

СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

*Теоретичні основи та діагностика
травми та посттравматичного
стресового розладу*

**ХРЕСТОМАТІЯ.
ЧАСТИНА І.**



Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя

**СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ
СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У
ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

Хрестоматія.

Частина I.

Теоретичні основи та діагностика травми та
посттравматичного стресового розладу

Упорядник:
Михайлова О. І.

Ніжин 2021

УДК 159.938.363.6 (075.8)
ББК 88.35я 73-3
М69

Рекомендовано Вченою радою
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
(НДУ ім. М. Гоголя)
Протокол № 6 від 30.12.2021 р.

Рецензенти:

Пануча М. В. – завідувач кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, доктор психологічних наук, професор;

Наконечна М. М. – доцент кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, кандидат психологічних наук, доцент.

Михайлова О. І.

М69 Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія / упорядник О. І. Михайлова. – Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. – 249 с.

Ця книга – спроба подати матеріал із психології стресу та розуміння посттравматичного стресового розладу у форматі хрестоматії.

Хрестоматія рекомендована для студентів вищих навчальних закладів освіти III–IV рівня акредитації зі спеціальності "Психологія", "Клінічна психологія".

Вона містить тексти робіт з психології стресу, посттравматичного стресового розладу. Також представлені статті, які розкривають методи діагностики особистості, що переживала стресову ситуацію та проявляє посттравматичні стресові розлади. Розкриває поняття та особливості роботи при гострому стресовому розладі і висвітлює особливості взаємодії при посттравматичному стресовому розладі.

УДК 159.938.363.6 (075.8)
ББК 88.35я 73-3

© О. І. Михайлова, 2021
© НДУ ім. М. Гоголя, 2021

ЗМІСТ

Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів	5
Боженко Н.Л., Боженко М.І. Посттравматичний стресовий розлад в епіцентрі стресу.....	12
Васильєв С.П., Зубовський Д.С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	23
Гуньоко Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу....	34
Дружбина Т.Г. Критическое мышление как фактор формирования психологических защит после перенесенного стрессового расстройства.....	43
Ефремов О.Ю., Зверев С.Э. "KILLOLOGY" – наука об убийстве – в психолого–педагогической подготовке силовых структур США.....	56
Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико–эпидемиологические и динамические аспекты....	71
Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість	86
Корольчук В.М. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок дизадаптивного прояву стресогенного впливу	101
Миличевич Н.М., Миленович М.Б., Маркович Д. Война и психотравма: размышления о психиатрических потерях в войнах XX столетия	110
Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы	120
Петрова Е.А. Феномен психотравмы: теоретический аспект	145
Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії.....	150

Собченко О.М. Проблема дослідження стресу в екстремальних умовах діяльності	170
Суший О. Проблема колективної травми в українському соціумі та пошук стратегій її опанування	178
Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції	194
Шевчук О.П. Особистісні предиктори трансформації травматичної пам'яті у посттравматичний стресовий розлад.....	207
Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М. Діагностика та лікування посттравматичних стресових розладів.....	219
Shalev A. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study	226

ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Патогенна роль важких переживань, моральних потрясінь в розвитку психічних розладів відома з давніх часів. У виникненні одних захворювань стрес може виконувати роль пускового фактора, при інших - робити вплив на їхні клінічні прояви і динаміку, при третіх - бути основою розвитку психічної патології. Крім того, психічна травма здатна привести до патологічного формування особистості, визначаючи весь її подальший життєвий шлях. В усіх різноманіттях кожного з названих варіантів клінічна симптоматика є інтегральним відображенням взаємодії комплексу зовнішніх і внутрішніх умов.

Посттравматичні стресові розлади є актуальною проблемою сучасної людини і потребують наукових досліджень.

Метою написання статті є аналіз результатів досліджень фахівців та особливостей прояву ПТСР [1-5].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - відстрочена за часом психопатологічна комплексна реакція на психотравматичні події, що сформувалися в цілісний синдром.

Щодо необхідності виділення цілісного синдрому, його симптомокомплексів і симптомів протягом тривалого часу йдуть наукові суперечки між представниками різних спеціальностей (медиків, психологів, соціальних працівників та ін.) і між різними науковими школами в самій психології. Проте останнім часом ПТСР описані як синдром і окрема психодіагностична категорія у ряді авторитетних класифікаторів хвороб, що дає підстави розглядати його, як цілісне, комплексне утворення.

Вперше офіційно питання про необхідність виділення цілісного синдрому, маючого назву "посттравматичний стресовий розлад", було поставлено в США в 1980 році. Саме тоді в публікацію третього видання американського класифікаційного стандарту, підготовленого Американською психіатричною асоціацією, DSM-III (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders) був внесений розділ, що містить опис критеріїв для діагностики порушень і розладів, викликаних психотравмуючими обставинами, що виходять за рамки звичайного людського суспільства. Цей розділ уточнений і збережений у новій редакції стандарту DSM-IV (код F43.1) у 1994 році. У цьому ж році аналогічний розділ з'явився і в Міжнародному класифікаторі хвороб МКБ-10 (код. 309.81).

Незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика, і психотерапія відносяться до компетенції клінічного психолога.

Прийняття рішень про офіційну фіксацію даного синдрому в міжнародних і національних класифікаторах захворювань обумовлено широким поширенням ПТСР. У різних джерелах наводяться дані, що протягом життя ПТСР страждає близько 1% населення, а до 15% людей після важких травм можуть відчувати окремі симптоми цього захворювання.

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50% всіх медичних наслідків бойових подій. Ними страждають 29-45% ветеранів другої світової війни, 25-30% американських ветеранів в'єтнамської війни.

Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР досягають 42%. 18,6% учасників бойових дій в Афганістані відчувають на собі дію цього синдрому. З них хронічно хворими є 41,7%, інваліди - 56,2%.

За оцінками російського фахівця П.А. Корчемного, протягом найближчих років більше 10 000 учасників бойових дій у Чечні будуть мати явні проблеми з психікою. За прогнозами інших фахівців, посттравматичні прояви зберуться протягом тривалого часу у 25% осіб з цієї категорії.

За даними дослідження американських ветеранів війни у В'єтнамі, проведеного в 1988 році, у 15,2% з них спостерігалися виражені ПТСР, а ще у 11,1% відзначалися окремі симптоми таких розладів. Серед цих осіб у 5 разів зростав ризик залишитися безробітними, близько 70% з них хоча б один раз розлучилися з

подружжям, у 35% відзначені батьківські проблеми, у 47,3% -крайні форми ізоляції від людей, у 40% – виражена ворожість до оточуючих.36,8% представників цієї соціальної групи здійснюють більше 6 актів насильства в рік, 50% були заарештовані і посаджені у в'язницю (в тому числі 34,2% – більше одного разу).

За іншими даними, приблизно у 25% американських ветеранів В'єтнаму відзначається розвиток несприятливих особистісних змін після отриманої психотравми. До початку 1990-х р. близько 100 000 ветеранів цієї війни покінчили життя самогубством. 40000 ведуть замкнутий, майже аутичний спосіб життя. Серед поранених та інвалідів війни відсоток осіб з ПТСР перевищує 42%, тоді як серед фізично здорових ветеранів війни їх 10-20%. 56% людей, які пережили важкі бойові події, вмирали і були хворі у віці до 65 років.

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР, згідно DSM-IV, є:

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання.

2. Повторювані важкі сни про подію.

3. Важкі дії або відчуття, як якби травматична подія переживалася знову (включає відчуття "пожвавлення" досвіду, ілюзії, галюцинації і дісоціативні епізоди – "Флешбек-ефекти", включаючи ті, які з'являються в стані інтоксикації).

4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх.

5. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей.

1. Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних з

травмою.

2. Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або неучасть в раніше значимих видах діяльності.

5. Відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей.

6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

III. Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються з наявності, принаймні, двох з нижче перерахованих симптомів.

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або вибухи гніву.

3. Утруднення із зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень стривоженості, гіперпильність, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностуються лише в тому випадку, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше 1 місяця.

Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є та обставина, що розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

Сьогодні є різні підходи до виділення типів ПТСР. Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордєєва Є.Г. дають наступну класифікацію

ПТСР: гострі - симптоми зберігаються менше 3 місяців; хронічні - симптоми зберігаються 3 і більше місяців; відстрочені - симптоми виникають, щонайменше, через 6 місяців після психотравматизації. В окремих випадках ПТСР протікають протягом багатьох років і переходять у хронічну зміну особистості.

Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Є.В., Маліков Ю.К., Саламатов В.Є. виділяють наступні види ПТСР: гострі - симптоми виникають в межах 6 місяців після травми і зберігаються не більше 6 місяців; хронічні - симптоми проявляються після 6 місяців і тривають більше 6 місяців; відстрочені - проявляються після прихованого періоду (місяці, роки) і тривають більше 6 місяців.

Крім цього деякі автори виділяють так звані вторинні ознаки ПТСР. До них відносять: алкогольну, медикаментозну або наркотичну залежність; схильність до суїцидальних думок і спроб; депресію; захворювання серцево-судинної системи; болі різної етіології, сексуальні дисфункції, девіантну поведінку та ін..

Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових діях мають різноманітні прояви за змістом, формою і динамікою. Закріплюючись в особистісних структурах і поведінці ветеранів, вони визначають поведінку через багато років після закінчення їх участі у військових подіях. Негативні наслідки психотравми, інтегруючись в цілісний симптом, утворюють клінічну картину посттравматичного стресового розладу – патологічного психічного розладу.

Крім того, ПТСР - не стільки клінічне, скільки соціально орієнтоване поняття. Не випадково дана проблема виникла після локальних і "неприйнятих" суспільством воєн (В'єтнам, Афганістан), коли з'явилася можливість виділяти, вивчати і робити мінімальну соціально-державну підтримку відносно невеликому числу ветеранів.

Істотно і те, що ПТСР значно частіше страждають особи "армій, що програли" війну, хоча "особиста поразка" (моральна) може відноситися і до військовослужбовців сторони "що перемогла". Важливий сам факт "поразки" (катастрофа своїх ідеалів, зміна понять "добра і справедливості"), що створює для її учасників принципово

іншу соціально-психологічну ситуацію, негативна проєкція якої може простиратися як на їхнє життя, так і на життя їх близьких. Нашарування на подібні (найчастіше неусвідомлювані, або ті, які активно заперечуються) переживання почуття "непоясненої провини" (за загиблих товаришів, вбитих мирних жителів та ін.), а також "вкрай невдячного" відношення з боку суспільства (що сприймає тих, хто воював в якості "агресорів", "окупантів" та ін.) негативно впливає на морально-психологічний стан комбатантів, у значній мірі провокуючи розвиток "специфічних" посттравматичних розладів, а також відповідних (по відношенню до суспільства) "захисно-протестних" форм поведінки.

Профілактика і реабілітація осіб, що піддалися стресу, повинна проводитися задовго до початку хворобливого процесу. Причому, успішність її в значній мірі буде визначатися зміною відношень суспільства (засобів масової інформації, державних інститутів) до комбатантів, а також якістю їхнього професійного добору і підготовки, обмеженням термінів перебування в екстремальних умовах і своєчасним виявленням осіб зі схильністю до розвитку психічних розладів.

Для рішення задач виявлення військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу може бути використаний Місісіпський опитувальник для бойових ПТСР (США, 1985), придатний для використання в різних умовах обстеження.

Висновки.

1. Проблема ПТСР залишається на сьогодні досить суперечливою, незавершеною, що визначається різними підходами і поглядами, які існують в області клінічної психіатрії.

2. Виходячи з вітчизняних нозологічно орієнтованих підходів на дану проблему, ПТСР у трактуванні МКБ-10 розглядається не в якості самостійної нозологічної одиниці, а в якості симптомокомплексу типових постстресових розладів, ведучим елементом якого є пережиті психотравмуючі події.

3. Клініка ПТСР може виявлятися або на доклінічному рівні (при збереженості індивідуального бар'єра психічної адаптації), або виражатися в конкретних нозологічних формах (неврози, особистісні розлади, наркоманія, алкоголізм, ендогенні і екзогенно-органічні психотичні стани), визначаючи їх клінічну своєрідність, особливості плину і результат.

4. Так названі "гострі" ПТСР, здебільшого відображають психологічно адекватну реакцію споконвічно психічно здорової особистості, тоді як "хронічні" форми ПТСР є нічим іншим як групою "нажитих" (придбаних в умовах тривалого хронічного стресу) особистісних розладів.

Література

1. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. – К. : НАОУ, 2006. – 80 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
3. Проблемы военной психологии : Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко ; Под общ. ред. А. Е. Тараса. – Мн. : Харвест, 2003. – 640 с. – (Библиотека практической психологии).
4. Ягупов В. В. Військова психологія : Підручник. – Київ : Тандем, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : С. 623-627.
5. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А.Г. Караяни. – Режим доступа до статьи
http://armyus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: В ЕПІЦЕНТРІ СТРЕСУ

Ми живемо у надзвичайно складний і важкий час – важкий для країни, важкий для суспільства, важкий для кожного з нас. Ми пережили Майдан, живемо в період бойових дій... І зовсім не важливо, як це назвати, – АТО або війна. Жоден із нас не може бути осторонь цих подій. Неможна заховатися від дійсності. Ми вмикаємо телевізор – і бачимо смерть, руїну. Ми спілкуємось із сусідами, колегами, іноді із зовсім незнайомими людьми і відчуваємо, що все це стосується всіх нас без винятку. Ми всі в епіцентрі – у Донецьку та Львові, Маріуполі та на Волині, Одесі та Харкові – в епіцентрі стресу. І діагноз посттравматично гострестрессового розладу (ПТСР), про який ми чули лише з книжок, стає надзвичайно реальним і актуальним.

Посттравматичний стресовий розлад – віддалена і затяжна реакція на стресову подію, виключно загрозливого такатастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожній людині. Враховуючи події останнього року, ця тема набуває надзвичайної актуальності оскільки кількість хворих із ПТСР із кожним днем збільшується і надалі буде зростати в геометричній прогресії. Не завжди цей діагноз береться до уваги, а отже, хворі позбавлені адекватної допомоги, що значно знижує якість їх життя.

У 1980 г. М. J. Horowitz запропонував виділити такий розлад у самотійний синдром, назвав його "посттравматичним стресовим розладом" (post-traumatic stress disorder, PTSD). У подальшому група авторів на чолі з М. J. Horowitz розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочаку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше (майже без змін) – для Міжнародної класифікації хвороб-10 (МКХ-10). Особливості ПТСР – психогенна природа розладу та нестерпна для пересічної людини тяжкість психогенії. За даними літератури, в осіб, які перенесли надзвичайні ситуації, частота ПТСР коливається від 10 % (у свідків подій) до 95 % (серед тяжко постраждалих). Також, за статистикою, у

30 % ветеранів в'єтнамської війни діагностовано ПТСР, у 22 % виявили субклінічні прояви ПТСР. Цікаво й те, що до 1975 р. у США кількість самогубств учасників в'єтнамської війни утричі перевищила кількість загиблих власне на війні, а до кінця 1990-х років серед колишніх військовослужбовців зафіксували 58 тис. випадків самогубств. Рівень розлучень серед ветеранів війни сягнув 90 % [6; 7; 9]. Усе це свідчить, що на нас також чекають некращі часи, враховуючи наслідки війни. І важливо вчасно діагностувати ПТСР для психологічної реабілітації та реадаптації до мирного цивільного життя.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 115 чоловіків, які перебували на лікуванні у неврологічному, нейрохірургічному (60 осіб) і психіатричному (40 осіб) відділеннях Військово-медичного клінічного центру Західного регіону та в 7-му відділенні Львівської психіатричної лікарні (15 осіб). Усім пацієнтам для підтвердження діагнозу було проведено комплексне обстеження, опитування за допомогою стандартних опитувальників: опитувальника Спілбергера – Ханіна, шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS), опитувальника проблем сну (SPQ) та шкали якості життя (О. С. Чабан). Також хворих проконсультував невролог із зазначенням неврологічного статусу.

Результати дослідження та їх обговорення

Кожна людина особлива і різні події свого життя переживає по-різному. Переживання травматичної ситуації, як правило, нараховує чотири етапи:

1-й етап – фаза заперечення або шоку. Психіка людини неспроможна упоратися з травмуючою дією екстремальної ситуації, тому включаються механізми захисту. Індивід не приймає те, що відбувається на емоційному рівні. Фаза заперечення триває недовго.

2-й етап – фаза агресії та вини. Людина поступово починає переживати те, що сталося, при тому, як правило, звинувачує тих, хто прямо або побічно мав відношення до події. Інший варіант розвитку подій – інтенсивне самозвинувачення.

3-й етап – фаза депресії. У результаті усвідомлення власного безсилля перед обставинами у людини розвивається депресія. Вона супроводжується відчуттям беспорядності, самотності, власної марності. Людина не бачить подальшої перспективи, не будує планів – цей стан одержав назву "синдром вкороченого майбутнього".

4-й етап – фаза зцілення. Для неї характерні свідоме й емоційне сприйняття людиною свого минулого і відкриття нової життєвої сторінки [1; 2].

Нажаль, незавжди людина спроможна самотійно подолати стрес, і як наслідок – можливе виникнення ПТСР. Проте цей розлад трапляється далеко не у всіх учасників тієї чи іншої екстремальної ситуації. Розвиток ПТСР залежить від низки факторів: особливостей особистості, значущості для людини ситуації; біопсихічних особливостей індивіда (особливостей нервової системи, статеві-вікових особливостей); досвіду перебування в екстремальній ситуації; наявності психічних травм, різних форм залежної поведінки або схильності до них; відсутності або наявності підтримки з боку значущих осіб. У жінок ПТСР фіксують майже удвічі частіше, ніж у чоловіків. Однак чоловіки в ситуації переживання стресу частіше зловживають алкоголем, що може провокувати згодом виникнення наркологічних проблем. Крім того, що старіша людина, яка опинилася в ситуації військового протистояння, то вища для неї ймовірність потрапити до групи ризику, при цьому половина випадків ПТСР припадає на вікову групу після 45 років.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, посттравматичний синдром, "в'єтнамський синдром", "афганський синдром" тощо) – тяжкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), який виникає в результаті одиничної або повторюваних психотравмуючих ситуацій, як-от: військові дії, тяжка фізична травма, сексуальне насильство або загроза смерті [2–4].

При ПТСР проявляється група характерних рис. Критерії ПТСР у МКХ-10 визначені так:

А. Хворий має зазнати на собі вплив стресорної події або ситуації (як короткий, так і тривалий) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатний викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

Б. Стійкі спогади або "пожвавлення" стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах, повторюваних снах, або повторне переживання горя під впливом ситуацій, що нагадують або асоціюються зі стресором.

В. Хворий повинен фактично уникати або прагнути уникнення обставин, які нагадують або асоціюються зі стресором.

Г. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія, часткова або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з нижче наведених:

а) утруднення засипання або збереження сну;

б) дратівливість або спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилений рефлекс чотиригорбкового тіла.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом 6 міс. стресогенної ситуації або наприкінці стресового періоду (іноді початок розладу, відкладений більш ніж на 6 міс., може бути включеним до розгляду, але ці випадки мають визначатися окремо).

Критерії ПТСР за DSM-IV:

А. Індивід перебував під впливом травмуючої події, причому мають реалізуватися обидва з наведених нижче пунктів:

Індивід був учасником, свідком або зіткнувся з подією (подіями), які включають смерть або загрозу смерті, або загрозу серйозних ушкоджень, або загрозу фізичної цілісності інших людей (або власної).

Реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність або жах.

Травматична подія постійно повторюється в переживанні одним (або більше) із наведених способів.

В. Періодичне і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань викликає тяжкі емоційні переживання.

Повторювані важкі сни про подію.

Такі дії або відчуття, немов травматична подія відбувається знову (відчуття "оживання" досвіду, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди – "флешбек"-ефекти, включаючи ті, які з'являються в стан іїнтоксикації).

Інтенсивні тяжкі переживання, які спричинила зовнішня або внутрішня ситуація, що нагадує про травматичні події або те, що символізує їх.

Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

С. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і numbing – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми).

Визначається за наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей.

Зусилля щодо уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

Зусилля щодо уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

Помітно знижені інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності. Почуття відстороненості або відокремленості від решти людей. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові).

Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар'єри, одруження, дітей або бажання довгого життя).

D. Постійні симптоми зростаючого збудження (що не спостерігалися до травми). Визначають за наявності принаймні двох із нижче перелічених симптомів.

Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

Дратівливість або спалахи гніву.

Труднощі із зосередженням уваги.

Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

Гіпертрофована реакція переляку.

Тривалість перебігу розладу (симптоми в критеріях B, C і D) більше ніж 1 міс.

Розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній та інших важливих сферах життєдіяльності [7–9].

Як видно з опису критерію A, визначення травматичної події належить до числа першорядних при діагностиці ПТСР. Під час ПТСР спостерігаються характерні симптоми: часте, повторне нагадування; уявлення і переживання травматичних, стресових ситуацій; психопатологічні репереживання; уникнення або випадання з пам'яті згадок про травмуючі події; високий рівень тривожності – які зберігаються більше місяця після психологічної травми.

У хворих із ПТСР часто відзначають симптоми інших неврозів і депресії. У більшості людей після психотравмуючих подій ПТСР не розвивається.

Для кожного учасника бойових дій перебування у воєнних умовах може мати прямі соціальні наслідки. Так, дуже яскраво вони проявилися, наприклад, у житті ветеранів в'єтнамської війни у США: "Поки молоді американські хлопці гинули в джунглях, щиро вірячи в те, що захищають національні інтереси, в їхній рідній державі ширилася антивоєнна кампанія. У ході цієї кампанії вони ставали в очах своїх співвітчизників вбивцями, злочинцями, бездумними істотами, які сліпо виконують злу волю Пентагону". У схожій ситуації опинилися радянські воїни, які повернулися з Афганістану. Таким

чином, самі характеристики локального військового конфлікту і звичайна на нього реакція суспільства в майбутньому призводять до посилення ПТСР у військовослужбовців і, як наслідок, дезадаптації у мирних умовах.

Дезадаптації, викликані ПТСР, проявляються у поведінці, діяльності, спілкуванні військовослужбовця. Крім того, що військовослужбовець сам страждає від проявів цього розладу, зазнають труднощів і негативних переживань близькі йому люди, друзі, колеги.

Дуже важливим показником дезадаптацій при ПТСР є порушення соціального статусу. Зниження рівня соціальної адаптованості – найбільш очевидний для оточуючих наслідок психічної травми. У ветеранів локальних війн і збройних конфліктів значно частіше фіксують такі форми дезадаптивної поведінки, як алкоголізм, наркоманія, схильність до вчинення актів насильства.

Також значно частіше у них спостерігають автоагресивну поведінку у вигляді самоушкоджень і суїцидальних спроб. Вони мають "тунельне бачення", тобто нездатні побачити те позитивне, що могло б бути прийнятним для них [2; 3].

При яскравому прояві ПТСР форми і частота дезадаптивної поведінки у групах ветеранів порівнянні з поведінкою осіб найнеблагополучніших соціальних груп. Є.О. Лазебна і М.Є. Зеленова наводять дані за різними групами населення, які вказують на те, що в більшості випадків розвитку асоціальної поведінки передуює ПТСР. Значно вищим у ветеранів локальних війн зі зниженими показниками соціальної адаптації є рівень конфліктності й агресивності у взаємовідношеннях.

Підвищення рівня конфліктності поведінки психологічна наука пояснює, у першу чергу, суб'єктивними причинами. Зовнішній конфлікт з навколишнім світом є проекцією конфлікту внутрішнього, а той, у свою чергу, викликаний високим ступенем фрустрації, яка виникає "при обмеженнях суспільства щодо потреб індивіда". Вважається, що внутрішня детермінанта грає особливо важливу роль у

внутрішньоособистісних конфліктах, оскільки вони, проектуючи міжособистісні та міжгрупові конфлікти, самі проводять їх. Загострення конфліктності пов'язано зі зміненими цінностями особистості, загостренням певних рис характеру, посиленням акцентуації та спробами зберегти нормальну самооцінку. Крім того, соціальні навички, частина з яких була втрачена у військових умовах, вимагають відновлення і розвитку. Почасти конфліктність посилюється через те, що подальшу поведінку в мирних умовах ветеран завжди вибудовує з урахуванням можливої небезпеки для життя і здоров'я, завжди залишаючись "насторожі" [2; 3; 5; 8; 9].

У багатьох людей, які брали участь у локальних військових конфліктах, особистість набуває агресивного або деструктивного забарвлення.

Коротко узагальнюючи, можна зробити такі **висновки**:

- 1) ПТСР розвивається в осіб, які перенесли травмуючі події, частіше за все в умовах бойових дій;
- 2) ПТСР накладає істотний відбиток на перебіг психічної діяльності носія;
- 3) до важливої симптоматики ПТСР можна зарахувати вкорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу;
- 4) ПТСР тягне за собою особистісні зміни, найважливіші прояви яких – агресивність і конфліктність;
- 5) ПТСР є причиною соціальної дезадаптації;
- 6) ПТСР у багатьох випадках передуює асоціальної і девіантній поведінці військовослужбовців, включаючи суїцидальні спроби;
- 7) ПТСР є не лише особистою проблемою військовослужбовця, а й суспільства, оскільки багато в чому його прояви залежать від громадської думки і ставлення мирного населення до ситуації.

Ми обстежили військовослужбовців із зони АТО щодо ПТСР, рівня особистісної та реактивної тривожності, а також оцінили якість їхнього життя і проаналізували порушення сну. Була визначена частота ПТСР у пацієнтів соматичних і психіатричного відділень госпіталю, яку порівняли з ПТСР у пацієнтів Львівської психіатричної лікарні.

Установлено, що хворі зазнали впливу стресорної події від 2 тижнів до 8 місяців. Як травмуючу подію найчастіше військові вказували: смерть побратимів, обстріли, поранення, контузію, а також власне перебування в АТО та бойові дії. Згідно з аналізом даних опитувальника Спілбергера – Ханіна, реактивна тривожність була значно підвищена в усіх групах хворих. У пацієнтів відділень нейрохірургії та неврології спостерігали: високий рівень реактивної тривожності у 32 (53,33 %) осіб, помірний – у 28 (46,67 %) осіб, середній показник становить 45,64; високий рівень особистісної тривожності у 39 (65 %) осіб, помірний – у 21 (35 %) особи, середній показник – 49,2. У пацієнтів психіатричного відділення реактивна, і особистісна тривожність вищі. Рівень реактивної у 33 (82,5 %) осіб – високий, у 33 (26,5 %) осіб – помірний, середній показник становить 53,2; особистісної тривожності у 33 (72,8 %) осіб – високий, у 33 (36,2 %) осіб – помірний. У пацієнтів Львівської психіатричної лікарні рівень і реактивної, і особистісної тривожності найвищий серед усіх груп опитуваних, а саме: високий рівень у 15 (100 %) осіб, середній показник становить 57,4.

Порушення сну фіксували у 25 (41,67 %) пацієнтів соматичних відділень, 31 (77, 5 %) пацієнта психіатричних відділень, 13 (86,67 %) пацієнтів Львівської психіатричної лікарні. Якість життя оцінювалася пацієнтами відділень нейрохірургії та неврології як висока – 53,4 %, середня – 18,3 %, низька – 28,3 %. Пацієнти психіатричного відділення оцінювали якість життя як високу – 15 %, середню – 37,5 %, низьку – 47,5 %. Пацієнти Львівської психіатричної лікарні оцінили якість життя лише як середню – 60 та низьку – 40 %.

Виділяють три основних типи ставлення до себе в ситуації стресу:

– як до жертви екстремальної ситуації – така поведінкова позиція може посилювати стрес (більшість наших досліджуваних реагували саме так);

– як поєднання "я – жертва" з прийняттям себе як цінності, що утримується у своїх руках – таке ставлення сприяє самозбереженню особистості;

– як до одного з людей – цей тип ставлення найбільше сприяє збереженню ефективної діяльності під час стресу. Поведінкова позиція людини в ситуації стресу є надзвичайно важливою.

Недостатня гнучкість психіки людини та її нездатність адекватно і швидко пристосовуватися до стрімко мінливих умов сучасного життя можуть ставати причиною різноманітних змін поведінки, в основі яких лежить так звана криза ідентичності. Людина активно і болісно реагує на екстренні події, навіть якщо є стороннім спостерігачем (телебачення, Інтернет). В умовах екстремальної ситуації (військовидії, соціальні потрясіння) потреба в безпеці стає домінуючою. Мотиваційна сфера змінюється, перебудовується з урахуванням нових стимулів, трансформуються й інші групи базових потреб. Цей процес активує внутрішні ресурси і можливості людини.

Стрес, викликаний надзвичайною ситуацією, може зумовлювати різні реакції залежно від характеру людини, її залученості до ситуації та можливостей адаптації. Але в будь-якому випадку ці події відбиваються на психічній реакції людини, її внутрішніх переживаннях, соціальному відображенні та соматичному реагуванні. Переживання екстремальної ситуації безслідно не проходить, це має розуміти людина і лікар, котрий веде прийом пацієнта, це маємо зрозуміти ми всі.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Виявлено, що ПТСР спостерігався у хворих соматичних відділень – 76,67 %, психіатричного відділення – 92,5 %, Львівської психіатричної лікарні – 100 %. Тобто відсутність офіційного діагнозу ПТСР в історії хвороби ще не свідчить про те, що його немає. Дуже важливими є своєчасне установлення діагнозу ПТСР і його адекватна психокорекція.

