности окружающих, что приведет к более гармоничным отношениям.

Аверкина Н.В.: «Мы следуем за клиентом, не форсируем события». Этот рефрен учит ненавязчивости и уважению к индивидуальному пути развития каждого человека. Слушатели могут воспринять это как приглашение к терпению и уважению к ценностям и желаниям других, избегая давления или форсирования изменений.

Каждый из этих рефренов способствует развитию различных аспектов профессиональной компетенции и личностного роста. Они побуждают слушателей к самосовершенствованию, критическому мышлению и ответственности за свои действия, способствуя более глубокому пониманию своей роли и возможностей в профессиональной сфере, также способствуют личностному росту слушателей, развивают их эмоциональный интеллект и усиливают способности к адаптации в сложных ситуациях.

Понимание ключевых посылов специалистов и их влияние на слушателей позволило разработать рекомендации по улучшению качества преподавания и более тонко синхронизировать материалы и лекции с целями обучения.

Также была проведена работа с участниками фокус-группы «жены участников СВО».

Цель: выявление потребности в психологической поддержке и социальной помощи.

Регионы: г. Мурманск, г. Краснодар, г. Магнитогорск, г. Казань.

Совместно с социологом ФНИСЦ РАН Гориной Татьяной Ивановной АНО ДПО «Центр АПП и ПП “ГАГАРА”» был подготовлен список вопросов и проведены интервью о качестве и необходимости социальной поддержки и психологической помощи женам участников СВО (разные группы воинов, в том числе ЧВК «Вагнер» и «Штурм Z»).

Впервые фокус-группа прошла в рамках подготовки круглого стола «Консолидация гражданского общества и государственных институтов по выработке эффективных мер морально-психологической реабилитации участников СВО и членов их семей» в Торгово-промышленной палате г. Казани. Был подготовлен аналитический отчет.

Также в Казани был проведен семинар-практикум «Психологическая помощь и поддержка военнослужащих и членов их семей», в котором участвовали 112 человек.

В процессе общения с участниками фокус-группы были сделаны аудиозаписи. Этот массив данных был обработан инструментами с применением ИИ, и на основании анализа полученных результатов были выявлены скрытые невысказанные посылы. Данное исследование позволило расширить программу обучения, сделав ее максимально актуальной.

На данный момент проходит второй курс обучения по скорректированной программе «Консультирование участников СВО и членов их семей».

Преимущества ИИ для обучения специалистов по работе с ПТСР, которые используются в АНО ДПО «Центр АПП и ПП “ГАГАРА”»: адаптация обучения к целям. Анализ речи и учебных материалов позволяет более гибко приспосабливаться и корректировать обучение в зависимости от целей и задач слушателей, а также их пациентов; мгновенная обратная связь, имитационные программы, использующие ИИ, способны быстро анализировать действия студентов и предоставлять обратную связь, что ускоряет процесс обучения и способствует глубокой проработ-

ке ошибок; доступ к передовым методикам и исследованиям, ИИ способен оперативно интегрировать новейшие научные открытия в учебные программы, обеспечивая актуальность и высокое качество образования.

Несмотря на многочисленные преимущества, использование ИИ в обучении специалистов для работы с ПТСР вызывает ряд этических и практических вопросов. Во-первых, необходимо обеспечить конфиденциальность данных пациентов и студентов в процессе использования технологий ИИ. Во-вторых, важно учитывать, что никакие качественные технологии не могут заменить человеческий фактор и эмоциональную составляющую (Гаспарян и др., 2023). В-третьих, тренировка ИИ-моделей требует больших объемов данных, и существует риск обучения на основе предвзятых либо ограниченных данных, что может привести к неправильной интерпретации симптомов и принятию ошибочных решений.

Использование искусственного интеллекта в обучении специалистов, работающих с ПТСР, открывает широкие перспективы для повышения качества психологической помощи. ИИ может значительно усилить учебный процесс, сделать его более гибким и персонализированным, а также улучшить навыки диагностики и лечения. Однако для успешной интеграции ИИ необходимо учитывать этические и практические аспекты, обеспечивая баланс между технологией и человеческим ресурсом. В будущем дальнейшие исследования и инновации в области ИИ могут еще больше усилить эффективность подготовки специалистов для работы с посттравматическим стрессовым расстройством.

Литература

- Аверьянова О.А., Коршак В.И. Искусственный интеллект в условиях современной медицины // Естественные и математические науки в современном мире. 2016. № 5 (40). С. 36.*
- Воловик М.Г., Белова А.Н., Кузнецов А.Н., Полевая А.В., Воробьева О.В., Халак М.Е. Технологии виртуальной реальности в реабилитации участников боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством (обзор) // Современные технологии в медицине. 2023. Т. 15. № 1. С. 74.*
- Гаспарян Д.Э., Турко Д.С., Бессчетнова Е.В. Этические ограничения применимости искусственного интеллекта: культурфилософский анализ // Вопросы философии. 2023. № 9. С. 93–102.*

Жариков Д.А. Влияние технологий на лечение ПТСР у военных [Электронный ресурс]. 2025. URL: <https://psydi.ru/ptsd/tpost/on0xoccnr1-vliyanie-tehnologii-na-lechenie-ptsr-u-v> (дата обращения: 27.01.2025)

Кадыров Р.В. Стресс, психическая травма и ПТСР: методики для развития чувства безопасности и для выхода из состояния страха, вины, стыда. М.: Эксмо, 2024.

Rizzo A.S., Shilling R. Clinical virtual reality tools to advance the prevention, assessment, and treatment of PTSD // European Journal of Psycho-traumatology. 2018. V. 8. № 5. doi: 10.1080/20008198.2017.1414560

Оптимизация организации психологической помощи комбатантам

И.В. Добряков

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Россия
dobriakov2008@yandex.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство у комбатанта представляет собой результат переживаний серии критических и травматических событий мобилизации, участия в военных действиях, возвращения к мирной жизни. Все они могут приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства у комбатанта. Близкие родственники комбатанта, ожидавшие его возвращения с войны, также могут иметь стрессовые расстройства. Это нужно учитывать при оказании комбатанту психологической помощи. Для преодоления негативного отношения большинства комбатантов к психологической помощи рекомендуется применять комплексное лечение, основой которого является нарративная, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. С целью создания мотивации у комбатанта осуществлять ее можно в рамках проведения его профориентации или прохождения им цикла профессиональной переподготовки. Рекомендуется создание программы кратковременного курса тематического усовершенствования по работе с комбатантами.

Ключевые слова: комбатант, кризис, психотравма, ПТСР, психологическая консультация, психотерапия

Приступая к организации и проведению психологической и психотерапевтической помощи комбатантам важно учитывать, что все они пережили череду событий, каждое из которых было критическим, могло стать или стало травматическим. Специалистам важно не фиксировать свое внимание только лишь на событии, ставшем непосредственной причиной актуальных проявлений острого или посттравматического стрессового расстройства. Необходимо знать последовательность и особенности прошлых травматических ситуаций, способы их преодоления, последствия.

Все комбатанты переживали следующие основные жизненные события: поступление на военную службу (по призыву или по контракту); адаптация к условиям службы, участие в военных действиях; демобилизация и адаптация к мирной жизни.

Все эти ситуации имеют признаки критических: их можно датировать и локализовать во времени и в пространстве, они сопровождаются сильными стойкими эмоциональными реакциями, требующими более продолжительного времени и больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок (Абитов, Акбирова, 2022; Селье, 1982).

Выделяют два типа кризиса: кризис первого типа, при котором после его разрешения есть возможность возвращения к прежней жизни (далеко не все демобилизованные комбатанты этого хотят); кризис второго типа, при котором возвращение к прежнему просто невозможно (например, после тяжелого ранения, приведшего к инвалидности).

Выяснение типа кризиса позволяет правильно определить цели помощи, реабилитации. Нередко приходится переформулировать запрос пациента.

Если человек испытывает дистресс при кризисных ситуациях как первого, так и второго типов, они могут привести к психотравме, при которой будет превышен приспособительный потенциал индивида. Адекватное совладание при этом невозможно. В результате возникающие психотравмы проявляются расстройствами, связанными с угрозой значимым ценностям, здоровью, нарушению границ, жизни, нарушениями адаптации. Психотравмы могут быть двух типов: 1-й тип травматической ситуации возникает в результате однократного краткосроч-

ного неожиданного события; 2-й тип формируется в случае постоянно повторяющихся одинаковых или разных травматических воздействий (например, в процессе военных действий) (Тарабрина, 2001).

Поступление на военную службу часто имеет признаки психотравмирующей ситуации 1-го типа, особенно у лиц, отрицательно относящихся к призыву. Как правило, им труднее адаптироваться к условиям несения службы.

Участие в активных военных действиях — это психотравмирующая ситуация второго типа. Условия, в которые попадает комбатант, вызывают у него массу непрекращающихся отрицательных эмоций, связанных с бытовыми сложностями, необходимостью убивать, быть свидетелем гибели однополчан, с риском получения ранений, контузий, с осознанием вероятности быть убитым и пр. В результате боевых неудач, отступления, гибели товарищей, голода, отсутствия известий из дома, наличия контузий, ранений,увечий, а также наличия коморбидных нарушений как соматических, так и психических, может наступить боевое истощение (Андринко, Богмацера, 2014). Его признаками являются блокировка эмоциональных реакций и потеря потребности в социальном взаимодействии (намбинг); постоянное чувство усталости; плохое настроение, подверженное колебаниям; раздражительность, вспыльчивость, агрессивность; потеря интереса к жизни.

Чтобы почувствовать «вкус к жизни», такой боец может предпринять попытки «самолечения» с помощью алкоголя, психоактивных веществ, что чревато риском развития аддикции. Возможно формирование сверхценных идей, фобий, панических атак, депрессивных расстройств, генерализованного тревожного расстройства, диссоциативных расстройств и др. (Тарабрина, 2001; Андринко, Богмацера, 2014). Все чаще такой боец стремится к риску и оказывается в опасных ситуациях. У него возможно появление суицидальных мыслей. Подобные ситуации могут оставаться актуальными переживаниями посттравматического стрессового расстройства у демобилизованного комбатанта. Вспоминать о них, обсуждать их с кем бы то ни было он не хочет и боится.

Однако при удовлетворительных условиях службы, несмотря на постоянную опасность, может наступить адаптация к военным условиям. Этому способствует формирование новой системы базисных убеждений, касающихся происходящих событий. Возникающее чувство стабильности и защищенности связано с принятием стереотипов боевых заданий, с успешным их выполнением, с формированием отношений

боевого братства, доверием к справедливым командирам, пониманием и одобрением их приказов, гордостью за выполнение миссии защитника Родины. Способствуют хорошей адаптации к боевым условиям и профилактике стрессовых расстройств успешное ведение боевых действий, награды, возможность кратковременного отдыха, отпуска, получение хороших известий из дома.

Демобилизация — критическая ситуация. Как правило, она сопровождается положительными эмоциями, особенно у комбатанта, выполнившего свой долг перед Родиной и при этом сохранившего здоровье. Однако нередко эта ситуация становится психотравмирующей в связи со сложностями адаптации к мирной жизни. Качество такой адаптации зависит от многих факторов, в том числе и психотравмирующих. К последним относятся проблемы со здоровьем, трудоустройством, неблагополучие семейных отношений.

Очень важно иметь в виду, что участие близкого человека в военных действиях — тяжелая травматическая ситуация для его родственников. То, насколько тяжело и как они ее переживали и переживают, может влиять на успешность терапии и реабилитации комбатанта (Цыба, 2023). Если он женат, особенно значимы его отношения с супругой. Есть периоды формирования супружеского холона благоприятные для восстановления отношений после разлуки (стадии компромиссов, зрелого супружеского холона, ренессанса) и неблагоприятные (конfrontации, кризиса середины жизни) (Эйдемиллер, Добряков, 2006). В то же время сам факт возвращения мужа можно использовать с целью гармонизации супружеских отношений.

Несомненно, комбатанты после демобилизации нуждаются не только в материальной и социальной помощи, на которую они охотно соглашаются и даже ее требуют, но и в психологической. Однако к ней отношение у многих из них отрицательное. К сожалению, нередко это связано с неудачным опытом общения с психологом. Чем более выражена симптоматика посттравматического стрессового расстройства, тем менее склонен пациент о нем говорить. Он справедливо полагает, что его переживания соответствует тяжести выполненной работы, что невоевавшему человеку его не понять. Ему плохо, но он считает, что никто ему помочь не может, никому, тем более постороннему человеку, он не хочет раскрывать своих интимных переживаний.

Целесообразно стараться оказывать помощь таким больным не симптомоцентрированно («снизить тревогу»), а этиопатогенетически. Не

рекомендуется начинать встречу с тестирования, с требования рассказывать о тягостных воспоминаниях, кошмарных сновидениях, без достаточного на то основания сразу назначать антидепрессанты и анксиолитики на длительный срок. Не стоит начинать активную работу с пациентом, не получив достаточно сведений о его прошлых жизненных трудностях и достижениях, не удостоверившись, что доверительные отношения установлены. Это можно сделать, одновременно используя нарративный подход и активное слушание, стимулируя пациента рассказывать о себе, включая периоды детства, юности (Короленко, Загоруйко, 2000), активно искренне сопереживая ему. Рассказывая историю своей жизни, пациенты более естественным образом доходят до опыта военной службы.

Выяснив семейную ситуацию, важно понять, как родственники переживали тяжелый период своей жизни, когда он воевал, а они ждали, не было ли у них и нет ли сейчас симптомов ПТСР (Цыба, 2023).

Мотивация участия в исследовании может быть дополнительно подкреплена возможностью получения обратной связи от психолога (в том числе по общим вопросам, напрямую не связанным с целью исследования), которую респондент получает при прохождении исследований. В программы циклов обучения или повышения квалификации могут быть включены психологическое обследование, индивидуальные, семейные и групповые психологические занятия, которые будут направлены на помочь с трудоустройством.

Целесообразно разработать специальный цикл тематического обучения психологов, который позволил бы квалифицированно оказывать помощь комбатантам: используя при психологическом обследовании метод наблюдения и нарративный подход; владея достаточным арсеналом необходимого психологического инструментария; соблюдая этические принципы при работе с респондентом; умея создавать доверительные отношения со слушателями; владея методами индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Литература

- Абитов И.Р., Акбирова Р.Р. Психология стресса: учебно-методическое пособие. Казань: НОУ ДПО «Центр социально-гуманитарного образования», 2022.*
- Андриенко Ю.И., Богмацера В.В. Оценка морально-психологического состояния курсантов // Проблемы правоохранительной деятельности. 2014. № 2. С. 56–59.*

- Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н.* Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве // Съезд психиатров России. Материалы съезда. М., 2000. С. 103–104.
- Селье Г.* Стресс без дистресса. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1982.
- Тараабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Цыба И.В.* Организация работы с участниками специальной военной операции и членами их семей на базе учреждений социального обслуживания населения: методическое пособие для специалистов учреждений социального обслуживания населения. Красноярск: КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2023.
- Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Изд. 2-е, испр. и доп. СПб.: Речь, 2006.

Травмафокус как нейропсихотерапевтический метод для переработки психических травм и сохранения ресурсного состояния

Ж.И. Казачёнок

Учреждение образования «Военная академия Республики Беларусь», Минск, Беларусь
zhenyai7000@gmail.com

В статье актуализируется проблема формирования кризисной компетентности у каждого современного психолога, осуществляющего сопровождение в связи с нарастанием военной угрозы. Подчеркивается необходимость дальнейшего развития методологии быстрой и эффективной психологической помощи в экстремальных условиях. Приводятся результаты апробации популярного для регуляции состояния военнослужащих и обычных граждан на сопредельной территории метода «Травмафокус». Травмафокус (ТФ) — современный метод психотерапии, который допускается к использованию психологом после получения соответствующего обучения. Метод основан на новой регуляции мозговой активности, а также телесных и эмоционально-аффективных связей. На основании результатов апробации метода «Травмафокус»

на базе учреждения образования «Военная академия Республики Беларусь» его можно считать действенным инструментом для сохранения ресурсного состояния личности.

Ключевые слова: психологическое сопровождение в период нарастания военной угрозы, травма, ресурсное состояние, метод «ТравмаФокус» (ТФ)

Современная быстрая трансформация экономических, социальных, политических условий деятельности специалистов в различных отраслях в ситуации нарастания военной угрозы обуславливает актуальность изучения динамики свойств личности. Сегодня каждый психолог должен обладать компетентностью кризисной либо военной модальности. Поэтому психологам отделов психологического сопровождения профессиональной деятельности, организаций и учреждений целесообразно осознать весь арсенал теоретического, психодиагностического, консультативного, коррекционного инструментария, используемого в работе с точки зрения его эффективности. Безусловно, события последних лет показали, что в целом психологи являются значимой и эффективной «социальной группой», специалисты которой сопровождают деятельность профессионалов в экстремальных условиях. Однако травматизация современного общества, монотравмы конкретных людей могут влиять на результативность выполнения функциональных обязанностей и психическое здоровье в целом.

Деятельность специалистов психологических служб внесла весомый профессиональный вклад в общие результаты сохранения мира в Республике Беларусь. Однако оказание психологической помощи связано с проблемами в двух его направлениях.

С одной стороны, «люди на постсоветском пространстве не плачут, а огорчаются» и специалисты не спешат обращаться к психологу организации, хотя процесс принятия таких решений людьми на современном этапе развивается стремительно. Профессионализм, компетентность, эмпатия, этика, опыт деятельности психологов в различных учреждениях, их ответственность за результаты своей деятельности и другие факторы могут повлиять на формирование доверия и активизировать запрос человека на помочь. С другой — психологическая наука, как никогда ранее, сейчас проходит экзамен на релевантность теоретического и особенно методического инструментария, который должен быть адаптирован к специфическим условиям близости военных событий,

обеспечить достаточный уровень сохранения психического здоровья гражданских специалистов. Остаются актуальными проблемы поиска эффективных краткосрочных и адаптированных методов работы с сотрудниками, особенно в условиях нарастания военной угрозы, активный период и ситуации неопределенности. Этапы и мероприятия по профессионально-психологическому отбору позволяют определить лучшую молодежь для наиболее значимых кадровых вакансий, однако стоит признать, что мы несколько утратили традиции спартанского волевого формирования личности, которая не всегда готова, даже при условии высокой мотивации, выполнить свой профессиональный и гражданский долг.

В современном обществе растет количество обращений к психологам со стороны специалистов различных отраслей профессиональной деятельности с запросами: панические атаки, тревожные и депрессивные состояния, постковидный синдром, потеря близких, ПТСР и другие расстройства. Сохранение и поддержание ресурсного состояния современного специалиста является основной целью работы психолога в организации. Ресурсное состояние личности — это совокупность показателей физического и психологического здоровья, которая проявляется в том, что у человека достаточно сил и желания для решения текущих задач, а также энергии, чтобы двигаться к намеченным планам. Эмоционально такое состояние ощущается как душевный подъем, где человек доволен собой и жизнью, позитивно смотрит в будущее и чувствует обладание психологическим внутренним ресурсом для достижения профессиональных и личных целей. Компетентность психолога во многом зависит от теоретико-методологической подготовки, владения конкретными методами и технологиями влияния на ресурсное состояние сотрудника, его здоровье в целом.

Анализ научных публикаций позволяет сделать вывод, что психологическая наука богата школой ученых, занимающихся психологией здоровья. Нужно четко разделять компетенции психологов и психиатров. Однако активные фазы боевых событий, нарастание военной угрозы нередко влияют на возникновение посттравматических стрессовых расстройств у обычных граждан, специалистов в различных профессиональных сферах, а без психиатрической подготовки психологу обычных учреждений иногда обойтись невозможно. Основу отечественной науки составляют работы русских психиатров и психологов И. М. Балинского, В. М. Бехтерева, П. Б Ганнушкина, И. П. Мер-

жеевского и др. (Балинский, 1958; Бехтерев, 1999; Ганнушкин, 2020; Мер жеевский, 1887). Научную основу психологического обеспечения саморегуляции в активный период военных событий составляет наследие М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбовича, В.А. Пономаренко и др. (Дьяченко и др., 1985). На современном этапе существует также широкий спектр практико-ориентированных технологий саморегуляции, представленных в деятельности Х. Алиева (Алиев, 1986). Заслуживают внимания многочисленные зарубежные публикации, посвященные теории и практике психологического сопровождения людей в боевых условиях, в ситуации нарастания военной угрозы. В настоящее время ВС США являются крупнейшим в мире работодателем для психологов.

В Республике Беларусь научные публикации, которые могут быть использованы в обеспечении психического здоровья людей, принадлежат Г.М. Евелькину (Евелькин, 2010), Т.В. Казак (Казак, 2012), Л.В. Марищук (Марищук, 2011) и др.

Научное и практическое наследие имеет огромное значение для формирования профессиональной компетенции психолога. Многие методы рассчитаны для работы в глубоком тылу, в стационарных условиях и требуют длительного развернутого протокола. Особенно востребованы специалисты, которые готовы оказать квалифицированную помощь быстро и без ретравматизации травмированного человека. В условиях сопредельных военных событий прослеживается потребность в краткосрочных и эффективных методиках, которые в боевой ситуации не предусматривали бы раскрытия сути травмирующего события и могли бы применяться даже при отсутствии психолога рядом.

События военной операции глубоко переживаются всеми гражданами постсоветского пространства. Но стоит признать, что военные конфликты способствуют развитию, в том числе и психологической науки. Особой популярностью для регуляции состояния военнослужащих и обычных граждан на сопредельной территории пользуется пришедшая из психоаналитической школы методика «Травмафокус» (далее — TF) Томаса Вебера (Австрия). Действенная методика является закономерным результатом дальнейшего развития науки и практики обеспечения саморегуляции, в основе которой лежат многочисленные и разноуровневые исследования в области физиологии, психологии и психиатрии.

Травмафокус (Traumafokus) — это глубинный и телесно-ориентированный метод для сохранения ресурсного состояния, лечения хрони-

ческих стрессовых расстройств, комплексного посттравматического стрессового расстройства и т.д. Это позволяет немедленно обрабатывать травматические стрессы в мозгу без необходимости сознательного доступа к воспоминаниям (Вебер, 2019).

Целью метода является полное избавление от блокирующего возбуждения в мозге и в теле человека. Метод TF прогрессивный, надежный, простой, ресурсный. Разработанная международная авторская программа обучения травмафокусу позволяет освоить ее не только врачам и психотерапевтам, но и психологам. По мнению выпускников программы, TF является ценным инструментом, который должен быть арсеналом у каждого, кто работает с людьми, а у психолога однозначно. Это глубокий, понятный и действенный метод, который основан на глубинных исследованиях мозга. Современный нейропсихотерапевтический метод эффективен при психологических травмах их последствиях, стрессовых соматических расстройствах и хронических болевых синдромах. Метод TF запускает регуляцию стресса, травмы, боли непосредственно в мозге и в теле без осознанных воспоминаний.

С целью апробации метода TF в течение 2022–2023 гг. на базе учреждения образования «Военная академия Республики Беларусь» для желающих обучающихся и членов их семей, испытывающих нересурсные состояния (хроническую усталость, снижение работоспособности, отсутствие настроя для жизнедеятельности вследствие психологической утраты и др.), были организованы по три психологические консультации с применением метода TF. После окончания работы каждому из участников было предложено написать эссе о состоянии после сеансов с психологом. Метод обработки продукта деятельности (эссе) — контент-анализ. По результатам контент-анализа можно сделать следующие выводы.

Большинство участников (65%) указывают на ту либо иную форму снижения психологического напряжения, которое отмечалось до эксперимента. Двадцать процентов из них констатируют появление чувства радости и легкости. Четверть респондентов были удивлены простотой и действенностью проведенной работы. 20% участников использовали метод TF самостоятельно в процессе нересурсного состояния, что позволяло улучшить настроение и повысить работоспособность. Около 18% респондентов обесценили метод и посчитали, что ожидаемого эффекта они не получили. 15% респондентов в различной форме выразили желание предложить такие консультации своим близким и знакомым.

Резюмируем: методика ТФ является скорее действенным инструментом для сохранения ресурсного состояния личности. Этот метод может использоваться в работе с военнослужащими и членами их семей, гражданскими специалистами. Обучение методике ТФ позволяет сотруднику заниматься в дальнейшем самостоятельно и обеспечить достаточную саморегуляцию без непосредственного участия психолога. Стоит признать ее неабсолютность. Психологу при выборе консультативного инструментария нужно быть избирательным и гибким. Считаем целесообразным направлением дальнейшей апробации методики ТФ в психологическом сопровождении деятельности специалистов.

Литература

- Алиев Х.М.* К проблеме психофизиологической саморегуляции // Психологический журнал АН СССР. 1986. Т. 7. № 3. С. 119–120.
- Балинский И.М.* Лекции по психиатрии. Л.: Медгиз, 1958.
- Бехтерев В.М.* Избранные труды по психологии личности в 2 т. Том 1 / Под ред. Г.С. Никифорова и Л.А. Коростылевой. СПб.: Алетейя, 1999.
- Вебер Т.* Травмафокус. Нейропсихотерапевтический метод для переработки психического стресса, травм и хронической боли. Харьков: «Litera Nova», 2021.
- Ганнушин П.Б.* Клиника психопатий: их статика, динамика, система-тика. М.: Юрайт, 2020.
- Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Пономаренко В.А.* Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: психологический аспект. Мин.: Университетское, 1985.
- Евелькин Г.М.* Психология профессиональной эффективности. Мин.: Ин-т нац. безопасности Респ. Беларусь, 2010.
- Казак Т.В.* Концептуальные основания психологического сопровождения психосоциальной адаптации субъектов учебной и профессиональной деятельности системы органов внутренних дел: дисс. ... д-ра психол. наук. Тверь, 2012.
- Мержеевский И.П.* Об условиях, благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России и о мерах, направленных к их уменьшению // Речь, произнесенная к торжественному открытию Первого съезда отечественных психиатров в Москве 5 января 1887 года председателем его проф. И.П. Мержеевским. СПб, 1887.
- Марицук Л.В.* Психология: пособие. Мин.: Тесей, 2011.

Применение практик осознанности в терапии посттравматического стрессового расстройства

I.K. Кияненко

Национальный исследовательский университет «Высшая
школа экономики», Москва, Россия
kiyanenko.i.k@hse.ru

В статье рассматривается применение практик осознанности (майндфулнес) в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Обосновывается актуальность данного подхода в связи с его направленностью на корневые механизмы и симптомы ПТСР. Описываются основные особенности и различия трех направлений интервенций, основанных на майндфулнес (MBI): программа снижения стресса на основе осознанности (MBSR), травма-информированная программа снижения стресса на основе осознанности (T1-MBSR) и когнитивная терапия, основанная на осознанности (MBCT). Анализируются механизмы воздействия практик осознанности на симптомы ПТСР, такие как интрузии, избегание, гипервозбуждение, негативные эмоции и диссоциация. Представлен обзор исследований, оценивающих эффективность указанных подходов в терапии ПТСР. Подчеркивается пролонгированный положительный эффект MBI-программ на проявления ПТСР и коморбидные состояния, такие как депрессия.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, групповая психотерапия, осознанность, майндфулнес

Актуальность практик осознанности, или майндфулнес, в отношении терапии ПТСР обусловлена прежде всего направленностью самого подхода на многие корневые механизмы и симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Целью данной статьи является обзор основных особенностей майндфулнес-подхода, а также результатов оценки их эффективности в терапии посттравматического стресса. Майндфулнес можно определить как непредвзятое исследование настоящего опыта, включающее ментальные (мысли, эмоции, чувства) и телесные ощущения (Kabat-Zinn, 2009).

Разнообразные психологические подходы, использующие майндфулнес в качестве основы, объединяются в группу «интервенций, ос-

нованных на майндфулнес» (Mindfulness-Based Interventions, MBI). В контексте работы с ПТСР наиболее применимыми являются три направления: программа снижения стресса на основе осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), травма-информированная программа снижения стресса на основе осознанности (Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction, TI-MBSR), а также одна из ветвей когнитивно-поведенческой терапии — когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT).

Программа снижения стресса на основе осознанности (MBSR) — это восьминедельная программа, разработанная в 1970-х годах. Она сочетает изучение паттернов мышления, чувств и поведения, а также изучение светской медитации, телесной осознанности и элементов йоги. Программа представляет собой еженедельную встречу (очно или онлайн) продолжительностью 1,5–2 часа, однодневную практику в середине курса и 30–45 мин. на выполнение ежедневных домашних заданий. Участник получает стандартизированные материалы по MBSR в виде рабочей тетради с теоретической информацией, местом для фиксации наблюдений и выполнения домашних заданий.

MBSR и TI-MBSR имеют одни и те же основополагающие принципы, но отличаются специфической направленностью и адаптацией. MBSR разработана как общая программа снижения стресса и сосредоточена на развитии осознанности с помощью различных медитативных практик, в то время как TI-MBSR разработана специально для людей, переживших травму, особенно для тех, кто страдает ПТСР, и включает в себя психообразование, ориентированное на травму. Программа TI-MBSR разработана как вмешательство на первой фазе лечения травмы, направленное на обеспечение безопасности и регуляцию аффекта. Классическая программа MBSR может не затрагивать специфические проблемы, связанные с травмой и, соответственно, может потенциально спровоцировать негативные переживания. TI-MBSR направлена на создание безопасной среды для людей, переживших травму, и включает модификации для предотвращения повторной травматизации, фокусируясь на сдерживании травмирующих мыслей и эмоций (Kelly, 2015).

MBCT-подход — это психотерапевтический подход, сочетающий в себе элементы медитации на основе осознанности и техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Помимо использования практик осознанности, ключевые особенности MBCT состоят, во-первых, в поддержании фокуса на принятии пациентами своих мыслей и чувств

без осуждения, во-вторых, в профилактике рецидивов (первоначально разработанная для предотвращения рецидивов при рекуррентной депрессии, МВСТ помогает людям распознавать ранние признаки депрессивных эпизодов), в-третьих, в реализации группового формата (обычно проводится в течение 8 еженедельных сессий, часто в групповой обстановке); в-четвертых, в метакогнитивном осознании (цель МВСТ — выработать новое отношение к мыслям и чувствам, рассматривая их как идеи, а не факты).

Таким образом, отличия МВСТ от КПТ состоят в: подходе к мыслям (в то время как КПТ фокусируется на формулировании и изменении негативных мыслеобразов, МВСТ делает акцент на наблюдении и разъединении с мыслями); ориентации на цель (КПТ более ориентирована на достижение цели, направленной на активное изменение мыслей и поведения, а МВСТ поощряет режим «бытия», фокусируясь на принятии и разрешении того, что есть); интеграции осознанности (МВСТ включает в себя формальные практики майндфулнес, в то время как классическая КПТ этого не делает); направленности лечения (КПТ используется для лечения широкого спектра психических заболеваний, в то время как МВСТ была специально разработана для предотвращения рецидивов депрессии); развитии навыков (КПТ делает акцент на развитии навыков преодоления, в то время как МВСТ фокусируется на развитии осознанности и осознания настоящего момента) (Sears et al., 2016).

Корневые компоненты подходов, основанных на майндфулнес, а именно внимание, когнитивное осознавание и неосуждение, позволяют направить терапию на такие проявления ПТСР, как избегание, эмоциональное оцепенение и гипервозбуждение, негативные эмоции (стыд и чувство вины) и диссоциация.

Улучшение контроля над фокусом внимания позволяет пациентам отслеживать переключение внимания на стимулы, связанные с травмой. Совершенствование этого навыка в комплексе с осознаванием внутренних процессов (мысли, эмоции, чувства) также позволяет снизить рuminацию, которая может привести к «соскальзыванию» в состояние тревоги. Непредвзятое (неосуждающее) наблюдение может приблизить пациента к стимулам, вызывающим страх, и снизить избегание.

Одной из важных практик в МВИ является «медитация любви и доброты», или метамедитация, которая направлена на развитие доброго и сострадательного отношения к себе и другим. Как предполагается,

такая практика помогает развитию эмоциональной гибкости, то есть улучшает навык дистанцироваться от текущего негативного эмоционального состояния и переключаться на позитивное состояние. Этот навык оказывает важное влияние на терапию ПТСР, где частым явлением является связка чувства вины, стыда, отсутствие сострадания к себе и ангедония.

Общий комплекс навыков осознанности и, в частности, навык пребывания в настоящем моменте также может уменьшать симптомы диссоциации, так как, с одной стороны, позволяет пациенту более успешно переносить негативные переживания, а с другой стороны — усиливает контроль над вниманием, что снижает вероятность фрагментации «Я». Это отражает взгляд некоторых исследователей на то, что полнота осознавания и диссоциация находятся на разных полюсах одного континуума. Таким образом, предполагается, что практики осознанности могут быть важны для повторной интеграции «Я» после травматического опыта.

Резюмируя, можно описать следующие связи между симптомами ПТСР и механизмами практик осознанности: интрузии снижаются через переключение внимания с травмирующих стимулов на настоящий момент; избегание снижается через неосуждающее осознавание текущего опыта; симптоматика возбуждения и реактивности сглаживается через фокусировку на моменте «здесь и сейчас», а также за счет снижения фокуса на травмирующем событии; изменение настроения и когнитивной сферы регулируется через безоценочное восприятие событий, связанных с травмой; симптомы диссоциации уменьшаются через соединение с текущим (в том числе телесным) опытом и преодоление негативных внутренних состояний.

Следует учитывать, что указанные механизмы в некоторых случаях могут усиливать дистресс и destabilизировать пациентов за счет проявляющихся воспоминаний о травме и уменьшении избегания таких воспоминаний. Также важным является то, что такое распространенное в MBI упражнение, как сканирование тела (когда внимание клиента направляется на ощущения в разных участках тела), может послужить причиной рецидива травмы для лиц, переживших сексуальное или физическое насилие.

Перейдем к рассмотрению эффективности подходов, основанных на практике осознанности при терапии ПТСР.

В рамках исследования, проведенного с участием 116 ветеранов боевых действий с диагностированным ПТСР и подпороговым ПТСР,

участники были распределены на 2 группы: первая групп проходила MBSR (дополненный психообразованием по травме), вторая группа проходила терапию, ориентированную на настоящее (нетравмоориентированная терапия ПТСР). Результаты исследования показывают, что в момент окончания терапии первая и вторая группы продемонстрировали сходные результаты. Однако спустя 2 месяца после окончания терапии в группе MBSR выявлено значительно большее снижение по Шкале самооценки проявлений ПТСР (размер эффекта $d=0,40$), Клинической шкале оценки ПТСР (размер эффекта $d=0,41$) и Опроснику качества жизни ВОЗ (размер эффекта $d=0,41$) от исходного уровня. Это может говорить о большей эффективности программы MBSR для поддержания результата терапии. Были выявлены незначительные различия между группами по шкале депрессии (одинаковые улучшения в группах) (Polusny et al., 2015).

В другом исследовании выборка из 62 ветеранов боевых действий с ПТСР и подпороговым ПТСР была разделена на 2 группы: первая группа прошла сокращенный 4-недельный курс MBSR и типичную первичную помощь для ветеранов, а вторая группа — только типичную первичную помощь. В результате проведенного исследования не была выявлена существенная разница между группами по Шкале самооценки проявлений ПТСР и Клинической шкале оценки ПТСР. У респондентов первой группы можно было наблюдать снижение по показателям депрессии (размер эффекта $d=0,86$), а также другим нежелательным симптомам по Клинической шкале оценки ПТСР (размер эффекта $d=0,72$) и Опроснику здоровья пациента (размер эффекта $d=0,99$) (Possemato et al., 2016).

В следующем исследовании выборку из 45 женщин, переживших межличностную травму, разделили на 2 группы: первая группа прошла 8-недельный курс TI-MBSR, а вторая группа являлась контрольной. Результаты показали, что у респондентов группы TI-MBSR наблюдается значительно большее снижение симптомов ПТСР по сравнению с контрольной группой, ожидавшей окончания курса (размер эффекта $d=0,94$). В 80% случаев психологическое состояние участников первой группы, которое изначально соответствовало критериям ПТСР, перестало соответствовать им после курса, по сравнению с 40% в контрольной группе. В группе TI-MBSR у респондентов отмечалось значительно большее снижение уровня депрессии, чем в контрольной группе (размер эффекта $d=0,86$). Снижение симптомов ПТСР было связано с показателем количества минут практики осознанности (Kelly et al., 2016).

Исследование эффективности программы МВСТ как адьювантной терапии, проведенное среди 24 ветеранов боевых действий, показало, что, по сравнению с контрольной группой, получавшей фармакотерапию, у участников программы МВСТ значительно улучшились результаты по Шкале самооценки проявлений ПТСР. Улучшения симптоматики ПТСР были отмечены также через 3 месяца после окончания программы (Jasbi et al., 2018).

Как мы видим, MBI-подход может быть представлен несколькими различными программами, применение которых в терапии ПТСР обусловлено их направленностью на некоторые основные механизмы и симптомы посттравматического стресса. Данные подходы включают как специализированный травма-информированный курс, так и более общие программы, которые также эффективны при ПТСР. Исследования эффективности MBI-программ показывают, что они имеют выраженный положительный пролонгированный эффект касательно многих проявлений ПТСР и коморбидных состояний (например, депрессии). Большинство исследований эффективности MBI-подходов ранее проводилось на выборках ветеранов боевых действий. Эффективность данных подходов при иных видах травмы, включая травму развития, насилие, стихийные бедствия и другие, требует дополнительного изучения.

Литература

- Jasbi M., Sadeghi Bahmani D., Karami G., Omidbeygi M., Peyravi M., Panahi A., Mirzaee J., Holsboer-Trachsler E., Brand S.* Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans — results from a randomized control study // Cognitive behaviour therapy. 2018. V. 47(5), P. 431–446.
- Kabat-Zinn J.* Full Catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Random House Publishing Group, 2009.
- Kelly A.* Trauma-informed mindfulness-based stress reduction: a promising new model for working with survivors of interpersonal violence // Smith College Studies in Social Work. 2015. V. 85. № 2. P. 194–219.
- Kelly A., Garland E.L.* Trauma-informed mindfulness-based stress reduction for female survivors of interpersonal violence: results from a stage I RCT // Journal of clinical psychology. 2016 V. 72. № 4. P. 311–328.
- Polusny M.A., Erbes C.R., Thuras P., Moran A., Lamberty G.J., Collins R.C., Rodman J.L., Lim K.O.* Mindfulness-based stress reduction for post-

- traumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial // JAMA. 2015. V. 314. № 5. P. 456–465.
- Possemato K., Bergen-Cico D., Treatman S., Allen C., Wade M., Pigeon W. A randomized clinical trial of primary care brief mindfulness training for veterans with PTSD // Journal of clinical psychology. 2016. V. 72. № 3. P. 179–193.
- Sears R. W., Chard K. M. Mindfulness-based cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2016.

Образный рефрейминг как метод психологической коррекции ПТСР

C. B. Кучеренко

Гуманитарно-педагогическая академия (филиал) Крымского
федерального университета имени В.И. Вернадского в г. Ялте,
Ялта, Россия

kucherenkosv@cfuv.ru

Образный рефрейминг как технология психологической помощи и самопомощи позволяет исследовать и трансформировать феноменологическое пространство личности, которое сугубо индивидуально. «Образный рефрейминг» (с опорой на образы, а не на слова и когнитивные конструкции) как технология краткосрочной психологической помощи (или самопомощи) включает следующие этапы: 1) психологическая диагностика авторской психосемантической методикой «Цветоассоциативный эксперимент», 2) психологическое консультирование по изменению рамок (границ, масштабов) проблемы и ее разрешения с элементами ориентированной на решение краткосрочной терапии, 3) арт-терапевтические техники по расширению и трансформации стереотипов мышления (рамок, границ, масштабов), 4) ведение дневника ежедневных самоосознаваний. Эмпирическая апробация технологии предполагает групповые занятия 1–2 раза в неделю на протяжении 4 недель и контрольный срез через два месяца после проведения формирующего эксперимента.

Ключевые слова: цветоассоциативный эксперимент, образный рефрейминг, психосемантическая методика, аутентичность, осознанность, самореализация личности, самоотчуждение

Рефрейминг, как сказано в книге Р. Бэндлера, Д. Гриндера, — специфический прием, позволяющий обеспечить контакт с той частью личности, которая порождает одно поведение или блокирует другое (Бэндлер, Гриндер, 1995). Слово «рефрейминг» есть отглагольное существительное от глагола «reframe», означающего «вставить в новую рамку (ту же картину)», «вставить в ту же рамку (новую картину)», « заново приспособить», «по-новому сформулировать».

Р. Бэндлер предложил шестишаговую модель рефрейминга: 1) установление связи с некоторой частью психики, 2) определение ее позитивного назначения, а затем 3) создание как минимум трех видов альтернативного поведения, удовлетворяющих этому назначению (4–5). В данную модель также встроены способы контроля, подстройка к будущему и экологическая проверка.

Кроме шестишаговой модели, есть другие модели рефрейминга, например «рефрейминг содержания», названный так, поскольку в этом случае, в отличие от шестишагового рефрейминга, мы должны предварительно знать конкретное содержание. Есть два вида рефрейминга содержания: изменение смысла и контекста. Так, в примере с женщиной, страдающей компульсивным стремлением к чистоте, мы видим такую трансформацию смысла чистоты ковра: «Закройте, пожалуйста, глаза и представьте себе ваш ковер. Вы видите, на нем нигде нет никакого отпечатка ноги. Он чистый и пушистый, ни малейшего следа». Женщина закрыла глаза и чувствовала себя на седьмом небе, на лице ее сияла улыбка. Тогда психотерапевт сказала: «И представьте себе как следует, что это значит: это значит, что вы совсем одна, что вокруг вас нет никого, кто о вас заботится и кто вас любит». У женщины резко изменилось выражение лица, и она была в ужасе! А затем психотерапевт сказала: «Теперь сделайте на ковре несколько следов и посмотрите на эти следы: знайте, что возле вас самые дорогие для вас люди на свете» (Бэндлер, Гриндер, 1995). После этого, конечно, женщина снова почувствовала себя хорошо.

При этом специальном виде рефрейминга реальный стимул в действительности не меняется, но меняется его смысл. Этим видом рефрейминга можно пользоваться в тех случаях, когда, по нашему мнению, стимул неприемлемого поведения в действительности не требует изменения, то есть не содержит в себе ничего дурного. По нашему мнению, данный методический прием соответствует постнеклассической теории В. С. Степина (Степин, 2003), его выводу о связи истины

с нравственностью, представлению о вероятностной причинности как дополнении к жесткой лапласовской детерминации.

Целью данной статьи является теоретическое обоснование об разного рефрейминга как метода развития личности. В практике психологической коррекции ПТСР используется образный ре скрипting (Lechner-Meichsnera et al., 2022; Wild, Clark, 2011), который также имеет краткосрочный характер, но базируется на поведенческой методологической основе. Целью любой терапии Р. Бэндлер считает достижение свободы: «Под свободой я понимаю чувство того, что у меня есть полный контроль над моей жизнью, моей судьбой. Мне не нужно знать свое будущее, потому что я уверен, что смогу справиться со всем, что оно может мне приготовить. И каждый момент своей жизни я стараюсь сделать прекрасным» (Бэндлер, Гриндер, 1995, с. 7). Исходя из описанной формулировки, можно прийти к выводу, что рефрейминг можно использовать как метод развития личности.

На основе вышеописанной модели рефрейминга Р. Бэндлера и Д. Гриндера автором разработана технология краткосрочной психологической помощи (от 1 до 7 встреч) «Образный рефрейминг» (с опорой на образы, а не на слова и когнитивные конструкции), которая представляет собой: 1) психологическую диагностику авторской психосемантической методикой «Цветоассоциативный эксперимент» (Кучеренко, 2021), 2) психологическое консультирование по изменению рамок проблемы и ее решения, 3) арт-терапевтические техники для расширения и трансформации рамок как стереотипов мышления, 4) работу с авторской колодой метафорических ассоциативных карт «Рефрейминг» и 5) фиксацию результатов в письменном виде в «Дневнике ежедневных самоосознаний» или в виде рисунка, фотографии, любого изображения. По сути, это конкретная, эмпирически апробированная последовательность действий, направленная на выход субъекта с ПТСР за рамки привычного видения проблемы и, соответственно, ее решения.

Рассмотрим научное обоснование диагностических возможностей психосемантической методики «Цветоассоциативный эксперимент». Метод свободных ассоциаций К.Г. Юнга дополняется восьмицветным субтестом М. Люшера (Люшер, 2008), подобно тому, как он был использован в Цветовом тесте отношений Е.Ф. Бажина, А.М. Эткінда.

Алгоритм проведения авторской психосемантической методики «Цветоассоциативный эксперимент» (Кучеренко, 2021) предполагает ранжирование цветов восьмицветного субтеста М. Люшера, например

получается ряд 35471260 (красный-фиолетовый-желтый-черный-синий-зеленый-коричневый-серый); далее записываются на бумаге или надиктовываются на диктофон «слова и словосочетания, все, что приходит в голову» в течение 10–15 минут; после этого каждое слово, словосочетание из потока ассоциируется с одним из цветов восьмицветного субтеста М. Люшера; затем производится второе ранжирование цветов восьмицветного субтеста М. Люшера. После этого происходит обработка результатов.

Исходя из интерпретации результатов восьмицветного теста М. Люшера, каждому слову и словосочетанию из потока присваивается знак «++», если цвет, с которым ассоциировался стимул, стоит на 1 или 2 месте в цветовом ряду (второй выбор); знак «+», если цвет, с которым ассоциировался стимул, стоит на 3 или 4 месте в цветовом ряду; знак «=», если цвет, с которым ассоциировался стимул, стоит на 5 или 6 месте в цветовом ряду; знак «-», если цвет, с которым ассоциировался стимул, стоит на 7 или 8 месте в цветовом ряду. Например, диагностическая структура цветового ряда по М. Люшеру выглядит таким образом: «++3, 5», «+4, 7», «=1, 2», и «-6, 0». В данном цветовом ряду сверхпредпочитаемые 3 и 5 («++», в данном выборе цветов красный и малиновый), предпочтаемые 4 и 7 («+», желтый и черный), индифферентные 1 и 2 («=», синий и зеленый), отвергаемые 6 и 0 («-», коричневый и серый). Таким образом, все слова и словосочетания условно группируются по критерию эмоциональной привлекательности для респондента: сверхпредпочитаемые, предпочтаемые, индифферентные и отвергаемые.

Если взять за основу интерпретации понятие «переживание» Ф. Е. Василюка (Василюк, 1984) как особый режим функционирования сознания, при котором субъект находится в положении объекта, когда Наблюдаемое имеет свойства субъекта (объект – субъект) наряду с рефлексией (отношения субъект – субъект), сознанием (субъект – объект) и бессознательным (объект – объект), то все значимые стимулы (слова, словосочетания) группируются в семантическое пространство, образованное двумя осями: нужность (важность, необходимость, долженствование) и эмоциональная привлекательность (нравится – не нравится). Таким образом, если в феноменологическом пространстве личности присутствует более одной тематически связанной категории важности (нужности), такой внешний мир, по Ф. Е. Василюку, является «сложным», если же все стимулы представляют собой преимущественно одну тему (например, «семья», «здравье», «работа» или «благо-

состояние»), то такой внешний мир является «простым». Аналогично и с категорией «эмоциональная привлекательность»: если в «нравится» присутствует множество тематических, семантических тем, такой внутренний мир, по Ф. Е. Василюку, является «сложным», если же все стимулы представляют собой преимущественно одну тему (например, «удовольствия», «природа», «работа», «отношения» или «успех»), то такой внутренний мир является «простым».

После психологической диагностики проводится психологическое консультирование по изменению рамок (границ, масштабов) проблемы и ее разрешения с элементами ориентированной на решение краткосрочной терапии (Кучеренко, 2022). Работа с метафорой Проблемы, Цели и Ресурса происходит таким образом: «Представьте себе Проблему/ Цель/ Ресурс». На что это похоже? Нарисуйте, опишите словами. Принцип Ориентированной на решение краткосрочной терапии (КОРТ): «где фокус внимания, там и ресурс», таким образом, перемещая внимание, мы изменяем проблему, или цель, или ресурс, в зависимости от фокуса работы. Другими словами, если все внимание сосредоточено на проблеме, то и ресурс в ней. Ориентировочные аналитические вопросы: «Что из Проблемы (какие мысли, чувства, эмоции) может быть Вам полезным?», «В каких мыслях, чувствах и эмоциях проявляется Цель/ Ресурс в Вашей жизни?», «Как это про Вас?»

Упражнение «Ресурсы жизнестойкости» по Д. А. Леонтьеву (Леонтьев, Рассказова, 2006): Смысл (наша связанность с жизнью других людей, с прошлым, будущим, настоящим, с миром в целом), Целенаправленность (собственное целеполагание делает человека менее подверженным любым формам контроля, воздействия и манипуляции) и Витальность (энергетические ресурсы в самом себе, ощущение удовольствия от жизни). Эти понятия изображаются в трех уровнях: внизу рисунок «витальность», вторым уровнем рисунок «целенаправленность», вверху рисунок, обозначающий «смысл».

В процессе психологического консультирования применяются арт-терапевтические техники по расширению и трансформации рамок (границ, масштабов), стереотипов мышления (Кучеренко, 2022). Предполагается использование методик «Чувство/ эмоция/ ощущение в рамке», «Мои ограничения» и трансформационные техники «Проблема на фоне Цели», «Цель на фоне Проблемы», «Проблема на фоне Ресурса» и «Ресурс на фоне Проблемы». Анализируется, какой вариант предпочтительнее. Примерные аналитические вопросы: «Как меняется Проблема в зави-

сности от рамки (Цель/ Ресурс)?», «Какая рамка для Вас предпочтительнее (Цель/ Ресурс/ Проблема)?», «Как это проявляется в Вашей жизни?»

На каждом этапе психологической технологии участникам с ПТСР рекомендуется фиксировать результат письменно в «Дневнике ежедневных самоосознаваний» или в виде рисунка, фотографии, любого изображения (создания арт-продукта).

Таким образом, с помощью авторской психосемантической методики «Цветоассоциативный эксперимент» (Кучеренко, 2021) проводится комплексная диагностика личности с ПТСР, дающая возможность сформулировать мишени дальнейшей психологической коррекции или спланировать дальнейшее психологическое консультирование. Технология «Образный рефрейминг» позволяет выявить особенности жизненного мира личности с ПТСР и спроектировать направление его трансформации в сторону продуктивности и психологического здоровья.

Литература

- Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. Пер. с англ. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.
- Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Издательство Московского университета, 1984.
- Кучеренко С. В. Опыт применения психосемантической методики «Цветоассоциативный эксперимент» в психологическом консультировании студентов // Психолог. 2021. № 2. С. 59–76.
- Кучеренко С. В. Образный рефрейминг как технология психологической помощи и самопомощи в системе образования // XXI Международная научно-практическая конференция молодых исследователей образования. Науки об образовании в меняющемся мире: перспективы исследований для решения глобальных и локальных проблем: тезисы конференции. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. С. 137–140.
- Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
- Люшер М. Какого цвета ваша жизнь. Закон гармонии в нас: практик. рук. Пер. с англ. Е. Назарян. М.: ИКСР, 2008.
- Степин В. С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность // Вопросы философии. 2003. № 8. С. 5–17.
- Lechner-Meichsner F., Ehring T., Krüger-Gottschalk A., Morinac N., Plankla C., Steila R. Using imagery rescripting to treat posttraumatic stress disorder in refugees: a case study // Cognitive and Behavioral Practice. V. 30. № 4. P. 646–656

Wild J., Clark D.M. Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia // Cognitive and behavioral practice. 2011. V. 18. № 4. P. 433–443.

Технологии социального обучения как психологическая помощь в экстремальных условиях: курский опыт оказания психологической помощи при вторжении ВСУ

Г.Н. Ларина, С.В. Сарычев

Курский государственный университет, Курск, Россия

galka.larina@yandex.ru

sarychev07@gmail.com

В статье анализируется опыт применения концепции социального обучения, разработанный представителями курской социально-психологической школы, в экстремальных условиях, сложившихся после вторжения вооруженных сил Украины в Курскую область. Социальное обучение молодежи рассмотрено как форма оказания психологической помощи в экстремальной ситуации. Обсуждаются технологии социального обучения молодежи, равноправными субъектами при реализации которой выступают профессиональные психологи, профессиональные педагоги, сами подростки и юноши. Рассмотрено создание центров социального обучения молодежи для реализации поведенческого, деятельности и рефлексивного направлений в социальном обучении молодежи, способствующих развитию субъектности. Выявлено, что эффективность социального обучения определяется его институциональностью, т. е. формализацией системы передачи духовно-нравственных ценностей общества.

Ключевые слова: экстремальные условия, психологическая помощь, социальное обучение, развивающая социальная среда, острый стресс

Экстремальные условия жизнедеятельности приводят к появлению острого стресса у человека. Именно такие условия сложились в Курской области, когда в августе 2024 г. вооруженные силы Украины

нарушили российско-украинскую границу и оккупировали десятки приграничных населенных пунктов, включая город Суджу. По официальным данным, в течение августа территорию девяти приграничных районов покинули почти 133000 вынужденных переселенцев, многие из которых нуждались в психологической помощи.

Психологическая помощь была организована студенческим психологическим клубом «Бумеранг» Курского госуниверситета (Ларина, Дроздов, 2019; Сарычев, Лобков, 1994; Чернышев и др., 1989; Чернышев и др., 2007). Условия жизнедеятельности населения, которому необходимо было развернуть психологическую помощь, оценивались нами как экстремальные. Помощь осуществлялась в очно-дистанционном формате и варьировалась в зависимости от оперативной обстановки на фронте и в пунктах временного размещения. На момент начала вторжения ВСУ в Курскую область «Бумеранг» обеспечивал психологическое сопровождение обучения молодежных лидеров в школе молодежных лидеров «Комсорг». На этой базе 6–8 августа решалась главная задача — остановить панику, потому что на летних сборах в школе лидеров было много детей из приграничных районов. Размеренная и творческая жизнедеятельность молодежных лидеров во время традиционных сборов была нарушена неожиданными известиями о продвижении военизованных отрядов ВСУ по приграничью: невозможность связаться с родными, которые гипотетически находились на данной территории, а также их нежелание уезжать в надежде «переждать» ситуацию понижали эмоциональный фон молодых людей. Все это сопровождалось многочисленными атаками БПЛА (до 40 за сутки) и ракетной опасностью (до 20 за сутки), а также активными передвижениями российской военной техники на суше и в воздухе, на время действия которой прерывалась реализация программы для перемещения в укрытия. Все это усугублялось громкими звуками сбитых системой ПВО ракет и БПЛА.

В экстремальных условиях, сложившихся в регионе в начале августа 2024 года, было важно снизить уровень стресса у населения. Объектами психологической помощи оказалась не только сама молодежь (подростки и юноши), которые традиционно являются таковыми, но и другие возрастные группы — члены семей молодежи, которым также оказывалась психологическая помощь.

Опыт организации психологической помощи молодежи Курской области подтвердил необходимость и эффективность реализации социального обучения в развитии личности как формы психологической

помощи. В основе оказания помощи по преодолению острого стресса в условиях боевых действий в регионе лежали технологии социального обучения, разработанные Курской социально-психологической школой. Этот вид психологической помощи населению осуществлялся посредством создания образовательных структур (центров социального обучения), на базе которых формируются временные молодежные коллективы. Эти коллективы, а также их члены и педагоги, которые с ними работают, являются субъектами психологической помощи. Востребованность и практическая значимость данного вида помощи обусловлена тем, что социальное обучение имеет целью формирование субъектности личности, а его ведущим принципом является создание развивающей социальной среды. Именно она дает возможности не только сохранения безопасности личности, но и ее развития.

Социальное обучение означает развитие знаний, умений и навыков для эффективного взаимодействия с людьми как на личном, так и на общественном уровнях с целью достижения значимых социальных результатов. Оно представляет собой одну из форм психологической помощи, направленной на то, чтобы помочь человеку стать зрелой личностью, способной успешно жить и действовать в обществе. Одной из задач социального обучения является развитие навыков общения, что предполагает овладение коммуникационными навыками, которое является базовым уровнем в развитии просоциальной активности.

Цель социального обучения заключается в создании условий, способствующих развитию таких качеств личности, как самостоятельность, активность, ответственность и социабельность. Человек, прошедший социальное обучение, умеет устанавливать и развивать социальные связи, исходя из своего уникального потенциала. Субъектность личности отражает ее способность самостоятельно строить свою жизнь и реализовывать различные виды человеческой активности, включая творческую и моральную. В контексте социального обучения выделяются три направления, способствующие развитию субъектности. Поведенческое — освоение новых практических навыков, позволяющих взаимодействовать с другими людьми. Деятельностное — созидание материальных и духовных ценностей, основанное на самоопределении, переход к практическим действиям. Рефлексивное — осознание своего положительного образа и социальной роли, когда личностная рефлексия становится формой саморегуляции. Эти направления, обраzuя единство, обеспечивают гармоничное социальное развитие лич-

ности — совершение поступков и создание материальных и духовных ценностей на основе адекватного осознания своего нравственного «Я»;

Социальное обучение готовит молодежь к вхождению во взрослую жизнь общества, формируя навыки коммуникации, определения проблемы, постановки целей, нахождения задач, адекватного отражения реальности. Активными участниками социального обучения являются и индивидуальные, и групповые субъекты. Наблюдается их системное взаимодействие, главными формами которого являются воздействие и содействие. Интенсивность и частота использования данных форм зависит от этапов социального обучения.

Эффективность социального обучения определяется его институциональностью, т. е. формализацией системы передачи духовно-нравственных ценностей общества. Включенность социального обучения в общую систему образования государства способствует, с одной стороны, поддержке в его реализации, а с другой стороны — формированию нравственно-ориентированных специалистов.

Отличаются и субъекты воздействия — социальное обучение осуществляют не только профессионалы (психологи и педагоги), но и сами молодые люди. Это различие представляется нам методологически важным. Мы считаем, что в качестве субъектов необходимо рассматривать три основные категории участников: 1) профессиональных психологов, 2) профессиональных педагогов, 3) самих подростков и юношей (Организация психологической службы..., 1989; Чернышев и др., 2007).

Мы полагаем, что взаимодействие педагогов и психологов в процессе осуществления социального обучения должно иметь общие методологические основания. Возникающую при этом проблему разграничения профессиональных компетенций можно разрешить, руководствуясь известной формулой С.Л. Рубинштейна: психология отвечает на вопрос — что делать, а педагогика — как делать (Рубинштейн, 1998). Взаимодействие в таком симбиозе позволяет достичь главной цели обучения — формирование субъектности будущих реформаторов жизни общества. То есть психолог определяет предмет воздействия, объясняет закономерности социально-психологических процессов, эмоциональных и когнитивных процессов, отслеживает личностные и групповые изменения, а педагог получает четкие ориентиры для построения адекватной системы воспитательного воздействия. Только при таком взаимодействии педагогические действия будут эффективны. Включенность психологов в образовательный процесс обеспечивает сохра-

нение и укрепление психического здоровья и гармоническое развитие личности будущих управленцев страны. Своевременно получая необходимые психологические знания, педагоги их учитывают и на их основе выстраивают учебно-воспитательный процесс.

В условиях вторжения ВСУ на территорию Курской области в августе 2024 года в систему социального обучения был включен элемент духовности — построение образа позитивного будущего на основе историко-патриотической перспективы нашей страны в целом и региона в частности. Его представленность стала содержательной частью каждого последующего тематического дня, также было реализовано психологическое просвещение для всех субъектов психологической помощи. Для снижения панических состояний использовались методы беседы и повышения мотивационно-ценностной включенности личности и группы в различные программы центра.

Созданные условия безопасности микросреды основной организации смогли оказать большое психотерапевтическое влияние на молодежь в условиях экстремальной ситуации в регионе. По итогам использования данных технологий удалось сделать главное — реализовать программу посредством фиксации паники, подростки и юноши включились в программу, и показатели самочувствия, активности, настроения по итогам сборов в условиях экстремальной ситуации вышли на традиционные итоговые показатели. Это было достигнуто в течение краткосрочного периода — трех дней. Также эффект психологической помощи вышел за территориальные пределы места сборов (п. Моква в Курске) на Курскую область и другие регионы посредством того, что участники сборов стали транслировать свое стабильное эмоциональное состояние на семью, родственников и друзей.

Полученные нами результаты позволяют сделать вывод об эффективности использования технологий социального обучения при оказании психологической помощи в условиях экстремальных ситуаций.

Литература

- Ларина Г.Н., Дроздов С.В. Свобода группы как фактор мотивации учебной деятельности студентов вуза [Электронный ресурс] // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2019. № 3 (51). URL: https://api-mag.kursksu.ru/api/v1/get_pdf/3340/ (дата обращения: 15.02.2025)
- Рубинштейн С.Л. Человек и мир. М.: Наука, 1998.