2. Пенетрантність прояву ПТСР не залежить від терміну перебування в АТО, а корелює з інтенсивністю травмуючих факторів і рівнем особистісної тривожності. Лікування має бути комплексним, і психотерапія тут має посісти основне місце.

3. Частіше ПТСР спостерігався у молодих хворих.

4. У пацієнтів із ПТСР якість життя оцінювалась як середня і низька, що свідчить про те, що цей синдром – серйозна соціальна проблема, а не лише медична. Слід зазначити, що оцінка якості життя в одружених пацієнтів вища, ніж у самотніх.

5. Розриваючи "порочне коло" між фізичним і психоемоційним станом у даної когорти пацієнтів, комплексна терапія дозволить швидко і значно покращити їх психоемоційний стан, а також ризикорити досягнення бажаного результату.

Очевидно, імовірно збільшення кількості хворих із ПТСР у майбутньому потребує мобілізації зусиль не лише психіатрів, а саме лікарів первинної ланки – неврологів, кардіологів. Адже перше пацієнт піде до них. Центральним моментом практичної роботи з цією категорією військовослужбовців є реадаптація до мирного цивільного життя та психологічна реабілітація, які не можливі без подолання психологічних наслідків війни – посттравматичного стресового розладу.

Література

1. Ахмедова Х. Б. Посттравматичні особистісні зміни у цивільних осіб, які пережили загрозу життя / Х. Б. Ахмедова // Питання психології. – 2004. – № 3. – С. 102.
2. Аракелов Г. Г. Стрес та його механізми / Г. Г. Аракелов // Вісник МГУ. Психологія. – 1995. – № 4. – С. 47.
3. Бабенко А. В. Методичні рекомендації для військових психологів при роботі з посттравматичним синдромом / А. В. Бабенко, Л. М. Домашенко. – Ростов-на-Дону, 2000. – С. 26.
4. Посттравматический стресс у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова,

- Е. В. Петрухин // Труды института психологии РАН. – Т. 1, кн. 1. – М., 1995. – С. 66–99.
5. Психофизиологическая реактивность ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова [и др.] // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17, № 2. – С. 30–45.
 6. The development of a clinician-administered PTSD / D. D. Blake, F. W. Weathers, L. M. Nagy [et al.] // Journal of Traumatic Stress. – 1995. – N 8. – P. 75–90.
 7. The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy / F. W. Weathers, D. D. Blake, K. E. Krinsley [et al.]. – Boston : MA, 1992.
 8. Weathers F. W. Psychometric properties of the Clinician Administered PTSD Scale – Form 1 (CAPS-1) / F. W. Weathers // PTSD Research Quarterly. – 1994. – Vol. 5. – P. 2–6.

С. П. Васильєв, Д. С. Зубовський _____

ПСИХОДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В останні роки у науково-психологічній літературі пострадянських країн спостерігається підвищена увага до вивчення посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Активно вивчаються психологічні наслідки стресу, викликаного участю у бойових діях, а також особливості реакції людини на вплив різних інших екстремальних чинників таких як аварії, стихійні лиха, різні форми насильства, травми внаслідок медичних процедур[1]. У вітчизняній психологічній літературі відомі лише поодинокі експериментальні роботи щодо розвитку посттравматичного стресу внаслідок Чорнобильської аварії. Епідеміологічна оцінка поширення ПТСР, що ґрунтується на результатах психіатричних обстежень потерпілих внаслідок масштабних екстремальних ситуацій (катастроф, війн

тощо), свідчить, що це захворювання може охоплювати від 15% до 40% потерпілих[1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Результати численних досліджень показали, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової обстановки та бойових дій, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального зовнішнього добробуту військовослужбовця, і згодом це погіршення стану стає усе більш чітко вираженим. Низка різноманітних симптомів подібної зміни стану була описана раніше, проте довгий час не розроблялися чіткі критерії діагностики. Також не існувало єдиної назви для його визначення. Тільки у 1980 році в ході експериментальних досліджень була накопичена і проаналізована достатня кількість інформації про наявність спільних симптомів при різних за походженням психічних травмах.

Комплекс симптомів, що спостерігалися у тих, хто пережив травматичний стрес, одержав назву "посттравматичний стресовий розлад" – ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерії діагностики цього розладу були включені до Американського Національного Діагностичного Психіатричного Стандарту (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) і зберігаються там дотепер. З 1994 року ці критерії включені й у європейський діагностичний стандарт МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death–ICD-10).

У зарубіжній психології достатньо добре вивчені наслідки впливу на людину таких травматичних подій, як бойові дії, пожежі, повені, землетруси. На сьогоднішній день існує достатньо досліджень, що описують симптоми ПТСР після інфаркту міокарда, після абортів, після операцій, що пов'язані з ампутаціями та вираженими дефектами зовнішності. Всі ці види психічних травм мають подібну етіологію – усі вони ґрунтуються на впливі так званого "гострого" стресу.

Необхідно підкреслити, що діагностика посттравматичного розладу, який припускає наявність травми в структурі психіки,

відбувається за допомогою спеціально підібраного комплексу клініко-психологічних методик, сам же суб'єкт, як правило, не усвідомлює зв'язок симптомів свого стану з травматичним впливом. При цьому вплив психічної травми відбувається двома основними шляхами: або це постійні нав'язливі думки і переживання про подію, що травмувала, або старанне їх уникання. І в тому, і в іншому випадку "чорна діра травми", за образним висловлюванням одного з американських дослідників ПТСР-синдрому Р.Пітмана, безповоротно притягує до себе усі думки і почуття суб'єкта. Звідси очевидне основне завдання психологічної діагностики і корекції – допомогти таким особам усвідомити причинно-наслідковий зв'язок симптомів страждання з травматичним переживанням і далі намагатися інтегрувати свідомість суб'єкта.

Нині дослідження синдрому ПТСР проводиться в таких основних формах: клінічне інтерв'ю, контрольні листи самозвітів, психометричні та психофізіологічні вимірювання.

На сьогоднішній день в західній психології існує стандартна практика використання структурованого діагностичного інтерв'ю для того, щоб переконатися у детальному врахуванні всіх симптомів ПТСР. Діагностичне інтерв'ю поєднує переваги точних рекомендацій з виявленням того чи іншого діагнозу і методу інтерв'ю, що відповідає конкретним психометричним параметрам (надійність та валідність).

Використання структурованого діагностичного інтерв'ю в клінічній практиці може суттєво підвищити точність діагнозу і покращити планування лікування.

Стосовно методів інтерв'ювання ПТСР, то основними серед різноманіття методів диференціальної діагностики ПТСР є: метод структурованого клінічного інтерв'ю – СКІД (SKID– Structured Clinical Interview for DSM-III-R), Напівструктуроване діагностичне інтерв'ю DIS (The Diagnostic Interview Schedule), Структуроване інтерв'ю для ПТСР (The Structured Interview for PTSD (SI-PTSD)), Інтерв'ю для ПТСР (PTSD-I), Інтерв'ю для тривожних розладів – опрацьована версія (ADIS-R), Комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю (CIDI),

Клінічна адміністративна шкала ПТСР або шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS), Шкала інтерв'ю для симптому ПТСР (PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)).

Найпоширенішими методиками цього типу нині є: Контрольний лист ПТСР, Шкала самозвіту симптому ПТСР (PTSD Symptom Scale Self-Report (PSS-S)), Шкала самозвіту симптому ПТСР модифікована (Modified PTSD Scale Self-Report (MPSS-S)). Контрольні листи самозвітів можуть бути важливими інструментами в мультимедійному оцінюванні, оскільки являють собою порівняно недорогу інформацію про те, як респонденти розглядають свої симптоми, не маючи прямого зв'язку з інтерв'юером. Нажаль, жодна з зазначених вище методик не включає показник валідності.

До емпіричних психометричних вимірів ПТСР відносять: Місісіпську Шкалу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised– SCL-90-R) Л. Дерогатіса, Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory– BDI), РК шкалу ММРІ (Keane PTSD Scale of the MMPI/MMPI-2); Шкалу оцінки важкості впливу травмуючої події та ін. Психометричні вимірювання схильності впливу потенційно травмуючої події здійснюються за допомогою: Шкали схильності травматичному впливу військових подій (Combat Exposure Scale), Гарвардського опитувальника по травмі (Harvard Trauma Questionnaire), Опитувальника травматичного стресу (Traumatic Stress Schedule).

Наведені дані свідчать про надзвичайну соціальну важливість психологічного забезпечення лікування осіб з посттравматичними розладами. Але відсутність засобів психологічної діагностики таких станів у вітчизняній психології зменшує ефективність психологічної реабілітації постраждалих осіб, обмежує розробку засобів спеціалізованої психокорекції для цього значного контингенту хворих, що робить проблему розробки діагностичних засобів актуальною та нагальною. Здійснивши аналіз науково-психологічних досліджень посттравматичного стресового розладу і проаналізувавши стан цієї

проблеми у зарубіжній та вітчизняній психології, доводиться визнати, що вітчизняні психологи, на відміну від зарубіжних колег, практично не володіють психологічним інструментарієм для діагностики посттравматичного синдрому та його проявів. В силу цього стає очевидно необхідність створення україномовних версій психологічних методик, що використовуються для вимірювання посттравматичного стану.

Виділення невирішених раніше частин проблеми. У світовій науково-психологічній практиці для діагностики посттравматичного стресового розладу розроблений та використовується широкий комплекс спеціально сконструйованих клініко-психологічних та психометричних методик. Проте аналіз стану вивчення проблеми психодіагностики посттравматичного стресового розладу в зарубіжній і вітчизняній психології, свідчить, що вітчизняна психологічна наука практично не володіє психологічним інструментарієм для діагностики посттравматичних станів, зокрема, в напрямку адаптації україномовних версій психологічних методик, призначених для вимірювання посттравматичних станів. Для вирішення цього завдання було здійснено переклад та апробацію комплексу методик, які використовувалися для визначення ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі.

Мета статті – ознайомити із результатами емпіричної перевірки засобів психодіагностики проявів ПТСР у військовослужбовців, що проводилась у контексті розробки комплексу засобів психодіагностики ПТСР у військовослужбовців, що брали участь у бойових діях.

Виклад основного матеріалу. З метою реалізації завдань дослідження використовувався комплекс таких методів: теоретичні (аналіз та узагальнення психолого-педагогічної, філософської та історичної літератури з даної проблеми); емпіричні (методика "Шкала оцінки інтенсивності впливу травматичної події"; "Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу"; опитувальник "Визначення нервово психічного напруження; методикою "Диференційна діагностика депресивних станів" (В.А. Жмуров); методикою "Шкала

депресії Зунга" (адаптована Т.І. Баклашовою)); статистичні методи обробки даних (коефіцієнту α -Кронбаха, коефіцієнт Спірмена-Брауна, факторний аналіз, кореляційний аналіз).

Вибірку склали студенти гуманітарних та природничих факультетів (психології, філософський, кібернетики, історичний) Київського національного університету імені Тараса Шевченка, що проходять військову підготовку, та курсанти, що навчаються у Військовому інституті. Загальна кількість респондентів складала 473 особи (350 осіб чоловічої, 123 жіночої статі, середній вік 19,3 роки). Віковий діапазон респондентів варіювався в рамках від 17 до 23 років.

Окрім цього в процесі стандартизації та адаптації психодіагностичних методик використовувалися результати, що були отримані на клінічній вибірці пацієнтів Клініки психіатрії Головного військового клінічного госпіталю, що страждають від ПТСР, у тому числі з вираженою коморбідною депресивною симптоматикою. Вибірка складала 65 осіб чоловічої статі, військовослужбовців, учасників бойових дій.

Для визначення показників надійності "Шкали оцінки впливу травматичної події" (IES-R) та її субшкал використовувався весь масив даних.

Переклад методики та інструкції до неї. При адаптації ми намагалися зберегти всі особливості англomовного оригіналу. Для цієї мети застосовувалася процедура "перекладу / зворотнього перекладу". За допомогою двох компетентних незалежно працюючих перекладачів було здійснено прямий переклад методики та зворотний прямий переклад. Переклад вважався точним, якщо його зворотний переклад ідентичний тексту оригіналу. Перевагою цього методу є те, що він застосовується навіть тоді, коли дослідник, котрий стежить за перекладом, не знає специфічних особливостей мови та культури.

Попередні психометричні властивості перекладеної методики перевірялися під час пілотажного дослідження. У дослідженні взяли участь 50 осіб (40 осіб чоловічої, 10 жіночої статі, середній вік 19,3 роки). Результати перевірки представлені в табл. 1.

**Показники надійності шкал методики
за внутрішньою узгодженістю під час пілотажного дослідження**

№	Субшкали методики	Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт Спірмена-Брауна
1.	Уникнення	0,76	0,87
2.	Вторгнення	0,70	0,82
3.	Гіперзбудження	0,73	0,84

Як демонструють результати, представлені в таблиці 1, одержані показники задовольняють існуючі психометричні вимоги та, як наслідок підтвержують відповідність отриманого перекладу, що дозволяє здійснити подальшу адаптацію.

Психометричний аналіз надійності методики. На даному етапі нами було отримано дані стосовно двох аспектів надійності: надійності ретестової та надійності внутрішньої узгодженості.

Ретестова надійність обраховувалась у вигляді коефіцієнта кореляції між двома послідовними тестуваннями з певним інтервалом часу. Як правило, у тестологічній літературі найчастіше називають часовий інтервал від двох тижнів до одного місяця[4]. У нашому дослідженні ретестовий інтервал становив один тиждень.

Отриманий коефіцієнт кореляції під час перевірки ретестової надійності склав $r = 0,75$ ($n = 40$, $p < 0,001$). Це значення задовольняє існуючі в психометричній літературі вимоги до значення коефіцієнта кореляції при перевірці ретестової надійності[4;5].

Для перевірки надійності за внутрішньою узгодженістю, розраховувались статистичні коефіцієнти, що використовувалися авторами при розробці оригінальної англійської версії: коефіцієнт α -Кронбаха та коефіцієнт Спірмена-Брауна. Отримані показники надійності за внутрішньою узгодженістю відображені в табл. 2.

**Показники надійності шкал методики
за внутрішньою узгодженістю дослідження**

№	Субшкали методики	Коефіцієнт α -Кронбаха	Коефіцієнт Спірмена-Брауна
1.	Уникнення	0,72	0,80
2.	Вторгнення	0,69	0,77
3.	Гіперзбудження	0,74	0,85

Як демонструють результати, представлені в табл. 2, одержані показники задовольняють існуючі вимоги та, як наслідок, підтверджують відповідність отриманого перекладу, що дозволяє здійснювати подальшу адаптацію. перекладу, що дозволяє здійснювати подальшу адаптацію.

Результати аналізу валідності. Окрім надійності, у процесі адаптації методики здійснювалась перевірка її конструктивної валідності. Зокрема, відповіді респондентів факторизувались методом головних компонентів з подальшим обертанням VARIMAX з нормалізацією за Кайзером.

Проведений аналіз адекватності факторної моделі даному набору змінних за допомогою обрахування критерію сферичності Бартлетта та міри вибіркової адекватності Кайзера-Маєра-Олкіна (КМО) підтвердив доцільність подального аналізу факторизації: критерій Бартлетта (0,094; $p < 0,001$); КМО (0,815; $p < 0,001$).

Значення критерію Кайзера продемонструвало, що три фактори дозволяють описати в сумі 51,8% загальної дисперсії змінних та узгоджуються з компонентами посттравматичного стресового розладу вбудованими авторами в факторну структуру методики й представлену відповідними пунктами.

Факторна структура підтверджується експлаторним факторним аналізом, що застосовувався для перевірки гіпотези про кількість факторів.

Окрім цього, проводилося встановлення конкурентної валідності методики. З цією метою здійснювалась оцінка кореляції результатів отриманих респондентами за методикою (табл. 3).

Таблиця 3

Показники конкурентної валідності

зрелевантними методиками

	ШОІВТП	МШПТСР	НПН
ШОІВТП		0,726	0,685
МШПТСР	0,726		0,828
НПН	0,685	0,828	

За результатами перевірки, було виявлено високий рівень кореляції між даними методики "Шкала оцінки інтенсивності впливу травматичної події" (ШОІВТП) з методикою "Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу" (МШПТСР)– $r = 0,72$ ($n = 30$, $p < 0,001$). Крім цього, результати методики "Шкала оцінки інтенсивності впливу травматичної події" (ШОІВТП) достатньо високо корелюють з результатами методики "Визначення нервово психічного напруження" (НПН)– $0,68$ ($n = 30$, $p < 0,001$).

Таким чином всі дані, що були представлені вище, дозволяють говорити про високу надійність та валідність адаптованої україномовної методики.

Стандартизація методики. На цьому етапі було розраховано нормативні показники для досліджуваної вибірки. При цьому враховувались повідомлені авторами тестові дані, котрі вказують на те, що показник сирих балів 16 є "критичним значенням" розподілу досліджуваних на зону норми та зону ознак депресії.

Першочергово здійснювалась перевірка нормальності розподілу показників для вибірки студентів та курсантів за допомогою тесту Колмогорова-Смірнова та аналіз діаграми частот [5]. Результати перевірки продемонстрували суттєве відхилення розподілу сирих балів від нормального ($p = 0,001$) в напрямку позитивної асиметрії з

показниками вибіркового середнього $M = 10,90$ та вибіркового стандартного відхилення $\sigma = 6,79$. Цей результат є цілком прогнозованим та узгоджується з даними досліджень авторів методики на середньостатистичній вибірковій сукупності[3]. Дану специфіку розподілу можна пояснити за допомогою врахування представленості депресивної симптоматики, помірно та сильно виражені показники котрої не притаманні "здоровій" популяції. Цей факт призводить до зміщення моди розподілу на початок осі абсцис (відповідає за низькі значення методики).

Враховуючи вибірконе середнє статистичне ($M = 10,90$) та вибірконе стандартне відхилення ($\sigma = 6,79$), визначався "межовий показник" (точки відділення норми від прояву депресії) методики. Обрахувалася частка відповідей, що потрапляють в зону середніх значень та можуть прийматися за зону норми, та частка відповідей, що визначаються як вищі за норму. Обрахування здійснювалося за формулою $M + \sigma$. Результат обчислення дозволяє встановити "межовий показник" на рівні показника сирих балів 17, що лише на один бал відрізняється від "межового показника", встановленого під час розробки методики[3].

Крім цього, вірність "межового показника" підтверджують дані, отримані на клінічній вибірці пацієнтів, у яких діагностовано ПТСР з вираженою коморбідною депресивною симптоматикою ($n = 12$; $M_2=26,51$; $\sigma_2 = 9,52$). Зокрема, застосування формули $M_2 - \sigma_2 = M + \sigma$, де M та σ – вибірконе середнє та вибірконе стандартне відхилення для вибірки студентів та курсантів, а M_2 та σ_2 – вибірконе середнє та вибірконе стандартне відхилення для клінічної вибірки, демонструє, що показники сирих балів від 17 та вище вірно визначають кожного з 12 респондентів клінічної вибірки.

Висновки.

1. Адаптація існуючих та створення україномовних методик психодіагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є життєво необхідним, а тому і перспективним напрямком

психологічних досліджень, особливо у контексті наслідків участі військовослужбовців у бойових діях на Сході України.

2. Запропонований комплекс методик психодіагностики ПТСР у військовослужбовців відповідає психометричним вимогам і може використовуватися у програмах реадптації та реабілітації учасників бойових дій.

Перспективи подальших досліджень. Подальші напрямки досліджень: психодіагностика вікових, статевих та гендерних особливостей проявів ПТСР; методологічне забезпечення процесу реадптації та реабілітації учасників бойових дій.

Список використаних джерел

1. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А.Александровский, О. С. Лобастое, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин.— М. : Медицина, 1991. – 96 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов / Л.Ф.Бурлачук.— [2-е изд.]— СПб.: Питер, 2012. – 384 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова.— СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
4. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников / О.В.Митина.— М.: Смысл, 2011.— 235 с. *ukrainian psychological journal* № 1. – 2016.
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : Учебное пособие / А.Д.Наследов.— СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД – В РОЗРІЗІ ЧАСУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) своїм корінням сягає сивої давнини, він існує так довго, як людство потерпає від травм та стресу спричинених війнами, катастрофами, та проявами насильства [Галкин, 2014]. Поняття ПТСР або порушення пов'язані з стресом травматичним, було впроваджено до класифікації DSM – III у 1980 році, хоча тематика пов'язана з цими розладами має набагато глибшу історію [Малкина-Пых, 2005; Wilson, 1994]. Найдавніше описання впливу травматичних факторів на людську психіку походить з часів панування третьої династії Ур – останній період Шумерської державності. То були часи жорстоких воєн, що точилися між 2112 р. до н. е., та 2003 роком до н. е. У стародавніх текстах тих часів описано почуття тривоги, безпорадності, порушення сну, які спостерігалися у тамтешній популяції [Makara – Studzicka, 2012; Stkpiec, 2006].

Мета даної роботи полягає у висвітленні еволюції посттравматичного стресового розладу в різних джерелах інформації.

1. ПТСР в художній літературі.

Тематика пов'язана з винятково загрожуючими або катастрофічними факторами з'являється у літературі у Гомера, Шекспіра, Діккенса та Ремарка. Фактори катастроф стосуються головних героїв їхніх творів, або безпосередньо самих авторів [Волошин, 2001].

Описання порушень психіки характерних для ПТСР можна знайти в "Одісеї" Гомера, та в працях письменників, що датуються VIII століттям до н. е. У згаданому творі відображено, як Одісей розпитує ветерана троянської війни, який переживає ремінісценції воєнних подій [Ben-Ezra, 2002]. Опис Гомера був настільки вдалим, що одна з сучасних книг у якій описуються наслідки травматичного стресу у американських солдатів, які повернулися з В'єтнаму носить назву: Одісей в Америці: Стрес воєнний і спроби повернутися додому [Shay, 2002].

Спостереження стосовно розладів, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи були не лише у Гомера. Опис психологічних змін і психопатологічних розладів у учасників бойових дій зустрічається в працях таких вчених – філософів та істориків як Геродот, Лукрецій. Ці порушення вони розцінювали як емоційну напруженість, що характеризується тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій та супроводжується зниженням працездатності і позначається на поведінці людей [Wilson, 1994].

Цікавими у зв'язку з цим, є спостереження і досвід полководців минулих воєн стосовно управління поведінкою воїнів у період очікування бою. Так, римляни у бою при Каннах обмежували кількість шеренг, прагнучи уникнути передчасного виснаження психіки воїнів видом битви. У працях Наполеона, Скобелева, Драгомирова містяться дані про вплив психічної напруги на бойову діяльність військ. Наприклад Суворов ретельно стежив, щоб війська не перебували у тривалому очікуванні майбутнього бою, оскільки це призводило до перенапруження психіки і зниження бойової активності [Попов, 2000].

У хроніці Вільяма Шекспіра датованій 1596 роком, описуються переживання Генріха IV – короля Англії. Після повернення з війни Генріх IV страждав на нічні кошмари і уникав всього, що нагадувало йому про війну [BenEzra, 2002].

Через декілька десятків років після Шекспіра Роберт Бартон, відомий гуманіст сімнадцятого століття, у своїй книзі "Анатомія меланхолії", датованій 1621 роком, порушував питання психологічних проблем пов'язаних з наслідками психотравмуючих подій [Тарабрина, 2001].

Свідок епідемії чуми, що мала місце у 1665 році і великої пожежі в Лондоні, що сталася роком пізніше – Семюель Піпс у своєму щоденнику "Повсякденне життя Лондонців" описував переживання людей стосовно психотравмуючих подій того часу [Van der Kolk, 1989].

Один з найвидатніших англійських письменників Чарльз Діккенс в 1865 році, повертаючись до Лондона, потрапив у катастрофу

на залізниці (на той час загинуло 10 осіб і 49 було поранено), сам письменник не постраждав, але болісні спогади тієї катастрофи турбували його постійно, про що він часто писав у листах до свого друга Томаса Міттона [Makara-Studziska, 2012].

У 1929 році побачила світ антивоєнна повість Еріха Марії Ремарка "На заході без змін". У ній представлено вплив воєнних буднів на долю німецьких солдатів під час першої Світової війни. Автор з журналістською скрупульозністю описує їхні емоції, переживання, під час війни, та важкі надокучливі спогади у повоєнний час [Ромек, 2004; Тарабрина, 2001].

Описання психотравмуючих подій та пов'язані з ними страждання людей знайшли своє відображення не лише в англійській літературі, а й у творах вітчизняних класиків, таких як: Пушкін, Грібоедов, Жуковський. Значна частина творів тих часів була присвячена подіям пов'язаним з Вітчизняною війною 1812 року [Ромек, 2004].

Багато письменників в роки війни зверталися до героїчного минулого. Патріотичні ідеї переплетені з психосоціальними особливостями людей та психотравмуючими ситуаціями, які впливають на людську психіку та поведінку знайшли своє місце в таких історичних романах як: "Дмитрий Донской" С. Бородин, "Багратион" С. Голубова, "Порт-Артур" А. Степанова, "Батий" В. Яна, "Генералиссимус Суворов" Л. Раковського, "Емельян Пугачев" В. Шишкова, "Петр Первый" А. Толстого, "Иван Грозный" В. Костильова та інших [Смулевич, 1983].

Загалом проза, яка стосується воєнних та повоєнних подій створена по "гарячих слідах" не відрізнялася художньою досконалістю, а скоріше носила хронологічно-описовий характер, що в свою чергу дозволяє досить точно скласти уявлення про еволюцію і концепцію посттравматичного синдрому.

Подібно як перша, так і друга Світова війна залишила слід трагічних спогадів у творах як зарубіжних так і вітчизняних письменників. Література про війну розпочалась 22 липня 1941 року з

публіцистських статей, розповідей та віршів. У золотий фонд радянської літератури, створеної в роки війни увійшли такі твори як: "Русский характер" А. Толстого, "Наука и ненависть", "Они сражались за Родину" М. Шолохова, "Взятие Великошумска" Л. Леонова, "Непокоренные" Б. Горбатова та інші. Практично у всіх цих літературних шедеврах можна розгледіти нагадування щодо проявів ПТСР у солдатів та мирного населення під час другої Світової війни, а саме: неспокій, дратівливість, агресія, порушення сну, нічні кошмари, виснаження, порушення концентрації уваги [Галкин, 2014; Малкина-Пых, 2005].

Серед зарубіжних авторів найбільшої уваги заслуговують твори Курта Воннегута – "Різня номер п'ять", "Обов'язковий танець зі смертю", у них містяться описи стресових розладів та емоційних переживань людей, пов'язаних з бомбардуванням Дрездена [Ven-Ezra, 2002].

2. ПТСР – перші медичні спостереження.

Одне з перших медичних посилок походить з часів громадянської війни в Америці. В 1861 – 1865 роках лікар Джейкоб Мендес Да Коста виявив та описав прискорення серцебиття у солдатів учасників бойових дій, цей симптом було названо симптомом "солдатського серця" або серцем Да Кости "Da Costa's heart". Психіатричний аспект цього явища не був розпізнаний в ті часи [Erichsen, 1867].

У 1875 році англійський хірург Джон Ерік Еріхсен описав психічні прояви, що спостерігалися у пацієнтів, що пережили важку травму. Він вважав, що ці прояви є наслідком органічних змін. Він був фахівцем у галузі вертебрології та нейрохірургії. Подібні розлади описував і Герман Оппенгейм у 1889 році. Виявлені порушення Оппенгейм назвав "травматичний невроз", і так само як Еріхсен, вбачав органічне підґрунтя у їх розвитку [Terence, 2010].

Під час першої Світової війни інтерес до клініки та діагностики ПТСР різко зріс у зв'язку з збільшенням масштабу психічних порушень серед солдатів, що приймали участь у бойових діях. Як

метод лікування, на той час, застосовувався гіпноз. Прихильником даного методу лікування був Карл Семюель Майєрс. Він був британським військовим психіатром, який вперше використав термін контузія або "артилерійський шок" і помітив сильну схожість цього явища з "травматичним неврозом" та істерією [Hovens, 1996].

Психічними і психологічними проблемами учасників першої Світової війни і громадянської війни в Росії займалися І. Бехтерєв, П. Ганнушкін, Ф. Зарубін, С. Крайц, вони залишили велику кількість задокументованих неврологічних та психічних наслідків військової травми. Окремі описи наслідків пережитого солдатами воєнного стресу були опубліковані в тогочасних часописах, у них йшлося про нав'язливі спогади стосовно загрожуючи життю ситуацій, а також про підвищену дратівливість, неадекватну реакцію на гучні звуки та труднощі пов'язані з концентрацією уваги [Галкин, 2014; Малкина-Пых, 2005].

Видатний Російський хірург, вчений, натураліст Микола Іванович Пирогов під час Російсько – Турецької війни у 1877–1878 роках, в своєму польовому щоденнику писав, що війна це "епідемія травми" [Смулевич, Ротштейн, 1983].