Организация психологической службы в школе. Методические рекомендации / Сост. Чернышев А.С., Полонский И.С., Гребеньков Н.Н., Сарычев С.В., Елизаров С.Г., Воробьев А.Н. Курск, 1989.

Сарычев С.В., Лобков Ю.Л. Организация психологической службы в Центре подготовки молодежных лидеров Курской области // Психолого-педагогические проблемы подготовки организаторов и лидеров детских и юношеских объединений. Материалы докладов и выступлений на Всероссийской научно-практической конференции. Кострома, 1994. С. 101–103.

Чернышев А.С., Сарычев С.В., Лобков Ю.Л., Скурягин В.И. Социально одаренные дети: путь к лидерству (экспериментальный подход). Воронеж: Квартет, 2007.

Проект по развитию равного консультирования для участников СВО и членов их семей^{*}

C.B. Лозко

Автономная некоммерческая организация «Жить Интересно»,
Ярославль, Россия
slozko@yandex.ru

В статье описывается практика реализации проекта по оказанию психологической помощи участникам СВО и членам их семей через создание первого в России опыта подготовки равных консультантов для данной целевой группы с аттестацией на базе государственного университета. Равные консультанты выступают посредниками между человеком с симптомами ПТСР и специалистами, которые способны оказать помощь. Равным консультантам может стать человек, который уже имеет успешный опыт восстановления и адаптации после травмирующего события. Он оказывает допсихологическую помощь: эмоциональную поддержку и информационное сопровождение. Программа подготовки равных консультантов направлена на минимизацию ретравматизации путем сопровождения психологов и обучения приемам психологической

* <https://президентскиегранты.рф/public/application/item?id=9d083640-204d-411d-a2a7-800414d92651/>

самопомощи. Авторы статьи дают описание этапов работы проекта, оснований для его разработки и результатов реализации.

Ключевые слова: равный, посредник, ретравматизация, реабилитация, этика, доверент

С 1 февраля по 31 декабря 2024 года на территории Ярославской и Рязанской областей реализовывался проект «Я рядом» — программа психологической поддержки участников СВО и членов их семей. За этот период психологическую поддержку получили 320 участников СВО и членов их семей, а также 22 добровольца, 55 работников общественных заведений и представителей крупных работодателей.

Особенностью проекта стала разработка образовательной программы подготовки «Равных консультантов для участников СВО и членов их семей», которая была проведена на базе Университета им. Ушинского с выдачей удостоверений по повышению квалификации. Подготовку прошли 10 человек — вдовы, супруги, матери участников СВО. Равные консультанты оказали эмоциональную поддержку и информационное сопровождение 127 представителям целевой группы (участникам СВО и членам их семей).

Психологи проекта проводили сопровождение членов семей участников СВО с марта 2023 года и обратили внимание на три фактора.

Первый фактор: несмотря на выраженную необходимость в получении профессиональной психологической помощи, представители целевой группы к специалистам обращались в единичных случаях. Однако активно разделяли свои переживания внутри самоорганизованных сообществ, в чатах различных мессенджеров (например, Telegram), а члены семей обращались за помощью к профессионалам не для себя, а для своих близких. Специалисты понимали, что посттравматическое стрессовое расстройство, горевание и стресс нагрузка вызывают у людей потребность уединиться, а контакт с посторонними людьми, к которым относятся и психологи, вызывает сопротивление и недоверие.

Второй фактор: члены семей участников СВО, кто прошел психологическую реабилитацию у психологов, проявлял желание влиться в волонтерское движение и помогать целевой группе как в формате организации гуманитарной помощи, так и в эмоциональной поддержке, а также в поездках в госпитали для ухода за ранеными. Психологи проекта понимали, что такой контакт с острыми состояниями участников СВО и членов их семей с высокой степенью вероятности мо-

жет привести к ретравматизации. Поэтому важно разработать систему приемлемого контроля такой активности реабилитантов.

Третий фактор: все участники СВО, которые обращались за психологической помощью в проект, имели симптоматику или уже поставленный психиатрами диагноз ПТСР. Запрос на психологическую помощь происходил только по рекомендации их родных, кто предварительно консультировался со специалистами, и (чуть позже, что подтвердило гипотезу проекта) от уже подготовленных равных консультантов. Самостоятельного обращения комбатанта или ветерана боевых действий за помощью не было зафиксировано ни разу за полтора года работы психологов с целевой группой.

Таким образом, команда проекта поняла, что столкнулась с ситуацией, в которой участникам СВО и членам их семей психологическая помощь нужна, а, с другой стороны, за помощью они не обращаются, тем самым усугубляя состояние. Стало понятно, что нужны посредники, которые готовы, могли и были замотивированы оказывать допсихологическое сопровождение, которым представители целевой группы готовы открыться и доверить свои переживания.

Была разработана, апробирована, а затем реализована программа подготовки равных консультантов для участников СВО и членов их семей в рамках реализации проекта «Я рядом» от АНСПО «Жить Интересно» и на базе Ярославского государственного университета им. К.Д. Ушинского.

Подготовка равных консультантов строилась по трем этапам.

Первый этап: путь клиента. Проведение психологической реабилитации участников СВО и членов их семей. Равный консультант — это человек, который сам прошел тяжелый опыт и смог восстановить психологическую устойчивость. В основном нашими равными консультантами стали вдовы, супруги и матери участников СВО. У тех, кто в конечном итоге вошел в группу равных консультантов, были симптомы: психогенный кашель, приступы панических атак, нарушение сна (бессонница и тревожный сон), навязчивые образы (у горюющих образы тела или его фрагментов, у ожидающих, что близкий не выходит на связь), плаксивость, боли в теле, снижение концентрации внимания, ощущение эмоциональной истощенности, замороженности. В проекте работал невролог, к которому можно было обратиться за консультацией по фармацевтической поддержке, однако таких обращений не было. Таким образом, будущие равные консультанты сначала проходили этап восстановления. На этом пути нам помогает информационный ресурс, который был разработан руководителем проекта психологом Лозко С.В.

и находится в свободном доступе (K-priode.ru). На этом ресурсе есть упражнения по психологической самопомощи: дыхательные практики, практики расслабления и активации ресурсных состояний.

Второй этап: подготовка и обучение. Равным консультантам было предложено стать тем, кто находился в стабильных эмоциональных состояниях, у кого не проявлялась симптоматика, и реабилитанты самостоятельно включились в волонтерское движение. Для реализации деятельности по проекту был разработан Этический кодекс Равного Консультанта, а также программа подготовки, которая включила три основных направления: особенности состояний адресной группы, в том числе и ПТСР; приемы поддерживающей коммуникации, а также способы психологической самопомощи (для снижения риска ретравматизации). На курсе выступали невролог, клинический психолог, которые рассказали о специфике оказываемой помощи специалистами их направленности. Были записаны два интервью комбатантов, которые рассказывали о том, как стоит и как не стоит общаться волонтерам в госпиталях при помощи раненым. Для выполнения аттестационного задания каждый из участников курса предоставил по три кейса сопровождения адресной группы.

Третий этап: сотрудничество равных консультантов и психологов проекта. Равные консультанты оказывают эмоциональную поддержку и информационное сопровождение, они не заменяют психологов и других специалистов. Основная задача равного консультанта: выслушать, поддержать, определить состояние и направить к специалисту (диспетчерская функция). Сутью эмоциональной поддержки равного консультанта доверенту (так в проекте называется человек, которому оказывает сопровождение равный) является рассказ о своем опыте преодоления подобных состояний, кто и что помогли на этом этапе, что доверент в своих переживаниях не одинок, что с ним происходит нормальная реакция на ненормальное событие, что эти состояния конечны. Таким образом закрывается у представителей целевой группы ощущение одиночества в своих переживаниях, есть человек-пример, который понимает чувства и справился с похожим состоянием, ему можно довериться и обратиться к специалистам, которые помогли ему в свое время.

Если в начале реализации проекта к психологам почти не обращались комбатанты, то после подготовки равных консультантов количество их обращений выросло в разы. С ПТСР обращаются 8 из 10 комбатантов — как с официально поставленными диагнозами, так и по описанию симптомов, в первую очередь это навязчивые визуальные, аудиальные, обонятельные

образы и физические ощущения, приступы панических атак, расстройство сна. Равные консультанты дают разъяснение, что это за состояние, какие специалисты способны оказать помощь, что это временный психиатрический диагноз и после прохождения лечения все ограничения будут сняты. Часто после встречи с психологом представители целевой группы разделяют полученный опыт с равным консультантом, соотнося его с точки зрения нормальности, приемлемости и результативности.

Равные консультанты в обязательном порядке проводят самонаблюдение психофизического состояния, постоянно находятся на связи с психологами, управляют количеством и глубиной контакта с доверенными.

На данном этапе развития проекта готовится сайт для равных консультантов — rksvo.ru, на котором опубликованы Этический кодекс, особенности подготовки равных консультантов, мотивационные интервью участников СВО и членов их семей о преодолении сложного периода жизни, а также статьи специалистов о том, какую помочь и где могут получить участники СВО и члены их семей.

Подводя итоги проекта, можно с уверенностью сказать, что Службы равных консультантов важно организовывать и развивать как способ повышения качества оказываемой психологической помощи участникам СВО и членам их семей. Мужчинам очень сложно принять себя в ситуации потери контроля над своими эмоциями и психофизическим состоянием. Через равных консультантов можно проводить просветительскую деятельность и формировать в обществе и семье способы поддерживающей коммуникации с человеком с ПТСР.

Опыт психоаналитической работы с посттравматическим стрессовым расстройством в условиях военного конфликта

E. Г. Максименко

Донецкий государственный университет, Донецк, Россия
e.maksimenko.dongu@mail.ru

В статье изложены результаты наблюдений и размышлений психолога психоаналитической модальности о процессе психотерапевтической работы с клиентом с посттравматическим стрессовым расстройством.

В статье рассматриваются вопросы о факторах возникновения ПТСР, о причинах того, почему большинство пострадавших способны справиться с дистрессовой ситуацией самостоятельно либо с кратковременной психологической поддержкой. Ответы на данные вопросы, по мнению автора, лежат в плоскости переживаемого опыта раннего детства. Автором предлагается рассмотреть феномен самодепривации как следствие переживания материнской депривации. Высокий уровень самодепривации обусловливает деструктивный характер развития личности. Тенденция самодепривации, по мнению автора, детерминирует развитие ПТСР, психотерапия которого целесообразна в психоаналитически-ориентированном подходе. В статье предложен метод «Карта жизненного пространства», который может быть использован в работе с психотравмированной личностью как форма первичного интервью.

Ключевые слова: раннее детство, психическая травма, самодепривация, ПТСР

В 2014 г. на Украине начался военно-гражданский конфликт в связи с несогласием жителей Донбасса с политическим переворотом и националистическим вектором новой власти. Жители пострадавших районов Донецкой и Луганской областей нуждались в социальной, медицинской и психологической помощи. Психологи Донецка организовывались в волонтерские группы общественных организаций по оказанию экстренной и специализированной психологической помощи. Целью работы являлось непосредственное оказание социальной поддержки и психологической помощи пострадавшему населению, проживающему в прифронтовых районах, а также внутренне перемещенным лицам: детям, их родителям (опекунам), воспитателям, педагогам и др.

Необходимо отметить авторский исследовательский интерес к проблеме самодепривации личности (Максименко, 2017), тенденции которой всякий раз обнаруживались у людей с проявлением острой шоковой реакции с последующим развитием посттравматической стрессовой реакции и личностного расстройства.

Некоторые пояснения в отношении понятия самодепривации. Явление самодепривации рассматривается нами как производное материнской (шире — социально-родительской) депривации (Максименко, 2013). Источником тенденции самодепривации определяется переживание фрустрации жизненно важных потребностей, инстинктивных

желаний ребенка первичными либидными объектами, прежде всего матерью. Как известно, фрустрация приостанавливает развитие психики (частей психики) и человек в дальнейшем, попадая в кризисные, конфликтные ситуации, регрессирует, используя инфантильные механизмы психологической защиты стадии фиксации (Фрейд, 1905).

Исследование психологии самодепривации (Максименко, 2017) осуществлялось на трех уровнях личностной организации — аффективном, рефлексивном и поведенческом. Оценка факта самодепривации проводилась посредством анализа результата диагностики в сочетании с выводами психоаналитической беседы (описание состояния самим анализантом). Результаты показали, что самодепривация проявляется в психическом состоянии личности, для которого характерны депрессивность, ощущение одиночества, чувства неполноценности, вины. Самодепривация может выступать и самостоятельной формой психологической защиты как радикальное средство решения конфликта в виде аддиктивного, самоповреждающего поведения, суициального намерения (там же).

Личности с самодепривационной структурой демонстрируют фиктивную (незрелую, дезинтегрированную) идентичность, их поведение имеет определенную противоречивость, а их внутреннему опыту свойственна дискретность собственного «Я» во времени. В определении сущности проблемы они склонны к расщеплению между «Я» — ощущающим, рефлексирующим и наблюдающим внешнюю реальность (в том числе и собственное поведение). Отмеченные особенности были определены основной целью психоаналитической интервенции.

Вернемся к понятию «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). ПТСР в МКБ-10 описывается как тяжелая реакция психики на травматическое событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта. Отсутствие своевременных психолого-медицинских вмешательств при психической травме приводит к инвалидизации и стойким дистрессам, одним из проявлений которых и является ПТСР.

Лица, пережившие психическую травму, у которых впоследствии развились ПТСР, описывают свой опыт переживаний как событие, разделившее их жизнь на две части. До травмы была одна жизнь, после нее другая. Травма влияет на восприятие времени, которое как бы останавливается для человека, что проявляется в блокировке развития эмоционального, личностного, профессионального, семейного и др. Чувство беспомощности и потери контроля, дезориентация, подавленность, угнетенность, потеря чувства безопасности, тревога и страхи до

уровня ужаса наряду с отсутствием ресурсов для переработки опыта (Максименко, 2017).

Результаты нашей психологической работы с кризисными пациентами показали, что посттравматическое расстройство не всегда развивается у людей, перенесших чрезвычайную ситуацию, примерно у 7–9% обследованных взрослых. Чаще люди переживают период посттравматической тревоги, во время которого могут быть нарушения сна, страхи, навязчивые воспоминания и др., но эти симптомы не усиливаются, не приобретают устойчивый характер, более того, они постепенно ослабляются с течением времени.

В данном аспекте особенно ценна концепция военных неврозов З. Фрейда, изучая которые он отметил наличие особой предрасположенности субъекта к травматической реакции на событие, а именно фиксацию либидо на ранних этапах развития. Фиксация обуславливает внутреннее напряжение, которое стремится к разрядке посредством механизма навязчивого (вынужденного) повторения и проекции (Фрейд, 1920, 1932).

В нашем исследовании из числа пострадавших, обратившихся за психологической помощью и у которых было констатировано ПТСР (поставлен диагноз), 100% имели глубинную первичную травму, связанную с фиксацией на ранних переживаниях (дефицит материнской заботы, длительная разлука с матерью по различным причинам, смерть матери, тюремное заключение матери, жесткие конфликты между родителями, горевание матери и др.). По нашему мнению, тенденция самодепривации, сформированная под воздействием травмирующих обстоятельств раннего детства, является базой возникновения ПТСР, одним из тяжелых последствий которого является социальная дезадаптация человека.

Можно отметить синонимичное сходство определений психической травмы в психоаналитической парадигме: «событие в жизни субъекта, которое вызывает особенно сильные переживания и делает субъекта неспособным к адекватной реакции» (Лапланш, Понталис, 1967, с. 591] и ПТСР (см. выше), что дополнительно аргументирует использование психоаналитически-ориентированного психотерапевтического воздействия в работе с ПТСР.

Опираясь на опыт психологической работы с 2014 г. и по настоящее время, можем с уверенностью констатировать, что профилактика развития ПТСР возможна при оказании психоаналитически-ориентированной терапии в первые недели после пережитых психотравмирующих событий. Стратегической мишенью воздействия будут выявленные в ходе психо-

аналитической беседы ранние детские переживания. Однако в начале работы необходимо установить доверительные отношения с клиентом, настолько глубокие, насколько это возможно. Формирование базового чувства доверия и безопасности — необходимое условие успешной работы с ПТСР. С данной целью в нашем исследовании разрабатывалась и использовалась авторская методика «Карта жизненного пространства».

Немного выше центра листа бумаги размером А4 психотерапевтом рисуется небольшой овал, внутрь которого вписывается имя и возраст клиента. Далее предлагается представить, что этот лист символизирует жизненное пространство клиента, и внести в него значимых для клиента лиц или интересы. Вопрос: «Кого или что Вы чувствуете рядом с собой?» Находясь в тревожном, подавленном, депрессивном состоянии, клиент может сказать: «Никого нет. Я — один». Дальнейшие вопросы не будут отличаться от обычных вопросов первичного интервью. Например: «Как давно Вы чувствуете, что Вы — один?» Постепенно лист начинает отражать психологическую информацию об актуальной жизни человека.

Методика дает клиенту возможность не только увидеть собственную жизненную ситуацию со стороны, объективировать ее, но и понять некоторые ее особенности, сформулировать запрос. Человек, а не проблема, в центре нашего исследования. Система отношений с близкими и значимыми для него людьми разворачивается за очень короткий период времени как некий срез жизни в настоящем, наполненный определенными эмоциями и переживаниями.

Особенности расположения объектов на рисунке расшифровывают систему отношений клиента: расстояние между объектами, их размер, положение, характер соединительных линий (прямая, пунктир или отсутствие линии); наличие или отсутствие среди ближайшего окружения родственников (родителей, супруга, детей); привнесение в пространство заместителей, людей, с которыми клиент не связан значимыми объектными отношениями (друзья, коллеги, знакомые, домашние животные) или которых уже нет в живых, но обладающих особым эмоциональным статусом для клиента.

Методика позволяет исследовать горизонт жизненного пространства здесь-и-сейчас, одновременно происходит снижение тревоги у человека, которая часто обусловлена необходимостью рассказывать о себе и своей проблеме; подойти к проблеме опосредованно и вместе. Происходит совместный процесс, в котором собираются факты, кото-

рые выстраиваются в определенную концепцию жизни клиента. Негативные переживания переносятся на лист бумаги. Эмпатия и активное слушание терапевта, искренний интерес, внимательность к мелочам обеспечивают необходимый уровень доверия.

Визуализация жизненного пространства создает клиенту возможность увидеть свою жизнь, отношения опосредованно, через абстрактные схематические формы, им самим эмоционально окрашенные и получившие в связи с этим особый статус и смысл. Помогает выйти как на возможные точки опоры, так и на источник напряжения, выделить зону конфликта, определить актуальную проблему и построить гипотезы для дальнейшей работы. Мы, таким образом, создаем благоприятные условия для психотерапевтического процесса. Работа над картой проводится от 15–20 мин. до часа.

Визуализация в рисунке эмоциональных переживаний и бессознательных представлений имеет психоаналитическое обоснование. Во-первых, проективные свойства переноса находят свое выражение в виде неких образов еще до того, как становится возможным перенос на другой объект (терапевта); во-вторых, бессознательное, маскирующее свое содержание, при перенесении его в сознательное получает безопасный инструмент метафоры и аллегории, символы которого могут быть проинтерпретированы в терапевтических целях; в-третьих, война как кризисная ситуация имеет определенное сходство с параноидно-шизоидной позицией в теории объектных отношений, расщепляя воспринимаемый мир на абсолютно «хороший» и абсолютно «плохой». И лишь переход на депрессивную стадию позволит интегрировать представления и объекты в единое целое; в-четвертых, открывается путь для проективной идентификации, безопасного обмена проекциями и интроекциями внутри психотерапевтического процесса, что со временем подготовит основу для качественных изменений психических структур.

По нашему мнению, основа помощи клиентам с ПТСР и комплексным ПТСР в терапевтическом альянсе. Нет необходимости обучать конструктивным поведенческим схемам или навыкам самопомощи в виде дыхательных упражнений, они не будут использоваться без терапевта. В фундаменте ПТСР много агрессии, с которой самому человеку не справиться, ведь эмоционально он регрессировал в детство и использует инструменты инфантильного опыта.

Обобщая вышеизложенное, отметим, что детская психотравма обусловливает появление острой шоковой реакции на кризисное событие у взрослого с последующим развитием ПТСР и личностного рас-

стройства. Проживание деструктивных чувств, связанных с детской историей, позволяет значительно снизить уровень тревоги и страхи взрослого человека и вывести его из ПТСР. Особую роль в работе с клиентом с ПТСР создает доверительная психологическая атмосфера внутри психотерапевтического процесса, дающая возможность клиенту чувствовать безопасность и искренний интерес терапевта к жизни клиента. Выявление тенденции самодепривации у переживших психотравмирующее кризисное событие может помочь определить риск развития ПТСР на ранних стадиях.

Литература

- Лапланн Ж.* Словарь по психоанализу / пер. с фр. Н. С. Автономовой. М.: Высшая школа, 1996.
- Максименко Е.Г.* Развитие личности в условиях родительской депривации. Истоки феномена самодепривации: учеб. пособие. Донецк: ИПО ИПР УМО, 2013.
- Максименко Е.Г.* Психология самодепривации личностного развития субъекта: дис. ... д-ра психол. н. Киев, 2017.
- Фрейд З.* Неизбежна ли война? // Бесстрашие истины / пер. с нем. М.: Вагриус, 2006. С. 220–232.
- Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия // Бесстрашие истины / пер. с нем. М.: Вагриус, 2006. С. 187–219.

Отражение проективной методики «Раненая птица» в способах организации жизни после травматического события

M.A. Одинцова, Н.Ю. Стобун, Н.П. Радчикова

Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия
Mari505@mail.ru
nataly.radchikova@gmail.com

Представлены результаты валидизации проективной методики «Раненая птица». Среди стрессовых ситуаций респонденты упоминали проблемы в отношениях, психологические проблемы личного плана; смерть

близких; насилие; тяжелые болезни; многомерный стресс. Выбравшим 1-ю и 2-ю иллюстрации раненых птиц, символизирующие такие способы организации жизни, как становление и развитие, а также стабильность, характерны конструктивные копинг-стратегии, высокий уровень посттравматического роста и жизнестойкости в отличие от тех, кто выбирал 4-ю и 5-ю иллюстрации, отражающие дезорганизацию и непоследовательность в организации жизни. Выбравшим 3-ю картинку раненой птицы (суженность в организации жизни), занимающую промежуточное положение среди всех изображений, характерны усредненные оценки по исследуемым характеристикам. Разработанная методика «Раненая птица» применима для изучения способов организации жизни человека после травматического события и в практике психологической помощи.

Ключевые слова: психологическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, посттравматический рост, способы организации жизни, проективная методика

Большинство людей во всем мире (по разным оценкам, от 50 до 80%) сталкиваются с травматическими жизненными событиями, однако посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается далеко не у всех. По оценкам исследователей, распространенность в течение жизни составляет около 8% (Salavati, Selby, 2024), при этом, по данным (Martins et al., 2023), ПТСР чаще диагностируется у женщин (20–30%) в отличие от мужчин (8–13%). Таким образом, большинство людей, проживающих травматические события, справляются с ними достаточно успешно. Неслучайно наряду с концепцией ПТСР появляется теория посттравматического роста (ПТР), в которой сделан акцент на возможностях личности при преодолении психологических травм. Показано, что люди, которые приходят к ПТР, воспринимают свою жизнь как более полную, богатую и осмысленную. В зарубежной психологии выделены разные траектории реагирования на травму: 1) хроническая, стабильная траектория симптомов ПТСР; 2) устойчивая, стабильная траектория здорового функционирования после неблагоприятного события; 3) восстановление, то есть уменьшение симптомов после первоначальной диагностики ПТСР; 4) отсроченная, то есть усиление симптомов, соответствующих диагностическим критериям ПТСР (Sawadogo et al., 2024).

В отечественной психологии М.Ш. Магомед-Эминовым разработан деятельностно-смысловой подход к психологической транс-

формации личности, в котором описано пять способов организации жизни человека после травматического опыта: 1) дезорганизация (бездействие, изоляция); 2) непоследовательность (чертедование периодов устойчивости с периодами беспорядка); 3) суженность (равнодушные, инфантилизация); 4) стабильность (эффективность); 5) становление и развитие (целеустремленность, позитивное отношение к жизни) (Магомед-Эминов, 2005). Отталкиваясь от данных способов организации жизни после травматического жизненного события, мы разработали новую проективную методику «Раненая птица», которая включает пять проективных изображений раненых птиц. Разработка методики была довольно длительным процессом, включающим несколько этапов: 1) ассоциативный эксперимент, в котором были изучены ассоциации привлеченных и заинтересованных в этой работе лиц разного возраста и профессиональной направленности относительно разных способов организации жизни после травмы и раненых птиц, которые могли отображать данные способы; 2) обсуждение полученных ассоциаций с художницей Ириной Кулик, которая создала 14 проективных изображений раненых птиц; 3) оценка иллюстраций группой экспертов; 4) отбор пяти наиболее соответствующих образов раненых птиц пяти способам организации жизни; 5) проведение основного исследования. В данной статье будет представлена только часть полученных результатов.

В исследовании принял участие 301 человек (16,6% мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 31,28 года). Все они заполняли социобиографическую анкету (пол, возраст, образование, описание актуальной стрессовой ситуации) и выбирали утверждения методики COPE-30 (Одинцова и др., 2022) для изучения копинг-стратегий в стрессовой для них жизненной ситуации, заполняли тест жизнестойкости (Леонтьев, Рассказова, 2006) и опросник посттравматического роста (Магомед-Эминов, 2008). В завершении исследования участникам нужно было выбрать одно из пяти разработанных нами проективных изображений раненых птиц. На первой иллюстрации показана яркая, парящая в небе птица с широко распахнутыми крыльями; на второй — птица, которая проявляет заботу и поддержку к другой птице; на третьей — растерянная, пассивная и одинокая маленькая птичка; на четвертой — кричащая растрепанная птица, вокруг которой хаос; на пятой — страдающая птица, сидящая в открытой клетке, но не пытающаяся выбраться из нее.

Результаты

Среди актуальных, наиболее стрессовых событий были выделены: тяжелые болезни (7,6%); проблемы в отношениях (33,3%); утрата (смерть близких) (16,9%); насилие (13,3%); внутриличностные психологические проблемы (депрессии, страхи и т.п.) (21,3%); многомерный стресс (более двух событий одновременно) (7,6%). Выбор иллюстрации в зависимости от стрессового события не различался ($\chi^2=19,024, p=0,520$).

Более трети респондентов (32,5% от всей выборки) выбрали 1-ю картинку, иллюстрирующую становление и развитие, 14,9% — 2-ю, отражающую стабильность в организации жизни, 13,6% — 3-ю, символизирующую суженность в организации жизни; 25,9% — 4-ю, отражающую беспорядок в организации жизни, и 12,9% — 5-ю, иллюстрирующую пассивность и изоляцию.

Статистический анализ показал, что разные иллюстрации раненых птиц выбирают люди разного возраста ($F(4,296)=2,82, p=0,025, \eta^2=0,051$), при этом возраст тех, кто выбрал 5-ю иллюстрацию, наименьший (ср. возраст 26 лет). Обнаружены значимые различия в копинг-стратегиях лиц, выбравших разные образы раненых птиц. Так, позитивное переформулирование и личностный рост ($F(4,296)=4,53, p=0,001, \eta^2=0,054$) в большей степени характерны лицам, выбравшим 1-ю и 2-ю иллюстрации, отражающие такие способы организации жизни, как становление и развитие, а также стабильность. Они же чаще других обращаются к инструментальной социальной поддержке ($F(4,296)=3,42, p=0,009, \eta^2=0,027$); к религии ($F(4,296)=5,75, p=0,001, \eta^2=0,097$) и стратегии принятия ($F(4,296)=4,04, p=0,003, \eta^2=0,06$). Самый высокий уровень активного совладания у тех, кто выбрал 1-ю иллюстрацию ($F(4,296)=3,19, p=0,001, \eta^2=0,048$), символизирующую становление и развитие.

По всем характеристикам жизнестойкости получены значимые различия между группами, выбирающими разные иллюстрации раненых птиц. Наименее вовлеченными и открытыми миру ($F(4,296)=5,75, p=0,001, \eta^2=0,097$), недостаточно контролирующими события в своей жизни ($F(4,296)=3,07, p=0,017, \eta^2=0,044$), а также не умеющими принимать ситуации стрессов и неопределенности ($F(4,296)=3,25, p=0,013, \eta^2=0,047$) являются те, кто выбирает 5-ю и 4-ю иллюстрации, отражающие пассивность и изоляцию в первом случае и беспорядок в организации жизни — во втором. Те, кто выбирал 3-ю иллюстрацию

раненой птицы, символизирующую суженность в организации жизни, по всем показателям жизнестойкости занимают промежуточное положение между выбравшими 1-й и 2-й и 4-й и 5-й образы раненых птиц.

Наиболее существенные значимые различия получены по большинству характеристик посттравматического роста в зависимости от выбора иллюстрации раненых птиц: новые возможности ($F(4,296)=5,42$, $p=0,001$, $\eta^2=0,074$); сила личности ($F(4,296)=4,16$, $p=0,003$, $\eta^2=0,059$); духовные изменения ($F(4,296)=3,65$, $p=0,006$, $\eta^2=0,052$); повышение ценности жизни ($F(4,296)=3,51$, $p=0,008$, $\eta^2=0,058$). Наиболее высокий уровень перечисленных характеристик посттравматического роста у тех, кто выбирал первую и вторую иллюстрации (становление, развитие и устойчивость в организации жизни), наиболее низкие — у тех, кто выбирал 3-ю, 4-ю и 5-ю (суженность, беспорядок и пассивность в организации жизни).

Проведенный корреляционный анализ выбора картинки раненой птицы и исследуемых характеристик подтвердил и дополнил результаты дисперсионного анализа. Так как иллюстрации раненых птиц в нашем исследовании располагались от самой позитивно наполненной до самой негативно наполненной, получены отрицательные связи порядкового номера картинки и таких копинг-стратегий, как: позитивное переформулирование и личностный рост ($r=-0,22^{**}$); использование инструментальной социальной поддержки ($r=-0,16^{**}$); активное совладание ($r=-0,19^{**}$); обращение к религии ($r=-0,22^{**}$); принятие ($r=-0,21^{**}$); сдерживание ($r=-0,14^{*}$) и одна слабая положительная связь со стратегией «поведенческий уход от проблемы» ($r=0,12^{*}$). Иными словами, чем чаще люди выбирают иллюстрации раненых птиц, отражающие более оптимальные способы организации жизни после травматического события, тем более конструктивные копинг-стратегии они используют. Обращение к религии зачастую не причисляют к конструктивному способу совладания со стрессами, но это не относится к преодолению травматических событий, при которых данная стратегия может стать оптимальной.

Получены отрицательные связи порядкового номера иллюстрации и всех характеристик жизнестойкости: вовлеченность ($r=-0,27^{**}$); контроль ($r=-0,21^{**}$); принятие риска ($r=-0,21^{**}$); общий уровень жизнестойкости ($r=-0,25^{**}$). А также номера иллюстрации и всех характеристик ПТР: отношения к другим ($r=-0,12^{*}$); новые возможности ($r=-0,22^{**}$); сила личности ($r=-0,21^{**}$); духовные изменения

($r=-0,18^{**}$); повышение ценности жизни ($r=-0,18^{**}$). Это говорит о том, что вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость, позитивное отношение к другим, раскрытие новых возможностей, ощущение силы своей личности, духовные изменения и повышение ценности жизни отражают более конструктивные способы организации жизни, которые, в свою очередь, символизируют образы раненых птиц на 1-й и 2-й иллюстрациях.

Таким образом, проективная методика «Раненая птица», представленная пятью иллюстрациями, действительно отражает разные способы организации жизни человека после травматического события, является валидной и может быть использована не только в исследовательских целях, но и в психотерапевтической работе с клиентами при переживании ими травмирующего опыта.

Литература

- Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
- Магомед-Эминов М.Ш. Психология уцелевшего // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2005. № 3. С. 3–19
- Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности. М.: Психоаналитическая Ассоциация, 2008.
- Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Александрова Л.А. COPE-30: психометрические свойства краткой версии русскоязычной методики оценки копинг-стратегий // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2022. № 4. С. 247–275.
- Martins S.N., Teixeira T., Quarenta J., Ribeiro B. Post-traumatic stress disorder // Noninvasive mechanical ventilation and neuropsychiatric disorders / Eds. A.M. Esquinas, A. Fabbo, F. Koc, A. Prymus, M. Farnik. Springer, Cham, 2023.
- Salavati M., Selby E.A. Post-traumatic stress disorder (PTSD) / complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and borderline personality disorder // Theories of Borderline Personality Disorder. Springer, Cham, 2024.
- Sawadogo M.A.L., Pala F., Singh, G., Selmi I., Puteaux P., Othmani A. PTSD in the wild: a video database for studying post-traumatic stress disorder recognition in unconstrained environments // Multimedia Tools and Applications. 2024. V. 83. P. 42861–42883.

Сравнительный энцефалографический и психометрический анализ способов работы с травматическим опытом в психотерапевтической практике

Ю.Л. Орли

Институт психологии РАН, Москва, Россия

yulia.orlie@gmail.com

В исследовании изучались психотерапевтические подходы и приемы, используемые в работе с травматическим опытом в современной психотерапевтической практике. Проводилось измерение энцефалографических и психометрических характеристик психотерапевтического процесса, в ходе которого испытуемые получали четыре типа психотерапевтических интервенций: когнитивно-поведенческие, эмоционально-образные, аналитические, инсайтно-ориентированные. Подробно рассмотрен способ, предполагающий осуществление непосредственной реконсолидации травматического автобиографического опыта для терапии посттравматического стресса (техника модификации опыта в методе EMT). Полученные результаты воздействия исследуемых интервенций обсуждаются в сравнительном плане в ракурсе практической работы терапевта с посттравматическим стрессом.

Ключевые слова: посттравматический стресс, психотерапия, травматический опыт, субъективный опыт, автобиографический опыт, когнитивные процессы, EMT, ДМО

Испытания последних лет, эпидемия COVID, специальная военная операция оказали значимое воздействие на психологическое состояние населения России. Наряду с непосредственными участниками военных действий, нуждающимися в психологической помощи, появляются и лица с так называемой «травмой свидетеля». Это граждане, которые испытывают посттравматический стресс, будучи не прямыми участниками, а «свидетелями» военных действий: эмпатичные, восприимчивые к травматической шокирующей информации в СМИ. В силу организации психической структуры личности, сниженной толерантности к неопределенности, повышенного уровня тревожности

они оказываются вовлеченными в травматические события, не находясь на месте непосредственных событий.

Представителей такой категории большинство, работа с ней является одной из приоритетных задач современных психологов. В этой связи агрегация методов, направленных на терапию посттравматического стресса, позволяющих эффективно работать с травматическими опытами, является одной из приоритетных задач.

С точки зрения психологического категорирования травматический опыт относится к категории «субъективный автобиографический опыт». Данная категория исследовалась в философском, культурологическом, психологическом, психотерапевтическом, нейрофизиологическом аспектах (Alexandrov, 2012, Нуркова, 2013 и др.). Опыт, являясь интегральной величиной, содержит временной срез, «мгновенный диагностический портрет» личности во всем многообразии ее проявлений.

Важность работы с травматическим опытом в психотерапии показана в ряде исследований, посвященных наблюдению и анализу широкого спектра нейрональных и психометрических характеристик психотерапевтического процесса (Messina et al., 2013, Brunet, 2011). В частности, нейрональные корреляты психотерапевтического процесса были обнаружены не в лимбической системе, обеспечивающей эмоциональные процессы, как ожидалось, а в дорсомедиальной префронтальной коре и задней части поясной извилины, отвечающих за когнитивные процессы припоминания и изменения автобиографического опыта.

Работа с последствиями восприятия и переживания травматического опыта является сердцевиной практической работы с последствиями посттравматического стрессового расстройства (Тарабрина и др., 2016) и комплексного посттравматического стрессового расстройства (Herman, 2015).

Ведущий мировой специалист в области психоаналитической психотерапии Франко Де Мази (De Masi, 2022) отмечает: «Традиционно считалось, что суть аналитической работы заключается в интерпретациях переноса и реконструкции прошлого».

Использование целенаправленной модификации травматического автобиографического опыта в качестве стратегии психотерапии, а не самого травматического опыта — в качестве мишени терапии, было предложено специалистами (Огаркова, Михайлович, 2015) при исследовании терапии страха (Shiller, 2010) и ПТСР (Brunet, 2011), а также там, где помимо верbalной применялась медикаментозная терапия.

В настоящей работе представлены результаты исследования, проведенного на базе экспериментального комплекса ИПРАН для изучения зрительного и слухового восприятия человека.

Цель: сравнительный энцефалографический и психометрический анализ интервенций, применяемых в психотерапевтическом процессе для терапии травматического опыта. Измерения проводились с использованием интегративной методики EMT (experience modification therapy) («ДМО» — дифференциальная модификация опыта) (Огаркова, Михайлович, 2015), в методологии которой были предусмотрены следующие виды интервенций: аналитическая (EMT-анализ), прямой реконсолидации опыта (ТМОпыта), эмоционально-образная (ТМО образа), инсайтно-ориентированная (работа с ощущениями и ассоциациями, вызываемыми опытом — «10 Пальцев»).

Методика. 22 испытуемых (90% женщин, 10% мужчин 27–48 лет) получали 4 типа психотерапевтических интервенций в ходе 110 психотерапевтических мини-сессий с оценкой психофизиологических и психологических показателей по следующим методикам: регистрация ЭЭГ (энцефалограф Мицар-ЭЭГ-202, 31 отведение); шкала экзистенции (А. Лэнгле, К. Орглер); методика субъективного шкалирования состояния (в баллах от –10 до +10); самооценка эмоциональных состояний (А. Уэссман, Д. Рикс); личностная шкала проявления тревоги (Дж. Тейлор, В. Норакидзе); методика САН (В. Доскин).

Представим результаты исследования, начнем с данных ЭЭГ. Подробно о них см. (Скотникова, Орли, 2024). Ниже приведены значимые изменения в указанных диапазонах: Процесс у контрольной группы: увеличение дельта-ритма в париетальных отведениях (P3). Аналитическая интервенция (EMT-анализ): уменьшение мощности тета-ритма на уровне центральных сенсоров. Уменьшение мощности бета-ритма на 5-м этапе на фронтальных электродах левого полушария (F7, F3) и на центральных электродах (Cz, C4, C3), согласованное во времени. Прямая реконсолидация травматического опыта (ТМОпыта): специфичные различия во фронтальном отведении F3 в мощности альфа-ритма при сравнении этих двух проб, причем уменьшение его мощности предшествует изменениям мощности дельта-ритма, но на меньших промежутках 100–150 мс (F3). Эмоционально-образная интервенция (ТМО образа): то же, что в случае прямой реконсолидации травматического опыта. Инсайтно-ориентированная интервенция (работа с ощущениями и ассоциациями, вызываемыми травматическим опытом, «10

Пальцев»): в тета-диапазоне повторяющиеся различия — уменьшение мощности тета на париетальном сенсоре с разбросом 150–300 мс (Pz), сопровождающееся изменениями на париетальном сенсоре P3.

Перейдем к психометрическим данным. Процесс у контрольной группы: снижение значений характеристик «самочувствие» и «активность» ($p=0,01$), «настроение» ($p=0,05$). Различия между контрольными и экспериментальными данными: более высокие значения для экспериментальной группы для параметров: «субъективное шкалирование», «самочувствие», «активность», «настроение» ($p=0,01$). Аналитическая интервенция (ЕМТ-анализ): значимых изменений нет. Прямая реконсолидация травматического опыта (ТМОпыта): увеличились параметры «активность», «настроение» ($p=0,01$), «субъективное шкалирование», «самочувствие» ($p=0,05$).

Также к этой интервенции испытуемые оказались более восприимчивыми, чем к другим: мы наблюдаем увеличение показателя «настроение» у всей выборки испытуемых, принимавших участие в эксперименте, в то время как при применении других интервенций часть испытуемых не демонстрировала статистически значимых изменений психометрических показателей, часть демонстрировала снижение тех или иных показателей. Эмоционально-образная интервенция (ТМО образа): увеличился параметр «настроение» ($p=0,05$). Инсайтно-ориентированная интервенция (работа с ощущениями и ассоциациями, вызываемыми травматическим опытом, «10 Пальцев»): увеличился параметр «субъективное шкалирование» ($p=0,05$). По опросникам динамики личностных характеристик значимые изменения на данном этапе выявлены не были.

Детальное обсуждение полученных результатов представлено в работе И.Г. Скотниковой, Ю.Л. Орли (Скотникова, Орли, 2024).

Остановимся на некоторых ключевых результатах: 1. Увеличение дельта-ритма в контрольной группе, которая припоминала негативный опыт без последующей психологической помощи, вероятно, свидетельствует о цикличном возврате внимания к этим воспоминаниям. Данная динамика может быть связана с руминацией, характерной для пациентов, не получающих профессиональной помощи, но взаимодействующих с болезненными воспоминаниями, что типично для проявлений посттравматического стресса. Более низкие индексы «самочувствие», «активность» и «настроение» в контрольной группе могут указывать на то, что участники вполне способны осознавать ухудшение своего психоэмоционального состояния без терапии.

2. В ходе аналитической работы отмечено увеличение мощности тета-ритма во фронтальных отведениях. Это явление иногда ассоциируют с мультисенсорной интеграцией и удерживанием информации в эпизодической памяти при выполнении зрительно-пространственных задач, в то время как функция бета-ритма, как было установлено, связана с когнитивными и лингвистическими процессами: уменьшение мощности бета-ритма наблюдается в левых фронтальных и задних центральных отведениях в процессе обработки языковой информации (Messina, 2013).

Возможно, это связано с тем, что в ходе анализа особое внимание уделяется взаимодействию участников с психотерапевтом, включая звучание его голоса, акцент на восприятии эмоций специалиста и работу с аффективными импульсами. Это указывает на значимость характера межличностного взаимодействия в интерсубъективном пространстве в контексте аналитической терапии.

Важно отметить, что, в отличие от значимых различий по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ), по психометрическим параметрам таких различий не выявлено. Можно думать, что такой подход к терапии в первую очередь затрагивает бессознательную область психики, что создает трудности для клиента в осознании изменений непосредственно в момент сессии. Данная ситуация может объяснить случаи обесценивания клиентами результатов работы в рамках аналитической терапии: изменения имеют место, но не осознаются в процессе взаимодействия.

3. В ходе терапии с использованием модифицированного перепрероживания травматичного опыта (ТМОПыта) наблюдалось снижение мощности дельта-ритма во фронтальных отведениях, что может отражать интенсивное переживание психологической боли и активацию травматических воспоминаний, часто наблюдаемых при посттравматическом стрессе. Применение полученных данных на практике подчеркивает необходимость корректного завершения работы с таким опытом, чтобы избежать ретравматизации.

Увеличение мощности дельта-ритма во фронтальных и средних отведениях также ассоциируется с активацией автобиографической памяти, что может быть характерно для клиентов, страдающих от посттравматического стресса. Повышение мощности альфа-ритма может коррелировать с возникновением инсайтов, необходимых для успешного совершения процесса реконсолидации травматического опыта. Значительное улучшение всех четырех измеряемых ключевых харак-

теристик («субъективное шкалирование», «самочувствие», «активность» и «настроение») демонстрируют психометрические показатели.

Увеличение психометрического показателя «настроение» было зафиксировано у всей выборки испытуемых, принимавших участие в эксперименте.

Литература

- Нуркова В.В., Василенко Д.А. Формирование вариативного репертуара самоопределяющих воспоминаний как средство развития самоидентичности. // Вестник РГГУ. Серия «Психологические науки». 2013. № 18 (119). С. 11–30.*
- Огаркова Ю.Л., Михайлович Ф.Ж. ДМО-подход: терапия и консультирование. М.: ДПК-Пресс, 2015.*
- Скотникова И.Г., Орли Ю.Л. Субъективный автобиографический опыт в психотерапии: психометрические и энцефалографические корреляты // Психология личности: методология, теория, практика / Отв. ред. Д.В. Ушаков и др. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2024. С. 739–744.*
- Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н., Мустафина Л.Ш., Ворона О.А., Дымова Е.Н., Шаталова Н.Е. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослоти // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 6. С. 94–108.*
- Alexandrov Yu.I. Structure and dynamics of individual experience: multidisciplinary description // IACS Presidential address / Лекция президента МАКИ. Пятая Международная конференция по когнитивной науке. Тезисы докладов: Калининград, 18–24 июня 2012 г. Калининград, 2012. Т. 1. С. 13–14.*
- Brunet A. Neural correlates of recovery from post-traumatic stress disorder // Neuropsychologia. 2011. V. 49. № 7. Art. 1771–8.*
- Herman J.L. Trauma and Recovery: The Aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York: Basic books, 2015.*
- De Masi F. Psychopathology and clinical psychoanalysis for trainee analysts. Lessons in Psychoanalysis. Phoenix Publishing House, 2022.*
- Messina I., Sambin M., Palmieri A., Viviani R. Neural correlates of psychotherapy in anxiety and depression: a meta-analysis. // PLoS. 2013. V. 8. № 9. Art. e74657.*
- Schiller D., Monfils M.H., Raio C.M., Johnson D.C., Ledoux J.E., Phelps E.A. Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms // Nature. 2010. V. 463. P. 49–53.*

Феноменологическое интервью как метод диагностики посттравматического стресса у детей в условиях гибридной войны*

*A. Г. Самохвалова, О. Н. Вишневская,
Е. В. Тихомирова, Н. С. Шипова*

Костромской государственный университет, Кострома, Россия

a_samoхvalova@kosgos.ru
cherry14.88@mail.ru
tichomirowa82@mail.ru
ronia_777@mail.ru

В статье рассматривается проблема диагностики индикаторов посттравматического стресса у детей, переживших потерю родных и близких в условиях военного времени. Предлагается программа феноменологического интервью, позволяющего через использование нарративных, проективных и метафорических методов раскрыть внутренние переживания ребенка в безопасной форме, а также выявить симптомы посттравматического стресса в эмоциональной, познавательной и поведенческой сферах, трудности социализации, образ будущего и ресурсы устойчивости детей и подростков. Обобщенно описываются основные результаты проведения интервью с детьми, пережившими травму войны.

Ключевые слова: дети, гибридная война, посттравматический стресс, феноменологическое интервью, трудности социализации, образ мира, ресурсы

Война представляет собой сверхнормативный стресс, оказывающий негативное влияние на психосоциальное здоровье детей. Этот стресс актуализирует проблему психологической и экзистенциальной безопасности личности в современном мире (Харламенкова, 2012). Травматизация личности ребенка, взросление которого пришлось на время

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 24–28–00725 «“Дети эпохи гибридной войны”: трудности социализации, образ будущего, ресурсы психологического благополучия».

войны, может вызывать серьезные психологические последствия от соматовегетативных проявлений, когнитивных нарушений и социальной дезадаптации до развития психических расстройств (Захарова, Цветкова, 2020). Нередко последствием военных действий является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). У детей, переживших сильную травму, возможно острое ПТСР, характеризующееся гипервоздуждением, повторными переживаниями и нарушением сна, или хроническое ПТСР с диссоциацией, ограниченным аффектом, грустью и отстраненностью. Причем распространность ПТСР и депрессии одинакова у мальчиков и девочек. В первую очередь страдают эмоциональная, когнитивная и мировоззренческая сферы личности. У ребенка стирается грань между реальностью и воображаемыми образами, развивается эмоциональная нечувствительность, снижаются способности к оценке ситуации и принятию решений. (Halevi et al., 2016; Liu, 2017; Гатальская, Джиганская, 2016; Дымова, 2021). Отмечается, что негативные последствия ПТСР отражаются на снижении качества дальнейшей жизни ребенка. Сложное сочетание отчужденности, эмоциональной неустойчивости, высокой тревожности, фрустрированности, низкого самоконтроля, конформности, чувства «вины выжившего», социальной робости приводит к снижению жизнестойкости и социальной успешности.

В современных условиях проблема взаимосвязи войны и психического здоровья приобретает особую значимость. В научный дискурс входит понятие «гибридная война» (Бартош, 2021), использующая сразу нескольких видов давления (информационно-идеологическое, политическое, финансово-экономическое, военное и т.д.) на противника, среди которых действиям вооруженных сил отводится важная роль, но не исключительная. Новый вид конфликтов объединил в себе традиционную и когнитивную (ментальную) войны. Активно используются нецивилизованные, основанные на манипулятивной стратегии методы психологического воздействия (Ксенофонтов, 2022). Ареной ведения такой войны являются СМИ, интернет-пространство, которые в эпоху глобальной цифровизации и слияния реальной и киберсреды жизнедеятельности современного человека позволяют охватить все социально-демографические кластеры населения мира, в том числе детей и подростков. Ментальная война реализуется с учетом формирующегося «мира постправды», когда людей отучают от критического мышления, заражают «чуждыми» смыслами (Ильницкий, 2021). Последствия у таких войн часто более отсроченные, но не менее серьезные.

Вместе с тем можно отметить небольшой объем существующих исследований по проблеме последствий войны для детей и неоднозначность полученных результатов, что связано с трудностью изучения детского восприятия военного времени, а также с неразработанностью диагностического инструментария, позволяющего выявлять субъективные переживания ребенка, пережившего травму военного времени.

В рамках нашего исследования была поставлена задача разработки программы феноменологического интервью, позволяющего глубже понять субъективный опыт ребенка, пережившего травму войны. Данный метод был апробирован в работе с детьми и подростками, различающимися по степени переживания детского горя и тяжести индивидуальной травматизации. В ходе интервью мы использовали нарративные, проективные и метафорические методы, которые помогают снять напряжение и раскрыть внутренние переживания ребенка в безопасной форме.

Цель интервью: выявить и описать трудности социализации, образ будущего и индивидуальные ресурсы совладания с травмой войны. Основное внимание в интервью уделялось изучению переживаний, убеждений, смыслов и способов адаптации, которые дети используют в условиях сложной социально-психологической ситуации. В процессе проведения интервью учитывался возраст ребенка, его эмоциональное состояние и готовность к контакту. Работа с травматическим опытом проводилась осторожно, ребенку предоставлялась возможность отказаться от ответа на сложные вопросы или сменить тему. В рамках интервью акцент делался на внутренний ресурс ребенка и его способность справляться с вызовами.

Проведение феноменологического интервью предполагает четыре этапа.

1 этап. Введение в беседу, установление контакта.

2 этап. Основная часть:

2.1. Построение образа безопасного места (использовалась проективная техника «Безопасное место» как метод визуализации или ментального конструирования пространства (реального или воображаемого), где ребенок чувствует себя комфортно, спокойно и защищенно; делается акцент на восприятии данного места как ресурсного);

2.2. Создание истории с использованием метафорических методов. Мы предлагаем использовать метафорические методы с опорой на технику «История в шести частях» (6 PSM), созданную М. Лаадом (Lahad, 2017). Сущность техники состоит в проектировании истории, включающей эле-

менты волшебной сказки или мифа. Она особенно эффективна в работе с детьми и подростками, проживающими сложные периоды, поскольку создает безопасное пространство для выражения эмоций, переживаний и поиска внутренних ресурсов. Работа проводится по шести последовательным этапам: описание героя и его целей; мира, в котором живет герой; препятствий, с которыми он сталкивается на пути; помощников (внутренних и внешних ресурсов), которые поддерживают ребенка и помогают преодолеть трудности; как происходит решение проблемы; будущее героя.

3. Итоговая часть: рефлексия и завершение. На этом этапе важно обсудить созданную историю, акцентируя внимание на ресурсах и сильных сторонах героя, зафиксировать найденные опоры.

4. Постинтервью: анализ и поддержка. При необходимости после интервью важно создать условия для дальнейшей поддержки ребенка: консультация психолога, работа в группе поддержки.

Качественный анализ полученного в процессе интервью материала позволяет выявить:

- симптомы ПТСР в эмоциональной сфере (тревожность, ужас, беспокойство, чувство вины, страх перед будущим, например, если мир героя мрачный или опасный); в познавательной сфере (трудности запоминания, навязчивые воспоминания о травме, невнимательность, снижение интеллектуальной продуктивности); в поведенческой сфере (трудности общения, гиперактивность, избегание, отказ от выполнения привычных действий);
- трудности социализации (тема одиночества, беспомощность, потеря значимых взрослых, сложности в общении с другими персонажами);
- ресурсы устойчивости: позитивные образы друзей, семьи, внутренних способностей героя, стремление к восстановлению или борьбе;
- образа будущего: позитивный или пессимистичный финал поможет понять восприятие ребенком своих возможностей и перспектив.

Данный метод был апробирован в работе с подростками ($n=12$), различающимися по степени переживания детского горя и тяжести индивидуальной травматизации:

- «первый круг пострадавших» — дети, пережившие смерть отцов—участников СВО 3 месяца назад (девочка 13 лет, мальчик 15 лет) и смерть брата—участника СВО 4 месяца назад (девочка 15 лет);
- «второй круг пострадавших» — дети, пережившие смерть родственников—участников СВО, погибших 4–5 месяцев назад (2 девочки 14

- и 15 лет, 1 мальчик 15 лет), и друзей, погибших в зоне военных действий — Луганск и Курск, 3–4 месяца назад (2 мальчика 12 и 14 лет);
- «третий круг пострадавших» — дети, знающие о жертвах войны лишь из информационных источников (2 девочки 12 и 14 лет, 2 мальчика 13 и 15 лет).

С помощью качественного анализа результатов интервью были выявлены некоторые тенденции. Наиболее травмированными оказались дети «первого круга пострадавших», пережившие смерть отцов и брата. Они выбрали героев, которые «не хотят славы», стремятся «быть незаметными», чтобы «о них никто не знал», считают, что «это не герои, а простые люди». Их герои хотят «получить волшебный эликсир, чтобы никто не умирал», «найти тайну мира», «изобрести новое оружие, чтобы одним разом уничтожить всех врагов», идут за «живой водой для того, чтобы брат вернулся». В качестве препятствий, с которыми сталкиваются герои, отмечают войну, взрывы, предательство друзей и близких, отсутствие оружия, голод, пожары, что может говорить о трудностях социализации, связанных с одиночеством, социальной депривацией, беспомощностью, агрессивностью. Герои у двух подростков, переживших смерть отцов, в трудной ситуации сдаются, не вступают в противоборство с врагами, не пытаются преодолеть препятствия («роют подземный бункер и прячутся в нем», «уезжают», «меняют внешность, чтобы никто не узнал»), т. е. выбирают стратегию отстраненности, ухода от проблем; девочка, потерявшая брата, «мстит предателям, врагам», «стремится хитростью заслужить их доверие, чтобы отравить». В качестве «помощников» выступают внутренние ресурсы — осторожность, терпение, умение «никому не верить», сдержанность, ум, хитрость, умение обманывать, выносливость, умение подстраиваться под ситуацию. Интересно, что ни один подросток не назвал внешних ресурсов, видимо, свое горе они переживают в одиночку, не рассчитывая на поддержку близких и друзей. Во всех трех историях, рассказанных подростками, нет счастливого конца — герой либо гибнет, либо остается обманутым, либо отказывается от своей цели, т. е. можно говорить о формировании негативного образа будущего. Кроме того, в процессе интервью подростки проявляли невнимательность, жаловались, что устали, хотят спать, демонстрировали снижение тонуса, интеллектуальной продуктивности, что говорит о симптомах ПТСР в эмоциональной и когнитивной сферах.

Мальчики «второго круга пострадавших» описывали в основном супергероев, обладающих «невероятной силой», «волшебными свойствами», «гениальными способностями». Их герои «мстили», «вызывали страх и уважение» у окружающих, «боролись за справедливость», «безжалостно убивали врагов». Девочки обладали «магией», «колдовством», манипуляциями и обманом добивались целей. Степень агрессивности в рассказах проявилась очень сильно, вплоть до описания подробностей расправы с врагами, кровавых сцен и деталей убийства (особенно у мальчиков, потерявших на войне друзей); девочки описывали свои магические ритуалы, связи «с темными силами», также направленные на уничтожение врагов. Несмотря на то, что герои бесстрашно сражались, в «душе они очень боялись, что их убьют», «переживали, что могут навредить невиновным людям», им было «страшно, что убьют всех друзей, и они останутся одни на поле боя», «что их покинут волшебные способности», т. е. проявлялись симптомы посттравматического стресса на эмоциональном уровне. В качестве помощников подростки рассматривают родителей, друзей, Бога и магические силы (т. е. появляется склонность к магическому мышлению). В этой группе, напротив, наименее представлены внутренние ресурсы, за исключением сверхспособностей и физической силы. Во всех нарративах герои добились своих целей. Стремление к борьбе, желание идти до конца, с одной стороны, можно рассматривать как ресурс устойчивости подростков, однако, с другой стороны, разрушительный эффект от этой борьбы, агрессивные способы воздействия, многочисленные жертвы, безжалостность указывают на трудности социализации и пессимистичный образ будущего.

Подростки «третьего круга пострадавших» не проявили явных симптомов ПТСР, однако у них в большей степени зафиксированы индикаторы информационного стресса. Их героев (это были в основном персонажи фильмов, мультфильмов, с которыми подростки имеют внешнее сходство или на которых хотят быть похожими) «часто обманывали», «распускали про них слухи», «неправильно передавали,искажали информацию», «скрывали тайну». Все это воспринималось как препятствия для достижения поставленной цели и вызывало «раздражение», «обиду», «бешенство». В нарративах были зафиксированы как внутренние (общительность, сила воли, ум, ловкость, хорошая спортивная форма), так и внешние (помощь близких, обращение за советом к мудрецам, действенная поддержка друзей) ресурсы.

В данной группе подростков победа зависела не только от героя, но и от его окружения, и от внешних обстоятельств, т.е. можно говорить об умении подростков ориентироваться на особенности социума и об использовании более гибких форм межличностного взаимодействия.

Таким образом, можно сделать вывод, что все дети в условиях гибридной войны травмированы. Наиболее травмированы подростки «первого круга пострадавших», у них чаще проявляются симптомы ПТСР на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне, наблюдаются трудности социализации. Качественные методы исследования, в частности разработанная нами программа феноменологического интервью, способствуют раскрытию внутренних переживаний ребенка в безопасной форме, а также выявлению симптомов посттравматического стресса. В дальнейшем планируется осмысление и подробное описание кейсов, разработка психотехнологий поддержки психологического благополучия «детей гибридной войны».

Литература

- Бартош А.А.* «Серые зоны» как ключевой элемент современного операционного пространства гибридной войны // Военная мысль. 2021. № 2. С. 6–19.
- Гатальская Г.В., Джиганская К.Н.* Феноменология переживаний и успешность адаптации вынужденных мигрантов // Российский психологический журнал. 2016. № 13 (3). С. 10–25.
- Дымова Е.Н.* Ретроспективный анализ посттравматического стресса в годы Великой Отечественной войны // Клиническая и специальная психология. 2021. № 10 (3). С. 1–16.
- Захарова Н.М., Цветкова М.Г.* Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям // Психология и право. 2020. № 10 (4). С. 185–197.
- Ильницкий А.М.* Ментальная война России // Военная мысль. 2021. № 8. С. 19–33.
- Ксенофонтов В.А.* Гибридная агрессия как тенденция социального насилия // «Вышэйшая школа»: навукова-метадычны і публіцыстычны часопіс. 2022. № 1. С. 45–51.
- Харламенкова Н.Е.* Представление о психологической безопасности: возрастной и личностный компоненты // Современная личность: психологические исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 141–160.

Halevi G., Djalovski A., Vengrover A., Feldman R. Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life // Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2016. № 57 (10). P. 1183–1193.

Lahad M. From victim to victor the development of the BASIC PH Model of coping and resiliency // Traumatology. 2017. V. 23. № 1. P. 27–34.

Liu M. War and Children // American Journal of Psychiatry Residents' Journal. 2017. V. 12 (7). P. 3–5.

Духовно-ориентированное направление реабилитации комбатантов

С.Л. Соловьева

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия
s-solovieva@ya.ru

В статье рассматривается духовно-ориентированное направление в психологической реабилитации комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством, которые испытывают трудности реадаптации к мирной гражданской жизни. Психологическая травма высокой степени интенсивности, превосходящая ресурсы личности для ее преодоления, требует выхода за пределы традиционной трехчленной структуры психического — познание, эмоции, воля — и обращения к сфере духовного, опирающегося на сверхценности, превосходящие по своей значимости ценности повседневного человеческого существования. Подобная метаконструкция может носить идеологический, религиозный, философский характер или опираться на традиционные ценности российской ментальности. Духовно-ориентированный подход в психологической реабилитации позволяет осознать, пережить и интегрировать травму в рамках более общей мета-конструкции, что восстанавливает адаптивные возможности ветерана при его возвращении в мирную жизнь.