У 1887 році французький психіатр Жан – Мартен Шарко відмітив схожість між травматичним шоком та гіпнотичним станом, а в 1889 році інший француз П'єр Жане звернув увагу на наявність фундаментальної проблеми у пацієнтів, які були нездатні інтегрувати спогади про пережиту травму. Ці важкі спогади повертались до пацієнтів як зовсім свіжі, недавно пережиті події, з'являлися у снах, або обертались поганим самопочуттям [Wilson, 1994].

Австрійський психіатр Зигмунд Фрейд у своїх роботах відзначав, що однією з причин розвитку істерії може бути психічний стрес. Працюючи над цією проблемою зі своїм другом та вчителем Йозефом Брейєром, Фрейд зауважив, що одне з провідних місць у розвитку істеричного неврозу займає пережита в дитинстві сексуальна травма, ці думки він відобразив у своїй книзі "Нариси про істерію", датованій 1895 роком. У подальшому Фрейд продовжив працювати

над теорією сексуального насилля в ранньому віці відповідно до якої причиною розвитку істеричних розладів був передчасний сексуальний досвід. Пізніше з цієї теорії було генеровано поняття Едипового комплексу [Van der Kolk, 1989].

Сам Еміль Крепелін у 1896 році звернув увагу на прояви агресії та тривоги, що виникали після важкого стресу чи поранення і називав ці прояви "Невроз страху" [Малкина-Пых, 2005].

У 1941 році Аврам Кардінер опублікував свою працю "Воєнний травматичний невроз". Ця робота була результатом його досвіду лікування ветеранів першої Світової війни, та обсервації пацієнтів під час другої Світової війни. Багато уваги Кардінер присвятив докладному описанню скарг своїх пацієнтів. Він зазначав, що у пацієнтів спостерігалась підвищена настороженість, вразливість перед небезпекою, що приводило до підвищеної дратівливості та спалахів агресії. Він вважав, що це результат впливу на психіку перенесеної травмуючої ситуації, та створення механізму, який має на меті забезпечення захисту перед болісними спогадами про травму [Makara-Studzińska, 2012].

У своїй монографії "Людина в умовах стресу", датованій 1945 роком, психіатри Грінкер і Шпігель перерахували симптоми, сукупність яких автори позначали як "військовий невроз", на який страждали солдати, які повернулись з полону. До цих симптомів належали: підвищена втомлюваність, агресія, депресія, ослаблення пам'яті, гіперактивність симпатичної системи, порушення концентрації уваги, алкоголізм, нічні кошмари, фобії і підозрілість. Згідно даних Л. Етінгера і А. Строма, 1973 рік, подібні розлади спостерігалися і у в'язнів концентраційних таборів, вони страждали на нічні кошмари, притуплення афекту, ослаблення пам'яті, та напади сильної депресії [Shay, 2002].

Новий інтерес до проблеми ПТСР виник у психіатрів пострадянського простору у зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, що трапилися в останні десятиліття. Особливо важкими, за наслідками, були: війна в

Афганістані 1979 -1989 роки, аварія на Чорнобильській АЕС 1986 року, землетрус у Вірменії 1988 року [Галкин, 2014; Малкина-Пых, 2005].

Війна у В'єтнамі послужила потужним стимулом для досліджень американських психологів та психіатрів. У кінці сімдесятих років вони накопичили значний матеріал про психопатологічні особливості розладів у учасників бойових дій. Схожа симптоматика реєструвалася і в осіб, постраждалих в інших ситуаціях, близьких по тяжкості психогенного впливу. У зв'язку з тим, що виділений симптомокомплекс не відповідав жодній з загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 році Марді Горовіц запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його "посттравматичний стресовий розлад". Пізніше група авторів на чолі з Горовіцом розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM – III), а пізніше практично без змін увійшли до МКХ – 10 [DSM – 5; ICD – 10, 1998].

3. ПТСР в медичних класифікаціях.

Психічні розлади вперше було впроваджено до класифікації МКХ – 6 у 1948 році. В цій класифікації, категорія найближча до ПТСР позначалася як "Гостра ситуаційна дезадаптація" (326.3 Acute situational maladjustment), дана категорія належала до групи "Інші неспецифічні поведінкові порушення (326)". Аналогічно і в класифікації МКХ – 8, датованій 1965 роком, мала місце категорія 307 "Короткотривале (тимчасове) ситуаційне порушення", (307 Transient situational disturbance) [DSM – 5;Wilson, 1994].

У черговій класифікації хвороб, в категорії, що пов'язана з впливом стресу з'являється підкатегорія – "гостра реакція на стрес", (Acute reaction to stress), що була позначена як F 43, (Acute stress reaction) [ICD – 10, 1998].

У сучасній класифікації МКХ – 10, психічні розлади пов'язані зі стресом, позначаються як F 43.1 – посттравматичний стресовий розлад [ICD – 10, 1998; Van der Kolk,1989].

У 1952 році було створено класифікацію DSM і в ній вже була відведена категорія, що називалася "Узагальнені стресові реакції". У 1968 році вищезгадана категорія отримала назву "Реакція адаптації", а в DSM – III було вперше введено поняття ПТСР, і він був відмежований від категорії гострої реакції на стрес [Ben-Ezra, 2002; Stkriec, 2006].

Сильний вплив на визначення критеріїв ПТСР відображених в DSM – III мала теорія Марді Горовіца, у якій він описує психічні реакції на екстремальні ситуації [Shay,2002; Terence, 2010].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Стрес є природним чинником. Стрес особливо виразно проявляється, коли його причиною є ситуація вкрай загрозлива або катастрофічна.

2. Як свідчить аналіз літературних джерел прояви реакції на стрес істотно не змінилися. Натомість змінилися погляди дослідників на природу та наслідки, які має на людину стресова ситуація. Відображенням цих змін є розробка нових методів діагностики ПТСР, які входять до діагностичних критеріїв кожної сучасної класифікації.

Вище викладене висвітлення еволюції посттравматичного стресового розладу свідчить про необхідність розробки системного підходу до проблеми психічного майбутнього особистості, в рамках якого життєві перспективи визначаються як складне системне утворення, що включає в себе ряд взаємопов'язаних між собою компонентів.

Список літератури

1. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференциальной психофармакотерапии / М.В. Волошин / Психиатрия и психофармакотерапия, 2001. – № 4. Т – 3.- С. 32 – 35.
2. Галкин К.Ю. Исторический обзор проблемы посттравматического стрессового расстройства / К.Ю. Галкин, Е.Н. Синельникова. – [Електронний ресурс] Режим доступу:

- <http://www.grazuma.ru/articles/Малкина-Пых> И. Г.
Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Малкина-Пых И. Г. – М. : Издательство Эксмо, 2005. – С. 960 – 961.
3. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид.- СПб.: Речь, 2000. – С. 26 – 29.
 4. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. -СПб. : Речь, 2004. – С. 9 – 14.
 5. Смулевич А.Б. Психогенные заболевания / Смулевич А. Б., Ротштейн В.Г. // Руководство по психиатрии; под ред. А. В. Снежневского. – М. Медицина. Т. 2. – 1983. – С. 86 – 93.
 6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина Н. В. – СПб. : Питер, 2001. – С. 19 – 22.
 7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4th ed. Washington, 2000 [Электронный ресурс] Режим доступа: http://books.google.com.ua/books/about/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Men Ben-Ezra M. Trauma 4000 Years Ago / M. Ben-Ezra // Am. J. Psychiatry. – 2002.- № 159. – P. 1437 – 1437.
 8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – 5) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision>. 1.03.2012.
 9. Erichsen J. E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System / Erichsen J. E. – Philadelphia : Henry C. Lea, 1967. – P. 173 – 179.
 10. Friedman M. J. Handbook of PTSD: Science and Practice / Friedman M. J., Terence M., Resick P. A. – New York : Guilford Pubn, 2010. – P. 6 – 12.
 11. Hovens J. E. Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder / J. E. Hovens // J. Trauma Stress. – 1996. – № 9 (2). – P. 399 – 400.
 12. ICD – 10. Klasyfikacja zaburze? psychicznych i zaburze? Zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Krakow – Warszawa : Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998. – P. 154 – 178.

13. Makara-Studzicka M. Zespol stresu pourazowego- rys historyczny, terminologia, metody pomiaru / M. Makara-Studzicka, I. Partyka, P. Ziemecki // Curr. Probl. Psychiatry. – 2012. – № 13 (2). – S. 109 – 114.
14. Shay J. Learning about combat stress from Homer's Iliad / J. Shay // J. Trauma Stress. – 1991. – № 4. – P. 561 – 582.
15. Shay J. Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming / J. Shay. – New York : Scribner, 2002.- P. 171 – 184.
16. Stkpiec, M. Ensi w czasach III dynastii z Ur: aspekty ekonomiczne i administracyjne pozycji namiestnika w ?wietle archiwum z Ummy / Stkpiec, M. – Warszawa : UWaL, 2006. – S. 14 – 21.
17. Van der Kolk B. A. Janet on post – traumatic stress / B. A. Van der Kolk, P. Brown, O. P. Hart // J. Trauma Stress. – 1989. – № 2-4. – P. 365 – 378.
18. Wilson J. P. The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV / J. P. Wilson // J. Trauma Stress. – 1994. – № 7 (4). – P. 47 – 51.

Т. Г. Дружбана _____

**КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК ФАКТОР
ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Современное общество всё чаще сталкивается с проблемами, связанными с масштабными катастрофами техногенного и социального характера. В нашей стране ситуация осложняется наличием глубокого социально-политического кризиса и экономической нестабильностью. Эти факторы способствуют возрастанию случаев возникновения различных чрезвычайных ситуаций: аварий, взрывов, экологических бедствий. Социальные катастрофы – терроризм, военные конфликты, насилие, несчастные случаи в быту, приводящие к большому количеству человеческих жертв, определяют специфику социального развития современного

общества. Среди психотравмирующих ситуаций подобного рода особое место занимают военные локальные конфликты.

Во всём мире, имеется множество очагов напряжённости, сопровождающихся ведением активных боевых действий. Участники локальных конфликтов подвергаются запороговому по степени интенсивности воздействию факторов экстремальной обстановки, последствиями которого становится возникновение психических и психосоматических расстройств. Основная проблема, возникающая в связи с образованием и развитием этих нарушений, заключается в том, что они оказывают влияние на все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к выраженным характерологическим изменениям и в значительной степени определяют развитие личности.

Неутешительная статистика последствий воздействия психотравматических ситуаций – смертность, суициды, патохарактерологические и функциональные расстройства, социальнопсихологическая адаптация – показывает необходимость оказания комплексной помощи участникам боевых действий [1].

В отечественной психологии проблеме ПТСР долгое время не уделялось должного внимания, и только в последние десятилетие появились единичные, крайне разрозненные и противоречивые исследования, посвящённые различным её аспектам [2]. Тем не менее многие феномены, представляющие собой более частные и специфические вопросы генезиса постстрессового расстройства пока ещё не представлены в числе хорошо изученных и описанных проблем.

Одним из условий развития ПТСР выступают структуры, связанные с социально-психологическими особенностями личности. В литературе [3] отмечается, что способы мышления, особенности характеристик мыслительных организаций в значительной мере обуславливают общий настрой человека на психотравмирующую ситуацию. Следовательно, от того, как происходит формирование

умственных действий, зависят и динамика развития ПТСР, и использование психологических защит, и особенности адаптации человека к окружающей действительности.

Цель нашего исследования состояла в определении связи между психологическими защитами и уровнем критического мышления у участников локальных конфликтов в процессе развития ПТСР.

В экспериментальном исследовании принимала участие группа профессиональных военных, состоящая из 92 человек. У всех обследованных в анамнезе отмечается наличие ситуации "исключительно угрожающего характера" (то есть все военнослужащие реально участвовали в боевых действиях и подвергались смертельной опасности). В процессе диагностического исследования отбирались комбатанты с выраженными симптомами постстрессового расстройства – 60 человек (группа 1). Группу сравнения составили 32 военнослужащих, также принимавших участие в военных действиях, но без признаков развития ПТСР-симптоматики (группа 2). В среднем возраст обследованных военнослужащих составляет от 30 до 40 лет.

По результатам беседы в числе особенностей обследованной группы можно упомянуть следующие: 18 респондентов (30%) группы 1 и 2 респондента (6,3%) группы 2 отметили у себя развитие желудочно-кишечных заболеваний во время или после воздействия экстремальных факторов; 11 респондентов (18,3%) группы 1 и 3 респондента (9,4%) группы 2 говорят о влиянии травматического эпизода на нервную систему. Ранения в период прохождения службы получили 14 обследованных группы 1 (23,3%) и 2 обследованных группы 2 (6,3%). Адаптационный период у 17 (28,3%) комбатантов группы 1 и 6 комбатантов группы 2 (18,8 %) был осложнён разводом или разрывом отношений с близкими людьми. Кроме этого, около 20% тестируемых в группах не получило эмоциональной поддержки от значимого окружения после возвращения домой.

Военнослужащие по призыву (рядовые и сержанты) составили 76 %; военнослужащие по контракту 24%; в том числе, рядовые,

сержанты и прапорщики 10%, младшие офицеры 12%, старшие офицеры 2%.

5 военнослужащих (5,4% от общей выборки) проживают в сельской местности или населенных пунктах численностью до 100 тыс. человек. Этот фактор обуславливает дополнительные трудности социально-психологической адаптации, так как в настоящее время трудоустройство и медицинское обслуживание, имеющее огромное значение для ветеранов с последствиями тяжелых ранений и ампутациями, в сельской местности и небольших городах чрезвычайно затруднено. В анкетах многие ветераны указывают на крайне неудовлетворительное медицинское обслуживание по месту жительства, на факты бесчеловечного отношения к ним медицинских работников, которые снимают инвалидность с нетрудоспособных людей, лишая их пенсии, которая является для них едва ли не единственным источником существования.

Суицидальные попытки выявлены у 17% респондентов в группе 1 и у 2% в группе 2. Как выяснено в ходе интервьюирования, толчком к совершению попыток суицидов становятся, главным образом, тяжелейшие материальные условия жизни ветеранов. Суицидальные мысли возникали еще у 30 % респондентов и у 7% в группе 2. Оценивая характеристики суицидального поведения, необходимо учитывать, что, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 25 случаев завершенных самоубийств в год на 100 тысяч человек является критической планкой, свидетельствующей о социальном неблагополучии общества. Среди обследованной нами группы ветеранов процент суицидальных попыток значительно превышает даже очень высокий общероссийский уровень и является одним из ведущих показателей наличия у них социально-психологической дезадаптации.

Важнейший показатель социально-психологической адаптации – уровень трудовой активности. Всего среди опрошенных работают 48%. 86% работающих ветеранов имеют рабочие специальности, занимаются физическим или ручным трудом низкой квалификации, а

также сельскохозяйственным трудом. Причиной отсутствия работы 38 % называют инвалидность. Подавляющее большинство неработающих высказывало желание найти подходящую работу. Источником дохода для 37% ветеранов является пенсия, 10% живут на пенсию и работают, 8% находятся на иждивении семьи и не получают пенсий и льгот. Доходы у 65% в 2004 году не достигали 2000 рублей в месяц на одного человека в семье. По данным Госкомстата, прожиточный минимум по итогам 2002 года составил 1908 рублей в месяц на одного человека. Таким образом, больше половины респондентов живут за чертой бедности.

13% опрошенных не имеют законченного среднего образования. Среднее образование имеют 15 % респондентов. 62% получили среднее специальное или среднее техническое образование, 12% имеют высшее или незаконченное высшее образование (практически все – офицеры). Продолжить образование после службы в армии удалось 26% респондентов.

Клинически у большинства ветеранов отмечаются хотя бы отдельные симптомы, входящие в критерии ПТСР и свидетельствующие о наличии психологического и социально-психологического неблагополучия. К числу наиболее частых из них относятся: ухудшение памяти (62%), бессонница (чаще, чем 1 раз в неделю – у 48% респондентов), ночные кошмары (46 %), тревога (21%), немотивированная враждебность по отношению к окружающим (22 %) и разного рода фобии (12%).

Таким образом, для участников локальных конфликтов, имеющих ПТСР, характерны признаки дезадаптации, к которым мы отнесли: суицидальные попытки, аддиктивные состояния, наличие серьезных правонарушений, общую неудовлетворенность своим существованием и отсутствие осмысленных жизненных перспектив. В группе 2 мы наблюдали достаточный уровень социально-психологической адаптации, способность адаптироваться к правилам и нормам жизни гражданского общества, поиск адекватной своему состоянию здоровья деятельности, более качественную семейную

адаптацию, достаточно широкий круг общения, низкий уровень аддиктивности, серьезных правонарушений. Практически все они более или менее удовлетворены своей жизнью, что может являться свидетельством приемлемого уровня качества жизни.

Для выявления лиц имеющих симптомы ПТСР той или иной степени выраженности, мы использовали опросник травматического стресса (ОТС), в ходе которого было установлено, что для лиц имеющих симптомы ПТСР выраженным являются нарушения памяти и концентрации внимания, то есть нарушения когнитивных процессов, которые затрудняют полноценное восприятие информации об окружающей действительности. Такие проблемы могут стать помехой не только в повседневной жизни, но и быть препятствием в вопросах трудоустройства.

Для испытуемых, не имеющих ПТСР, выраженными являются непрошенные воспоминания, что свидетельствует о негативных психических изменениях, которые носят обратимый характер.

В ходе работы также проводилось определение ведущих психологических защит в группе лиц с проявлениями ПТСР (1-я или экспериментальная группа) и в группе, где диагностические методики не выявили наличие какого либо отклонения (2-я или контрольная группа). В качестве диагностического материала использовался опросник Плутчика– Келлермана– Конте (Life Style Index), а также тест защитных механизмов Эго по Фрейду в модификации Г.А. Аминова и Э. Г. Аминова.

В дальнейшем мы изучали корреляционные взаимоотношения между такими переменными как основные симптоматические группы ПТСР и ведущие психологические защиты. В нашей работе мы использовали (выборочно) методику исследования социальной адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, благодаря которой было установлено, что для испытуемых в группе 1 (имеющей симптомы ПТСР) характерно: ранимость, недоверчивость, отгороженность, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, склонность к агрессивному, саморазрушающему

поведению. Кроме этого, у участников боевых действий нередко отмечается усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенной чувствительности к несправедливости, "застывание" на негативных переживаниях. Если сила или продолжительность неблагоприятных внешних воздействий превысит индивидуальные приспособительные возможности человека, происходит "слом адаптационного барьера". При дальнейшем развитии стратегий адаптации, уже в мирной жизни, в условиях активизации низших психологических защит, актуализируются переживания, характерные для депрессии: беспомощность, тревога, утрата самоидентификации, тенденции к самообвинению и обвинению окружающих. Данная стратегия соотносится с типом переживания личностного кризиса, который выделил Р. Ассаджиоли. Индивид не способен воспринять происшедшее с ним и интегрировать данный опыт. Вся позитивная энергия переживания тратится на сопротивление внутренним барьерам и комплексам. В результате наступает астенизация, часто сопровождающаяся потерей смысла, "Я" человек находится в разинтегрированном состоянии. Вместе с тем положительный конструктивный элемент подобного способа переживания и совладания с травмой заключается в активизации и высвечивании основных внутриличностных противоречий и препятствий, которые указывают на путь к интеграции. Таким образом, основная задача психологической коррекции при дезадаптации – работа по осознанию внутренних противоречий и укреплению "Я".

При преобладании симптомов избегания, вытеснение истинных причин тревог, при достаточно высоком уровне интеграции "Я" происходит частичное осознание и осмысление пережитого. Личность изменяется, но не полностью и временно. Как только сила переживания ослабевает, личность возвращается к своему прежнему состоянию. Только при собственно адаптивной стратегии происходит совладание со стрессом, связанное с переосмыслением травмы, реальным определением ее роли в жизни, формированием планов на будущее. Подобные явления наблюдаются в группе 2.

Таким образом, для участников локальных конфликтов характерны физиологические, эмоциональные, социально-психологические и социальные проблемы. Комбатантов, имеющих ПТСР отличают раздражительность, агрессивность, расстройства сна, нарушение концентрации внимания, навязчивые воспоминания. Основным эмоциональным состоянием является депрессия, которая ослабляет защитные силы организма и приводит к дезадаптации. Для восстановления внутреннего комфорта используется избирательная активность, которая позволяет снижать уровень психического напряжения. Участники боевых действий без выраженного ПТСР более адаптированы в социальной действительности, основным эмоциональным состоянием является тревога, которая активизирует социальную активность и, соответственно, актуализирует копинг-поведение личности в сложных ситуациях.

Существенная роль в становлении личности, в формировании мышления отводится процессу развития способностей человека, в его способности критически осмысливать свои действия, осуществлять их анализ и применять приобретенные знания и умения, позволяющие им активно развиваться в настоящем и осваивать новые способы деятельности в будущем.

Критическое мышление напрямую связано с адаптацией человека в обществе. Развивая критическое мышление, человек по-новому смотрит на вещи, происходит новая оценка травмирующего психику события, формируются новые установки на будущее. Внешне это проявляется в том, что меняется отношение человека к обстановке, породившей болезнь, болезненные переживания утрачивают свою значимость, актуальность. Эмоциональная напряженность, а вместе с тем и психотравмирующее действие сохраняются, пока не принято решение, как действовать дальше, не выбрана твердая линия поведения – "стратегия поведения". А это возможно только при развитии критического мышления.

Исследование критического мышления проходило по двум направлениям – это исследование уровня критического мышления

Д. А. Шарова и исследование качеств критического мышления
Д. А. Шарова. Исследование уровня критического мышления выявило, что в группе 1 (участники боевых действий с ПТСР) низкий уровень критического мышления. То есть, эти люди, воспринимая окружающую действительность, воспринимают ее непосредственно в тех смыслах, в которых она представлена.

В группе 2 (участники боевых действий без ПТСР) выявлен средний уровень критического мышления. Человек умеет решать проблемы; проявляет известную стойкость в решении проблем; контролирует себя, свою импульсивность; открыт для других идей и сотрудничества; умеет слушать собеседника; эмпатичен; терпим к неопределенности; умеет рассматривать проблемы с разных точек зрения; умеет устанавливать множественные связи между явлениями; терпимость к мнению окружающих; рассматривает несколько возможностей решения какой-то проблемы; часто задает вопрос "что, если...?"; умеет строить логические выводы; размышляет и оценивает свои чувства и мысли; умеет строить прогнозы, обосновывать их и ставить перед собой обдуманые цели; может применять свои знания и навыки в различных ситуациях; любознателен; активно воспринимает информацию.

Уровень критического мышления определяет особенности ПТСР, в частности, использование человеком психологических защит. Чем выше у человека уровень критического мышления, тем более вероятно, что он будет использовать "высшие" психологические защиты и тем легче он будет адаптироваться в обществе. И наоборот, чем ниже уровень критического мышления, тем вероятнее использование низших психологических защит и труднее процесс адаптации. То есть чем более выражена у человека способность анализировать, сравнивать, осмысливать и размышлять, тем меньше ему необходимо прибегать к забыванию, помогающему справиться с неосуществимыми или пугающими желаниями.

Высокий уровень критического мышления и выраженные качества критического мышления обуславливают защитное поведение, связанное с поиском объектов, способов, возможностей для удовлетворения потребности в душевном комфорте, а это есть проявления активности человека. Психологические защиты образуют целостную систему, которая поддерживает душевное равновесие и позволяет справляться с трудностями и стрессами. Например, рационализация. Данный тип Эгозащиты признается одним из наиболее эффективных видов психологических защит, и обозначает достаточно неопределенный набор отдельных когнитивных механизмов. В основе рационализации лежат вполне осознаваемые и контролируемые процессы вербально-логического мышления. Чаще всего эти механизмы используются в целях сохранения Я-концепции при необходимости разрешения внутренних конфликтов. Рационализация регулирует эмоциональные переживания субъекта, сопровождающие предвидение и ожидание негативных результатов своих действий. Эта защита "готовит" личность к неудачам, снижая субъективную значимость событий и тем самым уменьшая травматичность негативных жизненных обстоятельств.

Чем выше уровень критического мышления у человека, чем более развиты у него качества критического мышления, тем выше уровень социально-психологической адаптации. Результаты исследования уровня социально-психологической адаптации показали, что участники локальных конфликтов с ПТСР дезадаптированы и испытывают серьезные проблемы в жизни, в то время как участники без ПТСР адаптированы и находят возможности и способы дальнейшего саморазвития. Поэтому важнейшей психологической коррекционной задачей является задача формирования критического мышления у людей, воевавших в горячих точках, имеющей целью – помогать человеку адаптироваться в социальной действительности.

Таким образом, по результатам проведенного диагностического исследования нами были сформулированы следующие выводы:

Проблема социально-психологической адаптации и психологической реабилитации лиц, принимавших участие в боевых действиях, на сегодняшний день остается актуальной. Статистика показывает, что эти люди являются особым контингентом, имеющим проблемы не только социальные, но и криминальные. Несмотря на многочисленные проведенные психологические исследования особенностей комбатантов, остается много вопросов, решение которых позволит более эффективно оказывать этим людям психологическую помощь. Серьезной психологической проблемой участников локальных конфликтов является социально-психологическая дезадаптация. В настоящей работе предпринята попытка расширить представления о факторах социально-психологической адаптации комбатантов.

Целью исследования явилось определение связи между уровнем критического мышления и психологическими защитами у участников локальных конфликтов. Поставленная цель обусловлена теоретическими положениями об особенностях адаптационного периода людей, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство. Нахождение в зоне боевых действий, участие в боевых операциях, постоянное ощущение опасности и переживание за судьбу сослуживцев являются условием для развития посттравматического стрессового расстройства. Однако особенности его протекания и степень выраженности во многом зависят от того, каковы характеристики когнитивной сферы человека. Важнейшим фактором, определяющим протекание данного расстройства, является критическое мышление, которое понимается как психологический механизм, выполняющий рефлексивную и оценочную функции в регуляции мышления. Рассматривая критическое мышление как рефлексивный механизм, в нем выделяются этапы: определение и пространствование границ, собирание и связывание границ, организация и систематизация границ. Функционирование рефлексивного механизма находит свое отражение в интегративных качествах: логичности, целостности, организованности.

Мы предположили, что критическое мышление определяет протекание посттравматического стрессового расстройства и социально-психологическую адаптацию. Проведя исследование, мы определили, что характерными состояниями для участников локальных конфликтов являются депрессия, агрессивность, сверхбдительность, проявляющиеся как беспомощность, утрата самоидентификации, тенденция к самообвинению и обвинению окружающих. Психологические защиты чаще используются комбатантами, имеющими посттравматическое стрессовое расстройство, наиболее выражены такие психологические защиты как замещение, отрицание, вытеснение. Участники локальных конфликтов с выраженным посттравматическим стрессовым расстройством имеют низкий уровень социально-психологической адаптации. Уровень критического мышления определяет протекание посттравматического стрессового расстройства и социально-психологическую адаптацию посредством влияния его на психологические защиты. Чем выше у комбатанта уровень критического мышления, тем более вероятно использование им "высших" психологических защит и тем легче он будет адаптироваться в обществе. И наоборот, чем ниже уровень критического мышления, тем вероятнее использование низших психологических защит и труднее процесс адаптации.

Проведенное исследование показало необходимость разработки психокоррекционной программы, целью которой явилось формирование у участников локальных конфликтов критического мышления. Работа в рамках предложенной программы предполагает длительный процесс психологической работы, включающий все основные виды психологической помощи: психологическое консультирование, психологическое просвещение, психологическая профилактика, психологическая диагностика и психологическая коррекция. Поэтому данная программа может быть реализована как в социально-психологических центрах, где осуществляется реабилитация участников боевых действий, так и в лечебно-профилактических учреждениях как часть терапии.

Результаты проведенного исследования могут стать основой для разработки методических рекомендаций для психологов, работающих с участниками локальных конфликтов, могут быть использованы в тренинговой работе с этими лицами и могут быть включены в содержание программ учебных курсов для психологов и социальных работников.

Примечание

Термин "участники локальных конфликтов" в нашей работе используется наряду с общепринятым в тематических работах понятием "комбатанты".

Библиографический список

1. Аствацатуров М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Воен. мед. журн. – 1912. – Т. V. – С.68–88.
2. Китаев-Смык Л.А. Психология и концепция стресса // Хрестоматия по психологии ; под. ред. А.В. Петровского. М. : Просвещение. – 1987. – С. 250–260. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества // Социокультуральные проблемы современной психиатрии : материалы VIII научных Кербиковских чтений. – М., 1994. – С. 88–94. Краснянский А.Н., Морозов П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов Афганской войны // Съезд психиатров России, 12-й : материалы. – М., 1995. – С. 161–162.
3. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов. – Психологический журнал – М., 1998. – Т. 19. – № 2.

**"KILLOLOGY" – НАУКА ОБ УБИЙСТВЕ –
В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ
СИЛОВЫХ СТРУКТУР США**

После окончания Второй мировой войны в США вышла книга полковника Маршалла под названием "Люди против огня: проблема командования в будущей войне". На основании социологического исследования, которое автор, будучи военным историком, провел среди солдат и сержантов боевых подразделений армии США на Европейском и Тихоокеанском ТВД, Маршалл пришел к парадоксальному выводу: в бою только от 15 до 25% солдат оказывались в состоянии вести прицельный огонь по противнику из личного оружия.

Причину этого явления Маршалл и затем позднейший исследователь феномена убийства на войне – основатель своеобразного научного направления "killology" – Д. Гроссман вполне в духе ортодоксально-религиозной Америки 1950-х видели в органически присущем человеку отвращению к убийству себе подобных. "Не может быть никаких сомнений в том, – пишет, например, Гроссман, – что это сопротивление убийству ближних существует в результате мощного сочетания инстинктивных, рациональных, экологических, наследственных, культурных и социальных факторов".

Материалы исследования и их обсуждение

Эта "теория" не раз вызывала критику. Как отмечают современные исследователи, например, Р. Энген, опросы Маршалла грешили недостаточной научной чистотой: сохранилось, например, только 2 блокнота с записями, хотя, по заявлению самого генерала, он опросил солдат и сержантов более 600 (!) рот, да к тому же "многие ветераны, действия которых [Маршалл] описывал "документально" в своих книгах, горько жаловались на его неточность или откровенную предвзятость" [1, URL: [www.canadianmilitaryhistory.ca/...](http://www.canadianmilitaryhistory.ca/) Дата обращения: 31.07.2015.]. Ко всему прочему, Маршалл и Гроссман за

свою военную карьеру сами лично никого не убили, что позволило одному из участников военно-исторического форума с юмором заметить: "Я не пытаюсь рассказать, беременным женщинам, каково это – быть беременной, я не ожидаю, что непосвященные расскажут мне, каково это – убивать" [5, URL: www.military-history.us/.../s-lamarshall-men-against-fire. Дата обращения: 01.08.2015.]. И все же, несмотря на то, что сам термин "killology" не является в американской психолого-педагогической науке общепринятым, идеи Маршалла и Гроссмана оказали и оказывают определенное влияние на характер подготовки служащих силовых структур.

Например, игнорировать тревожные предупреждения Маршалла о недостаточной агрессивности американского солдата стало совершенно невозможно в условиях эскалации вмешательства США в войну во Вьетнаме в 1965 году. Мириться с таким нерациональным использованием ресурса "человечьей силы" генералы не собирались; по верному замечанию Д. Гроссмана, "уровень 15-20% стреляющих солдат подобен 15-20% уровню грамотных среди корректоров" [2, р. 27]. Забота о рентабельности "производства смерти" также, очевидно, имела место. Например, было подсчитано, что с 7 января по 24 июля 1969 года, снайперы армии США во Вьетнаме имели 1245 подтвержденных убийств, в среднем затрачивая 1,39 пули на убийство. Этот показатель выгодно отличался от 50 000 патронов, тратившихся в среднем на каждого убитого вьетнамца [Ibid, р. 33].

За дело взялись с американской деловитостью и основательностью, решившись с опорой на теорию условного рефлекса И. П. Павлова и оперантное кондиционирование Б.Ф. Скиннера помочь американскому солдату превозмочь страх убийства, тем более что страх убивать и страх быть убитым, по мнению американских психологов, находились в тесной диалектической взаимосвязи.

В результате родилась технология подготовки солдата, слагавшаяся из трех последовательных этапов. "Триадой методов, используемых для достижения замечательного увеличения убийств –

пишет Гроссман, – являются: десенсибилизация (думать о невысказанном), кондиционирование (делать невысказанное), и отключение защитных механизмов (отрицание невысказанного)" [Ibid, p. 47].

Десенсибилизация – или "обесчувствливание" – достигалась примерно теми же средствами, что показаны в повести Р. Флэнагана "Черви" (1971) и в фильме С. Кубрика "Цельнометаллическая оболочка" (1987). А вот как описывает это некто Джек – ветеран войны во Вьетнаме: "Я орал "убей, убей", пока не охрип. Мы орал, пока занимались штыковым и рукопашным боем. Когда мы маршировали, мы пели: "Я хочу быть десантником,.. я хочу убить вьетконга". Я оставил охоту, когда мне было шестнадцать. Я ранил белку. Она смотрела на меня своими большими, мягкими карими глазами, пока я не положил конец ее страданиям. Я чистил свое оружие, но никогда не брал его в руки с тех пор. В 1969 году я был призван, имея очень неопределенное представление о войне. Я не имел ничего против вьетконга. Но по окончании базовой подготовки, я был готов убить их" [Ibid, p. 69]. Личные впечатления Д. Гроссмана более красочны: "В 1974 году, когда я был в учебке, мы исполняли много таких песнопений. В том, которое было только немного более экстремальным, чем большинство, повторялось (акцентировано выкрикивалось под шаг левой ногой): "Я хочу НАСИЛОВАТЬ, УБИВАТЬ, ГРАБИТЬ ЖЕЧЬ, ЖЕЧЬ, ПОЕДАТЬ мертвых ДЕ-Е-Е-ТЕЙ" [Ibid, p. 88].

Американским солдатам внушали, что их долг заключается не в том, чтобы быть храбрым или хорошо сражаться, а в том, чтобы просто убивать как можно больше людей. Технология была достаточно эффективна: как видим, она позволяла даже в мягких и чувствительных людях посеять семена жажды убийства (о цене решения этого вопроса речь пойдет чуть позже).

Если, по утверждению Д. Гроссмана, такие грубые формы десенсибилизации отошли в прошлое в американской армии, то следующие два технологических этапа подготовки к убийству используются в силовых структурах США до сих пор.

Кондиционирование заключается в стрелковой подготовке, условия которой максимально приближены к реалиям боя: солдат ведет огонь в полной выкладке по антропоморфной мишени. И, следуя теории Б.Ф.Скиннера, нужный навык подкрепляется похвалой инструктора, значком за меткую стрельбу или добавлением трех суток к отпуску. Этот этап тесно связан с последующим: отключению защитных механизмов психики способствует самоубеждение солдата в результате многократного поражения мишеней в форме фигуры человека в том, что в момент убийства он всего лишь поражает очередную мишень. Такой подход приносит плоды. Один британский ветеран Фолклендской кампании (1982), обученный современным методом, рассказывал Д. Гроссману, что он "думал, что враг нечто более или менее похожее на цель на рисунке II (человек-в-форме)" [Ibid, p. 93]. Таким же образом, американский солдат может убедить себя, что он стреляет по силуэту Е-типа (человека-в-форме, оливково-серой мишени), а не по человеческому существу.

Но самое любопытное заключается в том, что *отключению защитных механизмов* способствует соблюдение по крайней мере одному из четырех типов дистанции между убийцей и жертвой:

- культурной дистанции, опирающейся на расовые и этнические различия, которые позволяют убийце дегуманизировать жертву (лозунг – "низшие формы жизни"). Например, 44% американских солдат во время Второй мировой войны говорили, что они очень хотели бы убить японского солдата, но только 6% выказывали такую же степень энтузиазма по поводу убийства немцев;
- моральной дистанции, принимающей вид мировоззренческой или сформированной уверенности в моральном превосходстве и необходимости мщения по типу суда Линча (особенно характерна для гражданских войн). Враг еще человек, и его убийство является актом правосудия, а не истребления ("они все преступники");
- социальной дистанции, заключающейся в мировоззренческом или сформированном представлении о конкретном классе, как

стоящем ниже человеческого уровня в социально стратифицированной среде ("социальные жертвы");

- механической дистанции, которая обеспечивает "стерильную нереальность убийства, подобную игре в "нинтендо" – убийства посредством поражения метки на телеэкране, радаре, через тепловизор, снайперский прицел или некоторый другой вид механического буфера, что позволяет убийце отказать в человеческой сущности своей жертве ("я не вижу людей...").

Американские психологи называют это "процессом выработки искусственного презрения к человеку-мишени". Так, у полицейских преобладает отрицание и презрение к роли социальной жертвы преступника или подозреваемого; у военных – отрицание и презрение к человеческому достоинству и человеческой сущности противника. Это умственный процесс, которому весьма способствует распространение технологических новинок на поле боя, закрепляется и усиливается каждый раз, когда стрелок посылает пулю в цель.

Несмотря на прокламируемые достоинства технологии убийства, выражающиеся прежде всего в росте "показателя стреляющих" солдат (ratio of fire), она, как очень скоро стало очевидным для американцев, имела и существенные издержки. Издержки эти заключаются в катастрофическом росте числа военнослужащих, принимавших участие в войне во Вьетнаме, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Все причины этого сложного явления не могут быть удовлетворительно отражены в рамках данной статьи. Укажем только, что одной из причин, непосредственно связанной с внедрением в подготовку военнослужащих технологии формирования способности к убийству, является то, что многократное проигрывание факта убийства в уме порождает ощущение реального участия в убийстве и как следствие – способствует развитию психологической травмы даже у лично не убивавших. Зомбирование солдата приводило к сужению его сознания и фактически ограничивало адаптационные возможности психики. Об этом свидетельствует отсутствие значимых различий в статистике

страдающих от ПТСР среди "боевых солдат", непосредственно принимавших участие в боевых действиях, и "нонкомбатантов" – военнослужащих тыловых и обеспечивающих подразделений.

В вышедшем в 1995 году оригинальном исследовании "Об убийстве: психологическая цена обучения убивать в армии и обществе" военный психолог, бывший подполковник армии США Дэйв Гроссман дал развернутую ретроспективную характеристику поведения человека в бою, а также показал влияние убийства на психику человека, связав его с уровнем психогенных потерь на войне и ПТСР у ветеранов боевых действий.

По его мнению, существуют четыре модели реакции на опасность: дихотомия *борьбы-бегства* соответствует вариантам поведения любого существа, столкнувшегося с угрозой, исходящей не от представителей их собственного вида. В противном случае набор опций расширяется, включая *позерство и подчинение*. Очевидно, что действия солдата или полицейского лежат в выборе одной из этих четырех моделей, причем, как убеждает нас Гроссман, преобладающими являются последние две. "Когда человек пугается, – пишет Гроссман, – он буквально перестает думать своим передним мозгом (то есть, разумом) и начинает думать средним мозгом (той частью мозга, которая по сути ничем не отличается от животного), а по логике животного тот, кто производит больше шума или представляет себя более крупным – тот победит" [2, р. 56].

Позерство можно увидеть в высоких гребнях на шлемах древних греков и римлян, в сияющих доспехах средневековых рыцарей, ярких мундирах и плюмажах на тяжелых, неудобных киверах солдат наполеоновской эпохи. Все эти военные аксессуары служили одной цели: позволяли их владельцам выглядеть и чувствовать себя более высокими, более опасными существами и производить то же впечатление на противника. В наше время это же стремление можно увидеть в агрессивной расцветке камуфлированного обмундирования некоторых армий.

В течение столетий боевые кличи солдат заставляли стынуть кровь в жилах их противников. Будь то боевой пэан греческой фаланги, "ура!" русской пехоты, пронзительный плач шотландской волынки – солдаты всегда инстинктивно стремились устрашить врага через ненасильственные средства до физического контакта, подбадривая друг друга и производя на врага впечатление своей свирепостью, и одновременно обеспечивая себя эффективным средством снижения аналогичного воздействия противника. Еще в большей степени эффект позерства позволило достигнуть появление пороха на полях сражений. Треск мушкетных, а после и винтовочных выстрелов, автоматных и пулеметных очередей обеспечивал тот шумовой эффект, при котором человеческая психика обретала возможность функционирования среди крови и ужасов боя.

Ну а поскольку использование модели позерства, по крайней мере, в животном мире, не предполагает реального столкновения с врагом, то для большинства солдат, по мнению Гроссмана, в бою это выступает дополнительным стимулом стрелять поверх голов противника или не стрелять вовсе.

В подтверждение этой точки зрения Гроссман приводит множество аргументов, например, о невысокой результативности стрельбы из сомкнутого строя в эпоху дымного пороха и гладкоствольного оружия. На самом деле вести прицельную стрельбу в этом случае не представлялось возможным в принципе, поскольку после первого залпа поле боя буквально застилало дымом, последующая стрельба велась просто по направлению к противнику. Но и в этом случае первый залп мог быть убийственным: известно, что когда в сражении при Фонтенуа (1745) французы галантно уступили право первого залпа англичанам, следствием были огромные потери французской гвардии. По–настоящему убийственной была стрельба из стрелковой цепи – об этом говорит само название таких солдат – "застрельщики". Это заставляет предположить, что значение имела скорее индивидуальная подготовка и отсутствие помех со стороны соседей в шеренге. Также не раз отмечалось, что уверенность в

превосходстве своего оружия придавало бойцам хладнокровия и повышало точность огня.

Другой факт – уже из истории индейских войн: "Люди генерала Крука сделали 25 000 выстрелов на Роузбад-крик 16 июня 1876 г., что привело к 99 жертвам у индейцев, или добились одного попадания на 252 выстрела" – трактуется автором в пользу того, что, не желая смерти ближнему, солдаты стреляли поверх голов. Если вспомнить о неоднократных случаях резни индейцев армией США трудно поверить в такой альтруизм. Скорее, бешено мчавшийся всадник, совершавший разнообразные маневры уклонения, чтобы не служить янки живой мишенью, был довольно–таки трудной целью.

Ну а ссылка на то, что в годы Второй мировой войны на долю менее 1% пилотов американского авиакорпуса приходилось 30–40% сбитых вражеских самолетов, что якобы подтверждает "теорию", гласящую, что только приблизительно 2% людей ("агрессивных психопатов") способны убивать, не испытывая угрызений совести, и вовсе не выдерживает критики. Как известно, задача неопытных летчиков в воздушном бою заключалась в том, чтобы просто не потерять ведущего, надежно прикрывая его своим телом. Стрелять начинали, только научившись, как следует пилотировать, но до этого надо было еще дожить.

Больше нежели позерство, по мнению Гроссмана, в бою распространено следование модели подчинения, которое проявляется в том, что "нестреляющие" солдаты были готовы заниматься чем угодно: доставлять донесения, оказывать помощь раненым и помогать при их транспортировке, подносить боеприпасы и т.п., но только не вести огонь по врагу, даже в случае явной угрозы собственной жизни.

Еще один пример: "После битвы при Геттисберге, на поле сражения было собрано 27 574 мушкетов. Из них почти 90 процентов (двадцать четыре тысячи) были заряжены. Двенадцать тысяч из этих заряженных мушкетов оказались заряжены больше чем один раз, и шесть тысяч из этих многократно заряженных ружей имели от трех до десяти пуль в стволе. Одно ружье было заряжено двадцать три раза...

Очевидный вывод заключается в том, что большинство солдат даже не пытались убить врага. Большинство из них, похоже, даже не хотели стрелять в противника... Имеющиеся данные указывают на то, что по крайней мере половина солдат в эпоху сражений черного пороха не стреляли, и лишь ничтожный процент из тех, кто стрелял, ставил целью убить врага" [2, p. 101].

Вывод, надо сказать, не столь очевиден. В частности, самое простое объяснение может заключаться в том, что подобранные ружья могли принадлежать убитым или бежавшим с поля боя – в первом случае из них просто не успели выстрелить, во втором – и не собирались стрелять. Конечно, нельзя сбрасывать со счетов и то обстоятельство, что упомянутое сражение относится к периоду гражданской войны между Севером и Югом; вряд ли американские солдаты так уж горели желанием истреблять соотечественников.

В результате, Гроссман приходит к выводу: "Убеждение, что большинство солдат не будет убивать противника в ближнем бою, противоречит тому, чему мы хотим верить, противоречит тому, что нам рассказывали на протяжении тысячи лет военной истории и культуры" [Ibid, p. 98]. Судя по всему, с этой позицией были знакомы разработчики "Кредо солдата", текст которого обсуждался в конгрессе США в ноябре 2003 г., что придает ему характер важного государственного документа. В одном из положений кредо недвусмысленно прописано: "Я пребываю в готовности к развертыванию и уничтожению врагов США в ближнем бою" [10, с. 213].

Соответственно, именно инстинктивный страх причинить повреждения и смерть человеческому существу в ближнем бою, когда солдат может различить лицо противника, а также наблюдать результаты применения своего оружия рассматривается Гроссманом в качестве одного из важнейших источников психогенных потерь и ПТСР наряду с *недостатком сна, недостатком питания, воздействием стихий и эмоциональным истощением*. Не случайно, полагает Гроссман, поражения психики реже наблюдаются у артиллеристов, летчиков и моряков, для которых враг – всего лишь

отметка на радаре или условный значок на карте, или у военнослужащих спецподразделений, чья главная задача – обнаружение противника и наведение на него ударных средств.

Не меньшее значение для развития психотравмы имеет и осознание простого факта, что в лице противника в ближнем бою солдат имеет того, кто настолько отрицает его человеческую природу, что стремится убить его. "Солдатским ответом на откровенно враждебные действия противника, – отмечает Гроссман. – как правило, является глубокий шок, удивление и возмущение" [2, р. 113]. Автор ведет речь о т.н. "ветре ненависти" – ощущении угрозы от человека, – заявляя, что именно ожидание пехотной атаки после бомбежки и артобстрела выступает в качестве могущественного стресс-фактора, обуславливающего психогенные потери. Применение артиллерии и авиации само по себе не оказывает такого мощного психологического воздействия, конечно, на уже обстрелянные войска. Нетрудно заметить, что в ходе операций в Ираке наземная фаза являлась непременно завершающей, ломающей волю противника к борьбе.

Реакция на "ветер ненависти" проявляется как в "замораживании" солдатской психики, когда человек буквально впадает в ступор, так и неприцельной, беспорядочной стрельбе, по типу реакции позерства. Полководцы, случалось, учитывали и даже сознательно превращали этот страх в элемент тактики. Например, французский маршал Мориц Саксонский (1696–1750) замечал: "...быстрота, с которой пруссаки заряжают свои ружья, выгодна в том отношении, что она занимает солдата и мешает ему думать перед неприятелем" [7, с. 108]. Военный теоретик конца XIX века Арман дю Пик комментировал этот феномен следующим образом: "Хитрый Фриц считал огонь средством оглушить и занять плохих солдат", а с точки зрения солдатской психологии объяснял это так: "Каждый инстинктивно спешит выпустить выстрел, который может задержать пулю, предназначенную ему" [Там же, с. 106]. Нетрудно заметить, что наблюдения эти не утратили актуальности.

Таким образом, ведение огня и способность к убийству есть "предохранительный клапан волнения", по выражению дю Пика, или инстинктивное стремление "не дать себя убить безнаказанно", присущее каждому человеку, как полагал Наполеон.

В этой связи основными этапами проживания процесса убийства в бою "killology" Гроссмана полагает: обеспокоенность по поводу убийства, фактическое убийство, радость, раскаяние, рационализацию и принятие убийства.

На успешное преодоление первого этапа работает вся система подготовки солдата и полицейского, о которой речь шла выше.

Эйфория от убийства, наблюдающаяся в ближайшее время (в ходе боя и сразу после его завершения, когда психика еще не "остыла") после убийства, судя по всему, есть удовлетворение от хорошо сделанной работы и радость от того, что убили не тебя, что ты смог выжить. Вот как, например, описывал это состояние герой Первой мировой войны Э. Юнгер, последний кавалер ордена "Pour le Merite": "Желание умерщвлять, бывшее выше моих сил, окрыляло мои шаги... Захлебываясь и заикаясь, мы выкрикивали друг другу отрывистые фразы, и безучастный зритель, наверно, подумал бы, что нас захлестнул переизбыток счастья" [11, с. 32].

Надо заметить, что "фронтальной психоз", как называет его Г.Л. Бобров, явление интернациональное: "Десятки раз я видел собственными глазами, – пишет автор, ветеран войны в Афганистане, – как молодые, "приложив" своего первого "чувака", орали и визжали от радости, тыкали пальцами в сторону убитого противника, хлопали друг друга по плечам, поздравляли; и всаживали в распростертое тело по магазину – "чтобы наверняка" [6, с. 202-203].

Раскаяние, связанное с возвращением способности анализировать и рационально рассуждать, по мысли Гроссмана, переживают как отдельные личности, так и целые народы. Интересно, что проигрыш на выборах политиков, проводивших победоносные войны (У. Черчилль, Дж. Буш), объясняется Гроссманом, как следствие

стадии раскаяния и отвращения, переживаемой нациями после эйфории от победы.

От того, насколько эффективен этап рационализации убийства, представляющий собой защитную реакцию психики, зависит уровень психогенных потерь и ПТСР. В процессе рационализации значительную роль играют социальные факторы. В частности, в результате многочисленных исследований американские военные пришли к выводу, что люди в бою обычно мотивированы на поединок не идеологией, или ненавистью, или страхом, но "групповым давлением и процессами, связанными (1) с уважением их товарищей, (2) с уважением их руководителей, (3) с беспокойством за собственную репутацию у тех и других, и (4) побуждением внести свой вклад в успех группы" [2, p. 137]. Пример рационализации убийства хорошо показан в известном романе Э.М. Ремарка, когда солдат, убивший противника в рукопашной, рассказывает о своих переживаниях товарищам: "Они успокаивают меня: – Тут уж ничего не изменишь. А что ж тебе оставалось делать? Для этого-то ты и находишься здесь! Я слушаю их и думаю, что с ними мне нечего бояться, меня утешает уже то, что они рядом со мной" [8, с. 127].

Соответственно, в подготовке военнослужащих делается упор на взаимные обязательства солдат и офицеров друг перед другом как основу солдатской чести, что неоднократно находит солидное подкрепление на страницах устава FM 22-100: "Солдаты сражаются друг за друга; верность – это обязательство"; "солдаты скорее умрут, чем позволят своим товарищам пасть"; "это фундаментальная истина: солдаты действуют, потому что они не хотят, чтобы их товарищи погибли". Санкция на убийство, исходящая от государства, командования и членов референтной группы помогает снизить уровень психогенных потерь и ПТСР.

Условия и средства, облегчающие прохождение военнослужащими этапов рационализации и принятия опыта убийства, рассматривающиеся как традиционные в американской воинской практике, включают:

▪ постоянную похвалу и внушение уверенности солдату от товарищей и начальства, что он "все сделал правильно" (одним из самых важных физических проявлений этого утверждения является вручение медалей и орденов);

▪ постоянное присутствие в подразделении зрелых, взрослых товарищей (то есть старше двадцати-тридцати лет), которые служат образцами для подражания и выступают фактором стабилизации личности в боевой обстановке;

▪ тщательное соблюдение кодексов и конвенций ведения войны обеими сторонами, ограничивающих жертвы среди мирного населения и проявление жестокости и зверства;

▪ наличие тыловых или четко определенных безопасных районов, где солдат может отдохнуть и сбросить психологическое напряжение в промежутке между боями;

▪ присутствие близких, верных друзей и доверенных лиц, с которыми солдаты проходили подготовку и которые разделяют с солдатами их боевую жизнь;

▪ наличие более или менее длительного восстановительного периода, когда солдаты и их товарищи вместе плывут на транспорте или совершают марши, возвращаясь с войны;

▪ уверенность военнослужащих и ветеранов, что окончательная победа была одержана благодаря их усилиям и достигнута благодаря их жертвам;

▪ парады ветеранов и памятники участникам и жертвам войн;

▪ встречи и продолжение общения (через визиты, почту и т.д.) с однополчанами, с которыми солдаты сроднились в борьбе;

▪ теплые и безоговорочно восхищенные приветствия друзей, членов семьи и общины, общества в целом, постоянно заверяющие солдата, что война и его личное участие в ней были необходимы, справедливы и правомочны;

▪ возможность гордой демонстрации военнослужащими и ветеранами наград.

В подтверждение этих взглядов, Гроссман описывает разницу между условиями, в которых оказались ветераны Второй мировой и участники войны во Вьетнаме следующим образом.

Первые (средний возраст 24-25 лет) вступали в бои в составе подразделений и частей, в которых они успели обзавестись друзьями в процессе подготовки в тренировочных лагерях. После окончания войны, закончившейся безоговорочной и убедительной победой, их долгое время везли через океан транспортом также в составе своих частей и подразделений, где в окружении товарищей солдаты могли до некоторой степени переварить все происходившее с ними на войне и вербализовать свои ощущения. В Америке их на две недели размещали в лагерях, давая возможность встречаться с семьями, которым обеспечивали прекрасные условия размещения неподалеку. Затем войска принимали участие в парадах по случаю победы. И, наконец, "Американский легион" ежегодно собирал бывших солдат на встречи с другими ветеранами, когда они могли пройти маршем по улицам родных городов. Ими гордились, и никакой законопроект не мог быть принят без одобрения ветеранских организаций.

Вторые (средний возраст 18-19 лет) прибывали на войну поодиночке (в подразделениях их воспринимали всего лишь как FND – *fucking new guy*). Они участвовали в боях без линии фронта; убивали не солдат, а людей, одетых в гражданское платье, что повышало риск убийства нонкомбатантов. По возвращении с войны (также поодиночке, по окончании годичного срока нахождения во Вьетнаме) их на несколько дней помещали в лагерь, как заключенных, а затем выбрасывали также поодиночке в общество, которое награждало их титулами "маньяков-убийц", "развратных извергов" и проч. Отсутствовал период "психологической декомпрессии" – солдат перевозили на самолетах, так что нередко были случаи, когда срок между последним боем и переходом к мирной жизни составлял всего несколько часов. Вместо парадов их встретили на родине антивоенными маршами. Они не смели признаться даже близким людям, что являются ветеранами. Они не состояли в ветеранских

организациях. Мемориал участникам войны был воздвигнут только спустя 10 лет после ее окончания.

Указанные факторы обеспечили огромный рост ПТСР у ветеранов войны во Вьетнаме по сравнению с участниками Второй мировой войны. Нетрудно заметить, что часть тех же ошибок была совершена нами по отношению к военнослужащим, участвовавшим в войне в Афганистане, и ветеранам-"афганцам".

Заключение

В целом, по взглядам американских специалистов, вероятность приобретения ПТСР определяется характером подготовки солдата, раскрепощающей его инстинкты, снимающей природный запрет на убийство, и социальной реакцией общества, отказывающегося принимать его жертву.

Можно констатировать, что положения "killology" несмотря на некоторые неточности и частные противоречия довольно часто цитируются на Западе в исследованиях, посвященных проблемам военной психологии, ПТСР, реабилитации участников боевых действий. Безусловно ценным является признание Д. Гроссмана: "Психологическая война направлена не на врага, а на собственные войска. Пропаганда и другие грубые формы психологического воздействия всегда были востребованы на войне, но во второй половине этого века психология оказывает такое же большое влияние, как и технологии на современном поле боя" [2, p. 148].

Список литературы

1. Engen, R. S.L.A. Marshall and the Ratio of Fire History, Interpretation, and the Canadian Experience. [Электронный ресурс] <http://www.canadianmilitaryhistory.ca/...> (дата обращения 31.07.2015).
2. Grossman, D. On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society. – Little, Brown and Co, 1995.
3. Headquarters, Department of the Army. FM 22-100, Army Leadership. – Washington: HQDA, 1999. Marshall, S.L.A. Men Against Fire: The

- Problem of Command in Future War. – Washington, The Infantry Journal & William Morrow & Company, New York, 1947.
5. Patrick Shrier. [Электронный ресурс] [http:// www.military-history.us/.../s-l-a-marshall-menagainst-fire](http://www.military-history.us/.../s-l-a-marshall-menagainst-fire) (дата обращения 01.08.2015).
 6. Бобров, Г.Л. Солдатская сага. – М.: Эксмо, 2007.
 7. Пик, дю А. Исследование боя в древние и новейшие времена. – Варшава, 1893.
 8. Ремарк, Э.М. На западном фронте без перемен. – М.: Правда, 1985.
 9. Сайтс, К. Синдром войны: О чем не говорят солдаты. – М.: Альпина нон-фикшн, 2013.
 10. Современная военная риторика: Полевой устав армии США: Речевое воспитание военнослужащих США / Сост. О.Ю. Ефремов, С.Э. Зверев. – СПб.: Алетейя, 2013.
 11. Юнгер, Э. В стальных грозах. – СПб.: Владимир Даль, 2000.

К. А. Идрисов _____

ПТСР В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Данные о распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения значительно варьируют – от 1 % в более ранних исследованиях и до 12 % по последним исследованиям.

Популяционное исследование, проведенное в выборке городского населения в США, показало, что среди 1007 обследованных человек 39,1 % в течение жизни пережили различные психотравмирующие события, из которых 23,6 % имели ПТСР. Распространенность ПТСР во всей выборке составила 9,2 % [13-16]. В ходе другого популяционного исследования, проведенного в США, было обследовано 5877 человек в возрасте от 15 до 54 лет, из которых 7,8 % в течение жизни имели ПТСР [26, 27].

Обследование 3138 взрослых жителей Н. Новгорода показало, что 31,8 % из них в течение жизни пережили ситуацию, связанную с угрозой для жизни (своей или близких) в результате чего в 5,2 % случаев был установлен диагноз ПТСР [11].