Ключевые слова: психическая травма, комбатант, психологическая реабилитация, духовность

В условиях ведения боевых действий комбатант подвергается воздействию психических травм, интенсивность которых превышает адаптивные и компенсаторные возможности психики по ее осознанию, переживанию и интеграции в психическую реальность в виде феномена памяти. Следствием может являться формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), приводящего к тектоническим сдвигам в структуре идентичности комбатанта.

Последствия для личности боевой травмы. Война, как отмечает Н.В. Тарабрина, «потрясает сами базовые убеждения индивида относительно его “самости” как неуязвимой и имеющей ценность как таковой, а также относительно мира как безопасного и справедливого» (Тарабрина, 2009). Возвращаясь к гражданской жизни, он привносит в нее непережитую травматическую реальность, которая периодически оживает в кошмарных сновидениях, наплывах воспоминаний и образов, вновь и вновь воспроизводящих травму. Для ветеранов с посттравматическими нарушениями, пишет Анцыферова, характерно «отчуждение от общества, в которое они вернулись, которое кажется им сильно изменившимся и незнакомым. Для них реальным жизненным миром продолжает быть мир военных действий» (Анцыферова, 2001, с. 312). Частыми последствиями ПТСР являются депрессии с суициdalной настроенностью, попытки регулировать болезненные переживания с помощью алкоголя, наркотиков, уход в криминальные структуры, где есть возможность в полной мере реализовывать приобретенные на войне навыки, а также формирование психосоматических нарушений. Ветераны испытывают трудности адаптации к профессиональной деятельности, вступают в конфликтные отношения, что может приводить к потере работы, разводам, изоляции, утрате отношений с близкими. В качестве основной причины посттравматической дезадаптации Е.О. Лазебная видит то, что «никуда не исчезнувшие, но выведенные из-под контроля сознания, «инкапсулированные» травматические воспоминания, которые иногда годами и десятилетиями ждут своего часа, периодически прорываются возводимый на их пути барьер запрета». При этом острота и яркость эмоций со временем не снижаются. Именно поэтому становятся неизбежны неуправляемые прорывы травматических воспоминаний в сознание и сопутствующие им тяжелые эмоциональные состояния (Лазебная, 2002, с. 390). В этом случае необходимой становится не только медицинская, социальная, но и психологическая реабилитация комбатантов.

Психологическая реабилитация. В рамках психологической реабилитации лиц с ПТСР применяются самые различные формы и методы психологической помощи, среди которых «золотым стандартом» считается когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). Однако применение КПТ не всегда возможно не только вследствие ограниченного числа подготовленных по данному методу психотерапии специалистов, наличия противопоказаний, но также из-за последствий частых контузий и черепно-мозговых травм, полученных ветеранами при ведении боевых действий и снижающих их способность к осознанию, вербализации и анализу собственных переживаний, представлений, убеждений. В этой связи продолжается поиск эффективных методов психологической помощи на этапе реабилитации.

Духовно-ориентированный подход психологической реабилитации. Одним из эффективных в психологической реабилитации может быть духовно-ориентированный подход. Идея о том, что совладание с травмой, превышающей адаптивные возможности человека, должно происходить за счет выхода за пределы повседневной реальности через категорию духовности, прослеживается в послевоенной психологии, когда проблема духовности начала рассматриваться в гуманистической психологии с ее представлениями о способности человека к трансценденции, возможностью «выхода за...», в процессе которого он приближается к своей сущности. Несмотря на то, что психология, опасаясь выйти за рамки научности, традиционно «выносит за скобки» трансцендентную составляющую понятия «Духовность», считая, что ее изучение не может проводиться в рамках научной методологии (Седанкина, 2020), духовно-ориентированная психотерапия получила свое развитие за рубежом, а впоследствии и в России, в частности в работах Ф.Е. Василюка, Б.С. Братуся и других. Как отмечал П. Я. Гальперин, «понятие души ничем не заменить, и оно, настанет время, вернется в психологию, но в каком-то ином, уже согласно с научным мировоззрением виде» (цит. по: Братусь, 2014, с. 9).

Духовный подход при оказании помощи комбатантам. При оказании помощи ветеранам такой подход представляется вполне обоснованным. Поскольку ресурсы комбатанта, как и каждой личности, ограничены и не позволяют в полной мере осознать, пережить, переработать и принять смысл сверхсильной психической травмы войны, чтобы получить контроль над происходящим, он выходит за пределы собственной эгоцентрической структуры на более масштабный уровень существования

ния — в мир идей, ценностей, смыслов более значимых, чем ценности и ориентиры повседневного индивидуального существования. Меняя «точку обзора», ветеран получает возможность встать над событиями, переоценивая их в рамках более масштабной метаконструкции, основанной на метаценностях. Полученная таким образом картина мира может носить идеологический, философский, религиозный и даже мистический характер. В любом случае, соответствует эта картина мира объективной реальности или нет, она находит свое подтверждение в субъективном психологическом мире личности, помогая обрести равновесие и психологический комфорт. В рамках феномена духовности на смену личностных ценностей, потребностей, отношений, определяющих жизнь людей, приходит ориентация на широкий спектр общечеловеческих и трансцендентных духовных ценностей (Волынская, 2023, с. 48).

Психотерапевтический потенциал религиозности. Любое религиозное мировосприятие включает в себя стремление к некоторому высшему знанию и поэтому обладает психотерапевтическим потенциалом, позволяя выйти за рамки повседневного существования. Существуют исследования, в которых показано, что религиозное мировоззрение улучшает процесс посттравматического восстановления людей, переживших природные катастрофы, смерть близкого человека, сексуальное насилие и переживания угрожающих жизни обстоятельств (Pargament, 2013, р. 560). В. Франкл, К. Г. Юнг, Р. Мэй отмечали сходство между постулатами религии и психотерапии. Были выделены общие продуктивные черты психотерапии и духовной практики: необходимость самопознания, развития и роста; выявление психологических ресурсов к изменению; признание позитивной роли страдания для личностного развития; обретение зрелости и смысла. В последнее время начинают формироваться интегративные модели духовного развития личности, которые опираются на анализ религиозного, идеологического, философского, культурологического опыта человечества. Так, например, Кен Уилбер в своей монографии «Религия будущего» предлагает общий для всех культур и религий путь духовного уровня развития человека. Анализируя особенности 40 культур и более чем 100 религий, автор находит общую для них всех направленность на формирование рефлексии, эмпатии, аффилиации, толерантности, сострадания и милосердия — качеств, необходимых для духовной трансформации. Метатеория Уилбера, как отмечает Роберт Киган, «существует не для того, чтобы в нее верили, а для того, чтобы ее можно было поместить

поверх нашего опыта и выявить закономерности, которые мы не смогли бы увидеть иначе» (Уилбер, 2023, с. 2).

Можно предполагать, что духовное развитие является преимущественной привилегией лиц, переживших психическую травму, людей, для которых выход из привычной картины мира становится вопросом выживания. Постигая что-либо, на духовном уровне своего существования человек одновременно и углубляется в себя, и выходит за свои пределы. Такой выход требует от субъекта не только соотнесения понимаемых событий и ситуаций с личностным знанием, но и включения их в более широкий контекст человеческого бытия. Метаперсональная самоинтерпретация представляет собой метасистемный уровень самопонимания. Она направлена на выход за пределы индивидуально-личностного, внутреннего мира и охватывает более широкие стороны человеческого бытия — осознание субъектом себя как частицы человечества, жизни, космоса (DeCicco, Stroink, 2007, р. 82). В рамках новой, созданной травмированным индивидом метаконструкции полученная им психическая травма может быть переформулирована, осознана и принята в рамках текущего жизненного опыта, а разрушенная травмой идентичность может быть успешно реконструирована.

Заключение. Традиционные методы психологической помощи, используемые на этапе реабилитации комбатантов с признаками посттравматического стрессового расстройства, далеко не всегда оказываются эффективными. Разрушенная травмой идентичность не позволяет в полной мере принять, оценить, интегрировать в собственную структуру трагические события жизни. Сформированный войной агрессивный стиль поведения затрудняет интеграцию в мирную жизнь. Развивающаяся в последнее время религиозно-ориентированная психотерапия, апеллируя к духовному уровню человека, позволяет ему, выходя за пределы повседневного опыта и имеющихся психологических ресурсов, реинтегрировать разрушенную войной идентичность комбатанта.

Литература

- Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях // Психология социальных ситуаций / Сост. и общ. ред. Н. В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 309–334.
- Братусь Б. С. Проблема возвращения категории «Души» в научную психологию // Национальный психологический журнал. 2014. № 3 (15). С. 9.

- Волынская А. С.* Категория «духовность» в исследованиях внутреннего мира личности // Актуальные исследования. 2023. № 49 (179). С. 48–52.
- Лазебная Е. О.* Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс // Психология психических состояний. Вып. 4 / Под ред. проф. А.О. Прохорова. Казань: Центр инновационных технологий, 2002. С. 387–399.
- Седанкина Т. Е.* Психология духовного развития: учебное пособие. Казань: МедДоК, 2020.
- Тарабринна Н. В.* Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Уилбер К.* Религия будущего. Всеобъемлющий потенциал великих традиций духовной мудрости / пер. с англ. Е. Пустошкина; науч. ред. А. Нариньяни. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2023.
- DeCicco T.L., Stroink M.L.* A third model of self-construal: The metapersonal self // International Journal of Transpersonal Studies. 2007. V. 26 (1). P. 82–104.
- Pargament K.I.* The religious dimension of coping: Advances in theory. Research and practice // Handbook of the psychology of religion and spirituality. 2013. V. 2. P. 560–578.

Беатотерапевтическая работа с отрицательными эмоциями повседневной жизни

A. С. Спиваковская

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова; Московский институт психоанализа,
Москва, Россия
beatum@bk.ru

Статья посвящена рассмотрению базовых положений психотерапевтической работы с отрицательными эмоциями с позиции беатотерапии — отечественного экзистенциально-гуманистического подхода к психологическому консультированию, целью которого является создание условий для перемен в жизни человека. Согласно беатотерапии, отрицательные эмоции, в том числе эмоции, связанные с переживанием прошлого травмирующего опыта, рассматриваются как нехимическая зависимость,

мешающая человеку жить в настоящем моменте и быть счастливым. Задача беатотерапии состоит в создании условий для всестороннего прогрессивного и объективного самонаблюдения отрицательных эмоций, использования психотехники беатума в повседневной жизни, ведения дневника, регулярных самоотчетов, позволяющих клиентам исследовать собственные отрицательные эмоции, предполагаемые провокации срыва и, главное, позитивные последствия растворения отрицательных эмоций и появление новых форм реагирования в повседневных событиях.

Ключевые слова: беатум, беатотерапия, отрицательные эмоции, самонаблюдение, сознательный отказ, экзистенциально-гуманистический подход

В наше время фундаментальных цивилизационных катаклизмов особенную значимость приобретает дальнейшее обсуждение методологических основ консультирования и психотерапии, в том числе психотерапии посттравматических расстройств и негативных состояний. Все еще широко распространена каузальная диагностическая причинно-следственная парадигма в теоретических исследованиях. И эта же идеология составляет основу современной психотерапевтической практики: сначала узнать причину человеческого страдания, а потом создавать психотерапевтические программы.

Однако еще Б. В. Зейгарник утверждала, что «распад не есть негатив развития» (Зейгарник, 1986). Есть феноменологические основания полагать, что личностные нарушения, аномалии личности, психологическая негативность и пути роста личности, ее побед и достижений располагаются, так сказать, в разных «пространствах» внутреннего мира человека. Путь возрождения личности — это совершенно новый особый путь, стоящий далеко от пространства причин страданий и неблагополучия. В психотерапии и консультировании, вероятно, все больше должна утвердиться не диагностическая, а самодиагностическая методология, не наблюдение и изучение психологом поведения и личности клиента, а самонаблюдение и самоизучение клиентом самого себя.

В беатотерапии, отечественном варианте экзистенциально-гуманистического подхода в консультировании и психотерапии, исходим из тезиса, что не так уж и важно, насколько психотерапевт понял своего клиента, гораздо важнее, чтобы клиент понял самого себя (Спиваковская, 2010). Поэтому беатотерапия направлена не на диагностику причин внутренних психологических конфликтов, синдромов и нару-

шений с их последующим исправлением, а на создание особых психологических условий для преображения внутреннего мира человека.

Беатотерапия о психологии отрицательных эмоций. Беатотерапия рассматривает повседневные отрицательные эмоции как негативную привычку, как нехимическую зависимость, подобную компьютерной или игровой (Спиваковская, Теперик, 2006). Самонаблюдения солидной группы клиентов, более 100 человек, позволили подробно описать психологические характеристики отрицательных эмоций. Интересно, что набор отрицательных эмоций не так уж и велик. Приведем их наиболее типичный список: тревога, беспокойство, злость, гнев, ярость, раздражительность, обида, вина, подозрительность, мнительность, жалость к себе, ревность, зависть, мстительность, ненависть, печаль, тоска. Однако, по субъективным представлениям людей, негативными эмоциями годами наполнен буквально каждый день их повседневной жизни. Отрицательные эмоции характеризуются следующими признаками, выявленными при обобщении самонаблюдений: 1) отрицательные эмоции невозможно остановить усилием воли, с ними невозможно бороться, чем больше желание отделаться от них, тем больше они проявляются, человек оказывается в плена неприятных и, часто мучительных переживаний, сопровождающихся душевной болью, возникает состояние «психического автоматизма», человек хочет говорить, чувствовать и действовать по-другому, но не может, возникает ощущение бессилия и невозможности управлять своими собственными чувствами и поведением; 2) отрицательные эмоции обладают высочайшей скоростью, мгновенностью появления, но главное, что отрицательные эмоции никогда не переживаются поодиноке, они быстро размножаются, создают цепочки, группы и коалиции, составляя бесконечные и разнообразные «круги состояний» с негативной обратной связью; одни те же «наборы» отрицательных эмоций практически зафиксированы, постоянно, как по шаблону, характерному для данного человека, воспроизводятся в неизменном виде и стереотипно проявляются в самых разных, пустяковых и серьезных, обстоятельствах и событиях повседневной жизни; люди самыми разными способами примиряются со своими негативными состояниями, более того, влюбляются в свои отрицательные эмоции, считают их «своими», «необходимыми», выражаяющими глубины индивидуальности, оправдывают негативность, объясняя неизбежность отрицательных эмоций жизненными трудностями или поведением «плохих» людей; отрицательные эмоции заби-

рают на себя большое количество энергетических ресурсов человека, вызывают чувство постоянной усталости, а бесполезная борьба с негативными эмоциями, в том числе их намеренное внешнее выражение с целью облегчения состояния, не приводит к ликвидации негативных переживаний, усиливает состояния бессилия и пассивности, вызывает особый комплекс самоотношения, который в беатотерапии получил название «синдром проигравшего».

Общность, повторяемость, закономерность в функционировании отрицательных эмоций у разных людей в совершенно разных обстоятельствах убеждают в том, что такие переживания лишены глубинной «индивидуальности», поэтому и могут быть рассмотрены как вредные привычки, как зависимость. Можно предполагать, что отрицательные эмоции не являются истинными, изначально присущими человеку, природными по своему происхождению, а, наоборот, являются фальшивыми искусственными новообразованиями, которыми мы заражаемся с детства и на протяжении всей жизни от близких и дальних людей, превращаясь в особую негативную психологическую систему «рак душевной жизни». Итак, беатотерапия рассматривает отрицательные эмоции не как изолированный поведенческий акт, а как зависимость, которая представляет собой сложную иерархизированную психологическую систему, целостное негативное психологическое новообразование, функционирующее на разных уровнях внутреннего мира человека: когнитивном, эмоциональном, поведенческом.

Беатотерапевтическая методика сознательного отказа от отрицательных эмоций. Сознательный отказ от зависимости — одна из важнейших специальных психотехник беатотерапии (Спиваковская, 2010). Разрабатывая теорию и практику сознательного отказа, беатотерапия исходит из идеи о том, что глубинные психологические законы функционирования зависимости открываются только в процессе преодоления самим человеком зависимых форм поведения (Спиваковская, Теперик, 2006). Процесс преодоления реализуется в условиях специально организованной деятельности — подробного объективного и прогрессивного самонаблюдения клиентами отрицательных эмоций и негативных состояний непосредственно в повседневной жизни. Многолетнее беатотерапевтическое изучение сознательных отказов от отрицательных эмоций более чем у 100 клиентов выявило универсальность законов преодоления зависимого поведения, и не так уж важно, от каких именно отрицательных эмоций человек предпочитает отказаться, от привычного гнева, тревоги, обиды или ревности. Подчеркнем, что изучение

клиентом зависимости предполагает не только реорганизацию отдельных психических функций и качеств, но и целостное преобразование личности зависимого. Методика сознательного отказа предполагает определенную и строго обязательную последовательность действий. Общая длительность беатотерапии отрицательных эмоций от трех месяцев до полугода, после чего участники получают надежный инструмент работы с эмоциями, который они могут применять в дальнейшей жизни. Методика представляет собой сочетание групповой и индивидуальной работы, основанной на овладении клиентами психотехникой беатума и приемами самонаблюдения. Задача беатотерапии состоит в создании условий для всестороннего прогрессивного и объективного самонаблюдения отрицательных эмоций, использования психотехники беатума в повседневной жизни, ведения дневника, регулярных самоотчетов, позволяющих самим клиентам подробно исследовать собственные отрицательные эмоции и негативные состояния, предполагаемые провокации срыва и, главное, позитивные последствия растворения отрицательных эмоций и появление новых форм реагирования в повседневных событиях (Спиваковская, Мхитарян, 2009). Беатотерапевту необходимо всецело заинтересовать клиентов, увлечь неизвестностью и таинственностью предстоящей работы. Динамика освобождения от отрицательных эмоций скорее напоминает процесс их постепенного сознательного растворения, привычка реагировать негативностью уходит. Путь отказа от зависимости рассматривается как интригующий и сложный путь, удивительное приключение, которое, начавшись с маленького точного момента принятия решения о работе над собой, помогает человеку растворить отрицательные эмоции, поднять свою повседневную жизнь к более высокому качеству, достигать переживаний радости и победы. Основной этап работы — это овладение техникой беатума, сознательного присутствия в моменте. Беатум представляет собой особый вид разделенного на три вектора внимания, при котором совершаются сознательные усилия видеть себя, воспринимать свое окружение и сохранять осознание своей цели (Спиваковская, 2010). Усилия поддерживать себя в состоянии разделенного внимания приводят к важнейшему осознанию, что настояще — это единственная реальность, которая у нас есть, и только в этой реальности могут произойти внутренние и внешние изменения. Работа человека над собой в процессе сознательного отказа от отрицательных эмоций центрируется вокруг усилий находить себя и свою жизнь в настоящем моменте.

Беатум — это реальное средство самонаблюдения, поскольку бессознательно, вне беатума, самонаблюдение обычно переходит в мысли о себе, в анализ ошибок, при которых теряется осознание реальности момента, и мысли человека устремляются в прошлое или в будущее, а самонаблюдение искажается. Самонаблюдение организуется не как борьба с негативностью, а как напряженный, но увлекательный творческий процесс. Клиент наблюдает все и вся в себе, начинает видеть, как реальность заражена отрицательными эмоциями, которые отравляют каждый день его жизни. Человек все больше понимает, что отрицательные эмоции уже взяли на себя, оккупировали практически все его когнитивные процессы: внимание, мышление, принятие решений, планирование времени, восприятие себя и других. Клиент отчетливо видит, как привычные отрицательные эмоции манипулируют его жизнью. Важным содержанием самонаблюдений является изучение, с одной стороны, повторяемости одних и тех же отрицательных эмоций в самых разных ситуациях общения, а с другой — изучение различных форм выражения одной и той же отрицательной эмоции. В когнитивной сфере центральным фокусом самонаблюдения является изучение шаблонных (причем одинаковых для всех) мыслей, наборов мыслительных стереотипов и негативных навязчивых образов, сопровождающих отрицательную эмоцию в момент ее проявления. Самонаблюдение делает очевидным, что каждая отрицательная эмоция связана с мышлением не самого высокого качества. Для преодоления зависимости клиенту предстоит не только произвести ревизию мыслей, но и осуществить решительный отказ «думать по-старому». Клиентами в ходе самонаблюдения осуществляется сознательная реорганизация привычной динамики самого мыслительного акта, происходит замедление «мыслительного бега». Постепенно в процессе всей беатотерапевтической работы клиенты научаются «вытягивать» привычное негативное реагирование из реальности, «растворять» отрицательные эмоции, получая реальность общения без обид, гнева или раздражения, а свою обновленную личность — отдельно от отрицательных форм реагирования. Клиенты убеждаются на собственном опыте, что могут жить в том же доме, в той же семье вне былой зависимости от отрицательных эмоций, на смену которым приходит отказ от тотальной критики, возросшая способность терпеть и прощать, комплекс разнообразных эмоций удивления, тотальная радость переживания живого настоящего момента реальности жизни. Жизнь вне отрицательных эмоций приво-

дит людей к острому переживанию своей человеческой силы. Победа над зависимостью от отрицательных эмоций все больше осознается как реализация творчества построения собственной жизни. Клиенты часто признаются в том, что они не только свои привычные отрицательные эмоции преодолели, но и познакомились с неким новым существом, о котором даже не имели представления, и это существо — они сами. Зависимость от отрицательных эмоций — печальная дорога на кладбище, отказ от отрицательных эмоций — объяснение в любви к жизни.

Литература

- Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986.*
- Спиваковская А. С., Мхитарян А. В. 9x12. Диалоги о беатотерапии. М.: Беато-Пресс, 2009.*
- Спиваковская А. С., Теперик Р. Ф. Психология и психотерапия зависимостей // Клиническая психология. Программы / Ред. Е.Ю. Балашова, А.Ш. Тхостов. М.: Акрополь, 2006. С. 574–578.*
- Спиваковская А. С. Фрагменты беатотерапии. М.: Беато-пресс, 2010.*

Влияние краткосрочного психологического консультирования в различных модальностях на настроение у лиц с депрессией*

Е.Б. Степанова, Т.Н. Савченко***

*Московский психолого-социальный университет,
Москва, Россия

katerina.stepanov@gmail.com

**Институт психологии РАН, Москва, Россия
t.n.savchenko@mail.ru

Депрессия является распространенной реакцией на психологическую травму и характеризуется усилением негативного аффекта. Психологическое консультирование может эффективно воздействовать на динамику аффекта при депрессии. Цель исследования — изучение

* Работа выполнена в соответствии с Госзаданием «Познавательные процессы в экологически валидных контекстах» № 0138–2025–0012.

влияния краткого курса психологического консультирования (ПК) в когнитивно-поведенческом (КПТ), экзистенциальном (ЭКЗ) и психо-динамическом (ПД) подходах на настроение лиц с депрессией. У 135 пациентов с депрессией, получивших 5 сессий ПК, перед каждым сеансом оценена выраженность позитивного и негативного аффекта по шкале PANAS. Пациенты демонстрируют повышение силы позитивного аффекта в течение всего курса ($F=104,6$; $p<0,001$) и снижение интенсивности негативного аффекта ($F=93,1$; $p<0,001$), начавшееся после второй сессии. Не обнаружено влияния модальности ПК на динамику настроения участников (все $p>0,05$). Таким образом, применение ПК вне зависимости от его модальности ассоциировано с усилением позитивного и ослаблением негативного аффекта.

Ключевые слова: депрессия, травма, ПТСР, динамика настроения, психологическое консультирование

Психологическая травма ассоциирована с переживанием опыта, включающего аффект, превышающий по интенсивности толерантность личности. Травматические события могут иметь пагубные последствия для психического здоровья (Agyarong, 2022), усиливая выраженность негативных эмоций и внося вклад в формирование аффективных расстройств. Психотравмирующие события увеличивают риск развития депрессии: 61% пациентов с первым эпизодом депрессии и 51% с рецидивирующей депрессией могли сообщить о пережитой ими детской или недавней травме (Christensen et al., 2020, Petereit-Haack, 2020). Кроме того, известно, что субклиническая аффективная патология и посттравматическое стрессовое расстройство имеют общие факторы риска (Харламенкова, Никитина, 2019), а коморбидная депрессия снижает терапевтический ответ пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (Kline et al., 2020).

Тяжесть последствий депрессии, включающих повышенный риск суицида, определяет актуальность изучения возможностей психологической помощи людям, пережившим стресс и развившим симптомы депрессии. Существующие исследования влияния психологического консультирования в различных модальностях на настроение пациентов с депрессией противоречивы и неоднородны. В целом акцент консультирования на динамике настроения (Markowitz et al., 2014), в том числе на увеличении способности пациентов к регуляции негативного аффекта (Rodin et al., 2017), ассоциирован с большей успешностью

интервенции. Экзистенциальное и психодинамическое (особенно на раннем этапе) консультирование демонстрирует позитивные эффекты в отношении депрессивной симптоматики (Yilmaz et al., 2019). Когнитивно-поведенческая терапия, сравнительно часто упоминаемая как эффективное средство помощи при аффективных нарушениях, поддерживается частью исследований (Xiang et al., 2021; Yilmaz et al., 2019) и не поддерживается другими (Markowitz et al., 2014). Таким образом, эффекты, оказываемые психологическим консультированием на динамику настроения у лиц с депрессией, до сих пор остаются недостаточно изученными.

Цель данного исследования — выявление влияния кратких курсов психологического консультирования (ПК: психодинамического, экзистенциального и когнитивно-поведенческого) на настроение у пациентов с депрессивными нарушениями.

Нами были сформулированы две гипотезы: 1) В течение краткого курса психологического консультирования вне зависимости от его модальности наблюдается плавное увеличение уровня позитивного аффекта и плавное снижение уровня негативного аффекта; 2) Психологическое консультирование в когнитивно-поведенческом направлении вызывает наиболее сильные изменения выраженности эффекта.

Материалы и методы. Для участия в исследовании были приглашены 135 стационарных пациентов психиатрической клиники, и 125 из них завершили курс из 5 сессий ПК. Итоговую выборку составили 57 мужчин и 68 женщин в возрасте от 21 года до 57 лет, в среднем $37,1 \pm 9,0$ года. Длительность заболевания на момент включения пациентов в исследование варьировалась от 1 года до 12 лет, в среднем $4,6 \pm 2,7$ года. Диагнозы включали депрессивный эпизод легкой (F32.0), средней (F32.1) и тяжелой (F32.2) степени, тяжелой степени с психическими симптомами (F32.3), а также неуточненный (F32.9), в том числе в составе рекуррентного депрессивного расстройства (F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.9), и другие рекуррентные расстройства настроения (F38.1). Участники были случайным образом разделены на три группы. Каждая группа помимо фармакотерапии дополнительно получала пять сессий психологического консультирования в трех направлениях: когнитивно-поведенческом (КПТ, 43 чел.) экзистенциальном (ЭКЗ, 41 чел.) и психодинамическом (ПД, 41 чел.). ПК каждого направления проводилось сертифицированным практиком в данном направлении.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией ВОЗ. Все пациенты подписали форму информированного согласия перед включением в исследование.

Ключевым измерительным инструментом в исследовании была Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (PANAS) — классический инструмент для динамической оценки настроения, разработанный Д. Уотсоном, Л. Кларком. Тест включает 5-балльные шкалы Лайкерта, на которых испытуемый определяет, как часто переживал определенные эмоции, например гнев или радость. Всего предлагается 20 прилагательных, по 10 для позитивных и негативных эмоций, рассматриваемых как две независимые переменные. Внутренняя согласованность русскоязычной адаптации Е. Н. Осина («ШПАНА») по показателю альфа Кронбаха составляет 0,89 и 0,86 для шкал позитивного и негативного аффекта соответственно. Конструктная валидность подтверждается негативной корреляцией шкал, а конкурентная — их связью с показателями удовлетворенности жизнью. В данном исследовании тестирование проводилось перед каждой сессией психологического консультирования.

Статистический анализ включал дисперсионный анализ ANOVA с межгрупповым фактором Группа (ПД, ЭКЗ, КПТ) и внутригрупповым фактором Время (1, 2, 3, 4 и 5 сессии) раздельно для шкал позитивного и негативного аффекта. Применялась поправка Гринхауса–Гейссера для учета нарушений сферичности; для апостериорных попарных сравнений использовалась поправка Бонферрони. Статистический анализ реализован в программном пакете IBM SPSS 21.0.

Результаты. Выявлен значимый главный эффект фактора «Время» (номера сеанса, перед которым проведено измерение) на показатели позитивного ($F=104,6$, $p<0,001$) и негативного ($F=93,1$, $p<0,001$) аффекта. Апостериорные попарные сравнения продемонстрировали значимое увеличение силы позитивного аффекта на каждой последующей сессии ($p_{\text{Бонф.}}=0,038$ для пары 1–2 сеанс и $p_{\text{Бонф.}}<0,001$ для всех остальных пар) и снижение выраженности негативного аффекта начиная с третьей сессии ($p_{\text{Бонф.}}=1$ для пары 1–2 сеанс и $p_{\text{Бонф.}}<0,001$ для всех остальных пар). Значимое взаимодействие переменных «Группа» и «Время» показано для позитивного аффекта ($F=2,4$, $p=0,047$), но не для негативного аффекта ($F=1,0$, $p=0,442$). При апостериорном попарном анализе показано, что ни на одном сеансе группы ПК не отличались друг от друга по показателю позитивного аффекта (все $p_{\text{Бонф.}}>0,05$).

Отмечена статистически незначимая тенденция к большим значениям показателя позитивного аффекта в группе КПТ в сравнении с группой ЭКЗ перед 4-м и 5-м сеансами (оба $p_{\text{Бонф.}} = 0,073$).

Обсуждение результатов. Полученные результаты подтверждают гипотезу 1: показатели позитивного аффекта действительно увеличиваются, а негативного аффекта уменьшаются в течение курса психологического консультирования. Эти данные согласуются с результатами предыдущих исследований, указывающими на позитивные изменения в регуляции аффекта у лиц с симптомами как посттравматического стрессового расстройства, так и депрессии (Rodin et al., 2017). Согласно Р. Родин и коллегам, снижение интенсивности позитивного аффекта у людей с депрессией и травмой может быть объяснено Алекситимией и ограниченным аффективным диапазоном, связанными с этими расстройствами. При этом ПК, позволяющее регулировать негативный аффект, приводит к позитивным результатам. Аналогично и рост значений позитивного аффекта может быть обусловлен как влиянием техник ПК, так и опытом вербализации переживаний в присутствии специалиста.