В исследовании, проведенном в Германии, обследован 3021 человек 14-24 лет. Несмотря на то что 26 % мужчин и 17,7 % женщин сообщили по крайней мере об одном психотравмирующем событии, ПТСР имелось только у 1 % мужчин и 2,2 % женщин [29, 30]. По данным обследования 2509 человек в четырех городах Мексики, 76 % обследованных пережили воздействие психической травмы, а у 11,2 % имелось ПТСР [28].

Показатели распространенности ПТСР значительно увеличиваются в регионах, где происходят или происходили военные действия. Среди обследованных 2493 человек распространенность ПТСР в США среди населения составила 1 %, среди переживших физические травмы и ветеранов Вьетнама, которые не были ранены, – 3,5 %, среди ветеранов Вьетнама, имевших ранения, – 20 % [22].

Исследования, проведенные среди косовских албанцев после войны 1998-1999 гг., выявило ПТСР в 17,1 % случаев в 1999 г. и в 25 % случаев в 2000 г. [19, 20]. Данные исследования, проведенного в Афганистане, показали, что среди 799 взрослых афганцев 62 % пережили за последние 10 лет по крайней мере четыре психотравматических события, а у 42,2 % имелось ПТСР [18]. Согласно другому популяционному исследованию, в выборке из 1011 жителей Афганистана старше 15 лет 43,7 % человек пережили от 8 до 10 психотравмирующих событий, а у 20,4 % имелось ПТСР [32].

Сравнительное кросс-культуральное исследование в четырех странах, где происходили военные действия, показало, что уровень распространенности ПТСР составил: в Алжире – 37,4, в Камбодже – 28,4, в Эфиопии – 15,8, в Газе – 17,8 % [23].

Таким образом, независимо от региона обследования, метода исследования и диагностических инструментов разные исследователи

получают одинаково высокие показатели распространенности ПТСР под влиянием военных событий.

Глубокий социально-экономический и политический кризис, начавшийся в России 1991 г., в Чеченской Республике принял крайние формы. Активные военные действия проходили в два основных этапа. Первый этап – с декабря 1994 до сентября 1996 г., второй этап – с сентября 1999 до 2004 г. Между этими двумя этапами территория Чеченской Республики находилась под контролем незаконных вооруженных формирований, которые терроризировали мирное население в течение трех лет. Таким образом население Чеченской Республики почти 13 лет жило в условиях антропогенной чрезвычайной ситуации. За этот период по разным оценкам погибло от 150 до 200 тысяч человек. Оказались полностью разрушенными г. Грозный и сотни других населенных пунктов, вся социальная инфраструктура и производственный комплекс. Более 250 тысяч человек (четверть населения), спасаясь от войны, выехали за пределы Чеченской Республики, и в течение пяти лет жили в лагерях беженцев на территории соседней Ингушетии, испытывая на себе все тяготы жизни в лагерях беженцев. Многие годы большинство жителей Чеченской Республики были лишены элементарных условий жизнеобеспечения: качественного питания, газа, электрического освещения, чистой воды. Все это позволяет считать, что население Чеченской Республики длительное время находилось под воздействием комплекса военных, социально-экономических и психологических патогенных факторов, способных вызвать значительные расстройства психического здоровья. Однако данные о частоте этих расстройств, в том числе ПТСР, их структуре и выраженности отсутствовали, что потребовало проведения специального исследования.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования случайным образом сформирована выборка из 1000 человек, проживающих в четырех районах Чеченской Республики, где проходили боевые действия, и контрольная группа из 200 человек в

Надтеречном районе Чеченской Республики, где не было военных действий. В обследование не включались граждане моложе 18 лет, а также лица, имеющие выраженные психические или соматические заболевания. Обе выборки обследовались четыре раза: 2002, 2004, 2006 и 2008 гг.

Для диагностики ПТСР нами использовалась Мюнхенская диагностическая анкета (МДА) на основе DSM-III-R (Hiller et al., 1990). Эта анкета принята Всемирной организацией здравоохранения в систему инструментов МКБ-10 и может быть использована как основа стандартизованного психиатрического интервью (Хавенаар И.М., 1996). Данный диагностический инструмент имеет структуру дерева принятия решений, с пропусками и переключениями в необходимых точках на другие разделы и позволяет дифференцировать симптоматику ПТСР на текущую и предшествующую моменту обследования, что представляется важным в лонгитюдных исследованиях.

Для составления социально-демографической характеристики обследуемой выборки анкета была дополнена перечнем вопросов, позволяющих получить сведения о возрасте, образовании, семейном положении, профессиональной деятельности, характере пережитых психотравмирующих событий.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows.

Полученные результаты. Прежде всего необходимо было оценить частоту и характер пережитых психотравмирующих событий, способных по своей силе вызвать ПТСР. Изначально в списке психотравмирующих событий присутствовал значительно больший перечень, описывающий специфические события, например: нахождение под бомбежкой, в зоне артиллерийского или минометного обстрела. Однако затем все эти случаи были объединены в один признак: "прямая угроза для жизни", имея в виду, что человек находился в ситуации, реально угрожающей его жизни и пережил сильный страх и/или ужас.

Характер и частота психотравмирующих событий, пережитых обследуемыми за годы военных действий с учетом того, что часть обследуемых пережили более одного события, отражены в табл. 1. Частоты психотравмирующих событий в контрольной группе оказались достоверно ниже, чем в основной выборке, за исключением частоты ранений, по которым различий в основной выборке и в контрольной не выявлено. Однако если в основной выборке ранения носили преимущественно военный характер (осколочные, минно-взрывные травмы), то в контрольной группе ранения носили бытовой или криминальный характер.

Анализ территориального распределения психотравмирующих событий показал, что наиболее часто угрозу для жизни испытывали обследуемые, проживавшие в г. Грозном – 22,6 %, затем следовали с. Ачхой-Мартан – 13,7 %, г. Гудермес – 8,5 %, с. Урус-Мартан – 7,8 % ($\chi^2=46,14$, $df=3$; $p<0,001$).

Таблица 1

**Характер и частота психотравмирующих событий,
выявленных в обследуемой выборке (n=4600), %**

Психотравмирующие факторы	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
1. Прямая угроза для жизни	59	61	61	52,6	13
2. Ранения	5,4	4,6	3,9	3,1	5,5
3. Свидетельство насильственной смерти	20,3	17,6	18,4	10	2,8
4. Подвергались пыткам	1,5	1,9	2,4	1,5	0
5. Гибель близкого человека	5,5	7	9,3	10,6	1,1
6. Пропавший без вести близкий человек	2,7	3,4	5,1	4,8	0,8

7. Свидетельство разрушения собственного дома	19,2	15	12,1	6,5	1,4
8.Отсутствуют	32,3	28,5	30,3	37,4	78,2

Примечание. В связи с отсутствием статистически значимой динамики в показателях контрольной группы здесь и в дальнейшем указаны усредненные данные по всем этапам обследования

В распределении психотравмирующих событий среди мужчин и женщин не было статистически достоверных различий, за исключением случаев, связанных с ранением и пытками, в которых доля мужчин была достоверно выше ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Частота и тип течения ПТСР на различных этапах обследования (n=4600), %

Тип течения ПТСР	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
Всего	312	30,1	25,2	24,9	3,9
текущий	21,2	1,1	1,6	1,5	1,2
предшествующее-текущий	8,5	15,7	11,9	10,8	2,1
предшествующий	1,5	13,3	11,7	12,6	0,6

Как видно в табл. 2, на первом этапе (2002), в период высокой частоты жизнеугрожающих событий, состояние 31,2 % обследованных соответствовало клиническим критериям ПТСР. При этом с ростом числа психотравмирующих событий увеличивалась вероятность развития ПТСР. У переживших одно событие ПТСР развились в 34,4 % случаев, у переживших два события – в 50,3 % случаев, у переживших три события и более – в 78 % случаев. На последующих этапах, характеризующихся низким уровнем угроз для жизни, частота

новых случаев ПТСР составила 1,1–1,5 %, что соответствует показателям контрольной группы (1,2 %).

Таким образом, показатели распространенности ПТСР на территории Чеченской Республики, где проходили военные действия, значительно превышают показатели распространенности ПТСР на территории, где не было военных действий (31,2 и 3,9 %, соответственно).

Анализ социально-демографической характеристики группы с ПТСР показал, что 65,1% составили женщины, 34,9% – мужчины ($\chi^2=6,971$, $df=1$; $p<0,01$).

По возрасту группа с ПТСР распределилась следующим образом: 18–25 лет – 10,6, 26–35 лет – 16, 36–45 лет – 22,4, старше 46 лет – 51 %. Таким образом, частота ПТСР нарастает по мере увеличения возраста обследуемых, а половина случаев с ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет ($\chi^2=29,041$, $df=3$; $p<0,001$).

По образованию: лица с начальным и средним образованием составили 52,3 % всех случаев ПТСР, среднеспециальным – 23 %, полным или незаконченным высшим – 24,7 %.

По трудовой занятости: имели работу – 30,8, не работали – 32,4, имели случайные заработки – 8,7, группу инвалидности – 5,1, пенсионеры – 23,1 %.

Распределение лиц с ПТСР по семейному положению: состоят в браке – 61,9, вдовы – 19,6, разведены – 7,1, не женаты / не замужем – 11,5 %. По этому признаку группа с ПТСР имела достоверные различия с основной выборкой: вдовых в группе с ПТСР было 19,6 %, в основной выборке – 9,4, разведенных – соответственно 7,1 и 4,5, не женатых / не замужних – 11,5 и 21,4 % ($\chi^2=31,612$, $df=3$; $p<0,001$).

Важным достоинством использованной нами диагностической анкеты является возможность выявления различных типов течения ПТСР, что дает возможность проследить динамику ПТСР в изучаемой выборке на различных этапах исследования.

Выявляются следующие типы течения ПТСР: а) текущий тип (симптомы ПТСР выявлены впервые на момент обследования); б) текуще-предшествующий тип (симптомы ПТСР выражены в настоящее время, но они существовали и в прошлом); в) предшествующий тип (симптомы ПТСР существовали в прошлом, но в настоящее время они не актуальны для обследуемого).

Как видно в табл. 2, различие показателей частот текущего типа течения ПТСР оказалось наиболее впечатляющим. Если на первом этапе доля обследуемых с ПТСР текущего типа составила 21,2 %, то на последующих этапах она составила 1,1–1,5 % ($\chi^2=118,40$; $p<0,001$; $r_s=0,542$ при $p<0,001$).

На втором этапе исследования показатели предшествующе-текущего типа ПТСР оказались несколько выше показателей предшествующего типа (15,7 и 13,3 % соответственно), на третьем этапе показатели этих двух типов течения ПТСР выравниваются, а на последнем этапе показатели предшествующего типа ПТСР превышают показатели предшествующе-текущего типа ПТСР (12,6 и 10,8 % соответственно). И хотя указанные различия показателей между этими типами течения ПТСР оцениваются только на уровне статистической вероятности, можно говорить об устойчивой тенденции дезактуализации значительной доли случаев ПТСР по мере отдаления от психотравмирующей ситуации и улучшения качества жизни пострадавших.

Гендерные различия по типам течения ПТСР выявлены только в текущей форме: мужчин было 6,7, женщин – 10,3 % ($\chi^2=16,672$ при $p=0,001$). По другим типам течения ПТСР различия между мужчинами и женщинами недостоверны. Одним из самых важных факторов, влияющих на динамику симптомов ПТСР, оказался возраст обследуемых (табл. 3).

Соотношение типов течения ПТСР по возрастам обследуемых (общие данные по всем этапам обследования) (n=4000), абс/%

Возраст, лет	По типам течения ПТСР, абс/%				Всего
	нет ПТСР	текущий	предшеств. - текущий	предшеств.	
18–25	531/18,4	49/14,1	22/5,7	32/8,4	634/15,9
26–35	758/26,3	58/16,7	59/15,4	78/20,4	953/23,8
36–45	681/23,6	75/21,6	113/29,4	118/30,8	987/24,7
старше 45	916/31,7	165/47,6	190/49,5	155/40,5	1426/35,7
Всего	2886	347	384	383	4000

В возрастной группе старше 45 лет ПТСР формировались достоверно чаще, чем в трех других возрастных группах. На последующих этапах в возрастных группах 18–25 лет и 26–35 лет показатели предшествующего типа течения ПТСР оказываются выше, чем показатели текуще-предшествующего типа. В возрастной группе 36–45 лет показатели этих двух типов течения ПТСР сопоставимы. В возрастной группе старше 45 лет показатели предшествующе-текущего типа течения ПТСР превосходят показатели предшествующего типа течения, особенно эти соотношения выражены на третьем и четвертом этапах обследования (достоверность межгрупповых различий: $\chi^2=140,204$ при $p<0,001$; $r_s=0,364$ при $p<0,01$).

Обсуждение. Полученные нами результаты показывают высокий уровень распространенности ПТСР среди населения Чеченской Республики, проживавшего в зоне военных действий (31,2 %). Этот вывод подтверждается и результатами обследования контрольной группы, не подвергавшейся воздействию стрессовых факторов военного времени, в которой распространенность ПТСР составила 3,6 %. Распространенность ПТСР напрямую зависела от количества и качества стрессовых событий, после прекращения

военных действий частота ПТСР снижается до уровня показателей на территории, где не происходило военных действий.

Высокий уровень распространенности ПТСР среди населения, проживающего в зоне военных действий, подтверждается рядом популяционных исследований, проведенных в других странах, где проходили военные действия [18-20, 23-25, 32], что свидетельствует о значительной силе патогенного воздействия факторов военного времени на психическое здоровье населения. С другой стороны, мирное население часто оказывается между противоборствующими сторонами, однако в отличие от комбатантов не имеет специальной тренировки и навыков по выживанию в условиях военного времени, не имеет оружия для самозащиты и мандата на его применение. Осознание собственной незащитности, высокий уровень переживания за своих близких, свое имущество, равно как и резкое ухудшение социально-бытовых условий, значительно снижают индивидуальную сопротивляемость стрессовым факторам и повышают риск развития ПТСР.

Вместе с тем далеко не у всех людей, переживших психотравмирующие события, формируется ПТСР, несмотря на наличие отдельных его признаков. Как считает В.Н. Краснов (2005), протрагированные реакции при возможной общности отдельных проявлений, в частности повторных воспоминаний, представлений трагических событий, никак не могут быть отнесены к ПТСР в силу отсутствия очевидных личностных изменений, сохранности на данном этапе конструктивных социально ориентированных связей с окружением. По данным нашего исследования, 67,7 % обследованных пережили психотравмирующие события, по своей силе могущие вызвать ПТСР, из которых 55,6 % испытывали возврат неприятных воспоминаний о пережитом событии, а 43,7 % пытались избегать мыслей или чувств, связанных с травмой, однако полная клиническая картина ПТСР присутствовала только у 31,2 %. Таким образом, в половинеслучаев пострадавшие смогли совладать с психической травмой, используя индивидуальные адаптационные ресурсы и/или

своевременную медико-социальную поддержку [8, 9, 31]. Однако вопрос, почему в одних случаях ПТСР развивается, а в других нет, все-таки остается открытым, несмотря на многочисленные исследования в этом направлении.

На основе метаанализа факторов риска ПТСР C.R. Brewin et. al. (2000) выделяют три категории факторов, влияющих на развитие ПТСР: 1) пол, возраст и раса; 2) образование, наличие предыдущих травм и общая неблагоприятная атмосфера в детстве; 3) менее специфичная – наследственность, жестокое обращение в детстве, психиатрический анамнез.

Женщины оказались более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (65,1 и 34,9 % соответственно), хотя различий в частоте пережитых психотравмирующих событий между мужчинами и женщинами не установлено. Но даже при условии, что женщины реже сталкиваются с психотравмирующими ситуациями, у них достоверно чаще формируются ПТСР, чем у мужчин [16, 28, 33, 34].

Возраст является одним из существенных факторов, влияющих на развития ПТСР, хотя это влияние освещено в литературе недостаточно. Как показывает наше исследование, с увеличением возраста растет риск развития ПТСР, а половина случаев ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет. Высокая уязвимость старшей возрастной группы может быть связана со снижением адаптационных возможностей, утратой психологической пластичности, обеспечивающей преодоление последствий психической травмы [3, 4].

По данным R.C. Kessler et. al. (1995), более одной трети лиц, имевших ПТСР, даже через много лет продолжали сохранять болезненные симптомы. Согласно нашим исследованиям, через 24 месяца после формирования ПТСР у 52 % симптомы ПТСР продолжали оставаться актуальными, а через 48 месяцев – у 47 %. Эти показатели близки и к данным других популяционных исследований [27, 29, 30].

В связи с этим вполне закономерно ставить вопрос о качестве исхода ПТСР. Наши предыдущие исследования и данные настоящего исследования показывают, что в случае отсутствия своевременной помощи спонтанное выздоровление наступает только в малой доле случаев, в большинстве своем ПТСР принимает флюктуирующий характер, часто прикрываясь и маскируясь коморбидными непсихотическими психическими или соматическими расстройствами [2]. О высокой коморбидности ПТСР с другими заболеваниями свидетельствуют и данные других исследователей [13, 26, 29, 31].

Выводы. 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.

Необходимость оказания за относительно короткий период времени дифференцированной медико-социальной и собственно психолого-психиатрической помощи большому числу пострадавших требует поиска новых организационных подходов с вовлечением различных уровней системы здравоохранения, в том числе первичной медицинской сети.

Литература

1. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: Анахарсис, 2005. 200 с.
2. Идрисов К.А. Динамика ПТСР у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Соц. и клин. психиатрия. 2002. № 3. С. 34–37.
3. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 2. С. 5–10.
4. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной

- чрезвычайной ситуации. Сообщение 2: Сравнение двух этапов популяционного исследования с интервалом 2 года ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2005. № 3. С. 5–11.
5. Каменченко П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. № 3. С. 95–99.
 6. Коханов В.П., Кекелидзе З.И. Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 120–123.
 7. Краснов В.Н. Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф // Медицина катастроф. 1995. Т. 6. № 1. С. 16–20.
 8. Краснов В.Н. На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций // Амбулаторная и больничная психотерапия и мед. психология. 2004. Вып. 2. С. 146–148.
 9. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Соц. и клин. психиатрия. 2005. Т. 15. № 2. С. 5–10.
 10. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Синапс. 1993. № 3. С. 14–34.
 11. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Частота посттравматических стрессовых расстройств в городской популяции // Актуал. пробл. психиатрии, наркологии и неврологии: сб. науч. тр. / под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина. Хабаровск, 2001. Вып. 3. С. 354–359.
 12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington DC, 1987.
 13. Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G.C. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma // Am. J. Psychiatry. 1999. N 156. P. 902–907.
 14. Breslau N., Davis G.C. Posttraumatic stress disorder: The etiologic specificity of wartime stressors // Am. J. Psychiatry. 1987. N 144. P. 578–583.

15. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // Arch. Gen. Psychiatry. 1991. N 48. P. 216–222.
16. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. N 55. P. 626–632.
17. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // J. of Consulting and Clinical Psychology. 2000. N 68. P. 748–766.
18. Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan // J. Am. Medical Assoc. 2004. Aug. 4, 292(5). P. 575–84.
19. Cardozo B.L., Vergara A., Agani F., Gotway C.A. Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo // J. Am. Medical Assoc. 2000. Aug. 2, 284 (5). P. 569–77.
20. Cardozo L.B., Kaiser R., Gotway C.A., Agani F. Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo // J. Trauma Stress. 2003. N 16(4). P. 351–60.
21. Davidson J.R., Hughes D., Blazer D.G., George L.K. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study // Psychol. Med. 1991. N 21. P. 731–721.
22. Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population // New Engl. J. Med. 1987. N 317. P. 1630–1634.
23. de Jong J., Komproe I.H., van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., van der Put W., Somasundram D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post conflicts settings // J. Am. Medical Assoc. 2001. N 86(5). P. 555–562.
24. Jong K. de , Mulhern M., Ford N., van der Kam S., Kleber R.J. The trauma of war in Sierra Leone // The Lancet. 2000. Vol. 355. P. 2067–2068.

25. Jong K. de , Mulhern M., Ford N., Simpson I., Swan A., van der Kam S. Psychological Trauma of the civil war in Sri Lanka // *The Lancet*. 2002. Vol.359. P, 1517–1518.
26. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005. N 62. P. 617–627.
27. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. N 52. P. 1048–1060.
28. Norris F.N., Murphy A.D., Baker C.K., Perilla J.L., Gutierrez Rodriguez F., Gutierrez Rodriguez J. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico // *J. Abnormal Psychology*. 2003. N 112. P. 646–656.
29. Perkonig A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // *Acta Psychiatr. Scand*. 2000. N 101. P. 46–59.
30. Perkonig A., Pfister H., Stein M.B., Höfler M., Lieb R., Maercker A., Wittchen H.-U. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults // *Am. J. Psychiatry*. 2005. N 162. P. 1320–1327.
31. Rosenberg H.J., Rosenberg S.D., Wolford G.L. 2nd, Manganiello P.D., Brunette M.F., Boynton R.A. The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical groups // *Int. J. Psychiatric Medicine*. 2000. N 30(3). P. 247–259.
32. Scholte W.F., Olf M., Ventevogel P., de Vries G.J., Jansveld E., Cardozo B.L., Crawford C.A. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan // *J. Am. Medical Assoc*. 2004. Aug 4., 292(5). P. 585–593.
33. Tolin D.F., Foa E.B. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research // *Psychological Bulletin*. 2006. N 132. P. 959–992.

34. Tolin D.F., Breslau N. Sex differences in risk of PTSD // National Center for PTSD. 2007. Vol. 18, N 2.

В. Корольчук _____

ДІАГНОСТИКА ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ФАКТОРІВ НА ОСОБИСТІТЬ

Глобальний розвиток людської цивілізації, крім позитивних надбань, породив численні загрози життєво важливим інтересам людини, зокрема техногенні небезпеки та ризики виникнення надзвичайних ситуацій різного характеру. Надекстремальний вплив на психіку людини викликає травматичний стрес, психологічними наслідками якого можуть бути посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які несуть загрозу життю та здоров'ю людини.

У зв'язку з великою кількістю природних, антропогенних, біологічних, екологічних і соціальних катастроф особливої актуальності набуває вивчення стресостійкості особистості, наслідків впливу травматичного стресу на поведінку і здоров'я людини. Останнім часом ці питання перебувають у колі пильної уваги вітчизняних і зарубіжних науковців. Прогнозуванню поведінки людей в екстремальних умовах діяльності, оцінці вірогідності збереження їх здоров'я і працездатності після впливу екстремальних факторів присвячено праці Ю. Александровського, М. Решетникова, Н. Тарабріної, В. Моляко, С. Миронця, О. Тімченко, В. Бодрова, А. Маклакова [1–8].

Вплив психотравмуючих подій на поведінкову, емоційну і пізнавальну сфери особистості, вірогідність виникнення дезадаптивної поведінки, психосоматичних і нервово-психічних розладів в наслідок травматичного стресу розглядали у своїх наукових дослідженнях Ю. Александровський, Г. Нікіфоров, В. Маріщук, В. Євдокимов, Н. Тарабріна, Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, О. Морозов, Л. Крижанівська [1; 3; 9–12].

Метою статті є аналіз психодіагностичних методів оцінки впливу психотравмуючих факторів на особистість, що сприятиме

виявленню найбільш прийнятних для повсякденної практики психолога діагностичних інструментів. Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання: охарактеризувати методи діагностики, що дозволяють вивчати реакцію людини на стрес, і описати групи методик, за допомогою яких можна оцінити вплив стресорів на особистість.

Отже, доцільно детально розглянути психодіагностичні методи оцінки впливу стресорів на особистість, що використовуються у світовій психологічній практиці.

Для оцінки критичних життєвих подій у середині 60-х років ХХст. розроблено перший нормативний метод – "Оцінна шкала повторного соціального пристосування" (Social Readjustment Rating Scale – SRRS), що охоплює 43 життєві події, до яких необхідно заново пристосовуватися. Визначивши значення за шкалою, можна оцінити індивідуальний ризик занедужати яким-небудь психічним або соматичним розладом після нагромадження таких подій [13]. Після критики SRRS за багатьма пунктами виникло безліч інших інструментів виміру.

Деякі з них засновані на шкалі SRRS. Методики мають певні відмінності:

методичні: опитувальник або інтерв'ю, кількість зареєстрованих подій, стандартизовані форми відповідей або вільне відтворення, часовий проміжок реєстрації (від кількох місяців до декількох років), критерії включення (часовий проміжок, тяжкість, вид тощо);

змістовні: тривалість, вид (утрата, придбання; погроза, виклик та ін.), тяжкість стресової події, ступінь зміни, кумуляція подій, інтенсивність стресу, здивованість подією;

події: індивідуальні або колективні, нормативні або випадкові, нові або повторні (досвідченість у даній події), бажані або небажані, залежні або незалежні, тимчасові або хронічні; контрольованість; зв'язок із психічним розладом;

оцінні: кількість стресових подій (сумарні величини), значення адаптації, значення стресу (у цілому, для окремих сфер);

життєві сфери подій (робота, родина тощо), надання значення (тяжкість, тривалість, ступінь зміни тощо), значення інтенсивності (втрата, придбання, збиток тощо), позитивні або негативні значення змін та ін.

У англо- і німецькомовних країнах використовуються наведені нижче методи психодіагностики стресу і стресостійкості [13].

1. Оцінна шкала повторного соціального пристосування (Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Т. Холмес, Р. Рахе, 1967). Опитувальник самооцінки критичних життєвих подій.

2. Перелік життєвих подій і складностей (Life Events and Difficulties Schedule (LEDS), Дж. Браун, Т. Харіс, 1995). Напівструктуроване інтерв'ю для ретроспективної реєстрації критичних життєвих подій і хронічних стресорів.

3. Мюнхенський список подій (Munchner Ereignis Liste (MEL), Дж. Вестхоф, 1993). Опитувальник самооцінки або стандартизоване інтерв'ю для ретроспективної оцінки критичних життєвих подій. Методика містить 49 пунктів і шкали, що відбивають кількість, інтенсивність, контрольованість, ступінь бажаності подій.

4. Шкала повсякденних складностей (Daily Hassels Scale, А. Канер, Р. Шафер, Р. Лазарус, 1993). Опитувальник самооцінки або стандартизоване інтерв'ю з приводу повсякденних складностей, що дає їхню ретроспективну оцінку за 117 пунктами з урахуванням кількості та інтенсивності стресорів.

5. Перелік повсякденних стресів (Daily Stress Inventory (DSI), П. Козар, В. Храбал, Г. Трау, 1997). Опитувальник самооцінки з підбиттям підсумків за день при вечірній реєстрації, що має 60 пунктів і дві шкали: кількість та інтенсивність стресів.

6. Система запису за допомогою комп'ютера (COMputer-assisted REcoding System (COMES/COMRES), М. Перре, М. Рейчер, 1989). Метод полягає у веденні щоденника самореєстрації стресових подій за допомогою мініатюрного (кишенькового) комп'ютера. Цей метод, на відміну від попередніх, дозволяє здійснювати комплексну оцінку

впливу повсякденних стресорів за багатьма пунктами безпосередньо після стресових подій.

Для оцінки травматичних подій поки що немає системно розроблених методів. В окремих випадках користуються модифікованими шкалами життєвих подій. У більшості досліджень вивчалися специфічні та свідомо визначені події (досвід війни, розбійні напади тощо) [13].

Для дослідження посттравматичних стресових розладів у світовій психологічній практиці використовують такі психодіагностичні методики:

Шкала для клінічної діагностики ПТСР; Шкала оцінки впливу травматичної події; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій; Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики; Опитувальник депресивності Бека; Шкала дисоціації; Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна; Опитувальник перитравматичної дисоціації; Опитувальник симптому травми.

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS) розроблена в двох варіантах (Ф. Везерс, 1992; Ф. Везерс, 1993). Перший призначений для діагностики тяжкості поточного ПТСР як упродовж минулого місяця, так і в посттравматичному періоді вцілому. *Другий* – для диференційованої оцінки симптоматики протягом останніх двох тижнів. Застосування методики не тільки дає можливість оцінити за 5-бальною шкалою кожен симптом щодо частоти й інтенсивності прояву, а й визначити вірогідність отриманої інформації [10; 14]. CAPS дозволяє оцінити частоту й інтенсивність прояву індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність і професійну діяльність пацієнта. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь поліпшення стану при повторному дослідженні у порівнянні з попереднім, валідність результатів і загальну інтенсивність симптомів. Бажано використовувати шкалу CAPS у комплексі з іншими методами діагностики (самооцінними, поведінковими, фізіологічними). За

допомогою питань визначається частота досліджуваного симптому упродовж попереднього місяця, а потім оцінюється інтенсивність прояву симптому [10; 14].