Согласно нашим данным, показатели позитивного аффекта начинают возрастать после первой сессии, а негативного аффекта — снижаться после второй. Возможно, содержание первой сессии ПК (знакомство, установление контакта и доверия) достаточно для воздействия на позитивный аффект, в то время как изменение негативного аффекта требует более специфичного инструментария.

Таким образом, можно заключить, что ПК вне зависимости от модальности ожидаемо оказывает эффективное позитивное влияние на настроение пациентов с депрессией. Пациенты, прошедшие краткий курс ПК, характеризуются плавной редукцией негативного и ростом позитивного аффекта.

Гипотеза 2 предполагала наиболее сильное положительное влияние КПТ на настроение у лиц с депрессией. Отдельные исследования констатируют большую эффективность КПТ по сравнению с другими модальностями ПК (Xiang et al., 2021), однако другие работы не подтверждают существование данного преимущества (Markowitz et al., 2014, Yilmaz et al., 2019). Наши результаты включают исключительно незначимую тенденцию к большей выраженности позитивного аффекта в группе КПТ по сравнению с ЭКЗ во временных точках перед 4-й и 5-й сессией. Следовательно, в пределах 5 сессий динамика настроения пациентов не зависит от направления получаемого ими психологического консультирования, и гипотеза 2 не подтверждается.

Ключевым ограничением является длительность курса в 5 сессий, не позволяющая нам оценить возможные дифференциальные эффекты курсов ПК обычной длительности. Тем не менее существуют отдельные данные в пользу репрезентативности первых сессий ПК относительно его дальнейшей эффективности (Persons, Thomas, 2019).

Заключение. В работе проанализировано изменение настроения у пациентов с депрессией, получивших 5 сессий психологического консультирования в трех различных направлениях: когнитивно-поведенческом, экзистенциальном и психодинамическом. Во всех трех группах уровень негативного аффекта снижался, начиная со 2-й сессии. Позитивный аффект повышался с самого начала курса ПК. Полученные результаты подтверждают эффективность психологического консультирования как вспомогательной интервенции при стационарном лечении депрессии. Учитывая тесную связь между психологической травматизацией и развитием аффективных расстройств, можно предполагать аналогичные эффекты при применении психологического консультирования для помощи людям с другими расстройствами, ассоциированными с травмой. Требуются дальнейшие исследования психологического консультирования с непосредственным участием выборок лиц, страдающих от посттравматического стрессового расстройства и острых расстройств, связанных со стрессом.

Литература

- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Природа посттравматического стресса при угрожающих жизни заболеваниях // Вестник Российского фонда фундаментальных исследований. 2017. № 4. С. 49–58.
- Agyapong B., Shalaby R., Eboreime E., Obuobi-Donkor G., Owusu E., Adu M.K., Mao W., Oluwasina F., Agyapong V.I.O. Cumulative trauma from multiple natural disasters increases mental health burden on residents of Fort McMurray // European Journal Psychotraumatology. 2022. V. 13. № 1. Art. 2059999.
- Christensen M. C., Florea I., Loft H., McIntyre R. S. Efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder reporting childhood or recent trauma // Journal Affective Disorders. 2020. № 263. P. 258–266.
- Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinski N.K., Feeny N. C. The effect of concurrent depression on PTSD outcomes in trauma-focused psychotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials // Behavior Therapy. 2021. V. 52. № 1. P. 250–266.

- Markowitz J.C., Lipsitz J., Milrod B.L.* Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders // Depression and Anxiety. 2014. V. 31. № 4. P. 316.
- Persons J.B., Thomas C.* Symptom severity at week 4 of cognitive-behavior therapy predicts depression remission // Behavior Therapy. 2019. V. 50. № 4. P. 791–802.
- Petereit-Haack G., Bolm-Audorff U., Romero Starke K., Seidler A.* Occupational risk for post-traumatic stress disorder and trauma-related depression: a systematic review with meta-analysis // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. V. 17. № 24. Art. 9369.
- Rodin R., Bonanno G.A., Rahman N., Kouri N.A., Bryant R.A., Marmar C.R., Brown A.D.* Expressive flexibility in combat veterans with posttraumatic stress disorder and depression // Journal of Affective Disorders. 2017. V. 1. № 207. P. 236–241.
- Xiang Y., Cipriani A., Teng T.* Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis // Evidence-Based Mental Health. 2021. № 24. P. 153–160.
- Yilmaz O., Mirçik A.B., Kunduz M., Çombaş M., Öztürk A., Deveci E., Kirpinar İ.* Effects of cognitive behavioral therapy, existential psychotherapy and supportive counselling on facial emotion recognition among patients with mild or moderate depression // Psychiatry Investigation. 2019. V. 16. № 7. P. 491–503.

Работа с посттравматическим стрессовым расстройством в рамках подхода терапии принятия и ответственности

H.A. Таволжанская

Центр психолого-педагогической поддержки и развития детей,
Воронеж, Россия
natasha.tavolzhanskaya1@mail.ru

Статья посвящена работе с посттравматическим стрессовым расстройством в рамках терапии принятия и ответственности. В статье рассматриваются основные симптомы ПТСР и их связь с эмпирическим избеганием.

Автор подчеркивает, что попытки контролировать внутренние переживания через избегание только усиливают симптомы расстройства. В статье подробно анализируются шесть ключевых принципов терапии принятия и ответственности и как они помогают клиентам изменить отношение к своим мыслям и чувствам, развить психологическую гибкость и выстраивать осмысленную жизнь, основанную на личных ценностях. Автор отмечает, что успешная терапия включает осознание своей реакции на травму, принятие болезненных переживаний и последовательное движение в направлении значимых для клиента ценностей. Статья может быть полезна как специалистам в области психотерапии, так и людям, столкнувшимся с последствиями травматических событий.

Ключевые слова: посттравматическое, стрессовое, расстройство, терапия, принятия, ответственности

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психологическое расстройство, возникающее после травмирующего события. Травма может включать угрозу смерти, серьезное телесное повреждение или сексуальное насилие, сопровождающиеся сильным страхом, беспомощностью или ужасом. Примеры таких событий: природные катастрофы, военные действия, потеря близкого человека, дорожно-транспортные происшествия, террористические акты и плен.

Для диагностики ПТСР необходимы симптомы из трех групп: повторное переживание, избегание и гипервозбуждение. Симптомы повторного переживания включают навязчивые воспоминания, кошмары и сильный стресс при напоминаниях о травме. Симптомы избегания проявляются в уклонении от мыслей и ситуаций, связанных с травмой, и чувство отчужденности. Гипервозбуждение характеризуется нарушением сна, раздражительностью, проблемами с концентрацией и повышенной бдительностью.

Переживание травмы делится на два этапа: сам стрессовый опыт и адаптация к последствиям. Первый этап базируется на автоматических реакциях выживания, тогда как второй требует навыков, которые часто отсутствуют. Эмпирическое избегание, характерное для ПТСР, предполагает избегание негативных переживаний и попытки изменить их частоту. Такие стратегии могут временно облегчить состояние, создавая иллюзию эффективности, но не решают проблему в долгосрочной перспективе.

Когда мы углубляемся в симптомы избегания при ПТСР, становится очевидно, как эмпирическое избегание (избегание внутренних переживаний, таких как эмоции, мысли, воспоминания) способствует

развитию и поддержанию расстройства (Веструп, 2022). Люди с ПТСР избегают не только внутренних переживаний, но и мест или предметов, напоминающих им о травме. Это приводит к ограничению их жизни. Другие симптомы ПТСР также связаны с эмпирическим избеганием. Так, при навязчивых воспоминаниях клиенты часто стремятся избежать их и просят психотерапевта помочь им справиться. Они могут избегать сна или использовать медикаменты, чтобы избежать кошмаров, или прибегать к наркотикам для уменьшения тревоги. Избегание проявляется и в симптомах гипервозбуждения, когда клиенты описывают трудности с концентрацией и чувство отстраненности. Концепция терапии принятия и ответственности объясняет роль избегания в развитии проблем, связанных с травмой, таких как диссоциация и изоляция, а также помогает понять долгосрочные негативные последствия ПТСР.

Как это ни парадоксально, попытки контролировать внутренние события путем избегания могут фактически усилить переживание события (Раджа, 2021). Умыщленные попытки не думать о травме могут на самом деле вызвать воспоминания о ней.

АСТ — это поведенческая терапия, которая предполагает действия, направляемые системой ценностей (каким человеком вы хотели бы быть, что вам важно в жизни, как вы хотите обращаться с собой, с другими, с миром вокруг и т.д.). Такая осознанная деятельность имеет техническое наименование — психологическая гибкость. Психологическая гибкость — это способность действовать согласно своим ценностям, но в контакте с болезненными мыслями и ощущениями (Раджа, 2021).

Терапия принятия и ответственности базируется на шести ключевых принципах, которые сообща работают над достижением двух основных целей: эффективная работа над болезненными мыслями и чувствами и создание полноценной, насыщенной и осмысленной жизни (Уолсер, Веструп, 2022).

Принцип 1. Разделение.

Разделение позволяет по-новому взглянуть на отрицательные мысли и чувства, вследствие чего резко снижается их влияние на жизнь человека. Когда он научается отделять себя от болезненных и неприятных мыслей, они теряют свою способность пугать, беспокоить и вводить в депрессию. Научившись отстраняться от жестких самокритических высказываний и бесполезных самоограничивающих убеждений, у человека появляется ощущение, что они все меньше отражаются на

поведении. Так, человек, у которого есть мысль «я неудачник» и который воспринимает эту мысль как буквально правдивую, находится в затруднительном положении: либо он должен поверить этой мысли и терпеть неудачи, либо каким-то образом исправить себя, чтобы не быть неудачником и, следовательно, быть в порядке. Кроме того, когда мысли включают в себя когниции об эмоциональном опыте, такие как «у меня не должно быть этого чувства» или «это чувство плохое или небезопасное» и т. д., клиенты оказываются в положении, когда они вынуждены исправлять эти чувства, чтобы ощущать себя хорошо.

Принцип 2. Принятие.

Принятие заключается в том, что вместо того чтобы подавлять или отгонять беспокоящие чувства, ощущения и импульсы, человек начинает отводить для них специальное пространство внутри себя. Открывшись этим чувствам и предоставив им место, человек обычно начинает понимать, что они беспокоят его гораздо меньше и проходят намного быстрее, а не «витают в воздухе», отравляя жизнь. Люди, пережившие травму, склонны к высокому уровню избегания переживаний, эмоций, чувств. В попытках «заглушить» неприятные переживания они нередко прибегают к деструктивным формам поведения (например, аддикциям), что приводит только к ухудшению качества жизни и присутствию еще больших переживаний в ней. Наши чувства и эмоции постоянно меняются и являются лишь содержанием нашей жизни, поэтому легкое соприкосновение с ними в данный момент — это сущность принятия. В этом моменте мы воспринимаем опыт в том виде, в каком он предлагается, без протesta или любой другой реакции, оставаясь просто наблюдателем.

Принцип 3. Вовлеченность.

Вовлеченность подразумевает жизнь в настоящем; сосредоточенность и полное погружение в то, чем человек занят в данный момент. Вместо того, чтобы блуждать в прошлом или беспокоиться о будущем, необходимо глубоко включиться в то, что происходит здесь и сейчас. Люди, которые пережили травму, могут тратить много времени, думая о последствиях определенного события, например о разводе или смерти любимого человека. Когда они погружаются в эти воспоминания, то создают рассказы и истории, которые объясняют, что произошло, что должно было произойти и как избежать повторения аналогичного негативно оцененного события. История, связанная с разводом, может

заключаться в том, что человек больше никогда не женится, потому что предыдущий опыт брака был слишком болезненным и разрушительным. Они боятся испытать похожую боль и ограничивают контакты с потенциальными партнерами. Пережившие травму люди также часто беспокоятся о будущем, которое будет заполнено их текущими проблемами (чувством тревоги, страха и т. д.). Фактически мы не раз слышали, как многие клиенты спрашивали: «Буду ли я чувствовать себя так вечно?» или говорили: «Что бы я ни делал, так будет всегда». Беспокоясь о том, что неприятные переживания никогда не изменятся и «всегда буду чувствовать неприятные переживания», они упускают из виду, что это продолжающийся процесс и все чувства и эмоции лишь непрерывный опыт, который постоянно меняется. А в попытках контролировать его не замечают, что происходит с ними прямо «здесь и сейчас».

Принцип 4. «Я-наблюдатель».

«Я-наблюдатель» — это очень весомый аспект человеческого сознания, который до настоящего момента совершенно игнорировался западной психологией. Научившись устанавливать связь с этой частью себя, у человека появляется возможность изменять свое отношение к нежелательным мыслям и чувствам еще эффективнее. Во-первых, эта концепция дает возможность испытывать различные мысли, чувства и телесные ощущения, рассматривая их с более полезной позиции «Я-наблюдателя». Человек свободен делать поведенческий выбор на основе ценностей, а не в ответ на мысли или чувства, которые он испытывает в данный момент. В конечном итоге это приводит к уменьшению страданий. По мере того, как клиенты учатся принимать без защиты даже очень болезненные мысли и чувства, уменьшается их тревога, которая обычно бывает вызвана убеждением, что у человека не должно ее быть. И самым мощным преимуществом рассмотрения себя с позиции наблюдателя является возникающее предположение о том, что Я является чем-то большим, чем мысли и чувства, оно остается неповрежденным, несмотря на травму и наличие даже очень тревожных мыслей, чувств и телесных ощущений.

Принцип 5. Ценности.

Прояснение своих ценностей и установление с ними связи — важнейший шаг к построению осмысленной жизни. Ценности человека являются отражением того, что наиболее важно для его сердца: каким человеком он стремится быть, что имеет для него принципиальное зна-

чение и какую позицию он хочет занимать в этой жизни. Ценности задают направление жизни и побуждают совершать значимые изменения.

Люди с историей травмы и ПТСР часто испытывают значительные трудности с концепцией ценностей, сливаясь со своими убеждениями о себе. Например, некоторые ветераны боевых действий, которые долгое время считали себя «плохими» из-за того, что им приходилось видеть и делать, не могут позволить себе иметь ценность любящих и заботливых отношений. Также люди, пережившие травму, часто не могут позволить себе «присвоить» какую-то ценность, поскольку когда-то она подвергалась атаке. Переживший травму клиент, который служил в Афганистане, испытал сильную боль из-за того, что «ненавидел афганцев». С одной стороны, он считал, что его чувства оправданы тем, что он и его сослуживцы неоднократно подвергались нападениям талибов, и многие солдаты в его части были убиты. С другой стороны, он чувствовал вину и стыд за свою ненависть. Затем пришло осознание того, что, хотя его реакция была понятной, он также придерживался базовой ценности сострадания ко всем людям, и что эта ценность была подвергнута риску в зоне боевых действий. Для клиентов может быть огромным облегчением осознание того, что они все еще могут позволить себе свои ценности и они по-прежнему неприкословлены.

Принцип 6. Проактивность.

Насыщенная и осмысленная жизнь создается путем действий. Но не просто любых действий, а тех, что побуждаются и направляются нашими ценностями и потому являются эффективными. В частности, действия должны быть последовательными, а их принятие независимо от количества неудач. Итак, «последовательные действия» — это краткое именование «последовательных, эффективных действий, основанных на ценностях».

На последних сеансах АСТ основное внимание уделяется умению выдерживать внутренний опыт и движению в направлении собственных ценностей. К тому времени, когда клиент имеет готовность испытывать свои переживания и мысли, выдерживать их, оставаясь в позиции наблюдателя, в настоящем моменте и двигаясь к своим личным ценностям, совершая действия в их направлении.

Литература

Веструп Д. В. Продвинутая терапия принятия и ответственности. Как достичь оптимальных результатов. СПб.: Диалектика, 2022.

Раджа Ш. Преодоление травмы и ПТСР. Использование терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой и когнитивно-поведенческой терапий. М.: Вильямс, 2021.

Уолсер Р.Д., Веструп Д.В. Терапия принятия и ответственности для лечения ПТСР и других последствий травмы. Практическое руководство по использованию стратегий принятия и практик осознанности. СПб.: Диалектика, 2022.

Психологическая помощь при ПТСР у судей военных судов

E.M. Федорова

Российский государственный университет правосудия
им. В.М. Лебедева, Москва, Россия
katifedor@yandex.ru

В статье рассмотрены некоторые проблемы и возможности психологической профилактики посттравматического стрессового расстройства у судей военных судов. Обоснована актуальность рассматриваемой проблематики. Указаны высокие риски формирования стрессовых расстройств у военных судей, обусловленных профессиональной деятельностью, связанной с особым риском и осуществляющей в экстремальных условиях. Кратко рассмотрены понятие и особенности посттравматического стрессового расстройства в целом. Рассмотрены факторы формирования посттравматического стрессового расстройства у военных судей, в том числе выполняющих свои профессиональные функции в зонах действия специальной военной операции. Отмечены некоторые трудности осуществления научного исследования проблем посттравматического стрессового расстройства у судей. Предложены направления и методы психологического обеспечения и психологической помощи в целях профилактики посттравматического стрессового расстройства у судей военных судов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, судьи, военные суды, психологическое обеспечение, психологическая помощь

Актуальность проблемы, рассматриваемой в данной статье, обусловлена тем, что достижение высокого уровня эффективности и качества работы органов судебной власти, формирование и поддержание достойного состава судебного корпуса поставлены в ряд важнейших приоритетов современной государственной политики Российской Федерации. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности судей, в том числе военных судов, сохранение их психического и физического здоровья являются важными составляющими эффективности и высокого качества работы всей судебной системы нашего государства. Проблемы психологического обеспечения судебной деятельности, повышения эффективности психологической помощи судьям рассматривались в работах таких исследователей, как Э.Л. Адашкин, И.А. Беляева, О.А. Гостеева, А.А. Караванов, Н.В. Мишакова, Ю.Н. Тарасова, Я.А. Корнеева, М.А. Кузнецова, М.С. Суворова, И.Ю. Устинов и др.

Необходимо отметить, что в начале 2000-х годов была проделана значимая работа по организационно-правовому регулированию психологического обеспечения профессиональной деятельности судей, в том числе профессионального психологического отбора на должности судей, который в Российской Федерации является процессом, обеспечивающим высокий уровень квалификации и надежности лиц, занимающих ключевые позиции в судебной системе. Этот процесс не только реализует отбор кандидатов с необходимыми личностными качествами, профессиональными компетенциями и др., но и является гарантом эффективного функционирования судебной системы. В 2009 году был издан целый ряд приказов Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации, регулирующих организацию психологического обеспечения судебной деятельности и методическое обеспечение организации психологического сопровождения работы по отбору кандидатов на должность судьи. В психологической диагностике кандидатов на должность судьи применяются специальные аппаратно-программные психодиагностические комплексы «Психометрик-эксперт» или «Мультипсихометр». К сожалению, нужно признать, что на этом этапе развитие организационно-правового регулирования и научно-методического обеспечения психологического сопровождения профессиональной деятельности судей существенно затормозилось.

В связи с этим встает вопрос о рассмотрении психологического обеспечения судебной деятельности с учетом социальных и иных изменений, касающихся сферы выполняемой судьями деятельности.

Особого внимания в современных условиях, на наш взгляд, требует психологическое обеспечение деятельности судей военных судов. Профессиональная деятельность судей осуществляется в условиях высокой психоэмоциональной нагрузки, постоянного стресса, конфликтных ситуаций, необходимости быстрого принятия решений и персональной ответственности за них. В связи с неблагоприятными и даже экстремальными условиями труда, большим объемом выполняемых функций, повышенным уровнем психологической напряженности деятельность этой категории судей в полной мере относится к профессиям, связанным с особым риском. Она характеризуется высоким риском развития профессионального выгорания, деструктивных психических состояний, в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), психосоматических заболеваний и др. (Федорова, 2023). Особенно актуальна эта проблема в настоящее время, когда судьи военных судов испытывают на себе негативное влияние не только факторов профессиональной деятельности, но и вызовов, кризисов, формирующихся в условиях современных социально-политических реалий. В данных условиях требуется особое внимание к психологическому обеспечению профессиональной деятельности судей военных судов, в том числе осуществляющих свою деятельность в близости или непосредственно в зонах ведения специальной военной операции (СВО).

Сразу оговорим, что целью данной статьи является лишь обозначение необходимости глубокой научной проработки рассматриваемой нами проблемы. Отметим, что, к сожалению, проведение серьезного исследования формирования ПТСР у военных судей, основанного на сборе и анализе актуального эмпирического материала, статистики, беседах и тестировании судей, существенно ограничено по причине закрытости судебского профессионального сообщества и специфики условий проведения СВО. Хотя при этом нужно отметить, что в ряде правоохранительных структур эта проблематика активно исследуется и освещается в рамках психологических научных мероприятий (Каменев, 2024, с. 51).

ПТСР является тяжелым психическим состоянием, возникающим в результате одного или неоднократно повторяющихся событий, оказывающих сильное негативное воздействие на психику индивида, часто связанных с угрозой жизни или здоровью, «угрожающих физической целостности субъекта или других людей» (Бонкало, 2023, с. 4). В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

ПТСР включено в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Оно отличается от других стрессовых расстройств пролонгированным характером воздействия после перенесения однократной травмы или при повторяющейся психологической травме. Такая психологическая травма может быть вызвана, например, военными действиями, природными и техногенными катастрофами, террористическими актами и др. В настоящее время наиболее изучен феномен ПТСР у участвовавших в вооруженных конфликтах военнослужащих, а также у сотрудников правоохранительных органов и иных лиц, которые находились в центре событий, являющихся источником интенсивного стрессогенного воздействия. Психологические исследования формирования ПТСР у судей военных судов не проводились.

Профессиональная деятельность судей военных судов связана в первую очередь с осуществлением правосудия в отношении военнослужащих в тех аспектах, которые затрагивает военная служба. Военные суды обязаны изучать материалы дела, которые нередко содержат фото- и видеокадры, имеющие психотравмирующий характер, при этом таких дел у каждого военного судьи, особенно осуществляющего деятельность в условиях проведения СВО, может быть в производстве огромное количество. Также стоит обратить внимание на возможность непосредственной угрозы здоровью и даже жизни судей, а также членов их семей, если военные суды территориально находятся непосредственно в местах разворачивания СВО или близких к ним.

Конечно же мы понимаем, что при профессиональном отборе на должность судьи военного суда уделяется особое внимание профессионально важным качествам кандидатов, таким как стрессоустойчивость, навыки психофизической саморегуляции и т. п., тем не менее длительное выполнение профессиональных функций в условиях опасности для здоровья и жизни может стать мощным фактором развития стрессовых расстройств, в т. ч. ПТСР.

Приходится констатировать тот факт, к сожалению, что в настоящее время психологическое обеспечение профессиональной деятельности судей нацелено в основном на психодиагностическую функцию при отборе кандидатов на должность судьи, а психологической профилактике и коррекции деструктивных психических состояний, обусловленных профессиональной деятельностью, на наш взгляд, уделено недостаточное внимание (Кузнецова, 2023). Несмотря на то, что в судебной системе имеется существенный положительный опыт эффективного

осуществления различных направлений и форм психологического обеспечения деятельности судей: не только психологического отбора кандидатов на должность судьи, но и психологического сопровождения, помощи судьям, другим работникам судебной системы и членам их семей (Гостеева, 2024), структурно и организационно сформированных, функционирующих длительное время психологических служб, таких как в правоохранительных органах, в судебной системе нет.

Психологическая помощь при ПТСР у судей военных судов должна включать комплекс психологических мероприятий, в том числе психологическую диагностику, профилактику и коррекцию, осуществлять которые должны специалисты, имеющие психологическое образование и опыт практической психологической работы. Учитывая особые условия выполнения военными судьями своих профессиональных функций, психологическую профилактику ПТСР можно осуществлять дистанционно (онлайн-консультации, семинары, тренинги). Важное значение также имеет психологическое просвещение действующих военных судей, повышение уровня их психологических компетенций в рамках, например, дополнительной профессиональной подготовки, осуществляющейся на факультете повышения квалификации РГУП им. В.М. Лебедева.

В целях тренировки навыков психофизической саморегуляции, нервно-мышечной релаксации, снятия психофизического напряжения, тревожных и иных негативных психических состояний судьи могут осваивать и самостоятельно использовать специально разработанные комплексы физических, дыхательных упражнений, идеомоторную или аутогенную тренировку и др. Также возможно применение специальных психологических технических средств, например технологий виртуальной реальности (активно разрабатываются в МГУ, МГППУ и др.), средств аудиовизуальной стимуляции и др., которые применяются, например, психологическими службами правоохранительных органов (Ильин, Федорова, 2017).

Так, одним из наиболее известных и используемых в психологической работе методов является метод аудиовизуальной стимуляции. Суть этого метода заключается в одновременном использовании световых сигналов разных цветов и звуковых волн, настроенных на определенные частоты, которые соответствуют биоэлектрической активности мозга. Благодаря этому воздействию на центральную нервную систему аудиовизуальная стимуляция может оказывать успокаивающее, расслабляющее либо стимулирующее и антидепрессивное действие,

а также способствовать улучшению сна и снятию нервно-мышечного напряжения. Применение аудиовизуальной стимуляции возможно не только для профилактики, но и для устранения последствий негативных психотравмирующих факторов. Например, в своем исследовании Г.Г. Буторин и И.И. Щеглова, используя при проведении коррекционных сеансов аппарат типа «Voyager», доказали эффективность применения метода аудиовизуальной стимуляции в качестве средства, способствующего снижению уровня проявления посттравматического стрессового расстройства и коррекции его симптомов у сотрудников органов внутренних дел (Буторин, Щеглова, 2012).

Аппарат «Voyager» и аналогичные ему устройства (АПЭК, «Диснет», «Полисинк», «Орион-Гэлэкси» и др.) обладают рядом весомых преимуществ и возможностей, позволяющих им обеспечивать решение таких задач, как снятие уровня тревожности при помощи аудиовизуальных сигналов, восстановление профессиональной дееспособности, улучшение когнитивных функций, повышение стрессоустойчивости, укрепление ресурсов организма, формирование умений контролировать психоэмоциональное состояние и др. При соблюдении определенных условий их можно использовать для осуществления психологической помощи судьям военных судов.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что проблемы научного исследования формирования и развития ПТСР у судей военных судов в настоящее время требуют особого внимания, имеется необходимость научной разработки методов оперативной психологической помощи, в том числе профилактики и коррекции ПТСР у военных судей. Несмотря на то, что в РГУП им. В.М. Лебедева осуществляется научно-методическая работа по изучению проблем повышения эффективности психологического обеспечения судей, важно отметить, что вопросы, связанные с практической психологической помощью судьям, в том числе военных судов, созданием психологической службы в судебной системе, организационно-правовым регулированием психологического обеспечения деятельности судей, должны решаться в первую очередь на федеральном уровне.

Литература

- Бонкало Т.И. Посттравматическое стрессовое расстройство: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023.
- Буторин Г.Г., Щеглова И.И. Преодоление симптомов посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних

дел с применением средств аудиовизуальной стимуляции // Вестник КемГУ. 2012. № 2 (50). С. 107–110.

Гостеева О.А. Организация психологического обеспечения судебной деятельности в Липецкой области // Судебная власть в условиях новых вызовов: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 25-летию кафедры организации судебной и правоохранительной деятельности РГУП в 2-х частях. Часть 1 / Отв. за выпуск Е.В. Бурдина, Н.В. Головушкина. М.: РГУП, 2024. С. 291–297.

Ильин А.В., Федорова Е.М. Некоторые аспекты информационно-технического обеспечения деятельности психологической службы уголовно-исполнительной системы // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 110–112.

Каменев И.И. Психологическое сопровождение следствия в условиях проведения специальной военной операции: тезисы доклада // Психология и право в современной России. Коченовские чтения: программа Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием / Под ред. А.А. Марголиса и др. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2024.

Кузнецова М.А. Психологическое обеспечение судебной деятельности // Юридическая психология. 2023. № 3. С. 24–26.

Федорова Е.М. Профилактика профессиональных деструкций работников судебной системы // Модели правосудия XXI века: теоретические и практические аспекты: сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции / Отв. за выпуск Е.В. Бурдина, Н.В. Головушкина. М.: РГУП, 2023. С. 139–143.

РАЗДЕЛ 9

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ

И СОПРОВОЖДЕНИЯ

ЛИЦ С ПТСР

Эмоциональное отношение к ситуациям кибербуллинга у людей с симптомами ПТСР

В.А. Демина*, К.И. Ананьева**

*Москва, Россия

deminviktoria@gmail.com

**Институт психологии РАН, Москва, Россия

ananyevaki@ipran.ru

Представлены результаты исследования различий в оценке эмоций, возникающих при знакомстве с описанием разных видов ситуаций кибербуллинга людьми с различной выраженностью симптомов ПТСР, диагностируемых Миссисипской шкалой для определения посттравматических реакций (гражданский вариант). Показаны статистически значимые различия в уровне ПТСР между группами респондентов с опытом кибербуллинга и без такового опыта. Исследование показало, что жертвы и агрессоры демонстрируют наиболее высокие показатели по шкале ПТСР, чем свидетели и люди, не сталкивающиеся с ситуациями кибербуллинга. Люди, имеющие травматический опыт в прошлом, демонстрируют повышенную чувствительность к социальному отвержению и киберотчуждению из-за нарушенного чувства безопасности и базового доверия к миру. В отличие от них, люди без травматического опыта в прошлом чаще проявляют безразличие к киберотчуждению благодаря более эффективным механизмам психологической защиты и лучшей способности к эмоциональной саморегуляции.

Ключевые слова: кибербуллинг, восприятие ситуаций, эмоциональное отношение, ПТСР

Кибербуллинг как новая форма агрессии в цифровой среде приобрел значительную актуальность в последние годы благодаря широкому распространению интернета и социальных сетей. По результатам опроса ВЦИОМ, 42% опрошенных россиян сталкивались с кибербуллингом (ВЦИОМ, 2021). Воздействие кибербуллинга характеризуется постоянным доступом к жертве, а также высокой степенью публичности, что усиливает его психологическое влияние. У некоторых участников кибербуллинга могут развиваться симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), свидетельствующие о глубокой травматизации. Наличие травмирующего опыта в прошлом также мо-

жет оказывать влияние на восприятие ситуаций кибербуллинга в настоящем времени и повышать риск формирования ПТСР.