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – IES), опублікована у 1979 р. Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером. У створенні цієї шкали значну роль відіграли емпіричні дослідження Горовиця. Перше було присвячене вивченню взаємозв'язку уяви і стресових розладів, воно дозволило виявити нав'язливі образи, що супроводжують травматичний досвід. У другому дослідженні було проаналізовано симптоми і поведінкові характеристики для пошуку стратегій індивідуального лікування залежно від різних стресорів: хвороби, нещасного випадку, втрати коханої людини. У результаті досліджень сформувалися теоретичні уявлення про існування двох найбільш специфічних категорій переживань, що виникають у відповідь на вплив травматичних подій. До першої категорії належать симптоми вторгнення – нічні кошмари, що містять нав'язливі почуття, образи або думки. До другої – симптоми уникнення, що охоплюють спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із травматичною подією, зниження реактивності. Горовиць визначив реакції, що належать до сфери вторгнення та уникнення. Ці симптоми стали основою вимірів IES.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій, на сьогодні її широко використовують як інструмент для виміру ознак ПТСР. Результати оцінюються шляхом підрахунку балів, підсумок дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти опитувальника розділені на 4 категорії спрямовані на визначення симптомів вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості, почуття провини і суїцидальності. У 1995 р. Було розроблено цивільний варіант шкали. На початку 90-х років минулого століття Міссісіпська шкала отримала поширення в Україні, її

застосовано у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також серед ветеранів війни в Афганістані.

Опитувальник психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) містить 90 питань, кожне оцінюється за 5-баловою шкалою, де 0 відповідає позиція "зовсім ні", а 4 – "дуже сильно". Відповіді підраховуються й інтерпретуються за дев'ятьма основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації, міжособистісної, депресії, ворожості, фобічної тривожності, параноїдальних тенденцій, психотизму; а також за трьома узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів, індекс наявного симптоматичного дистресу, загальна кількість позитивних відповідей. Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта. SCL-90-R – інструмент встановлення актуального психологічного симптоматичного статусу.

Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI). У світовій психологічній практиці при обстеженні осіб, що пережили екстремальні, стресові ситуації, використовується психометричний методичний комплекс, який дозволяє виявити особливості психологічного стану. Опитувальник депресивності Бека є важливою складовою цього комплексу, що має діагностичну значимість при роботі з особами, які пережили травматичний стрес. BDI призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного.

Шкала дисоціації (Dissociative Experience Scale – DES) була сконструйована як інструмент для роботи в клініці, що мігби допомогти визначити пацієнтів з дисоціативною симптоматикою, а також як дослідницький інструмент, що дає можливість оцінити вираженість дисоціативних станів і переживань (Е. Бемстейн, Ф. Патнем, 1986). Значення бала DES є індексом загальної кількості дисоціативних переживань різних типів, а також частоти кожного переживання. Це кількісне визначення дозволяє ранжувати різноманітні діагностичні групи відповідно до ступеня прояву

дисоціації. Здорові учасники досліджень відзначають менше різних типів дисоціативних переживань, які у них зустрічаються відносно рідко. Пацієнти із дисоціативними розладами відмічають більше різноманіття дисоціативних симптомів і переживають їх частіше. Шкала представляє собою опитувальник самозвіту. В інструкції респондента просять оцінити частоту переживання ним того або іншого дисоціативного феномена, коли він не перебував у стані інтоксикації психоактивними речовинами (наркотики, алкоголь).

Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна складаються з двох самостійних частин, які дозволяють виявити рівень актуальної тривожності суб'єкта (шкала ситуативної тривожності) і рівень типової для нього тривожності (шкала особистісної тривожності). У кожній із частин опитувальника міститься по 20 тверджень, що оцінюються обстежуваним за 4-баловою шкалою. Шкала Спілбергера, адаптована Ю. Ханіним, одержала поширення в медичній і психологічній практиці, зокрема для діагностики ефективності застосування різноманітних психотерапевтичних процедур.

Опитувальник перитравматичної дисоціації призначений для оцінювання вираженості дисоціативних феноменів, що мали місце під час травматичної події. Висока вираженість перитравматичної дисоціації є одним із найбільш суттєвих прогностичних факторів виникнення ПТСР. Основою його слугують відповідні запитання з модуля ПТСР структурованого клінічного інтерв'ю. Відповіді оцінюються за 5-баловою шкалою Лікерта. При підрахунку балів від кожної відміченої цифри віднімається 1. Якщо сума балів виявилася вищою за 16, можна припустити високу ймовірність того, що подія, яку людина згадувала, заповнюючи опитувальник, залишила істотний негативний слід у її психіці. Цей опитувальник доцільно застосовувати у найближчі дні після пережитої екстремальної ситуації.

Опитувальник симптому травми (Trauma Symptom Inventory – TSI) є новою шкалою, що складається зі 100 запитань. Ця шкала призначена для оцінки частоти різноманітних посттравматичних

симптомів, що зустрічаються більше шести місяців. TSI має 10 клінічних шкал, що оцінюють тривогу (збудження, гнів), дратівливість, депресію, обороне уникнення нагадувань про травму, дисоціацію, дисфункціональну сексуальну поведінку, нав'язливі переживання, ослаблену самооцінку, сексуальну занепокоєність, що призводить до напруги. До переваг опитування можна віднести валідність шкал і їх сфокусованість на різноманітних аспектах посттравматичного функціонування, неохопленого в інших шкалах [3; 6].

Оцінюючи повсякденні стресори, слід зазначити, що методи реєстрації повсякденних складностей, як і критичних життєвих подій, можна структурувати методично, змістовно та оціночно [13]. Найбільш відомі методи – "Шкала повсякденних складностей" і "Перелік повсякденних стресів" [15].

Хронічні стресори можна реєструвати методами, розробленими для критичних життєвих подій або повсякденних стресорів, якщо враховувати при цьому тривалість навантажень. Крім того, хронічні стресори вимірюються спеціальними інструментами, що використовуються для конкретної (родина, робота, фінанси та ін.) сфери. Найчастіше застосовуються опитувальники самооцінки, рідше – інтерв'ю. Як правило, специфічні види стресорів, як і інші осі виміру змістовної оцінки (наприклад, тривалість стресу, змінюваність тощо), є заданими [13].

Для реєстрації стресових реакцій використовуються різні методи, що реалізуються у вигляді опитувальників самооцінки або інтерв'ю. У змістовному плані вони реєструють: самопочуття, специфічні стресові емоції (наприклад, гнів), стан здоров'я; клінічні симптоми і синдроми (шкали тривоги, депресії); діагнози. Поряд з інструментами, що оцінюють емоційні реакції, застосовуються методи реєстрації інших стресових реакцій (наприклад, амбулаторний моніторинг фізіологічних і психофізіологічних реакцій) [13].

При дослідженні копінгу (уміння подолати стрес) перевага надається опитувальникам та інтерв'ю самооцінки, що реєструють

його у загальному вигляді. Більшість методів вимірюють індивідуальне стресове переживання і поведінку. Для діадичного стресу і відповідно копінгу в партнерів Дж. Боденман розробив метод лабораторного спостереження у формі опитувальника. Для виміру сімейного стресу і копінгу дослідники зосереджувалися здебільшого на критичних сімейних подіях (макро стресорах), часто опитувались лише батьки. М. Перре, Р. Бергерта, П. Вілхелм запропонували спосіб комп'ютерного самопостереження за стресовими переживаннями і подоланням стресу в родині, де всі члени сім'ї старші 13 років, сім разів на день за планом вибірок часу і подій реєструють за допомогою мініатюрного комп'ютера ознаки своєї і чужої поведінки. Комп'ютерний запис відбиває стресову подію, індивідуальний іміжособистісний копінг [13; 15; 16].

Більшість методів призначено для дорослих. У 1989 р. І. Сіф-Кренке створив опитувальник для молодих людей віком від 12 до 20 років. Він базується на матриці, що складається з восьми типових для молоді гіпотетичних проблемних ситуацій і 20 копінгових стратегій.

Існують інші подібні методи, які зокрема реєструють: стресори (вид, тривалість, інтенсивність тощо), ознаки оцінки (контрольованість, каузальна атрибуція тощо), ознаки стресових емоцій (види емоцій, інтенсивність, тривалість тощо), ознаки копінгу (типи реакцій). Для різних видів копінгу зазвичай наводяться відповідні шкали.

Найбільш поширеними методами оцінки подолання стресу є такі: опитувальник для реєстрації копінгу в процесі стресу; опитувальник подолання стресу, що стосується реальних минулих і дійсних подій; опитувальник для реєстрації форм подолання хвороби; Фрайбурзький опитувальник способів подолання хвороби, що має різні версії також є опитувальником самооцінки в подоланні перенесеної хвороби; система запису за допомогою комп'ютера (ведення щоденника самореєстрації процесу стресових подій, що включає їх копінг, за допомогою мініатюрного комп'ютера); опитувальник способів копінгу; шкала стилів поведінки Міллера;

дослідження копінгу за А. Біллінгсом і Р. Моосом; індикатор копінгових стратегій; перелік життєвих подій і копінгу; перелік копінгових орієнтацій підлітків при переживанні проблем; перелік життєвих ситуацій; копінговий перелік для стресових ситуацій; шкала подолання; вимір повсякденного копінгу; опитувальник процесу стресу і копінгу [13].

Зупинимось детальніше на деяких із них. Опитувальник способів копінгу (С. Фолкмані Р. Лазарус, 1988) містить 50 основних і 16 додаткових пунктів із 8 емпірично виявленими шкалами. У відповідях відображається реально пережита респондентом стресова ситуація (наприклад, упродовж останнього тижня). Методика складається з таких шкал: конфронтуючий копінг; дистанціювання; самоконтроль; пошук соціальної підтримки; прийняття відповідальності; відхід – уникнення; планове вирішення проблем; позитивна переоцінка [13].

Шкала стилів поведінки Міллера[13]. Автор виокремив два стилі копінгу. Перший – "моніторинг": обережний, уважний стиль з пошуком інформації, візуалізацією сценарію для контролю над ситуацією. Другий – "притуплення", що припускає уникнення з виключенням нової інформації та інструментальних дій. Для оцінки цих двох стилів і була створена методика, представлена чотирма гіпотетичними стресовими ситуаціями, дві з яких належать до фізичної загрози, а дві інші – до захисту. Ситуації доповнені способами копінгу. Методика складається із 32 копінгових відповідей, по вісім на кожну стресову ситуацію. Основне обмеження методики визначається її змістом, що відображає лише ті стресові ситуації, що викликають тривогу. Інші стресові ситуації не можуть бути досліджені за допомогою цієї методики.

Дослідження копінгу за методикою А. Біллінгса і Р. Мооса [13]. Ця методика створена у контексті дослідження хронічного стресу і сімейного копінгу. Вказавши останню життєву кризу, чоловік і дружина повинні зробити вибір з 19 видів копінгу. Автори, спираючись на теорію стресу і копінгу Р.Лазаруса, інтуїтивно

згрупували пункти опитувальника за методами і функціями копіngu. Методи копіngu були розділені на три групи: активні когнітивні; активні поведінкові; уникнення. Функції визначені у двох варіантах: фокусування на проблемах або фокусування на емоціях. Кожен із 19 пунктів опитувальника відповідає одному методу й одній функції. Природа стресового джерела може розглядатися як ключовий елемент реальної копіngової відповіді. Відповідно до теорії стресу Р. Лазаруса, когнітивна оцінка може бути вирішальним попередником копіngu, однак їхні зв'язки досліджені поки що недостатньо.

Індикатор копіngових стратегій. Дж. Амірхан послідовно створював цю методикку. Її остаточна версія складається з 33 пунктів, по 11 пунктів для кожної з трьох шкал: вирішення проблем, пошуку підтримки, уникнення [13].

Перелік життєвих подій і копіngu. Методика була створена С. Дайс-Левісом і валідизована на вибірках школярів 11–14 років. Вона складається з переліку 125 стресових життєвих подій і 49 копіngових стратегій, що представляють п'ять факторів: агресія, усвідомлення стресу, відволікання, самовідволікання, витривалість. Однак є низка зауважень: методика недостатньо збалансована за допомогою раціональних процедур; її п'ять факторів не повністю узгоджуються з теорією; копіngові стратегії застосовуються до занадто різних стресових ситуацій; також не наводиться достатніх підтверджень того, що діти мають стрес-специфічний копінг [13].

Перелік копіngових орієнтацій підлітків при переживанні проблем (А-COPE). Копінг може розрізнятися на різних етапах життя. Для ідентифікації копіngових стратегій і поведінки при стресі у підлітків Дж. Патерсоні Х. Кубін розробили спеціальний опитувальник, в основі якого лежить опитування школярів старших класів щодо того, як вони справлялися з труднощами і зменшували дискомфорт. Методика містить 54 пункти, що представляють 12 факторів: демонстрація почуттів; пошук відволікання; розвиток здатності покладатися на себе й оптимізм; розвиток соціальної підтримки; вирішення сімейних проблем; уникнення проблем; пошук

духовної підтримки; внесок у дружбу; пошук професійної підтримки; залучення в необхідну діяльність; використання гумору; релаксація. А-COPE є хорошим прикладом виміру копінгу при розповсюджених життєвих стресах на специфічній стадії розвитку людини. Недоліком цієї методики є індуктивний підхід, вона не спирається на відомі теорії стресу і копінгу, і її застосування обмежене первинним матеріалом, що використовувався при створенні опитувальника [13].

Перелік життєвих ситуацій. Ґрунтуючись на провідних методиках дослідження копінгу, Х. Фейфел і С. Стрек розробили перелік життєвих ситуацій для оцінки трьох форм копінгу: вирішення проблем, уникнення, покірність. Методика допомагає оцінювати копінг за реальних обставин життя у людей середнього та літнього віку. В остаточному варіанті вона містить 28 пунктів. Опис стресових ситуацій в опитувальнику відсутній, однак визначено п'ять сфер конфліктів для вибору індивідуальних проблем: прийняття рішень, програшу змаганні, фруструюча ситуація, складності з авторитетною людиною, звичайні незгоди з однолітками. Унікальність методики полягає у звертанні до п'яти стресових ситуацій. Однак недолік її у тому, що порівняння досліджуваних не може бути точним, оскільки індивідуальні відмінності в переживанні стресу можуть призводити до розбіжностей у копінгу. Особисті копінгові стилі відповідають не за вибір тієї або іншої стратегії, а за відношення між ситуацією і поведінкою. Ще одна проблема полягає в тому, що у кожній сфері конфліктів можуть даватися різні когнітивні оцінки. Крім того, у методиці не враховується специфіка стадії конфлікту, від якої залежать розходження і в його оцінці, і в копінгу [16].

Копінговий перелік для стресових ситуацій (Н. Ендлер, Дж. Паркер). Слабкість більшості методик пов'язана з їх незадовільними психометричними властивостями, нестабільною структурою факторів і недоліками при перехресній валідазації. Ці недоліки були враховані при створенні методики. Спочатку автори вибрали дві функції копінгу: вирішення проблем і регуляція емоцій. Остаточний варіант CISS має 48 пунктів – по 16 пунктів для кожної з трьох шкал: копінг,

орієнтований на завдання; копінг, орієнтований на емоції; копінг, орієнтований на уникнення. Остання шкала надалі була розділена на дві: шкалу відволікання і шкалу соціального відволікання. Методика представляє собою класичну модель конструкції тесту. Однак вона не набагато краща ніж інші опитувальники при вирішенні критичних завдань оцінки копінгу [13].

Шкала подолання (С. Карвер). Методика містить 13 шкал копінгу, кожна з яких складається з чотирьох пунктів. Перші п'ять шкал створені для виміру копінгу, фокусованого на проблемах. Наступні п'ять – для копінгу, фокусованого на емоціях. Шкали розташовані в такому порядку: активний копінг, планування, придушення конкуруючих видів активності, обмежуючий копінг, пошук соціальної підтримки через інструментальні причини, пошук соціальної підтримки через емоційні причини, позитивна репрезентація і зростання, прийняття, звертання до релігії, фокусування на емоціях і їхній прояв, заперечення, поведінкова незалученість, розумова незалученість.

Вимір повсякденного копінгу. А. Стоун, Дж. Ніл [13] представили список із 55 видів (пунктів) копінгу, що сформувалися у вісім категорій: відволікання, нове визначення ситуації, пряма дія, катарсис, прийняття, соціальна підтримка, релаксація, релігія.

Опитувальник процесу стресу і копінгу. Швейцарські дослідники М. Рейчер і М. Перре створили особливу методику оцінки стресу та копінгу. Її мета полягає у вимірі копінгу впродовж різних гіпотетичних стресових ситуацій, що містять когнітивні оцінки, емоції, атрибуції. Опитувальник складається з 18 епізодів, розділених на два класи стресу: аверсивні або невизначені ситуації; ситуації втрати або неуспіху. Кожен епізод поділяється на три стадії [15].

На основі викладеного, можна констатувати, що у світовій психологічній практиці виділяють такі групи психодіагностичних методів оцінки впливу психотравмуючих факторів на особистість: методи оцінки критичних та травматичних життєвих подій, оцінки повсякденних та хронічних стресорів, методи реєстрації стресових

реакцій, методи дослідження копінгу та методи дослідження посттравматичних стресових розладів. Можна виокремити два основних напрями: спрямовані на дослідження стресу та на вивчення проявів у посттравматичний період.

Отже, детально проаналізовані методики, що застосовуються зарубіжними колегами для оцінки впливу психотравмуючих факторів на особистість, дозволять вітчизняним практичним психологам краще орієнтуватися у їх розмаїтті та обрати для конкретної стресової ситуації найбільш відповідний діагностичний інструмент.

Список використаних джерел

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – Ростовн/Д : Феникс, 1997. – 576 с.
2. Решетников М.М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей / М. М. Решетников, А. Ю. Баранов, А. П. Мухин // Психологич. журн. – 1990. – Т. 11, № 1. – С. 95–101.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Моляко В.А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы / В. А. Моляко ; О-во "Знание" Украины ; Украин. дом эконом. научно-техн. знаний. – К., 1996. – 32 с.
5. Миронець С.М. До проблеми психологічної адаптації фахівців зведених рятувальних загонів / С. М. Миронець // Проблеми екстремальної та кризової психології : зб. наук. пр. Вип. 8. – Х. : НУЦЗУ, 2010. – С. 18–25.
6. Тімченко О.В. Професійний стрес працівників органів внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція) : дис. На здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : спец. 19.00.06 / Тімченко Олександр Володимирович. – Х. : Нац. ун-т внутр. справ, 2003. – 427 с.
7. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В.А. Бодров. – М. : Ин-т психологии РАН, 1995. – 128 с.

- 8.Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16–24.
- 9.Психология здоровья / под. ред. Г.С.Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.
- 10.Марищук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Изд. дом "Сентябрь", 2001. – 260 с.
- 11.Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова ; подред. проф. В. И. Носкова. – Севастополь : Вебер, 2003. – 257 с.
- 12.Морозов А.М. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / А. М. Морозов, Л. А. Крыжановская. – К. : Чернобыль интеринформ, 1998. – 330 с.
- 13.Абабков В. А.Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
- 14.Крайнюк В.М.Психологія стресостійкості особистості : монографія / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
- 15.Perrez M. Stress, Coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle; Toronto; Bern; Gottingen : Hogrefe & Huber Publishers, 1992.
- 16.Freedy J. R. Traumatic stress: An overview of the field // Freedy J. R., Dankervoet J. C. Hobfoll S. E. (Eds.) Traumatic stress. From theory to practice. – New York : Plenum, 1995. – P. 3–28.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЯК НАСЛІДОК ДИЗАДАПТИВНОГО ПРОЯВУ СТРЕСОГЕННОГО ВПЛИВУ

Травматичні події, що несуть загрозу життю та здоров'ю людини, можуть викликати посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що проявляються у страхах, роздратованості, агресивній неконтрольованій поведінці, спалахах гніву, порушеннях сну, депресіях, схильності до суїцидів, неврозах [1, 2, 3, 7].

Епідеміологічна оцінка поширення ПТСР, що ґрунтується на результатах психіатричних обстежень потерпілих внаслідок масштабних екстремальних ситуацій (катастроф, війн тощо), свідчить, що це захворювання може охоплювати від 15% до 40% потерпілих. При стихійних лихах кількість осіб із симптомами посттравматичного розладу становить від 10% до 50% жертв [8,9].

Матеріали світових досліджень, представлені Н.В. Тарабріною [7] вказують на те, що гострі реактивні психози внаслідок землетрусу виникають у 10-25% постраждалого населення. Кількість осіб, що мали психічні розлади на подальшому етапі розвитку ситуації складала від 3 до 35%. Після перенесених катастроф ознаки ПТСР було виявлено у 60% постраждалих, а у 28% дані прояви спостерігалися через 14 років після стихійного лиха. У 57% жертв згвалтування відмічались ознаки хронічного ПТСР. У 19,2% ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС було виявлено ПТСР, а кількість суїцидів серед них складала 58%.

Мета статті: Проаналізувати механізми посттравматичного стресового розладу та з'ясувати дизадаптивні прояви стресогенного впливу на особистість.

Завдання статті: Визначити детермінанти та умови розвитку посттравматичного стресового розладу та схарактеризувати стресогенні фактори, які впливають на рівень дизадаптивних проявів особистості.

Систематичне вивчення проблеми посттравматичних стресових розладів було розпочато у 80-х роках позаминулого століття.

До 1980 року було накопичено та проаналізовано велику кількість інформації, що базувалась на вивченні психологічних наслідків стресу, викликаного участю в бойових діях, а також при дослідженні особливостей реакції людини на вплив інших екстремальних факторів (аварії, стихійні лиха, різні форми насилля). Узгодження отриманих даних дало змогу внести в опубліковане в 1980 році 3-тє видання офіційного американського діагностичного стандарту DSM-III: *Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders* – розділ, в якому представлено опис діагностичних критеріїв для визначення розладів, що викликані травмуючим впливом на психіку людини різноманітних стресогенних факторів, які виходять за межі звичного людського досвіду. Комплекс симптомів отримав назву синдрому посттравматичних стресових розладів – PTSD (*Post traumatic stress disorder*).

У 1995 році в США введена нова четверта редакція DSM-IV. У цьому ж році посттравматичний стресовий розлад, його діагностичні критерії із DSM були введені і в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКХ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах, включаючи Україну.

Критеріями ПТСР в МКХ-10 є наступне:

А. Хворий повинен підлягати впливу стресорної ситуації (як короткому, так тривалому впливу загрозливого чи катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у кожного індивідуума.

Б. Стійкі спогади або активізація стресора в причепливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи снах, що повторюються, або повторне переживання горя при дії ситуацій, що нагадують або асоціюються зі стресом.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути тих обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором.

Г. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія: чи часткова, чи повна щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дій стресору), які представлені будь-якими з наступних: а) утруднення засинання чи збереження сну; б) роздратованість або спалахи гніву; в) утруднення концентрації уваги; г) підвищення рефлексу чотирьохбугристості.

Критерії Б, В, Г виникають протягом 6 місяців після стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

В основі патологічного впливу травматичного стресу лежать ситуативні фактори, заломлені у свідомості суб'єкта.

Після травми суб'єкту доводиться повторно відновлювати або навіть створювати з урахуванням травматичного досвіду цілісну систему ментальних репрезентацій дійсності, когнітивних схем, що складають структуру його суб'єктивного життєвого простору.

Травматичний стрес, руйнуючи структури ментального досвіду, знижує когнітивний оцінковий бар'єр між впливом зовнішнього середовища і емоційною та поведінковою реакцією на цей вплив, внаслідок чого втрачається здатність до адекватної інтерпретації ситуації і поведінка людини починає здійснюватися у відповідності до формули "стимул-реакція".

Втрата здатності до саморегуляції і когнітивного контролю над ситуацією – системоутворюючий фактор порушень на всіх рівнях – біологічному, психологічному і соціальному. Порушення когнітивно-емоційного процесу внаслідок травматичної ситуації призводить до формування цілого комплексу посттравматичних станів.

Внаслідок травматичної ситуації та пережитих надінтенсивних негативних емоцій відбувається патологічна фіксація в пам'яті травматичного сліду, який мимовільно активізується. Такі сліди проявляються у вигляді причепливих спогадів, що супроводжуються важкими емоційними переживаннями.

Важливу роль в когнітивному посттравматичному процесі відіграють дисоціативні стани, що пов'язані з особливостями процесів

пам'яті на травмуючу інформацію і супроводжуються різноманітними відчуттями втрати зв'язку з реальністю. Часто можуть проявлятися мимовільні перенесення людини в травматичне минуле та здійснення нею дій, які не адекватні теперішній, а є адекватними саме ситуації в минулому. Причепливі спогади атакують людину, вона хоче їх позбутися. Відмова від прийняття життєвого досвіду і породжує основну причину посттравматичної дезадаптації – когнітивний конфлікт, суть якого в тому, що травматичні спогади проривають бар'єр заборон. Інтенсивність емоцій при проривах спогадів постійно збільшується. З часом тяжкість емоційного стану, що супроводжує травматичні спогади, робить неможливим нормальне функціонування людини [4, 5].

Контроль за травмою з часом потребує все більше і більше життєвої енергії, що і проявляється в симптоматиці ПТСР.

Наслідком цього є порушення системної рівноваги і розвиток тяжких хронічних форм розладу. Когнітивна оцінка травматичного стресу та пов'язані з ним надсильні негативні емоційні переживання відображаються і на глибинних системах регуляції людської поведінки, а саме: нейроморфологічних, біохімічних, психофізіологічних.

В екстремальній ситуації сформувалася навичка швидкого реагування, яка потім зберігається і в подальшому саме на ті впливи, які не потребують такої реакції. При ПТСР спосіб взаємодії з оточуючим світом характеризується втратою здатності до розрізнення характеру стимулу. Гіперактивність стає автономною. Це проявляється в підвищенні рівня збудження і тривоги під час сну, високому рівні роздратованості, схильності до імпульсивних агресивних реакцій, надмірній настороженості.

Патологічна висока готовність до реагування на зовнішню і внутрішню небезпеку провокує розлади уваги: відволікання, порушення концентрації.

Підсвідома готовність до захисту проявляється в надмірному реагуванні на раптові, але нейтральні стимули.

Якщо суб'єкт намагається витіснити із свідомості травматичні спогади, то відбувається "інкапсуляція" травми, виведення її з-під контролю травми. Тому можливі некеровані прориви травматичних спогадів у свідомості і супутні їм тяжкі емоційні стани. У структурі життєвого досвіду формується мотиваційна спрямованість на уникнення всього, що здатне викликати травматичну пам'ять та тяжкі емоції [4, 5].

Посттравматична спрямованість на уникнення, як провідна мотиваційна стратегія подолання наслідків перебування в травматичній ситуації, призводить до глибинних порушень на всіх рівнях саморегуляції, в тому числі на соціальному та соціально-психологічному. Прагнення до уникнення без адекватного зворотного зв'язку із зовнішнім середовищем спотворює емоційну картину світу. Дана поведінка обмежує доступ нової інформації, яка може викликати позитивні емоції.

Внаслідок зниження рівня позитивних емоцій різко знижується рівень активності людини, втрачається інтерес до життя, характерна відсутність перспективи. Зменшується коло спілкування, з'являється відчуженість та ізольованість від оточення. Втрачаються близькі стосунки з родичами.

Відповідно до сучасних уявлень [6, 7], переживання травматичної ситуації супроводжується виникненням трьох різних феноменів, які мають характерні відмінні риси, але проте пов'язані один з одним.

Так, безпосередньо у першу мить травматичної події багато індивідів не в змозі сприйняти цілісну картину, що відбувається. У цьому випадку сенсорні й емоційні елементи події не можуть бути інтегровані в рамках єдиної особистісної системи пам'яті та ідентичності й залишаються ізольованими від повсякденної свідомості. Переживання травматичної ситуації розділяється на ізольовані соматосенсорні елементи. Фрагментація травматичного досвіду супроводжується его-станами, які відрізняються від повсякденного стану свідомості. Цей феномен позначають як первинну дисоціацію.

Первинна дисоціація багато в чому обумовлює розвиток ПТСР, симптоми якого (нав'язливі спогади, нічні кошмари й флешбек-ефекти) можна інтерпретувати як драматичне вираження дисоційованих спогадів, пов'язаних із травмою [6, 7].

Індивід, що перебуває в "травматичному" (дисоційованому) ментальному стані, переживає подальшу дезінтеграцію елементів травматичного досвіду перед загрозою, що не припиняється. Вторинна, або перитравматична, дисоціація часто має місце в індивідів, що переживають травматичну ситуацію [6], і включає феномени виходу з тіла, дереалізації, аналгезії й ін. Вона дозволяє дистанціюватися від нестерпної ситуації, зменшити рівень болю й дистресу й, в остаточному підсумку, захистити себе від усвідомлення всього впливу травматичної ситуації. Вторинна дисоціація має анестезуючу дію, виводячи індивіда із зіткнення з почуттями й емоціями, пов'язаними із травмою, у той час як первинна дисоціація обмежує когнітивну переробку травматичного переживання таким чином, що це дозволяє індивідові, який перебуває в ситуації, що виходить за рамки його повсякденного досвіду, діяти, ігноруючи деякі аспекти або всю психотравмуючу ситуацію.

У тому випадку, коли має місце розвиток характерних его-станів, які містять у собі травматичні переживання й складаються зі складних особистісних ідентичностей, що мають характерні когнітивні, афективні й поведінкові паттерни, – говорять про третинну дисоціацію. Деякі із цих его-станів можуть містити біль, страх або лють і гнів, пов'язані з конкретною травматичною ситуацією, у той час, як інші его-стани залишаються в невіданні щодо травми й дозволяють індивідові успішно виконувати повсякденні рутинні обов'язки. Прикладом крайнього вираження третинної дисоціації є розлад множинної особистості.