Основной целью исследования стало выявление и анализ особенностей эмоционального отреагирования на ситуации кибербуллинга у лиц с признаками ПТСР в сравнении с людьми без признаков ПТСР.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это длительное психическое расстройство, возникающее в результате переживания чрезмерно сильного психотравмирующего события, которое человек воспринимает как угрожающее его жизни, безопасности или благополучию. Оно представляет собой патологическую реакцию на травму, вызванную неспособностью интегрировать травматический опыт и эффективно справляться с его последствиями. Состояние сопровождается повторным и навязчивым возобновлением травматических переживаний (флешбэками), избеганием всего, что связано с травмой, повышенным чувством тревожности и настороженности, нарушениями сна и концентрацией внимания, а также эмоциональной отстраненностью. Развитие ПТСР связано с невозможностью адаптации организма к воздействию стрессора, что приводит к глубинным психологическим и физиологическим изменениям, серьезно нарушающим качество жизни человека (Кадыров, 2024).

Кибербуллинг как форма психологического насилия представляет собой фактор, способный вызывать серьезные психологические травмы, по своим последствиям сопоставимые с другими экстремальными стрессовыми факторами. Люди с травмирующим опытом в прошлом особенно уязвимы перед развитием ПТСР, так как прежние переживания могут снижать резистентность к стрессу и усиливать эмоциональную реакцию на новые стрессоры.

Понятие «кибербуллинг» впервые представил канадский педагог Билл Белси (Belsey, 2008). Он описал его как злонамеренное и систематическое враждебное поведение, совершаемое отдельными индивидами или группами, которые стремятся причинить вред, используя различные информационные и коммуникационные технологии.

Кибербуллинг охватывает различные формы агрессии в виртуальной среде, которые включают: Троллинг — социальная провокация, насмешки, сарказм, издевательства в интернете; Флейминг — разжигание спора, онлайн-драка, публичные оскорблении между участниками; Хеппислепинг — публикация фото- и видеоматериалов издавательств и нападения на жертву; Грифинг — акт нанесения морального

или материального ущерба людям в компьютерных играх; Киберстalking — онлайн-преследования жертвы через повторяющиеся сообщения; Харассмент — настойчивые и повторяющиеся оскорблении в адрес конкретного человека онлайн; Хейтинг — ненавистнические комментарии; Самозванство — создание фейковых аккаунтов, рассылка негативной информации от лица жертвы, размещение на странице жертвы порочащей информации; Астротурфинг — использование интернета с целью управления общественным мнением; Клевета — распространение оскорбительной и неправдивой информации; Разглашение — распространение в сети личной, секретной, конфиденциальной информации; Киберотчуждение — исключение из любых онлайн-сообществ, к которым человек чувствует свою принадлежность.

В контексте развития ПТСР исследования личностной специфики и предикторов кибербуллинга выявляют несколько критически важных аспектов. Жертвы кибербуллинга часто характеризуются высокими показателями нейротизма и открытости к опыту, при этом имеют низкую самооценку и выраженную социальную тревожность, что создает благоприятную почву для развития посттравматического стресса (Дайнека и др., 2003). Существенным фактором риска становится отсутствие социальной поддержки и негативное семейное окружение, которые в норме выступают защитным механизмом против травматизации. Интересно отметить, что агрессоры в киберпространстве часто сами демонстрируют признаки психологического неблагополучия, включая повышенный уровень стресса, депрессии и тревожности, что может указывать на предшествующий травматический опыт (Дайнека и др., 2003; Горлова и др., 2021). Подчеркивается, что многие жертвы традиционного буллинга становятся агрессорами в кибербуллинге с целью отомстить обидчику, что может рассматриваться как дезадаптивная стратегия совладания с травматическим опытом (König et al., 2010). Особую роль в развитии ПТСР играет специфика кибербуллинга, связанная с неограниченным временем воздействия и потенциально бесконечной аудиторией свидетелей, что усиливает травматический эффект и затрудняет психологическое восстановление жертвы (Slonje et al., 2013).

Кибербуллинг оказывает серьезное негативное влияние на психологическое благополучие как у жертв, так и у агрессоров, проявляясь в повышенном уровне стресса, депрессии, тревожности и снижении самооценки (Cassidy et al., 2013; Patchin, Hinduja, 2015). Особую роль в усилении травматического воздействия играют специфические харак-

теристики кибербуллинга, такие как анонимность агрессора, неограниченная аудитория свидетелей и цифровой след, что создает у жертвы ощущение непрекращающейся угрозы и беспомощности (Slonje et al., 2013). Жертвы кибербуллинга часто испытывают широкий спектр негативных эмоциональных состояний, включая страх, одиночество, уязвимость, что может приводить к развитию социальной тревожности и проблемам в межличностных отношениях. В тяжелых случаях последствия кибербуллинга могут проявляться в форме суицидальных мыслей, эмоциональных расстройств и клинической депрессии, а также приводить к дезадаптивному поведению, включая агрессию, употребление психоактивных веществ и делинквентное поведение (Patchin, Hinduja, 2012). Степень негативного воздействия кибербуллинга варьируется в зависимости от таких факторов, как частота, продолжительность и содержание травли, а также от того, воспринимается ли агрессия как спонтанная или преднамеренная (Cassidy et al., 2013).

В выборку исследования вошли 143 гражданина РФ, среди которых преобладали женщины (84%), мужская часть составила соответственно (16%). Возрастной диапазон участников варьировался от 19 до 65 лет. Большинство респондентов имели высшее образование и являлись активными пользователями интернета. Методология исследования включала работу с текстовыми кейсами, описывающими различные ситуации кибербуллинга. При ознакомлении с каждым кейсом участникам предлагалось отметить эмоциональные реакции, которые возникали у них в процессе чтения, выбирая их из предложенного перечня эмоций. Также для проведения исследования была использована Миссисипская шкала для определения посттравматических реакций (гражданский вариант) T. Keane, D. Vreven et al. Адаптация: Н.В. Тарабрина и др. (2007). Результаты были получены путем исследования роли выраженности ПТСР (по сырым баллам) на следующие зависимые переменные: наличие опыта кибербуллинга, принимаемые роли в ситуациях кибербуллинга, а также эмоциональные реакции, возникающие в различных ситуациях кибербуллинга.

Анализ данных с помощью критерия U-Манна–Уитни выявил статистически значимые различия в уровне ПТСР между группами респондентов с опытом кибербуллинга и без такового опыта ($p=0,001$). У респондентов, имевших опыт кибербуллинга, наблюдались более высокие показатели ПТСР ($n=312$, $M=87,77$, $SD=11,94$) по сравнению с группой без такового опыта ($n=832$, $M=85,52$, $SD=11,77$). Средний

ранг для группы с опытом кибербуллинга составил 626,24, тогда как для группы без опыта — 552,35, что указывает на более выраженные симптомы посттравматического стресса у лиц, подвергавшихся кибербуллингу.

Анализ данных с использованием критерия Н-Краскела–Уоллиса выявил статистически значимые различия в уровне ПТСР между группами с различными ролями в ситуации кибербуллинга ($p<0,001$). Наиболее высокие показатели ПТСР демонстрировали агрессоры ($n=32$, $M=97,75$, $SD=15,94$, средний ранг=812,50), за ними следовали жертвы ($n=120$, $M=88,73$, $SD=11,21$, средний ранг=659,97). Более низкие показатели наблюдались у свидетелей ($n=192$, $M=85,50$, $SD=10,79$, средний ранг=570,17) и лиц, не имевших опыта кибербуллинга ($n=800$, $M=85,43$, $SD=11,73$, средний ранг=550,34). Проверка через попарное сравнение между этими группами подтвердила данные результаты, за исключением группы свидетелей и лиц, не имевших опыта кибербуллинга, для которых нет статистически значимых различий.

Анализ данных с использованием критерия У-Манна–Уитни выявил статистически значимые различия между уровнем ПТСР и группами эмоций в представленных респондентам ситуациях кибербуллинга: С1 — троллинг+флейминг; С2 — самозванство+клевета+разглашение; С3 — грифинг; С4 — киберотчуждение; С5 — киберсталкинг+харассмент; С6 — хейтинг; С7 — хеппислепинг; С8 — астротурфинг.

В группе эмоций Э1 (досада–злость–ярость) значимые различия обнаружены в С2 ($p=0,009$), С4 ($p=0,036$) и С7 ($p=0,035$). В группе эмоций Э3 (раздражение–неприязнь–отвращение) значимые различия обнаружены в С1 ($p=0,003$), С2 ($p=0,018$), С4 ($p=0,008$) и на уровне тенденции в С6 ($p=0,055$). В группе эмоций Э5 (уныние–печаль–горе) значимые различия обнаружены в С4 ($p=0,047$) и С7 ($p=0,049$). В группе эмоций Э8 (опасение–страх–ужас) значимые различия были обнаружены в С3 ($p=0,002$) и С4 ($p=0,007$). В этих ситуациях участники с симптомами ПТСР демонстрировали более высокие средние ранги по сравнению с участниками без симптомов ПТСР. В группе Э9 эмоций (безразличие–история не затронула) значимые различия обнаружены в С4 ($p=0,042$). В этой ситуации участники без симптомов ПТСР демонстрировали более высокие средние ранги по сравнению с участниками с симптомами ПТСР.

В заключение можно отметить, что кибербуллинг как форма психологического насилия в цифровой среде оказывает значительное не-

гативное влияние на психологическое благополучие, особенно у людей с признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Исследование показало, что люди, имеющие опыт кибербуллинга в прошлом, имеют более высокие баллы по шкале ПТСР, чем люди, не имеющие такого опыта. Жертвы и агрессоры демонстрируют наиболее высокие показатели ПТСР, чем свидетели и люди, не сталкивающиеся с ситуациями кибербуллинга. Люди, имеющие травматический опыт в прошлом, демонстрируют повышенную чувствительность к социальному отвержению и киберотчуждению из-за нарушенного чувства безопасности и базового доверия к миру. Ситуация киберотчуждения может актуализировать их предыдущий травматический опыт, вызывая более интенсивные эмоциональные реакции в виде досады, раздражения и уныния. В отличие от них, люди без травматического опыта в прошлом чаще проявляют безразличие к киберотчуждению благодаря более эффективным механизмам психологической защиты и лучшей способности к эмоциональной саморегуляции. Специфика эмоциональных реакций участников с высоким уровнем по шкале ПТСР подчеркивает необходимость дальнейшего изучения механизмов травматизации и разработки профилактических мер и мер психологической помощи жертвам и другим участникам кибербуллинга.

Литература

- Горлова Н.В., Бочавер А.А., Хломов К.Д.* Предикторы буллинга, кибербуллинга и виктимизации: обзор современных исследований // Национальный психологический журнал. 2021. № 4 (44). С. 3–14.
- Дайнека О. С., Духанина Л. Н., Максименко А. А.* Кибербуллинг и виктимизация: обзор зарубежных публикаций // Перспективы науки и образования. 2020. № 5 (47). С. 273–292.
- Кадыров Р.* Стресс, психическая травма и ПТСР: методики для развития чувства безопасности и для выхода из состояния страха, вины и стыда. М: Бомбара, 2024.
- Кибербуллинг: масштаб проблемы в России: данные опроса [Электронный ресурс]. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). Москва, 2021 год. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kiberbullying-masshtab-problemy-v-rossii> (дата обращения: 1.04.2025)
- Тарабринна 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.: Когито-центр, 2007.
- Belsey B.* Cyberbullying: An emerging threat to the “always on” generation // Canadian Teacher Magazine. 2008. Spring. P. 18–20.
- Cassidy W., Faucher C., Jackson M.* Cyberbullying among youth: A comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice // School Psychology International. 2013. № 6 (34). P. 575–612.
- König A., Gollwitzer M., Steffgen G.* Cyberbullying as an act of revenge? // Australian Journal of Guidance & Counselling. 2010. № 20. P. 210–224.
- Slonje R., Smith P.K., Frisén A.* The nature of cyberbullying, and strategies for prevention // Computers in Human Behavior. 2013. № 29 (1). P. 26–32.
- Patchin J.W., Hinduja S.* Measuring cyberbullying: Implications for research // Aggression and Violent Behavior. 2015. № 23. P. 69–74.

VR-технологии в психологической помощи при посттравматическом стрессе: анализ подходов и оценка эффективности

*М.М. Маринова**, *Е.Л. Серов***

*НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,
Москва, Россия

marinovamm@yandex.ru

**Московский государственный психолого-педагогический
университет, Москва, Россия
BossSpyhunter@hotmail.com

В статье исследуется применение технологий виртуальной реальности (VR) в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Анализируются методики, объединяющие экспозиционную терапию, физическую активность и сенсорную стимуляцию (метод 3MDR), а также автоматизированные диагностические системы на базе машинного обучения для анализа вербальных и невербальных характеристик пациента. Эмпирические данные свидетельствуют о снижении симптоматики ПТСР и повышении мотивации к терапии при использовании

VR-сред, а также об эффективности релаксационных VR-приложений для коррекции ситуативной тревожности. Подчеркивается необходимость разработки единых стандартов применения цифровых инструментов в клинической практике и важность междисциплинарного подхода, объединяющего психологию, информатику и биомедицинские науки. Представленные результаты способствуют совершенствованию диагностических и коррекционных протоколов, обеспечивая более персонализированный подход к лечению ПТСР.

Ключевые слова: посттравматический стресс, VR-терапия, 3MDR, машинное обучение, оценка эффективности, тревожность

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой тяжелое психическое состояние, возникающее в результате воздействия экстремальных жизненных событий, таких как военные конфликты, насилие, катастрофы и другие травматические ситуации. Характерные симптомы ПТСР включают навязчивые воспоминания о травме, повторяющиеся кошмары, флешбеки, хроническую тревожность, нарушения сна и эмоциональную неустойчивость. Несмотря на широкое применение традиционных методов терапии — когнитивно-поведенческой терапии, классической экспозиционной терапии и других, — значительная доля пациентов не достигает желаемого результата, что указывает на необходимость поиска новых подходов. Современные исследования в области клинической психологии направлены на разработку методов, способных обеспечить более глубокое вовлечение пациента в процесс лечения и создать условия для эффективной работы с травматическим опытом.

Одним из наиболее перспективных направлений является использование технологий виртуальной реальности (VR).

VR-технологии позволяют создать контролируемую и адаптированную к индивидуальным особенностям пациента среду. Они дают возможность моделировать как травматические, так и релаксационные сценарии, способствуя безопасной проработке эмоционально насыщенного опыта. В данной статье рассматриваются современные подходы к использованию VR-технологий в терапии ПТСР, включая метод 3MDR, автоматизированные системы диагностики с применением алгоритмов машинного обучения, а также релаксационные VR-приложения, предназначенные для снижения уровня тревожности. Цель исследования — проанализировать эффективность данных методов,

выявить их преимущества и обозначить основные вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Новые подходы к VR-терапии ПТСР: обзор современных исследований

В последние годы наблюдается активное внедрение VR-технологий в психотерапевтическую практику, что позволяет значительно расширить арсенал методов работы с посттравматическим стрессом. Создание виртуальной среды, имитирующей как стрессовые, так и расслабляющие ситуации, открывает новые возможности для коррекции эмоционального состояния пациентов. Технологии виртуальной реальности позволяют не только воспроизводить образы травматических событий, но и создавать условия для их безопасной проработки под наблюдением квалифицированного специалиста. В данной части статьи рассматриваются три ключевых направления применения VR в терапии ПТСР: методика 3MDR, автоматизированная диагностика с использованием методов машинного обучения и релаксационные VR-программы.

3MDR — интеграция экспозиционной терапии и виртуальной реальности

Методика 3MDR (Multi-Modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation) является инновационным подходом, объединяющим принципы экспозиционной терапии с активным участием пациента в виртуальной среде посредством физической активности и сенсорной стимуляции. Основная идея метода заключается в том, что пациент, находясь в динамично меняющемся виртуальном пространстве, активно взаимодействует с реконструированными образами травматических событий. Этот процесс позволяет не только безопасно экспонировать пациента к травматическому материалу, но и способствует его десенсибилизации, а также переработке и реконсолидированию памяти о травме. В процессе сеанса пациент сопровождается терапевтом, который помогает корректировать эмоциональную реакцию и направлять внимание на наиболее значимые элементы опыта. Результаты ряда пилотных и рандомизированных контролируемых исследований свидетельствуют о том, что применение 3MDR приводит к статистически значимому снижению симптоматики ПТСР, улучшению качества жизни и повышению мотивации пациентов к дальнейшему лечению (Jones et al., 2022b; Bisson et al., 2020; van Gelderen et al., 2020). Однако,

несмотря на положительные результаты, остается открытым вопрос о том, какая именно составляющая метода — визуальное погружение, физическая активность, музыкальное сопровождение или терапевтический контакт — играет решающую роль в достижении терапевтического эффекта. Это требует дополнительного исследования и анализа механизмов воздействия каждого элемента в отдельности (Jones et al., 2022a).

Автоматизированная диагностика ПТСР: применение машинного обучения и VR-интервью

Традиционные методы диагностики ПТСР, основанные на клинических интервью и стандартизованных опросниках, часто страдают от субъективности оценок и зависимости от опыта специалиста. В последние годы активно развивается направление автоматизированной диагностики, которое предполагает использование алгоритмов машинного обучения для анализа вербальных и невербальных сигналов пациента. Одним из примеров является применение виртуальных агентов, таких как SimSensei, способных проводить полуструктурированные интервью с пациентом. В ходе такого интервью система фиксирует аудиозаписи речи, текстовую транскрипцию и визуальные данные, такие как мимика и жесты. Затем, с помощью алгоритмов рекуррентных нейронных сетей, производится анализ полученной информации, что позволяет выявить характерные паттерны, ассоциированные с симптомами ПТСР. Исследования показали, что данный подход может достигать показателя $F1=0,85$, что свидетельствует о высокой точности классификации и подтверждает потенциал автоматизированной диагностики для использования в клинической практике (Tavabi et al., 2020). Преимущество такого метода заключается в снижении влияния субъективных факторов, а также в возможности оперативного мониторинга состояния пациента, что способствует своевременному началу коррекционных мероприятий.

Релаксационная VR-терапия для снижения тревожности

Еще одним важным направлением в использовании VR-технологий является создание релаксационных виртуальных сред, способствующих снижению уровня тревожности и улучшению эмоционального состояния. Релаксационные VR-программы предлагают пациентам погрузиться в виртуальное пространство, имитирующее природные или фантастические пейзажи, сопровождающиеся успокаивающей музыкой и звуковыми эффектами. Так, в одном из исследований, про-

веденных на выборке из 120 участников, было показано, что погружение в виртуальную среду, имитирующую подводный мир с мягкой цветовой гаммой и спокойными звуками, приводит к выраженному снижению ситуативной тревожности у пациентов с высоким уровнем стресса (Маринова, 2022). Данный эффект позволяет предположить, что релаксационные VR-программы могут быть особенно эффективны в подготовке пациентов к более интенсивным терапевтическим сессиям, направленным на проработку травматического опыта. При этом у пациентов с низким и умеренным уровнем тревожности изменения в эмоциональном состоянии оказались менее выраженными, что указывает на специфическую направленность данного метода в работе с группами, испытывающими интенсивное эмоциональное напряжение.

Обсуждение результатов

Анализ данных, полученных при применении различных VR-технологий в терапии ПТСР, позволяет сделать ряд важных выводов. Прежде всего использование методики 3MDR демонстрирует высокую эффективность в снижении симптоматики ПТСР, что особенно актуально для пациентов, не реагирующих на традиционные методы лечения. Комплексное воздействие, включающее визуальное, аудиальное и кинестетическое стимулирование, способствует более глубокому перерабатыванию травматического опыта и повышению вовлеченности пациента в процесс терапии. Второй важный аспект заключается в применении автоматизированных диагностических систем, позволяющих объективизировать оценку состояния пациента. Алгоритмы машинного обучения, анализирующие множество параметров — от интонации речи до невербальных сигналов, — способны значительно повысить точность диагностики и ускорить процесс выявления ПТСР. Это, в свою очередь, обеспечивает возможность своевременного начала терапии и коррекции терапевтического плана. Третьим направлением является релаксационная VR-терапия, которая способствует снижению уровня тревожности, создавая условия для эмоционального восстановления. Данные исследования указывают на то, что метод может эффективно использоваться как самостоятельная терапия, так и в комбинации с экспозиционными техниками для подготовки пациента к более глубокому погружению в проработку травматического опыта.

Несмотря на очевидные преимущества, внедрение VR-технологий в клиническую практику сопровождается рядом вызовов.

Одной из основных проблем является стандартизация VR-контента и обеспечение качества оборудования. Кроме того, необходимо проведение дополнительных исследований для определения оптимальных параметров воздействия, таких как продолжительность сеанса, интенсивность визуальных и аудиальных стимулов, а также индивидуальная настройка терапии под конкретного пациента. Также следует обратить внимание на вопросы обучения специалистов работе с новыми технологиями, поскольку эффективность применения VR напрямую зависит от квалификации и опыта терапевта. Важно отметить, что комплексное применение цифровых инструментов требует междисциплинарного подхода, объединяющего знания психологии, информатики, медицины и инженерных наук.

Перспективы дальнейших исследований

На фоне полученных результатов очевидно, что VR-технологии имеют значительный потенциал для улучшения качества психотерапевтического вмешательства при ПТСР. В дальнейшем исследования в данной области должны быть направлены на разработку комплексных терапевтических протоколов, объединяющих традиционные методы психотерапии с инновационными цифровыми инструментами. Особое внимание необходимо уделить созданию единых стандартов для разработки и валидации VR-контента, что позволит обеспечить его безопасность и эффективность. Дополнительным направлением является внедрение систем автоматизированного мониторинга динамики состояния пациента, позволяющих в режиме реального времени оценивать эффективность проводимых терапевтических сеансов и корректировать их параметры. Проведение масштабных рандомизированных контролируемых исследований с участием различных групп пациентов станет залогом получения достоверных данных о долгосрочных эффектах VR-терапии и позволит выявить оптимальные условия ее применения. Междисциплинарное сотрудничество специалистов из разных областей науки может способствовать созданию новых, более эффективных методов коррекции посттравматических состояний, что в конечном итоге приведет к повышению качества жизни пациентов.

Заключение

Современные исследования демонстрируют, что внедрение VR-технологий в психотерапевтическую практику при посттравматическом

стрессе открывает новые возможности для повышения эффективности лечения. Применение методики 3MDR, автоматизированных диагностических систем с использованием машинного обучения и релаксационных VR-программ способствует не только снижению выраженности симптомов ПТСР, но и повышению мотивации пациентов к лечению за счет создания более интерактивной и адаптированной терапевтической среды. В то же время остаются нерешенными вопросы стандартизации VR-контента, обеспечения качества оборудования и подготовки специалистов для работы с новыми цифровыми инструментами. Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой комплексных терапевтических подходов, объединяющих традиционные методы психотерапии с современными цифровыми технологиями, что позволит создать более персонализированный и результативный план лечения для пациентов, страдающих от посттравматического стресса. Внедрение VR-технологий в клиническую практику является важным шагом на пути к инновационным методам коррекции психических расстройств и может существенно повысить эффективность психотерапевтического вмешательства, обеспечивая долгосрочное улучшение эмоционального состояния пациентов и их качества жизни.

Литература

- Маринова М.М. Влияние среды виртуальной реальности на уровень ситуативной тревожности // Экспериментальная психология. 2022. Т. 15. № 2. С. 49–58.
- Bisson J.I., van Deursen R., Hannigan B., Kitchiner N., Barawi K., Jones K., Pickles T., Skipper J., Young C., Abbott L.R., van Gelderen M., Nijdam M.J., Vermetten E. Randomized controlled trial of multi-modular motion-assisted memory desensitization and reconsolidation (3MDR) for male military veterans with treatment-resistant post-traumatic stress disorder // Acta psychiatrica Scandinavica. 2020. V. 142 (2). P. 141–151.
- Jetly R., Meakin L., Sinitski E., Blackburn L., Ménard J., Vincent M., Antwi M. Multi-modal virtual-reality based treatment for members with combat related posttraumatic stress disorder: Canadian Armed Forces pilot study // 2017 International Conference on Virtual Rehabilitation (ICVR). Canada, 2017. P. 1–2.
- Jones C., Miguel Cruz A., Smith-MacDonald L., Brown M.R.G., Vermetten E., Brémault-Phillips S. Technology acceptance and usability of a virtual reality intervention for military members and veterans with posttraumatic

- stress disorder: Mixed methods unified theory of acceptance and use of technology study // JMIR formative research. 2022a. V. 6 (4). Art. e33681.
- Jones C., Smith-MacDonald L., Brown M.R.G., Pike A., Vermetten E., Brémault-Phillips S.* Quantitative changes in mental health measures with 3MDR treatment for Canadian military members and veterans // Brain and Behavior. 2022b. Vol. 12 (8). Art. e2694.
- Tavabi L., Poon A., Rizzo A.S., Soleymani M.* Computer-based PTSD assessment in VR exposure therapy // HCI International 2020—Late Breaking Papers: Virtual and Augmented Reality. Conference paper. Springer, 2020. P. 440–449.
- van Gelderen M.J., Nijdam M.J., Haagen J.F.G., Vermetten E.* Interactive motion-assisted exposure therapy for veterans with treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial // Psychotherapy and psychosomatics. 2020. V. 89 (4). P. 215–227.

Методология междисциплинарного исследования специфики переживания человеком травматического события с помощью технологий искусственного интеллекта

П.А. Сафонов

Институт психологии РАН, Москва, Россия
2525320@inbox.ru

В статье обсуждается проблема междисциплинарного исследования психических состояний, вызванных воздействием стрессоров высокой интенсивности, особенностей переживания людьми травматических событий и выражение этой феноменологии в речевой продукции и поведении. Выборка включает участников боевых действий и людей, проживающих на территории, где ведутся боевые действия. В качестве основных методов используются опросники, нарративные техники, контент- и интент-анализ речи, анализ поведения в ходе интервью. На основе полученных данных планируется обучение нейронной сети и создание ML-модели, диагностирующей выраженность посттравматического стрессового расстройства и острых стрессовых состояний.

Указанная исследовательская задача требует привлечения специалистов разных областей, что ставит перед научным коллективом отдельную проблему согласования методологических позиций. В статье предлагаются принципы и приемы такого согласования, используя метод наложения базисов В.А. Ганзена.

Ключевые слова: междисциплинарное исследование, искусственный интеллект, ML-модель, посттравматическое стрессовое расстройство, острые стрессовые реакции, базисы

Анализ современных научных публикаций по кризисной и экстремальной психологии, посвященных использованию обучающихся нейросетей, ML-моделей и технологий искусственного интеллекта при диагностике посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), острых стрессовых реакций (ОСР) и пролонгированной реакции горя (ПРГ), позволяет выявить две характерные черты для таких исследований: одна из них формальная и выражается в соавторстве (в публикации, как правило, несколько авторов), вторая черта качественная и выражается в явном междисциплинарном характере исследования. Эти характерные черты являются логическим следствием необходимого привлечения научных специалистов из разных областей и дисциплин: программирование, создание и обучение нейронных сетей, клиническая и психологическая диагностика и т.д. Необходимость формирования научной группы для подобного рода исследований ставит перед организатором проекта нетривиальную задачу по совмещению и согласованию различных методологических установок соавторов. И если в западной традиции согласование методологии представителей различных научных школ является факультативным, так как большинство исследований строится от эмпирики, то в отечественной традиции, где в начале исследовательской активности определяется теоретический дискурс, согласование методологических установок и позиций становится жизненно важным для будущего исследования.

Предметная область кризисной психологии представляет собой сложнейший эпистемологический ландшафт пересечения и наслоения различных, зачастую противоречащих друг другу научных подходов. Так, клиническая диагностика острых стрессовых расстройств, посттравматического стресса и т.д., которые по структуре близки медицинской психологии, по большей части находится в границах реактивной парадигмы. В это же время психологи, ориентированные на феноменологию пре-

одоления последствий психологической травмы и определение предикторов посттравматического роста, напротив, являются приверженцами принципа активности, направленности в будущее и формулируют собственные поисковые стратегии в контексте не каузальных связей индивида (как организма), а телеологических установок субъекта и личности.

Отметим, что методологическое противостояние каузального и телеологического подходов далеко не единственное противоречие, с которым сталкивается научная группа при планировании исследования. Наличие в команде программистов, математиков, ML-инженеров, мыслящих преимущественно в рамках естественно-научных принципов, также увеличивает степень методологического диссонанса, в результате которого члены исследовательского проекта могут trivialно не понимать друг друга даже на стадии формулировки задач, определения предмета и объекта исследования.

Таким образом, для успешного междисциплинарного исследования согласование и синхронизация методологических позиций соавторов является первостепенной задачей. Цель настоящей статьи — определение основных принципов, разработка общей стратегии междисциплинарного исследования и согласования методологических позиций разнонаправленных специалистов.

Методология междисциплинарных исследований

Проблемная область пересечения различных научных дисциплин и подходов в рамках общего научного исследования в отечественной эпистемологии во многом определена уже в советской философской школе, где в числе необходимых принципов и требований указываются:

- определение методологической основы, общей для всех участников исследования;
- определение общей логики научного поиска;
- построение единого для всех соавторов предмета исследования, целей и задач;
- согласование общих представлений об объекте междисциплинарного исследования, его структуре, генезе и свойствах;
- определение ведущей, базовой дисциплины и порядка ее смены в ходе исследования;
- обеспечение межуровневых и междисциплинарных связей между результатами исследования посредством введения общего научного «метаязыка»;

- создание общей концептуальной схемы (дизайна) исследования (Мирский, 1980).

Методологическим вопросам построения междисциплинарного исследования в отечественной науке также уделял немало внимания Г.П. Щедровицкий, дополняющий приведенные выше принципы и уточняющий проблематику. Акцентуируя внимание на необходимости синтеза знаний и порождения интегрального предмета исследования, автор предлагает в качестве необходимого этапа научной работы создание «модели-конфигуратора» исследуемого предмета, учитывающей все концептуальные особенности синтезируемых дисциплин (Щедровицкий, 1984).

Однако в реальном междисциплинарном исследовании создание такой синтетической модели-конфигуратора не всегда возможно и нередко является труднодостижимой теоретической задачей, требующей высоких научных компетенций от всех участников и немалых временных затрат.

Приведенные выше принципы зачастую остаются декларативными, а ведущую роль в интерпретации «захватывает» один из подходов, оставляя за границей внимания данные, не укладывающиеся в концептуальные рамки. Противоположной крайностью является исключительное равноправие всех исследователей и полноценное их участие на всех этапах от сбора данных, в соответствии с собственными методологиями, до интерпретации результатов. Итогом такой работы подчас является интересное с эмпирической точки зрения исследование, но отравленное нежизнеспособными теоретическими конструктами, характеризующимися противоречиями и эклектикой.

Современные методологи указывают на неизбежность взаимопроникновения различных и противоречащих друг другу исследовательских подходов, именуя постнеклассический этап развития науки «лабораторией смешивания» (Гусельцева, 2016). В переходе к стратегиям метамодернизма М. С. Гусельцева указывает на наличие антиномии как необходимое свойство полноты знания и необходимый этап в развитии эпистемологии сложного (там же, 2016, с. 48). Однако такая постановка вопроса отнюдь не облегчает жизнь современных исследователей и содержит не много практической пользы.

В контексте применения разных по сути и генезу теоретических построений в междисциплинарном исследовании мы вооружаемся принципом уровневой иерархии, введенным Е.А. Сергиенко при по-

строении общепсихологической методологии системно-субъектного подхода, который заключается в том, что различные подходы и теоретические конструкты, которые на первый взгляд противоречивы, при введении иерархических оснований гармонично распределяются по разным уровням психического, тем самым снимая противоречие (Сергиенко, 2021). В нашем случае на практике это выражается в органичном разделении исследователей, приверженцев различных подходов по различным задачам и этапам.

1. Диагностика и выделение критериев ОСР, ПТСР, БЭС и ПРГ осуществляется в опоре на клинический подход и методы.
2. Психологическая оценка ресурсов и степени сформированности психологических защит, механизмов совладания и вероятности посттравматического роста проводится в опоре на субъектный подход и принцип активности.
3. Сбор и разметка полученных данных, создание и обучение ML-модели осуществляется в логике системных подходов в контексте когнитивной парадигмы, принципов кибернетики, а также в опоре на методологию психолингвистики.

Тем не менее разведение исследователей по разным уровням и задачам не решает проблему единства научной группы и межуровневой коммуникации, которая требует общего терминологического аппарата и «метаязыка».

В научном дискурсе междисциплинарных исследований зачастую на роль общего «метаязыка» претендует синергетика. Возможности использования общих положений синергетики в психологических исследованиях, а также при построении концепций и теорий ярко демонстрируются в исследованиях казанской школы психологии неравновесных состояний (Психология состояний, 2023), основателем которой является А.О. Прохоров. Но в числе доводов против использования синергетического «метаязыка» в междисциплинарных исследованиях нередко оказывается его терминологическая и математическая сложность, естественно-научная основа, которая не всегда корректно отражает процессы развития живых систем, излишняя механистичность и т.д.

Необходимо отметить, что синергетический подход отнюдь не единственный претендент на роль интегратора взаимодействий в междисциплинарных исследованиях, как справедливо отмечает в своих методологических статьях С.Ю. Коровкин, в западной научной тра-

диции (и отчасти в российской) роль общего «метаязыка» для ученых играет когнитивная наука, которая имеет в своем арсенале понятный терминологический аппарат как для программистов, так и для психологов (Владимиров и др., 2015; Коровкин, 2019). Однако в контексте заданной феноменологической области — исследование ПТСР, ОСР и т.д. — когнитивный подход имеет собственные ограничения, которые выражаются в том, что травматическое событие не всегда рефлексируется, что делает инструментарий когнитивной науки нечувствительным к некоторым имплицитным или бессознательным проявлениям в речи и поведении.

В этой связи при планировании и согласовании общей методологии междисциплинарного исследования мы считаем полезным обратиться к идеям В. А. Ганзена об использовании в системных теоретических построениях различных базисов. Так, для системных описаний психологических явлений автором предлагается универсальный базис, выделяющий такие характеристики системы, как информация, энергия, пространство и время. При этом отмечается, что «объединение нескольких базисов дает возможность увеличить аналитическую мощность метода» (Ганзен, 1984, с. 46). В рассматриваемом исследовании для анализа речевой продукции и поведенческих паттернов респондента предлагается модель наложения трех базисов, по которым в свою очередь распределяются категории более низкого уровня анализа речи и поведения:

- первый базис — универсальные категории В. А. Ганзена: энергия (интенсивность, интонации), информация (содержание), пространство (направленность, интенция) и время (длительность, ритмы и речевой темп);
- второй базис — системные макрохарактеристики по Б. Г. Ананьеву: индивид (соматические проявления), субъект (категории отношений, деятельности и др.), личность (ценностные и смысловые категории) и индивидуальность (высокоуровневые интегративные категории);
- третий базис — экологические системы Ури Бронfenбреннера, позволяет определить область социальной включенности респондента, масштаб восприятия и соотнесения, локализацию феноменологии: микро-, мезо-, экзо- и макросистемы (Bronfenbrenner, 2000).

Соотношение характеристик заданных базисов определяет логическую структуру общей трехмерной модели анализа, в которой учты-

ваются практически все теоретические подходы к исследуемой области. Применение универсальных базисов позволяет встраивать каждому исследователю собственную исследовательскую логику в общую концептуальную схему и позволяет использовать общие теоретические конструкты, понятные в том числе программистам и архитекторам ML-модели. Наложение и соотнесение характеристик различных базисов (конкретных данных и результатов исследования) предлагается выполнить методом построения трехмерной матрицы, где каждому базису соответствует собственная координатная плоскость, что в свою очередь позволяет выделить 64 категории соответствия для анализа (с учетом того, что каждый базис содержит по 4 характеристики).

Вывод

В настоящей статье рассмотрены общие методологические принципы и рекомендации к выполнению междисциплинарного исследования. Проведен критический анализ общих положений применительно к предметной области исследования ПТСР, ОСР и ПРГ. Предложен общий терминологический аппарат для разнородной научной группы, метод согласования и соотнесения результатов исследования в опоре на пространственное построение трехмерной модели базисных характеристик изучаемой феноменологической области: компоненты пентабазиса В. А. Ганзена, макрохарактеристики человека, предложенные Б. Г. Ананьевым, и экологические системы Ури Бронfenбреннера.

Литература

- Владимиров И.Ю., Коровкин С.Ю., Николаева Ю.В. Объединенная ЕвроАзиатско-Тихоокеанская конференция по когнитивной науке (обзор) // Российский журнал когнитивной науки. 2015. Т. 2. № 4. С. 58–64.
- Ганzen B.A. Системные описания в психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1984.
- Гусельцева М. С. Принцип развития в современной психологии: вызовы полипарадигмальности и трансдисциплинарности // Разработка и реализация принципа развития в современной психологии / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 31–51.
- Коровкин С.Ю. Российская психология как часть универсальной науки. // Психологический журнал. 2019. Т. 40. № 2. С. 132–136.
- Мирский Э.М. Междисциплинарные исследования и дисциплинарная организация науки. М.: Наука, 1980.

- Психология состояний: Учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. / Под ред. А.О. Прохорова. М.: Когито-Центр, 2023.
- Сергиенко Е.А. Психическое развитие с позиций системно-субъектного подхода. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2021.
- Щедровицкий Г.П. Синтез знаний: проблемы и методы // На пути к теории научного знания / Уральский научный центр АН СССР. М.: Наука, 1984. С. 67–109.
- Bronfenbrenner U. Ecological systems theory // Encyclopedia of Psychology / A. E. Kazdin (Ed.). V. 3. Oxford University Press, 2000. P. 129–133.

Интерес к информации о посттравматическом стрессовом расстройстве у пользователей поисковой системы «Яндекс» в России как проблема своевременного выявления ПТСР

M.A. Соболева

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России им. Героя Российской Федерации генерала армии Е.Н. Зиничева,
Санкт-Петербург, Россия
m.soboleva@igps.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство — это тяжелое психическое расстройство, влекущее серьезные последствия для личностного, семейного, трудового и социального в широком смысле функционирования пациента. Статья посвящена специфической черте ПТСР — влиянию информированности пациента и его окружения о заболевании, дестигматизации на успешность лечения. Выявлено актуальное состояние интереса информации о посттравматическом стрессовом расстройстве у пользователей «Яндекса» в России. Выявлена динамика запроса «ПТСР» за период с февраля 2022 г. по декабрь 2024 г. Обнаружен недостаток информации о последствиях травматических событий у пользователей, которые могут не связывать травматический опыт с возможностью развития ПТСР. Показано, что уровень интереса к информации о ПТСР недостаточен для создания благоприятной

социальной среды, обеспечивающей благоприятный исход лечения данного заболевания.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), стигматизация, информированность, информационный запрос

ПТСР является тяжелым психическим заболеванием, характеризующимся широким набором тревожных, невротических, аффективных и психотических симптомов, которые плохо поддаются терапии. Отсутствие социальной поддержки в период после травматического события является социальным предиктором затяжного течения ПТСР. Напротив, успешная адаптация людей с ПТСР связана с благополучной социальной средой. Социальная поддержка, являясь значимым критерием оценки качества медицинской помощи, во многом зависит от качества информированности населения и понимания им проблемы ПТСР (Клинические рекомендации..., 2023).

До 70% населения мира сталкивается с сильными стрессовыми событиями, однако расстройство манифестирует примерно у 4% из них. В настоящее время, в ближайшем будущем и в последующие десятилетия число страдающих ПТСР в России может увеличиться за счет участников СВО и локальных военных конфликтов, мирных жителей, проживавших в зоне СВО.

Прогнозы относительно развития ПТСР у участников военных действий различаются. По мнению специалистов Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, участники боевых действий с вероятностью от 3% до 11% окажутся под воздействием ПТСР. Если военный получил ранение иувечье, риск ПТСР возрастает от 14% до 17% (Организация оказания медицинской помощи..., 2022). Другие авторы говорят о развитии ПТСР у 23% ветеранов (Мосолов, 2022).

Особенностью контингента участников СВО является наличие в их рядах осужденных мужчин. Данные исследований свидетельствуют об отчетливой связи между опытом психической травматизации, ПТСР и агрессией. Поэтому «контингент осужденных мужчин является группой высокого риска по взаимной отягощенности указанных негативных факторов, которые являются мишенью для лечения и профилактики» (Искандаров и др., 2012, с. 18.).

ПТСР имеет серьезные последствия для личностного, семейного, трудового и социального функционирования пациента. В круг пострадавших

от последствий могут попасть и члены семьи пациента, и его окружение, и случайно оказавшиеся рядом люди. Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — психическое расстройство, которое может стать проблемой не только заболевшего, его семьи, но и общества.

Несвоевременное обращение за помощью, связанное с недостаточной осведомленностью о ПТСР как заболевании, может привести к возникновению медико-социальных проблем. Другая специфическая особенность терапии ПТСР проявляется в высоких показателях «обрыва» терапии (50% случаев) (Тарабриня, 2001). Социально-психологический аспект определяет информированность страдающих ПТСР, специалистов и населения о посттравматическом стрессе и ПТСР как важный фактор успешной терапии ПТСР.

На восприятие ПТСР как психического заболевания оказывает влияние связь между властью, знанием, социальными институтами в контексте конкретного исторического периода, которая выражается в проблеме стигматизации лиц с психическими расстройствами, имеющей давнюю историю и ряд негативных последствий (Фуко, 2010). Под стигматизацией понимается навешивание социальных ярлыков, увязывание какого-либо качества (как правило, отрицательного) с отдельным человеком или множеством людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. «Стigma как социальное представление имеет информационную основу, состоящую из научных и культуральных мифов, которые структурируются в систему коммуницируемых значений и приобретают эмоционально-личностную окраску» (Ениколопов, 2013, с. 111). Стигма может привести к формированию самостигматизации (внутренней стигмы) у больных и членов их семей — осознанию наличия психиатрического диагноза с усвоением и применением к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим снижением самооценки, социальной изоляцией и, к сожалению, отказом от психиатрической и психологической помощи (Ениколопов, 2013).

Стигматизация и самостигматизация зависят от социокультурного контекста. Поэтому необходимо изменение когнитивной составляющей стигм через запрет проявления социальных дискриминаций, контакт с психическими больными, информирование.

Прежде мысль о полном преодолении стигматизации высказывалась лишь в утопических моделях общества. Психологи и психиатры наблюдают необычную и опасную тенденцию — романтизацию психических заболеваний, в основном среди подростков, приписывающих

себе и окружающим психиатрические диагнозы, и создается впечатление, что даже гордятся ими (Давыдова и др., 2024). Подражатели получают некоторые преимущества, например внимание, продвижение в соцсетях, оправдание своей агрессии в адрес окружающих, ощущение причастности, попадание в тренд. У некоторых психиатров наметилась тенденция к гипердиагностике.

И стигматизация, и романтизация психических расстройств — это искажение и упрощение представлений о заболеваниях, следствие ограниченной информированности и непонимания, невозможности противостоять воздействию ошибочных социальных стереотипов, характеризующих социально-психологическую атмосферу. Поэтому одной из проблем становится поиск адекватной дестигматизирующей и деромантизирующей информации.

Широкое информирование населения о причинах, клинических проявлениях и последствиях ПТСР, об учреждениях, оказывающих медицинскую и психологическую помощь, о телефонах «горячей линии» и других возможностях способствует раннему выявлению ПТСР. Максимально раннее выявление лиц с нарушениями субклинического уровня предотвращает углубление психических расстройств и их хронификацию, способствует профилактике развития социальной дезадаптации (Клинические рекомендации..., 2023). Информированное ближайшее социальное окружение переживших тяжелые психические травмы значительно снижает социальную изоляцию пациентов, оптимизирует и ускоряет процесс социальной реабилитации.

Хорошо работающим инструментом информирования может быть тру-крайм-видео, привлекающее внимание общества к конкретной проблеме и влияющее не только на сознание аудитории, но и на реальные процессы. Имеются в виду те подкасты, которые акцентируют внимание на помощи пострадавшим и предотвращении будущих преступлений, помогая распознать потенциально опасное поведение.

Итак, с одной стороны, для успешного излечения от ПТСР необходимо наличие полной и достоверной информации о ПТСР, с другой — в обществе должна быть потребность в знаниях, интерес к ним.

Для изучения интереса к проблеме ПТСР в РФ были выбраны пользователи наиболее популярной поисковой системы в России «Яндекс». Основной гипотезой стало предположение об увеличении частотности запросов о ПТСР после начала СВО. В качестве критерия интереса пользователей «Яндекса» к информации о ПТСР была при-

нята частотность информационных запросов (далее — запрос) в поисковой системе «Яндекс». Информационный запрос используется для получения информации, которая, как предполагается, присутствует на одной или нескольких веб-страницах. Динамика запросов о ПТСР с февраля 2022 г. по декабрь 2024 г. изучалась при помощи сервиса «Яндекс Вордстат».

Первым исследуемым запросом стал запрос с формулировкой «ПТСР». Частотность запроса в России в период с февраля 2018 г. по февраль 2020 г. колебалась от 5024 до 11056 запросов в месяц. В феврале 2022 года количество запросов незначительно снизилось (37182) по сравнению с январем 2022 г. (40129). Затем наблюдалось увеличение количества запросов, которое достигло 124667 в декабре 2024 г. Число запросов возросло с февраля 2022 г. по декабрь 2024 г. в 3,35 раза, что, по-видимому, отражает возросший интерес к проблеме ПТСР после СВО.

Вторым изучаемым запросом стал запрос «ПТСР СВО». Первые 13 запросов зафиксированы в сентябре 2022 г. В период с ноября по декабрь 2024 г. наблюдался резкий скачок количества запросов с 1045 до 2185. Данные по запросу «ПТСР после СВО»: в марте 2023 г. зафиксированы первые 27 запросов; в декабре 2024 г. — 336 запросов.

В процентном соотношении различие впечатляет, но частотность запросов невелика. Сравнительно низкая доля от всех запросов, которые вводились в поиск «Яндекса» в указанном периоде, может объясняться невысоким интересом пользователей к ПТСР, возможно, недостаточной информированностью, или, напротив, данные отражают настолько полную информированность, что дополнительный поиск просто не нужен. Есть вероятность, что люди ищут информацию в других источниках или иначе формулируют запрос. Действительно, выявлены такие формулировки запросов, как «симптомы ПТСР», «ПТСР что это такое в psychology».

Поскольку ПТСР диагностируется отсрочено, спустя месяцы после травмы и, учитывая факт увеличения частотности запросов после февраля 2022 г., была изучена частотность формулировки запроса «После СВО» для изучения контекста интереса к ПТСР. С февраля 2022 г. по сентябрь 2022 г. не было ни одного запроса. В октябре 2022 г. появилось 16025 запросов, в декабре 2024 г. — 125480.

Анализ данных о популярных запросах, содержащих словосочетание «после СВО», за период с 19.01.2025 по 19.02.2025, выявил, что основное количество запросов касается финансовой и трудовой стороны жизни после СВО. При анализе учитывались формулировки с чис-

лом запросов не меньше 500. Были выделены группы высокочастотных запросов: 1) трудоустройство («контракт после СВО» — 20757), «служба после СВО» (2514), работа после СВО (1641); 2) выплаты после СВО (38656), льготы (1079), пенсии (2206); 3) смерть («смерть после СВО» — 9728); 4) выплаты после смерти на СВО (10030). Часто встречались запросы об отпуске, о семейной жизни после СВО, о ранении (лечение, госпиталь, инвалиды, ампутация), о неопределенности будущего («что делать после СВО», «пришел после СВО», «что будет после окончания СВО», «вернулся после СВО», «жизнь после СВО», «куда пойти после СВО»), о судимости после СВО.

Аббревиатура ПТСР в популярных запросах, содержащих словосочетание «после СВО», за период с 19.01.2025 по 19.02.2025 не обнаружена, но некоторые из формулировок косвенно могут говорить об интересе к психоэмоциональным последствиям СВО (26279): «участники СВО после» (13088), «муж после СВО» (3331), «люди после СВО» (2756), «бойцы после СВО» (2385), «реабилитация после СВО» (2185), «какими приходят после СВО» (1684), «мужчины после СВО» (850).

Данные запроса «После СВО» позволяют предположить, что люди испытывают беспокойство по поводу предполагаемых психологических изменений участников СВО после окончания СВО. Формулировки запросов показывают понимание пользователей, что травматический опыт может повлечь последствия, но они не связывают его с ПТСР. Многие неотчетливо видят свое место в мирной жизни и предпочитают продолжить службу по контракту. И, возможно, информация в какой-то мере избавила бы пользователей от неопределенности, придала бы уверенности в завтрашнем дне и позволила бы сделать более осознанный выбор.

Резюмируя, можно сказать, что интерес к теме ПТСР в течение последних трех лет неуклонно нарастает. В то же время полученные данные указывают на недостаток информации у пользователей «Яндекса» о последствиях травматических событий. Одновременно не наблюдается увеличения потока пациентов к психиатрам и психологам. В некоторых частях психологи сделали «телефон доверия», который не определяет номер звонящего, но частота звонков составляет примерно 2–3 за полгода (Решетников, 2023). Поэтому необходимо повышать уровень информированности о ПТСР. Широкое качественное своевременное информирование населения во многом могло бы облегчить задачу своевременного и успешного выявления, лечения и профилактики ПТСР.

Дальнейший анализ данных об уровне и качестве интереса населения к проблеме ПТСР вместе с текущими данными о случаях обращения с симптомами ПТСР может выявить новые психологические закономерности в течении заболевания, усовершенствовать психотерапевтические подходы для успешного выздоровления от тяжелого недуга.

Литература

- Давыдова О., Макарчук К., Образцов К.* Романтизация психических заболеваний: почему нам хочется быть безумными? [Электронный ресурс]. Psychologies Онлайн. URL: <https://www.psychologies.ru/articles/romantizaciya-psikhicheskikh-zabolevanii-pochemu-nam-khocetsya-byt-bezumnymi/?ysclid=lw3ezcozdl739616647> (дата обращения: 1.04.2025)
- Ениколовов С.Н.* Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова) / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: МГППУ, 2013 С. 109–120.
- Искандаров Р.Р., Масагутов Р.М., Салихова И.А., Колодкина Э.А., Храмова Д.Г.* Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 3. С. 15–19.
- Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» [Электронный ресурс]. 2023. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1 (дата обращения: 1.04.2025)
- Мосолов С.* Терапия и профилактика посттравматического стрессового расстройства при чрезвычайных ситуациях (алгоритм биологической терапии) // Современная Терапия Психических Расстройств. 2022. № 3. С. 32–44.
- Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022.
- Решетников М.М.* Необходимо дезавуировать истерику с возможным количеством ПТСР [Электронный ресурс]. Психологическая газета. 21.02.2023. URL: <https://psy.su/feed/11011/?ysclid=lwdoi8geli285705392> (дата обращения: 1.04.2025)

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса.

СПб.: Питер, 2001.

Фуко М. История безумия в классическую эпоху / Пер. с фр. И.К. Страф.

М.: ACT, 2010.

Цифровые технологии в сопровождении лиц с высоким риском развития посттравматических стрессовых расстройств

И.Б. Ушаков, А.В. Богомолов

Федеральный медицинский биофизический центр

им. А.И. Бурназяна, Москва, Россия,

iushakov@fmibcfmba.ru

a.v.bogomolov@gmail.com

Дана характеристика потенциальных возможностей цифровых технологий в сопровождении пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами в аспекте обеспечения решения задач рискометрии посттравматических стрессовых расстройств, мониторинга динамики их развития с использованием возможностей разрабатываемой цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека на протяжении всей его жизни на базе принципа управления на основе данных. Получаемая информация является потенциально полезной при проведении лечебных и реабилитационно-восстановительных мероприятий и реализации информирования представителей групп риска о проявлениях посттравматических стрессовых расстройств с выдачей персонифицированных рекомендаций о необходимости/целесообразности обращения за медицинской, медико-психологической или социальной помощью с мотивированным разъяснением возможных рисков для здоровья, обусловленных отказом от нее.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, цифровая медицина, боевой стресс, симптоматический опросник, психодиагностическая шкала, психометрическая шкала, цифровая платформа здравоохранения

Проблема адаптации лиц, переживших ситуации, связанные с риском для жизни и здоровья вследствие чрезвычайных ситуаций, террористических актов и вооруженных конфликтов, была актуальной во все периоды истории человечества. В этих случаях возникает особый вид стресса — стресс смертельно опасных ситуаций, характеризующийся быстрой динамикой со значительной утратой функциональных резервов организма и длительным следом в отдаленном периоде (Ушаков, Бубеев, 2019).

Одним из наиболее «жестких» вариантов стрессорных реакций является боевой стресс — системная многоуровневая реакция организма человека на воздействие комплекса опасных факторов с реальным осознанием высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья, которая проявляется на личностном, психофизиологическом, эмоционально-вегетативном и соматическом уровнях, при значительной, а возможно, и ведущей роли изменений в бессознательной сфере, заключающихся в грубой деформации базовых эго-структур (Ушаков, Бубеев, 2019).

Воздействие экстремальной психотравмирующей ситуации обуславливает развитие психического заболевания — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), — симптомы которого возникают в течение полугода после стрессового воздействия (Васильева, 2022; Крюков и др., 2022). Например, согласно данным НМИЦ им. В.М. Бехтерева, распространенность ПТСР у участников боевых действий составляет 3–11%, а у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются минимум в 30% случаев, а удельный вес ПТСР среди них достигает 14–17% (Николенко и др., 2024).

В соответствии с пунктом 1.8 Единого плана по достижению национальных целей развития РФ до 2030 года и на перспективу до 2036 года (далее — План), определенных Указом Президента РФ от 7 мая 2024 г. № 309, к 2030 году необходимо обеспечить повышение уровня удовлетворенности участников специальной военной операции условиями для медицинской реабилитации, включая психологическое сопровождение демобилизованных бойцов. Ключевыми факторами и инструментами, способствующими достижению этого показателя, определены мероприятия по восстановлению здоровья путем развития медицинской реабилитации с информированием участников специальной военной операции о ее возможностях. Реализация этих мероприятий планируется в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», федерального проекта «Оптимальная для вос-

становления здоровья медицинская реабилитация», государственной программы «Развитие здравоохранения», а также за счет деятельности органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, финансируемой за счет региональных бюджетов.

Для решения этих задач к 2030 году будет создана и запущена цифровая платформа, способствующая формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека на протяжении всей его жизни на базе принципа управления на основе данных (Богомолов и др., 2024). Причем к 2030 году доля граждан, воспользовавшихся услугами (сервисами) в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций, согласно Плану, должна составить не менее 56%.

Изложенное обуславливает необходимость максимально полного использования потенциала цифровых технологий в сопровождении пациентов с ПТСР. При этом следует учитывать, что многие участники боевых действий игнорируют направления на прием к психотерапевту или психиатру из-за наличия стереотипов типа «настоящий мужчина со своими проблемами справится сам» и субъективизма самооценки психического состояния (Двинских и др., 2024).

Учитывая комплексный характер причин, способствующих манифестиации ПТСР, а также высокую распространенность сочетанной психопатологии, диагностика ПТСР требует применения междисциплинарного подхода, сочетающего клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, клинико-патогенетическое, физикальное), лабораторное, инструментальное и экспериментально-психологическое исследования (Васильева и др., 2023б). При этом важным компонентом диагностики является структурированное интервью, применяемое, как правило, в сочетании с психодиагностическими (психометрическими) шкалами и симптоматическими опросниками (Васильева и др., 2023а).

Достигнутый к настоящему времени научно-технический прогресс в цифровых медицинских технологиях позволяет утверждать о принципиальных возможностях реализации структурированного интервью, психодиагностических шкал и симптоматических опросников в рамках цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека на протяжении всей его жизни (Ушаков, Богомолов, 2024).

Логика структурированного интервью может быть реализована на базе доверенного генеративного искусственного интеллекта с одновременным мониторингом психофизиологического состояния интервью-

ируемого, что обеспечивает дополнительную диагностическую информацию. Разработка технологий таких интервью, обеспечивающих получение значимой диагностической информации и исключающих причинение вреда интервьюируемому за счет неудачных формулировок вопросов, — задача ближайшего будущего.

Психодиагностические шкалы и симптоматические опросники должны подбираться с учетом специфики состояния интервьюируемого с помощью системы поддержки принятия решений, построенной на основе производственных систем. Причем к настоящему времени уже известно большое число шкал и опросников, успешно апробированных при диагностике ПТСР: «Клиническая диагностическая шкала» (CAPS — Clinical-administered PTSD Scale), «Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства» (Mississippi Scale), «Опросник на скрининг ПТСР» (Trauma Screening Questionnaire), «Опросник перитравматической диссоциации», «Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР» (TOP-8 — Treatment Outcome PTSD Scale), «Структурированное клиническое диагностическое интервью» (SCID — Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual), «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС), «Шкала оценки интенсивности боевого опыта» Т. Кина (Combat Exposure Scale), «Шкала для клинической диагностики ПТСР», «Шкала оценки влияния травматического события» (IES-R — Impact of Event Scale-R), «Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс», «Шкала диссоциации» (DES — Dissociative Experience Scale), «Шкала безнадежности Бека» (BHI — Beck Hopelessness Inventory) и т. д. (Васильева и др., 2023а). Очевидно, что все психодиагностические шкалы и симптоматические опросники опираются на самооценочную природу получаемых данных и имеют объективные ограничения в части объективности получаемых результатов (Евдокимов и др., 2018; Ушаков, Богомолов, 2024). Однако они характеризуют индивидуально-психологические особенности личности и ее сохранность/измененность в ситуации болезни, а также комплекс присущих обследуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, что является информативной информацией для диагностики ПТСР.

Безусловно, что реализация структурированного интервью, психодиагностических шкал и симптоматических опросников в рамках цифровой платформы без проведения клинических, лабораторных и инструментальных исследований не позволяет объективно диагности-

ровать ПТСР и дифференцировать его с симптоматически схожими нозологиями: острые реакции на стресс, расстройство адаптации, хроническое изменение личности после катастрофы, пролонгированная реакция горя (Васильева, 2022).

Однако такая реализация обеспечит решение задач рискометрии ПТСР, мониторинга динамики его развития, в том числе при проведении лечебных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, а также возможности информирования лиц, переживших ситуации, связанные с риском для жизни и здоровья вследствие чрезвычайных ситуаций, террористических актов и вооруженных конфликтов, о проявлениях ПТСР с выдачей персонифицированных рекомендаций о необходимости/целесообразности обращения за медицинской, медико-психологической или социальной помощью с мотивированным разъяснением возможных рисков для здоровья, обусловленных отказом от нее.

Представляется целесообразным проведение научного обоснования обязательного периодического обследования лиц, переживших ситуации, связанные с риском для жизни и здоровья вследствие чрезвычайных ситуаций, террористических актов и вооруженных конфликтов, с помощью психодиагностических шкал и симптоматических опросников, направленных на рискометрию ПТСР, с применением разрабатываемой цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека, в течение 6–12 месяцев после такого события.

Литература

- Богомолов А. В., Ушаков И. Б., Попов В. И. Методические аспекты мониторинга рисков для цифровой платформы формирования, поддержания и сохранения здоровья человека // Российский вестник гигиены. 2024. № 3. С. 34–40.
- Васильева А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. № 122 (10). С. 72–81.
- Васильева А. В., Караваева Т. А., Незнанов Н. Г., Идрисов К. А., Радионов Д. С., Шойгу Ю. С. Принципы оказания медицинской помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве лицам, уволенным с военной службы, и членам их семей // Социальная и клиническая психиатрия. 2023б. Т. 33. № 4. С. 55–66.

- Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А.* Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023а. Т. 57. № 1. С. 83–95.
- Двинских М.В., Ичтовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Коваль Н.А., Жернов С.В.* Факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2024. Т. 15. № 2. С. 200–206.
- Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Шамрей В.К.* Боевой стресс: научно-метрический анализ отечественных публикаций (2005–2017 гг.). СПб: Политехника-принт, 2018.
- Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.* Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов // Психиатрия. 2023. Т. 21. № 4. С. 57–71.
- Николенко В.Н., Осадчий А.С., Лобанова А.К., Исакова Т.А., Жаров Н.А., Жарова Н.В.* Функциональная анатомия структур лимбической системы, вовлеченных в развитие посттравматического стрессового расстройства: анализ анатомо-клинических исследований // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. № 16 (2). С. 69–75.
- Ушаков И.Б., Богомолов А.В.* Цифровая профилактическая медицина // Вестник Российской академии наук. 2024. Т. 94. № 11. С. 1003–1013.
- Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А.* Концепция боевого стресса: основные итоги десяти всероссийских конференций в нулевые годы // Материалы научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества». М., 2019. С. 17–27.

Научное издание

**ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА
методология, теория, практика**

doi: 10.38098/conf_25_0495

Редакторы:

Корректоры: Тяголяева Л.А., Козлова М.В.

Верстка: Книголюбова А.Н.

Издательство «Институт психологии РАН»
129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13, к. 1
Тел.: +7 (495) 682-91-51
www.ipran.ru
E-mail: gordyakovaov@ipran.ru

Подготовлено к изданию: 30.05.25
Усл. печ. л. 39,4