Дисоціація є, очевидно, фундаментальною властивістю психіки й лежить в основі багатьох феноменів, що мають місце як при "нормальному" функціонуванні психіки, так і в багатьох видах психопатології. Безліч форм дисоціативних станів, а так само їхня

поширеність, дають підставу припускати, що вони займають важливе місце у функціонуванні психіки й мають велику цінність із погляду адаптації до мінливих умов навколишнього середовища [6,7].

На думку Є.О. Лазебної [6], розвиток ПТСР залежить від багатьох факторів. Сюди відносять: ситуаційні фактори претравматичної схильності: вік травматизації (до 18 і після 60 років ризик травматизації вищий); спадкові фактори психічного здоров'я, особливо коли в сім'ї є випадки алкоголізму, наркоманії, психічних розладів; генетичні фактори нейроендокринної схильності (наприклад, природжено низький рівень секреції кортизолу у відповідь на стресогенну дію). Конфлікти в сім'ї, схильність до девіантної поведінки у підлітковому віці, втрата батьків, розрив сімейних зв'язків, сексуальна та фізична травматизація в дитинстві, низький освітній рівень, наявність певних особистісних якостей, а саме: нейротизму, інтровертованості, високого рівня тривожності, екстернальний локус суб'єктивного контролю.

Висновок: Таким чином, посттравматичний стресовий розлад виникає після дії травматичних ситуацій, які характеризуються екстремальними критичними подіями, що несуть в собі надзвичайно негативний вплив, ситуацію загрози життю чи здоров'ю людини, потребуючи від неї екстраординарних зусиль з оволодіння наслідками цього впливу.

Посттравматичний стресовий розлад характеризується симптомами:

1) причепливого, постійно повторюваного переживання травматичної події;

2) симптомами уникнення, де травматичний досвід постійно витісняється зі свідомості, людина прагне позбавитись думок і спогадів про пережите, що супроводжується високою емоційною напругою та енергетичним виснаженням;

3) симптомами фізіологічної гіперактивації, що проявляється в утрудненнях засинання, підвищеній роздратованості, спалахах

гніву, невмотивованій гіперпильності та постійній готовності до загрози (небезпеки).

Розвиток посттравматичного стресового розладу залежить від багатьох умов, а саме: наскільки ситуація суб'єктивно сприймалась як загрозна, наскільки об'єктивно реальною була загроза життю, наскільки близько від трагічних подій знаходився індивід, чи були задіяні в цю подію його близькі, чи вони постраждали.

Великого значення набувають фактори травматичної ситуації, до яких належать тяжкість травматичної події, фактори її раптовості, ступінь підготовленості суб'єкта до дії травматичної ситуації. Факторами претравматичної схильності є: вік травматизації, спадкові фактори психічного здоров'я, генетичні фактори нейроендокринної схильності, травматизація в дитинстві, низький освітній рівень, наявність певних особистісних якостей.

В науковій літературі описані фізіологічні, біохімічні та психологічні типи адаптаційних механізмів, що включаються у людини в умовах стресу та забезпечують нормальне функціонування організму.

Надзвичайно велика увага приділяється аналізу механізмів дії стресу на біологічному рівні. В якості психологічних механізмів розглядаються механізми психологічного захисту, компенсації і копінг-механізми або механізми долання стресу. Чіткого аналізу механізмів стресостійкості ми не виявили.

Так, до антистресових механізмів, що визначають стійкість до стресу, відносять генетичні та онтогенетичні фактори. В експериментальних і клінічних дослідженнях встановлено, що у формуванні стійкості до різних стресових станів (гіпокінезія, біль, психоемоційна і фізична напруга і ін.) істотне значення мають спадкові (генетичні) властивості організму. Серед чинників індивідуального (онтогенетичного) розвитку організму найбільше значення у формуванні стійкості до стресу має досвід, який набувають при тривалих стресових впливах. Цей досвід, практично, є проявом адаптованості організму до стресу, яка дозволяє людині зберігати

стійкість в реалізації різноманітних форм діяльності та адекватно регулювати поведінку в стресових ситуаціях.

Література

1. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник для студентів вищ. навч. закладів / М. С. Корольчук. – К. : Ельга; Ніка-Центр, 2003. – 400 с.
2. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
3. Милерян Е. А. Обсуждение и теоретическое обобщение экспериментальных материалов / А. Милерян // Очерки психологии труда оператора. – М. : Наука, 1974. – С. 5–118.
4. Писаренко В. М. Устойчивость эмоционального состояния спортсмена в условиях соревнований / В. М. Писаренко // Пути достижения трудной цели в спорте. – М., 1964. – С. 51–68.
5. Пірен М. І. Конфлікт і управлінські ролі. Соціо-психологічний аналіз / М. І. Пірен. – К. : МАУП, 2000. – 284 с.
6. Семиченко В. А. Психология деятельности : модульный курс для преподавателей и студентов / В. А. Семиченко. – К. : Издатель А. Н. Эшке, 2002. – 247 с.
7. Семиченко В. А. Психологія особистості / В. А. Семиченко. – К. : Видавець О. М.Ешке, 2001. – 427 с.
8. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро. – М. : Независ. фирма "Класс", 1998. – 496 с.
9. Шапкин С.А. Деятельность в особых условиях: компетентный анализ структуры и стратегий / С. А. Шапкин, Л. Г. Дикая // Психологич. журн. – 1996. – Т.17, №1. – С. 19–34.

ВОЙНА И ПСИХОТРАВМА: РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОТЕРЯХ В ВОЙНАХ XX СТОЛЕТИЯ

Во время военных операций часто возникают психические расстройства и нарушения. Эти расстройства психики в военных частях и подразделениях могут существенно ослабить их боеспособность. В истории проведения военных действий зафиксированы случаи так называемых *психиатрических потерь*, а их процент иногда даже превышал отметку в 50 % [4, с. 200–232; 10, р. 190–208]. В течение Первой мировой войны в сербской армии, находившейся в очень трудных условиях, болезненный личный состав которой противостоял многочисленному противнику, но в которой была очень высокая моральная подготовка, – зафиксировано всего два случая психотравмированных бойцов. Необходимо иметь в виду, что в этой войне погибло более четверти всех взрослых жителей Сербии.

Во Второй мировой войне в Народно-освободительной армии Югославии до 1943 года, пока модель пополнения армейских подразделений была добровольческой, зафиксировано очень мало психиатрических потерь. После 1943 года, когда была введена воинская обязанность и стали применять насильственную мобилизацию, этот показатель значительно вырос. Самыми частыми проявлениями стали истерические реакции ("болезнь атакующих", "психоз Козары" и пр.), которые часто получали неправильный диагноз –эпилептический припадок [2, с. 7-142].

В Великобритании в период Второй мировой войны, согласно некоторым данным (Капор; Костич), было 33 % психиатрических потерь [2; 4, с. 207], в американской армии, по данным War Department 176 [3; 4, с. 207], эти потери составляли около 30 %. В Красной Армии [1], согласно Лобастову и Давыденко [2; 4, с. 206], процент психиатрических больных в специализированных госпиталях армейских и прифронтовых районов составлял 6 %, что говорит о высокой моральной подготовке советской армии (см.: рис.2., табл. 1).

В немецкой армии во Второй мировой войне не зафиксированы психиатрические потери, так как таких солдат объявляли трусами и предателями, их сразу расстреливали или вешали [10, р. 190–208].

Таблица 1

Представление данных о психиатрических потерях в некоторых армиях(согласно П. Костич [4]) / Table. Mental disorders in diferent armies[4]

Война / War	Армия / Army	Психиатрические потери / Mental disorders	Нарушения / Infringements	Комментарий / Comment
I мировая война	Великобритания (Англия)	7,4 %	Mackensie – Soldier Heart	346 солдат были расстреляны из-за плохой морали
I мировая война	Сербия	0 %	0	
II мировая война	США	14 %	На 1 отравленного приходилось 20 невротиков со схожими симптомами	50% возвращены в строй, а 41 % в тыл
II мировая война	Германия	Нет данных		Все солдаты с психическими нарушениями расстреляны или повешены и объявлены трусами
II мировая война	Красная Армия	6-11 % (Н.М. Тимофеев)	истерия, неврастения, реактивный невроз	88,2 % возвращено в строй

II мировая война	Югославская армия	0,6 % до 1943 г.52 % до 1945 г.	истерическая реакция, эпилепсия.	Повышение показателя с введением военной обязанности
------------------------	----------------------	------------------------------------	--	--

Интересен тот факт, что количество психотравмированных лиц в тылу было намного больше, чем на передовой, а самое меньшее количество таких лиц было в специализированных подразделениях. Больше психотравмированных было в атаках, чем в обороне. В начале и в конце войны и даже в мирное время существенно больше фиксируется психотравмированных лиц, чем во время самых ужасных военных действий.

Из опыта военных психологов в период бомбардировок НАТО Республики Югославии заметим, что довольно большое число резервистов из Пиротского района было направлено на психиатрические осмотры перед бомбардировками пригородных участков, гораздо больше, чем это было в начале бомбардировок и когда они стали интенсивными. В мирное время в течение службы в армии были замечены более частые случаи "самоволки" или нанесения самоповреждений в подразделениях по сравнению с периодом ведения военных операций [5; 8; 7, с. 77].

Прежде чем продолжать рассматривать настоящее явление, необходимо определить и разграничить такие понятия как стресс, травма и посттравматическое стрессовое расстройство(ПТСР).

Стресс представляет собой "тревожное событие жизни, которое сопровождают биохимические, физиологические и когнитивные изменения и изменения в поведении с целью долгосрочного приспособления и адаптации человека к ситуации, в которой находятся под угрозой его жизненные ценности..." [4, с. 201].

В отличие от стресса травма определяется как "внезапное и жестокое событие, которое затрагивает личность настолько сильно, что она временно теряет психологическое равновесие и ведет себя неподобающим образом и/или у нее проявляются симптомы

физического (телесного) либо душевного расстройства" [4, с. 202]. В этом смысле война представляет собой общественный стресс, который наступает, когда в высшей степени находится под угрозой выживание индивидуальной личности и целых социальных групп, к которым она принадлежит.

В соответствии с критериями диагностики ДСМ-4 (Самарджич, Шпирич) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) обладает следующими характеристиками [9, с. 49].

А) Человек подвергнулся травматическому событию и при этом 1) пережил, присутствовал или столкнулся с одним или несколькими событиями, которые подразумевали фактическую или надвигающуюся смерть либо тяжелые физические повреждения или угрозу физической неприкосновенности его личности либо другого человека и 2) реакция этого человека подразумевает интенсивный страх, беспомощность и ужас.

Б) Симптомы повторного переживания травмы приводят к одному из следующих пяти симптомов:

1) рекуррентные (повторные), навязчивые и неприятные воспоминания о травматическом событии;

2) рекуррентные неприятные сны о травматическом событии;

3) впечатление о том, что травма снова происходит через а) сопереживание травмы;

б) галлюцинации; в) диссоциативные эпизоды возвращения в травматическое событие при внезапном пробуждении;

4) очень выраженный дискомфорт при контакте с раздражителями, которые символизируют какой-либо аспект травмы либо напоминают о ней и

5) физиологическая реакция.

В) Симптомы забывания ситуаций, связанных с травмой или "обобщенное онемение" с проявлением не менее трех симптомов из следующих: 1) избегание размышлений, переживаний, чувств либо разговоров, которые касаются травмы; 2) избегание осуществления деятельности, мест или людей в связи с травмой; 3) невозможность

вспомнить аспекты травмы; 4) снижение интереса к участию в деятельности; 5) чувство дистанции или отчуждения к другим людям; 6) сужение сферы чувствительности и 7) чувство бесперспективности по отношению а) планов работы, б) планов брака и семьи, в) ожиданий и планов старости и будущего.

Г) Симптомы раздражительности (два из пяти): 1) затруднительное засыпание или непостоянная фаза сна; 2) раздражительность или вспышки гнева; 3) трудности со сосредоточением внимания; 4) сверхнастороженность и 5) выраженная реакция испуга и подергивания инервные тики на безобидные раздражители.

Д) Продолжительность данных изменений наблюдается дольше месяца и приводит к нарушениям в социальном, профессиональном и в других планах во всех важных областях жизнедеятельности.

Как мы уже упомянули, война представляет

Д) Продолжительность данных изменений наблюдается дольше месяца и приводит к нарушениям в социальном, профессиональном и в других планах во всех важных областях жизнедеятельности.

Как мы уже упомянули, война представляет собой общественный стресс, который возникает в случае крайней угрозы выживанию индивидуальной личности либо целых общественных групп, к которым она относится. Это касается и представителей военных подразделений (солдат и офицеров), и мирного охваченного ужасами войны населения.

Посттравматическое стрессовое расстройство у солдат может проявиться разными способами (всего четыре): а) в самом бою, без предыдущего травматического опыта; б) в бою после пережитого травматического события; в) после проведения боя, в перерыве между боевыми действиями или после ухода с передовой линии и г) после войны, окончания боевых действий и после демобилизации в мирное время. собой общественный стресс, который возникает в случае крайней угрозы выживанию индивидуальной личности либо целых общественных групп, к которым она относится. Это касается и

представителей военных подразделений (солдат и офицеров), и мирного охваченного ужасами войны населения.

Посттравматическое стрессовое расстройство у солдат может проявиться разными способами (всего четыре): а) в самом бою, без предыдущего травматического опыта; б) в бою после пережитого травматического события; в) после проведения боя, в перерыве между боевыми действиями или после ухода с передовой линии и г) после войны, окончания боевых действий и после демобилизации в мирное время.

Во избежание значительных психиатрических потерь среди солдат необходимо принять меры для приобретения сопротивляемости к возникновению страха, тревоги, паники и психических расстройств [2, с. 106-111]. Некоторые из таких мер следующие:

- 1) Развитие личной и коллективной мотивированности к победе.
- 2) Реалистическая, своевременная и интенсивная боевая подготовка.
- 3) Развитие реалистического понимания опасности и ужасов войны.
- 4) Хорошая и своевременная информированность о глобальной и военной ситуации.
- 5) Личный пример офицеров для подражания, равнение на храбрых личностей.
- 6) Постоянное поддерживание контактов с реальностью и организация деятельности.
- 7) Постепенный переход боевого состава от выполнения более легких к тяжелым боевым задачам.
- 8) Разъяснение, что страх – это нормальное явление.
- 9) Ознакомление личности с собственной психической жизнью.
- 10) Развитие солидарности коллектива и подразделения.
- 11) Навыки и мудрость управления и командования.

Что касается устранения боевой усталости, необходимо применять основные четыре принципа:

1) *Быстрота*. Необходимо как можно скорее реагировать, если это возможно, и на самой "боевой линии". На начальной стадии травмированное лицо доступно, восприимчиво к влиянию коллектива и может легче пройти через кризис. Этот принцип предотвращает попытку (часто неосознанную) достижения вторичной выгоды.

2) *Позиция ожидания положительного исхода*. Для солдата лучше всего, чтобы он лечился в среде и окружении, в которых он будет считать, что все заинтересованы в его выздоровлении. Следует избегать атмосферы больницы и предотвращать ятрогенизацию и реализацию вторичной выгоды.

3) *Простота*. Солдату нужно говорить, что его болезнь не имеет серьезного характера и что она должна лечиться простыми методами.

4) *Централизация подразумевает организованную госпитализацию* через один центр, который располагается как можно ближе к месту военных действий. Таким образом обеспечивается, чтобы профессиональная служба своевременно приняла более тяжелые случаи и чтобы не создавалась возможность моделирования и обострения психотравмы в целях достижения вторичной выгоды.

В процессе проведения военных действий в регионе бывшей Югославии, а также в период бомбардировок НАТО в 1999 году военные психологи в своих боевых подразделениях непосредственно работали с солдатами и офицерами с целью профилактики психических расстройств на войне.

Что касается лечения психически травмированных лиц, на фронте оно осуществлялось по поэтапному принципу. Военные врачи и психологи в подразделениях, которые не были охвачены войной, направляли своих солдат в психиатрические службы Военного госпиталя в Нише и в Военно-медицинскую академию в Белград. В Нишском регионе осуществлялось сотрудничество с психологом из Военного госпиталя Божидаром Любишичем [6], а также с высшим должностным командованием.

Интересно, что когда речь идет о ПТСР, главные расстройства проявлялись уже после окончания боевых действий, даже по прошествии нескольких лет после войны; в мирное время они в первую очередь выражались нарушениями в социальной, семейной, профессиональной деятельности и в прочих важных сферах жизнедеятельности. Об этом свидетельствуют многочисленные истории болезни и заключения бригадного психолога. В дальнейшем тексте мы приведем всего лишь несколько типичных примеров ПТСР у солдат и офицеров из подразделений Пиротского и Нишского гарнизонов.

Пример 1: капитан, 40 лет, женат, отец шестилетней дочери, с 20-летним стажем военной службы. Провел шесть месяцев на войне. Храбро и самоотверженно сражался. После возвращения наблюдаются проблемы со сном, его мучают кошмары и сны с картинками военных действий (чаще всего ему снятся три его погибших солдата). Чувствует усталость, бессилие, жалуется на головные боли в лобной области. Отчужден, с бурными вспышками гнева и агрессивным поведением. В недавней ссоре с женой сломал стол. Сам пугается своих неконтролируемых реакций, поэтому избегает контактов с ребенком и женой. На тесте умственных способностей показал высокие результаты, а тесты личности (ПИЕ, ММПИ-201) говорят о невротическом реагировании и о симптомах ПТСР. Направлен в отделение невропсихиатрии Военного госпиталя в Нише и после терапии лекарствами симптомы у него стали чуть слабее, но позже появились подергивания и нервные тики на малейшие раздражители. Через десять лет переживает тяжелую семейную трагедию. После этого выявлены серьезные депрессивные отклонения, из-за чего несколько раз был госпитализирован.

Пример 2: солдат, 22 года, явился на прием к психологу из-за страхов, бессоницы, ночных кошмаров, тремора, потери аппетита и общего перевозбуждения. Появление своих проблем он связывает с травматическим событием, произошедшим два года назад, когда он присутствовал при ранении лучшего друга, которого ножом уколол один албанец. На службе в армии чувствует страх и стыдится, что не

будет в состоянии выполнить обязательства, которых от него ожидают командиры. Родителям по телефону повторяет суицидальные мысли и намерения: "я убью себя". Интеллектуальные способности на уровне выше среднего, но в подразделении неэффективен. Личностные тесты говорят о том, что речь идет о гиперчувствительной личности с крайне низким порогом фрустрационной толерантности, упадком жизненного динамизма, что влияет на слабую мотивированность. Ночью иногда появляется сомнамбулизм, резко прыгает с кровати, бьет руками по тумбочкам в спальном комнате и кричит: "Вперед, бежим...". После нескольких психиатрических процедур и контактов с военным психологом его мотивированность улучшена, жизненный тонус поднялся и стабилизировался, а при поддержке боевых товарищей успешно закончил военную службу.

Пример 3: капитан, женат, имеет двух сыновей, семнадцати и пяти лет. Как командир роты неоднократно получал благодарности, имеет шесть медалей и два денежных приза от командования. Участвовал в боевых действиях в Хорватии и Косово. Чудом выжил при обстреле казармы, когда смело вытащил коллегу из-под завалов и вынес его на плечах. Получил удары в голову (спереди справа и в области шеи), после чего потерял сознание. Он отказался от осмотра, но в последующие дни у него возникают головные боли в височной области ("как будто кто-то тыкает отверткой") и слабость в ногах и теле. При утреннем пробуждении чувствует сильное головокружение и потерю равновесия. Часто не может сосредоточиться, внезапно возникает разрыв и блокировка мысли в процессе работы. Он снова после трех месяцев был задействован в боевых операциях, но из-за психологических проблем отправлен в Военный госпиталь, где его госпитализировали. Жалуется на больничную обстановку, отказывается от лечения, хочет вернуться на фронт. Со злостью, агрессивно реагирует на врачей и весь персонал больницы. После этого чувствует угрызения совести из-за такого своего поведения. Ночью часто просыпается внезапно с чувством страха и сильной тахикардии. Его мучают кошмары и навязчивые повторения травматических картин с

поля боя. Внезапная потеря веса (около 15 кг), а в поведении преобладает подавленное настроение с падением динамизма – аппетита, либидо и сна. Личностные тесты показывают замкнутость, склонность к отчуждению, снижение социальных интересов с предпочтением психосоматических реакций и конверсивным реагированием. Отмечается чувство собственной неполноценности, отсутствие перспектив, потеря воли и пессимизм. Со временем происходит улучшение адаптации к условиям мирного времени, но психосоматические расстройства остаются в виде артериальной гипертензии и тахикардии с чувствами отчуждения и изменения.

В приведенных выше примерах солдат и офицеров непосредственно видны симптомы ПТСР. В большинстве случаев речь идет о категориях появления дискомфорта после войны и окончания боевых действий в мирное время, когда возникают серьезные нарушения в социальном, профессиональном плане и в других важных областях жизнедеятельности. Наблюдая за отдельными примерами на протяжении определенного времени, мы увидели, что острые психические отклонения проявляются незначительно, но что очень часты психосоматические нарушения в виде артериальной гипертензии, сердечных болезней, астматических симптомов, проблем с пищеварением, язвы и прочего. Из-за нарушенного состояния здоровья многие из таких больных вышли на пенсию, а некоторые и умерли от инфаркта, инсульта, суицида и пр.

Результаты представленного анализа свидетельствуют о том, что необходимо применять профилактические меры до проведения боевых действий, во время военных действий, но также необходимо длительно наблюдать за психическим и медицинским состоянием участников военных операций и после их окончания.

Литература

1. Желтов, А.С. Солдат и война. М.: Изд-во Министерства обороны СССР, 1971. 318 с.
2. Капор, Г. Ратна психијатрија. Београд: Војноиздавачки завод, 1982. 444 с.

3. Клајн, Х. Ратна неуро́за Југословена. Београд: Народна армија, 1953. 155 с.
4. Костић, П. Психологија борбених јединица. Београд: НИЦ Војска, 2000. 327 с.
5. Милићевић, Н. М. Карактеристике личности адолесцената са аутоагресивним тенденцијама // Годишњак за психологију. №. 1 (1). Филозофски факултет Ниш, 2002. С. 225-233.
6. Љубишић, Б.†, Милићевић, Н.М., Миленовић, М.Б. Процена успешности селекције оператора противоклопних вођених ракета (ПОВР) Војсци Југославије // 46. Научно стручни скуп психолога Србије – Сабор 1998. Књига резимеа. Аранђеловац, 1998. С. 64-65.
7. Милићевић, Н.М. Профил индекс емоција адолесцената војника са ранијим самоповређивањима // 44. Научно стручни скуп психолога Србије – Сабор 1996. Књига резимеа. Зборник радова. Друштво психолога Србије. Врњачка Бања, 1996. С. 77-78.
8. Милићевић, Н.М., Цветковић, В. Анализа узорка и мотива самовољног удаљавања из јединица // Нови Гласник – војностручни интервидовски часопис. Београд: Војноиздавачки завод, 2000. № 2. С. 13-18.
9. Самарџић, Р., Шпирић, Ж. Посттрауматски стресни поремећај // Војносанитетски Преглед. 2004. № 61(1). С. 47-57.
10. Watson, P. War on the mind: The military uses and abuses of psychology. New York: Basic Books, 1978. 534 p.

Е. С. Молчанова _____

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ И ОСТРОЕ
СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В ФОРМАТЕ DSM-V:
ВНЕСЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕЖНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Категория посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), безусловно, удобная для профессионального применения, остается одной из наиболее спорных в форматах МКБ-10 и DSM-IV-TR. Опубликованная в мае 2013 года Американской Психиатрической

Ассоциацией новая классификация психических расстройств – DSM-V, представляет пользователю ряд изменений, призванных облегчить диагностику ПТСР и острого стрессового расстройства (ОСР). Данная работа посвящена сравнению описания ПТСР и ОСР в форматах прежней и обновленной американских классификаций психических расстройств, а также анализу возможных проблем применения улучшенных диагностических критериев.

Метод. Для демонстрации различий между прежним и новым описанием диагностических категорий использовано простое сравнение текстов DSM-IV-TR и DSM-V. В статье приведен перевод диагностических критериев ПТСР и ОСР в формате DSM-V (русский язык). Для демонстрации применения обновленных критериев ПТСР в диагностическом процессе использован метод анализа случая.

Результаты. В целом, диагностические критерии ПТСР в формате DSM-V почти повторяют критерии, изложенные в прежней классификационной системе. Основные отличия включают следующее: (1) Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом, сгруппированы в отдельный кластер и вынесены из рубрики тревожных расстройств; (2) Выделены два дополнительных подтипа ПТСР: "детский" и подтип с диссоциативными симптомами; (3) Были проведены изменения в перечне диагностических критериев с целью облегчить диагностику ПТСР и ОСР и сделать диагноз более валидным. Приведенные в статье клинические примеры демонстрируют по-прежнему линейный, западно-ориентированный подход к диагностике расстройств, связанных с травматическим стрессом и отсутствие культуральной проекции. В новой редакции DSM (и это справедливо не только для ПТСР и ОСР), упор сделан на поведенческие проявления расстройства, что может еще более дистанцировать психиатра от внутренних переживаний пострадавшего. Случаи, когда состояние пациента соответствовало всем необходимым и достаточным критериям ПТСР, были довольно редкими и диагностировались либо у людей с западной моделью образования, либо у военнослужащих.

Заключение. ПТСР по-прежнему представляется удобной амальгамой психических расстройств, спровоцированных чрезмерной психологической травмой. Необходим комплексный, многомерный подход к оценке и оказанию помощи после чрезвычайных ситуаций, при необходимости выходящий за рамки клинических протоколов.

Конструкт посттравматического стрессового расстройства, несмотря на все его удобства, продолжает вызывать серьезные сомнения в правомерности применения [10]. Во время одного из конгрессов Всемирной Психиатрической Ассоциации, руководитель авторитетной секции вызвал бурю негодования в аудитории, заявив, что "ПТСР есть не что иное, как удобная амальгама психических расстройств, так или иначе спровоцированных чрезмерной психологической травмой". Оратор тогда отразил и мое мнение, поэтому мне была не совсем понятна бурная эмоциональная реакция аудитории, состоявшей в основном из психиатров-травматологов.

Посттравматическое стрессовое расстройство в форматах МКБ-10 и DSM-IV противоречит принятому для этих классификаций анозогностическому подходу [1; 3; 4], так как его этиология определена и даже вынесена в качестве основного критерия (критерия А в формате DSM); ПТСР с большой натяжкой способно претендовать на статус отдельной нозологической единицы, легко гипердиагностируется в тех случаях, когда в анамнезе пациента есть указания на перенесенный дистресс [13]. Кроме того, активное использование номинации патологизирует нормальные человеческие переживания в ситуации потери, и, наконец, как каждый конструкт, который не совсем удачно определен, ПТСР обрывает авторскими вариантами и типами течения. В ряде исследований [6; 10; 11; 13; 14] появились указания на случаи посттравматического стрессового расстройства, связанные с посещением дантиста (*post-traumatic dental care anxiety*), с медикаментозным прерыванием беременности (*post-traumatic abortion syndrome*), с реакцией обиды (*post-traumatic embitterment disorder*) и после просмотра телепередач. Таким образом, критерий А – первый критерий ПТСР в прежней классификации, оказался невалидным, так

как один и тот же симптомокомплекс мог развиваться в результате "объективно" не совсем катастрофических событий, которые, однако, индивидуально переживались как трагедия, нарушающая привычное функционирование ребенка или взрослого.

В формате старой DSM-IV, категория посттравматического стрессового расстройства была включена в группу тревожных расстройств, что представлялось нейрофизиологически оправданным. Действительно, у пациентов с ПТСР были выявлены нарушения в строении миндалевидных тел (amygdala bodies) гиппокампа и лимбической коры. Кроме того, у пациентов с верифицированным ПТСР было доказано формирование короткого, не затрагивающего кору, ответа на угрожающий стимул [7; 8], что, кстати, типично и для специфических изолированных фобий. С этой точки зрения хрестоматийный случай маленького Альберта (little Albert's case), у которого был кондиционирован страх белых крыс, можно рассматривать как ПТСР у ребенка младше 6-ти летнего возраста, причем обнаружить у него все необходимые критерии. К сожалению, во время работы бихевиориста Уотсона (Watson, 1920) оставалось еще как минимум 60 лет до введения категории ПТСР в психиатрический тезаурус, и отсутствие внимания к психологической травме помешало остановить жестокий эксперимент. Помимо феноменологического сходства ПТСР с другими расстройствами, прежде всего, диссоциативными и тревожными, существует еще целый ряд проблем, связанных с этой диагностической категорией. Одна из них – социальная и этическая, заключается в превращении ПТСР в money-maker – источник заработка для многочисленных организаций – явление, иллюстрирующее философский закон единства и борьбы противоположностей (беда и нажива). Не могу не вспомнить в этой связи пример, связанный с программой по борьбе с детской бедностью (poverty reduction strategy program – PRSP), когда-то активно функционировавшей в Бишкеке и устраивавшей приемы в дорогих ресторанах на суммы, способные многократно удовлетворить базовые потребности тысяч детей.

Несмотря на весь скептицизм, связанный с диагностической категорией, а также с развернутыми вокруг страдания грантовыми лихорадками, "ярмарками" программ, фондов, медикаментов и т.д., нельзя не признать, что четкое обозначение травмы как основного этиологического фактора, вызывающего расстройство, смогло привлечь внимание власть имущих к проблемам сферы психического здоровья, так или иначе существующих в каждой, даже относительно благополучной стране. Общепринятое мнение о росте насилия в современном мире (что, как показывает А.П. Назаретян, не совсем соответствует историческим данным [2]), превращает экстремальную психиатрию в одно из наиболее модных, и, безусловно, актуальных направлений наук о психическом здоровье.

В новой DSM-V [4] острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство выведены из группы тревожных расстройств и включены в новый для семьи DSM класс – "Trauma and Stressor-related Disorders" (расстройства, связанные с травмой и стрессором). Кроме того, помимо "взрослого" варианта ПТСР в DSM-V выделен вариант ПТСР для детей 6-лет и младше (for children 6 years old and younger).

Ниже приведен перевод изложения диагностических критериев ПТСР в DSM-V [4].

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические критерии 309-81 (F43.10)

Посттравматическое стрессовое расстройство

Примечание: Приведенные ниже критерии применимы к взрослым, подросткам и детям, старше 6 лет. Для детей 6 лет и младше – см. соответствующие критерии, изложенные ниже.

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме (injury) или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.

3. Получение информации о том/ что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо насильственными, либо характеризоваться как несчастный случай.

4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (aversive) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде/ собирающей человеческие останки/ служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

Примечание: критерий А4 не применим к электронным медиа, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.

В. *Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:*

1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.

Примечание: у детей 6 лет и старше могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий).

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием.

Примечание: у детей старше 6 лет могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки – flashbaks), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения).

Примечание: у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-

либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (событий).

5. Заметные психологические реакции по отношению к внутренним или внешним признакам чего-либо, символизирующим или напоминающим какой-либо аспект травматического события (событий).

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.

2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним),

Д. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора (два или более признака из ниже перечисленных):

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами, как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).

2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, "Я – плохой", "Никому нельзя верить". "Весь мир опасен", "Моя нервная система полностью разрушена").

3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.

4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).

5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях, либо отказ от участия в социальных мероприятиях.

6. Чувство оторванности или отчуждения от других.

7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

Е. *Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), что начинается после действия стрессора, либо усиливается после травматического события (два или более признака из ниже перечисленных):*

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.

2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение.

3. Сверхнастороженность.

4. Повышенный рефлекс четверохолмия.

5. Проблемы с концентрацией.

6. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

Ф. *Нарушения (критерии В, С, D и E) продолжаются более одного месяца.*

Г. *Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.*

Н. *Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям. Указать, если расстройство сопровождается*

Диссоциативными симптомами: Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидиум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1. **Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени).

2. **Дереализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый).

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти, поведение в состоянии алкогольной интоксикации) или другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки).

Указать, если расстройство сопровождается

Отсроченным началом. Если расстройство не соответствует **всем** критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей 6 лет и младше

А. Дети шести лет и младше сталкиваются с ситуацией смерти или угрожающей жизни, подверженностью серьезной физической травме (injury) или сексуальному насилию одним или несколькими из перечисленных способов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное зрительное восприятие травмы, переживаемой другими, особенно основными опекунами.

Примечание. Зрительное восприятие не включает просмотр событий по электронным медиа, телевидению, просмотр кинофильмов или картинок.

3. Получение информации о том, что травматическое событие произошло с родителем или опекуном.

В. *Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:*

1. Рекуррентные, неконтролируемые и навязчивые дистрессовые воспоминания о травмирующем событии (событиях).

Примечание. Спонтанные и навязчивые воспоминания могут не обязательно производить впечатления дистрессовых и могут выражаться в игровой форме (отыгрывании).

2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием (событиями).

Примечание. Порой невозможно соотнести пугающее содержание сновидения с травматическим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых ребенок ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения). Подобные специфичные травме реконструкции могут происходить во время игры.

4. Интенсивный или продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо или кого-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (травматических событий).

5. Заметные психологические реакции на напоминания о травматическом событии (событиях).

С. *Должны присутствовать один или более из перечисленных симптомов, отражающих либо упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмирующим событием, либо негативные изменения когнитивных процессов и/ли эмоций, что связано с*

травматическим событием (событиями). Изменения появляются или становятся более серьезными после события:

Настойчивое избегание стимулов

1. Избегание либо попытки избежать действий, мест или физических напоминаний, оживляющих воспоминания о травматическом событии.
2. Избегание либо попытки избежать людей, разговоров или межличностных ситуаций, напоминающих о травматическом событии (событиях).

Негативные изменения когнитивных процессов

3. Существенное учащение появления негативных эмоций (например, страха, вины, печали, стыда, смущения).
4. Заметное уменьшение интереса и/или участия в значимой ранее деятельности, включая сужение игровой активности.
5. Социально отгороженное поведение.
6. Упорное уменьшение выражения позитивных эмоций.

D. *Изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), начинаются после действия стрессора, либо усиливаются после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):*

1. Раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные), обычно проявляются как вербальная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам (включая экстремальные по силе истерические реакции).
2. Сверхнастороженность.
3. Повышенный рефлекс четверохолмия.
4. Проблемы с концентрацией.
5. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

E. *Длительность нарушений более одного месяца.*

F. *Нарушения причиняют клинически значимый дистресс, и/ли нарушаются отношения с родителями, сиблингами, друзьями, опекунами или ухудшается поведение в школе.*

Г. *Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.*

Указать, если расстройство сопровождается

Диссоциативными симптомами: Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1. **Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)

2. **Дереализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый).

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти), а также другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки). Указать, если расстройство сопровождается

Отсроченным началом. Если расстройство не соответствует всем критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

В целом, диагностические критерии ПТСР в формате DSM-V почти повторяют критерии, изложенные в прежней классификационной системе. Отличия включают следующее:

1. Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом, сгруппированы в отдельный кластер и вынесены из рубрики

тревожных расстройств. Интересно, что в МКБ-10 это было сделано раньше, чем в семействе DSM.

Можно предположить, что в период существования новой DSM интерес к ПТСР как минимум не уменьшится, и тема останется достаточно актуальной как для проведения научных исследований, так и для спонсоров, выделяющих средства на поддержку пострадавшего в результате ЧС населения. Скорее всего, ПТСР по-прежнему останется одним из наиболее нормативных способов заработка для специалистов в области психического здоровья ("money-makers"), что не всегда является полезным для самого пострадавшего населения.

Следующее наблюдение суммирует интервью, проведенные с детскими психологами Бишкека, принимавшими участие в данном проекте.

Сразу же после Ошских погромов одним из влиятельных международных НПО были выделены деньги на организацию летнего лагеря для травмированных детей. По замыслу грантодателей, пострадавшие дети должны были хорошо "отдохнуть и отвлечься" на озере Иссык-Куль. Отбором детей, бесплатно поехавших в летний лагерь, занимались представители местного офиса. Проект был соответствующим образом разрекламирован и поддержан на уровне правительства. Так получилось, что в одном лагере вместе с ребятами, ставшими свидетелями погромов, потерявшими близких и даже побывавшими в плену, оказались вполне благополучные сыновья и дочери чиновников и административных работников разного уровня. Психологическую коррекцию с пострадавшими проводили как приглашенные международные специалисты, нуждавшиеся в местном переводчике, так и детские психологи из Бишкека.

Радужные отчеты о проделанной работе, предоставленные грантополучателями, не совсем отражали реальность. Пострадавшие дети скучали по родителям, часто плакали, некоторые кричали по ночам, не давая спать относительно психически здоровым ребятам. У некоторых из группы прежде "благополучных", появились

признаки дистресса – нарушения поведения, расстройства сна и плохое настроение.

После возвращения из летнего лагеря пострадавшие дети пережили вторичную травматизацию, попав из изолированных от реальности идеальных условий летнего лагеря в разрушенный город. Родители некоторых из прежде здоровых детей были вынуждены обратиться за помощью к детскому психиатру Омского областного центра психического здоровья.

Рекомендации при условиях, не требующих немедленной эвакуации, включают нежелательность отрыва детей от родителей после перенесенной психотравмирующей ситуации. Большинство детей, отправленных в летний лагерь, не имели показаний для немедленного перемещения в более спокойную обстановку. Следует учесть, что в это же время на пострадавшей территории были организованы детские площадки – местные летние лагеря, в которых, не отрываясь от семьи и дома, дети занимались творчеством, работали с местными психологами. Родители имели возможность заниматься своими делами, восстанавливали разрушенный погромами быт и улаживали юридические моменты.

Здоровые дети, "отдыхавшие" на Иссык-Куле, превратились в третичных пострадавших, части которых впоследствии потребовалась профессиональная помощь.

2. Выделены два дополнительных подтипа ПТСР: "детский" (проанализированный И.В. Добряковым в одной из последующих глав руководства) и подтип с диссоциативными симптомами.

3. Три основных признака ПТСР превратились в четыре в DSM-V, прежний критерий С – избегание и эмоциональное оцепенение (numbing) разделен на два – С (избегание) и D (негативные изменения в настроении и когнитивных процессах).

Указывается, что данное разделение проведено по результатам факторного анализа и постановка диагноза ПТСР должна включать как минимум один из признаков избегания [15].

4. Бывший критерий А2 (чувство страха, беспомощности и/или ужаса сразу после травмы) был убран из перечня признаков, составляющих А критерий ПТСР.

Обоснованием изменения называется тот факт, что критерий А2 не делает процесс постановки диагноза более точным.

5. Были введены три новых признака:

а. В критерий D (негативные изменения настроения и когнитивных процессов) добавлен признак "упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других" и "постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд)".

б. В критерий E добавлено "раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные)" Предполагается, что вышеперечисленные изменения, внесенные в диагностическую категорию ПТСР, приведут к более точной постановке диагноза. Нельзя не отметить, что в новой редакции DSM (и это справедливо не только для ПТСР), упор сделан на поведенческие проявления расстройства, что (на мой взгляд), может еще более дистанцировать от внутренних переживаний пострадавшего.

Ниже приведен перевод диагностических критериев острого стрессового расстройства (Acute Stress Disorder) в формате новой DSM-V [4].

Острое стрессовое расстройство

Диагностические критерии

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственное переживание травматического события.
2. Пациент стал свидетелем события, которое произошло с другими.
3. Пациент узнал/а, что травматическое событие произошло с близким членом семьи или с близким другом.

Примечание: в случаях смерти члена семьи или близкого друга или непосредственной угрозы жизни, события должны быть жестокими или быть характеризованы как несчастный случай.

4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (aversive) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

Примечание: данный критерий не относится к просмотру электронных медиа, телевидения, фильмов или фотографий, если только просмотр не связан с работой. В. Присутствие девяти (или более) следующих симптомов, относящихся к любой из пяти категорий – симптомами вторжения, негативных эмоций, диссоциации, избегания и возбудимости, которые либо начинаются сразу же после травматического события, либо усиливаются после него.

Симптомы вторжения

1. Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые тягостные воспоминания о травмирующем событии.

Примечание: у детей могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий).

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием.

Примечание: у детей могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения).

Примечание: у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс, либо заметные психологические реакции при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (событий).

Негативные эмоции

5. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

Диссоциативные симптомы

6. Измененное чувство реальности окружающего или самого себя (восприятие самого себя с иной перспективы, оцепенение, восприятие замедленного течения времени).

7. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (в результате диссоциативной амнезии, но не воздействия других факторов, таких как черепно-мозговая травма, алкоголь или наркотики).

Симптомы избегания

8. Попытки избежать дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств о травмирующем событии, либо тесно связанных с травмирующим событием.

9. Избегание либо попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним).

Симптомы возбуждения

10. Нарушения сна (трудности с засыпанием, поддержанием сна, беспокойный сон).

11. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим.

12. Чрезмерная настороженность.

13. Проблемы с концентрацией.

14. Повышенный рефлекс четверохолмия.

С. Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после воздействия травмы.

Примечание: симптомы обычно появляются непосредственно после травмы, но их присутствие в течение как минимум 3 дней и до 1 месяца необходимо для постановки диагноза. D. Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения социальной, профессиональной или другой сферы функционирования индивида.

Е. Нарушения не вызваны физиологическим эффектом принятого вещества (лекарства или алкоголя) или другим медицинским состоянием (черепно-мозговой травмой) и острый психотический эпизод не служит лучшим объяснением имеющихся признаков.

Критерии острого стрессового расстройства повторяют симптомы ПТСР в DSM-V. Следует отметить, что DSM-V по-прежнему не выделяет категорию острой реакции на стресс (F43.0 в МКБ-10), "которая развивается в течение нескольких минут после воздействия дистрессора и длится до 2–3 дней (обычно в течение нескольких часов)" [1]. Вполне вероятно, что в новой МКБ-11 нормальные реакции на ненормальные ситуации будут выведены из диагностической системы, оставшись только в описании острого стрессового расстройства – категории, которая пока еще не внесена в МКБ.

Описание ПТСР в DSM-V остается по-прежнему линейным и не включает культуральное измерение. Собственно, категорию ПТСР вполне можно считать продуктом западной культуры – репрезентацией западной модели страдания. Нейрофизиологический ответ на интенсивный стресс, как доказал еще Ганс Селье, универсален, но поведенческое обрамление биологических реакций, их интерпретация, связь с традициями и верованиями, использование копинг-стратегий и нормативных для каждой культуры стилей

реагирования НЕ может быть одинаковым для, например, жителя Кыргызской Республики и Соединенных Штатов Америки.

Один из наших коллег – социальный психолог и антрополог, когда-то работавший в Американском Университете в Центральной Азии, решил поучаствовать в проекте создания междисциплинарного онлайн курса для студентов двух государств – Кыргызской Республики и Афганистана. На одной из первых видео-сессий он заявил, что "большинство жителей Афганистана страдают посттравматическим стрессовым расстройством, и ПТСР в Афганистане может считаться результатом влияния культуры, жестокой и разрушительной по своей природе". Данное, мягко говоря, необдуманное, заявление вызвало оживленную дискуссию среди студентов из Афганистана, потребовавших перечислить диагностические критерии ПТСР. Как и следовало ожидать, никто из присутствующих на занятии не определил у себя признаки ПТСР. Один из студентов-афганцев подвел итоги горячей дискуссии следующим заявлением: "Мы родились и живем в условиях, которые нельзя назвать безопасными. Часть из нас уедут на запад в поисках лучшей судьбы. Сейчас мы другой жизни не знаем. Мы привыкли к тому, что для гражданина США может показаться чрезмерным стрессом, продолжаем жить, любить, создавать семьи и заботиться о родителях. Наша жизнь небезопасна, но привычна. Наверное, уважаемому профессору следовало бы попробовать диагностировать ПТСР у себя".

Западные шаблоны диагностики и вмешательства, насаждаемые с неокOLONиальным упорством международными экспертами в странах третьего мира (к которым, кстати, сейчас относится и Кыргызская Республика), создают порой ситуации нелепые настолько, что над ними можно было бы посмеяться, если бы не трагический контекст. Так, одна из социальных работников, посетившая Ош в октябре 2010 года, была крайне удивлена тем, что местные профессионалы не захотели использовать модель психосоциальной помощи, разработанной ее коллегами для пострадавших одной

африканской страны. С ее точки зрения, отказ от подобной помощи был проявлением черной неблагодарности со стороны местных профессионалов. Другой пример. Представительница влиятельного международного НПО, психолог, диагностировала "суицидальные тенденции" у всех консультируемых в Жалал-Абаде подростков, ориентируясь на невербальные признаки поведения: ни один из подростков не смотрел ей в глаза. Ее отчет, соответственно, отражал крайне высокий уровень травматизации населения города. Уровень травматизации в Жалал-Абаде был действительно высоким, но суицидальные тенденции нельзя было диагностировать только по отсутствию глазного контакта. Дело в том, что в кыргызской культуре не принято смотреть в глаза человеку, который старше тебя по возрасту, а подростки, ставшие невольными клиентами международного эксперта, были много младше нее.

Наша работа с пострадавшими от беспорядков 2010 года позволила определить несколько особенностей острых и хронических расстройств, связанных с действием стрессора у жителей Ошской и Жалал-Абадской области:

– В качестве первой реакции на стресс у **кыргызов** преобладали реакции борьбы у мужчин и двигательной бури у женщин; реакции оцепенения встречались сравнительно редко (примеры приведены в одной из предыдущих глав руководства). У **узбеков**–мужчин мы отмечали все варианты реакций (борьбы – бегства – оцепенения), у узбечек, попавших в поле нашего зрения, отмечались реакции борьбы и оцепенения.

– Признаки дистресса часто соматизировались, при этом создавалось впечатление обострения хронических заболеваний, наблюдавшихся и ранее, поэтому возможность обращения к специалисту в области психического здоровья даже не рассматривалась как возможный вариант получения помощи;

– В том случае, если ухудшение соматического состояния или появившиеся симптомы недомогания все-таки связывались с перенесенным дистрессом, ответственность за их появление

возлагалась на представителей другого этноса ("это из-за кыргызов" или "это из-за узбеков"). – Основным адресом обращения за помощью до сих пор остаются народные целители и/или религиозные деятели – молдо, которые оказываются порой гораздо более полезными, чем социальные работники и психологи из дальнего зарубежья.

Наблюдение

Одна из наших молодых коллег – кыргызка, проживающая в городе Ош и ставшая свидетельницей многочисленных смертей соседей, хорошо владеющая русским языком, как-то поделилась своими переживаниями в перерыве одного из многочисленных тренингов:

"Я знаю, что нуждаюсь в помощи, но не знаю, как мне разговаривать со всеми этими чужими психологами. Этот американец сказал мне, что я больна после перенесенного стресса. Я знаю, что не болею, мне просто тяжело и плохо. Он продолжает расспрашивать меня о том, что я чувствовала во время погромов, но мне неловко, когда я рассказываю другим о том, что чувствую. Он предложил мне принимать таблетки, но я не хочу. В субботу я пошла к бубу ("знающая", "целительница"), которая успокоила меня и указала на тех, кому я очень нужна и про которых забыла – на мужа и детей. Еще она сказала, что я должна принести жертву и помочь другим – моим соседям, которым еще более тяжело. Почти каждая семья потеряла кого-то из близких, но нашей семье удалось пережить этот кошмар".

Народная целительница, принадлежащая к той же культуре, что и героиня нашего наблюдения, оказалась гораздо более присоединенной к клиентке, понимающей и, в окончательном итоге, полезной, чем представитель культуры Запада, обученный западным моделям помощи пострадавшим, имевший весьма смутное представление о культурально-обусловленных моделях поведения азиатской женщины. – Случаи, когда состояние пациента соответствовало всем критериям ПТСР, перечисленным в МКБ-10, были довольно редкими и диагностировались либо у людей с западной моделью образования,

либо у военнослужащих. У гражданских лиц часто отмечались диссоциативные симптомы и признаки соматизации аффекта.

Наблюдение

Служебная командировка М.П., мужчины 34 лет, врача-эпидемиолога, по времени пришлась на начало июня и совпала с Ошскими событиями. Пациент стал свидетелем убийств и поджогов. Он попытался убежать из города вместе с другими пострадавшими. Паникующих остановили вооруженные автоматами люди в масках. Бандиты облили одного из толпы бензином и подожгли его. М.П. бросился тушить горящего человека, но был остановлен одним из нападавших, который пригрозил М.П., что тот может стать следующим. В течение пяти часов люди, пытавшиеся покинуть город, находились в заложниках. К счастью, никто из них больше не пострадал, по крайней мере, физически. М.П. смог вернуться домой спустя два дня после описанных событий. Дома, в спокойной и безопасной обстановке, он смог расслабиться и отдохнуть. Однако, через 3 месяца после пережитого, у М.П. появились кошмарные сновидения, отражавшие характер перенесенной травмы: ему снилось, как его обливают бензином и поджигают. Стал избегать мест, где пахло бензином, даже перестал водить машину, испытывал постоянное внутреннее напряжение и страх за свою жизнь. Самостоятельно поставил себе диагноз ПТСР, используя ресурсы Интернета, и обратился за профессиональной помощью.

Врач-эпидемиолог был выпускником Кыргызской Государственной Медицинской Академии, ориентированным на медицинские модели объяснения симптомов. При появлении признаков расстройства у себя, он обратился к информационным источникам, а не к народному целителю.

Наблюдение

В ночь, когда начался военный конфликт в городе Ош, Алмаз находился в доме со своей семьей – матерью, женой и тремя детьми. Алмаз не помнил ничего из произошедшего, не помнил, как оказался в городе Бишкек в отделении Республиканской больницы, не знал, что

произошло с его семьей, и как он смог преодолеть расстояние в 720 км, отделяющее Ош от Бишкека. Как стало известно позже, в ночь конфликта, когда все члены его семьи были в тревоге, он пошел в гараж, сел в автомобиль и уехал в неизвестном направлении. Три дня спустя его семья смогла узнать, что он в Бишкеке. Через несколько дней после благополучного воссоединения с семьей, Алмаз стал жаловаться на боли в области сердца, а также перебои в сердечной деятельности. Многократные обследования у кардиологов и врачей других специальностей – невропатологов и вертебрологов, не выявили соматической патологии. За психотерапевтической помощью Алмаз обратился месяц спустя, после посещения народного целителя и мусульманского священника – молдо, которые уверили пациента, что "очистили его".

Наблюдение иллюстрирует типичное для жителей КР течение острого стрессового расстройства, диссоциативного подтипа с соматизацией аффекта, если бы подобная категория была включена в МКБ-10. Диагноз острой реакции на стресс в данном случае был валиден в течение первых двух–трех суток после травмирующей ситуации. Несмотря на то, что состояние Алмаза не соответствовало всем критериям, пациенту был выставлен диагноз ПТСР.

Представляется, что до введения категории ПТСР в психиатрический лексикон (до 1990 года в Кыргызской Республики), состояние Алмаза вполне могло бы быть диагностировано как истерический невроз с ипохондрическими включениями, а случай М.П. – как тревожно-фобический невроз. Мир понятий и мир вещей взаимозависимы.

Определение существования какого-либо психического расстройства при помощи введения диагностической категории необходимо приводит к ее использованию даже в тех случаях, когда вполне можно без этого обойтись. Не стоит, как нам кажется, упускать из внимания и правовой оттенок диагностики посттравматического стрессового расстройства – ярлык ПТСР превращает человека в

пострадавшего и автоматически повышает вероятность быстрого формирования вторичной выгоды от болезни.

Странный гений Сократ был убежден, что возникновение письменности нанесло ущерб самостоятельности мышления. "Люди, научившись читать чужие мысли, разучились думать, перестали быть мудрыми и стали "мнимомудрыми" [3]. Он считал, что распространение написанных текстов обеспечило утверждение одномерного (линейного) мышления и "книжных" религий, апеллирующих к слепой вере и подчинению власти.

Ни в коем случае не умаляя социальной, правовой и профессиональной значимости диагностической категории ПТСР, мы все-таки ратуем за более комплексный, многомерный подход к оценке и оказанию помощи после ЧС, при необходимости выходящий за рамки клинических протоколов и диагностических рекомендаций психиатрических Библий.

Литература

1. Всемирная Организация Здравоохранения Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра. – 1990.
2. Назаретян А.П. Антропология насилия и культура самоорганизации. Очерки по эволюционно-исторической психологии. – М.: УРСС. – 2008. – 350 с.
3. Платон. Федр. // Платон. Сочинения: в 3 т. – М: Мысль, 1970. – Т. 2. – С. 216–217.
4. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Text citation: (American Psychiatric Association, 2013).
6. Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? J Anx Dis; 21: 176–82.

7. Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME. (2006) Traumatic and socially stressful events among persons with social anxiety disorder. *J Anx Dis*; 20: 896–914.
8. Gross, J.J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 224–237.
9. Lanius, R.A., Williamson, P.C., Bluhm, R.L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R.W.J., Gati, J.S., and Menon, R.S. (2005). Functional Connectivity of Dissociative Responses in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation. *Biol Psychiatry* 57, 873–884.
10. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*; 129: 52–73.
11. Rosen GM. (2004) Traumatic events, criterion creep, and the creation of pretraumatic stress disorder. *Sci Rev Ment Health Pract*; 3: 46–7.
9. Med. psihol. Ross. www.mprj.ru 14 № 1(24) 2014.
12. Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., & Cohen, J.A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28, 770–782. doi:10.1002/da20736.
13. Simons D, Silveira WR. (1994). Post-traumatic stress disorder in children after television programmes. *BMJ* 308: 389–90.
14. Spitzer RL, First, MB, Wakefield JC. (2007). Saving PTSD from itself in DSM–V. *J Anx Dis*; 21: 233–41.
15. Summerfield D (2004). Cross-cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. In *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies* (ed. GM Rosen): 233–44. John Wiley & Sons, 10.

ФЕНОМЕН ПСИХОТРАВМЫ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В последние годы повысилось внимание к изучению психотравм и их влияния на личность. Многие исследователи утверждают, что психологическая травма не менее опасна для человека и может повлиять на его здоровье гораздо сильнее и глубиннее, чем физический недуг. Но при этом существует ряд противоречий, которые сложились в данной области.

1. До сих пор не существует единого подхода к понятию "психотравма". Ряд исследователей разводят понятия "психическая травма" и "психологическая травма", другие, напротив, объединяют эти понятия.

2. Существуют классификации разновидностей психотравм и степени их тяжести, но недостаточное внимание уделяется времени получения психологической травмы, а также взаимосвязи возраста, в котором была перенесена психотравма и степени последствий психотравмирующих событий на личность. По нашему мнению, в данный момент существует необходимость разработки комплексной модели влияния психотравмирующих событий на развития личности, в зависимости от возраста их переживания, вида психотравмирующего события, степени травматического влияния и индивидуально-психологических особенностей. Для этого требуется глубокое изучение проблемы психотравмы. Тема психотравмы исследовалась многими авторами. В научной литературе до сих пор не существует единого мнения по данной проблеме. Исследователи разных психологических школ рассматривают эту проблему по-разному. Рассмотрим некоторые определения данного понятия.

В.Д.Менделевич дает такое определение: психическая травма – это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Автор выделяет следующие характеристики психотравмы: – интенсивность; – смысл; – значимость и актуальность; –

патогенность; – острота появления (внезапность); – продолжительность; – повторяемость; – связь с преморбидными личностными особенностями [1].

Г. К. Ушаков определяет психическую травму как внутренней психической конфликт, который появляется на соматически ослабленной (измененной) почве в первую очередь у преморбидно расположенных к психогениям лиц [2].

Н. И. Козлов разводит понятия "психическая травма" и "психологическая травма". Он пишет, что психическая травма – это повреждения (кем-то или чем-то) психики, приводящие к заметному нарушению ее нормального функционирования (человек перестает узнавать близких, внимание плавает, речь со странностями, в памяти пробелы, мышление становится спутанным). При психологической травме нарушений функций психики нет, у человека остаются возможности адекватно принимать решения, адаптироваться в обстановке, успешно решать возникающие проблемы. Н. И. Козлов апеллирует к тому, что в медицинской литературе понятие "психологическая травма" отсутствует и определенных критериев нанесения психотравмы – нет.

В психологическом словаре дано следующее определение: психологическая травма или психическая травма – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику. Как мы видим, здесь эти два понятия не дифференцированы. По DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью, угрозой смерти, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности; причем данное событие может затрагивать человека прямо или косвенно – через релевантных лиц. Но иногда травма возникает и из-за того, что человек становится свидетелем угрожающей кому-то опасности, ранения или смерти совершенно чужого ему человека. Из рассмотренных определений, можно сделать вывод, что психотравма

– это специфический класс критических изменяющих жизнь событий. Психотравмам присущи следующие характеристики: психотравмирующие события нежелательны; они обладают негативным воздействием; их тяжело контролировать. Таким образом, психотравма является жизненно важным событием для индивида, затрагивающим значимые стороны его существования, которое приводит к глубоким психологическим переживаниям, следствием чего могут быть нарушения адаптации и расстройства, связанные со стрессом. В научно-исследовательской литературе можно встретить различные классификации психических травм. Рассмотрим некоторые из них. По мнению Г.К. Ушакова и Б.А. Воскресенского, психические травмы по интенсивности делятся на:

1) массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные (они могут быть сверхактуальны для личности и совершенно неактуальны);

2) ситуационные острые, неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения);

3) пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (могут быть осознаваемыми, преодолимыми и неосознаваемыми, непреодолимыми);

4) пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (могут вызываться самим содержанием ситуации или чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности) [2].

В. Н. Мясищев делит психические травмы на объективно-значимые и условно-патогенные, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются травматические события, значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей (смерть близкого, развод, увольнение). Под условнопатогенными понимаются травматические

события, вызывающие переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека [3].

В. В. Ковалёв выделил следующие психотравмирующие факторы:

1) шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома);

2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременные, но психологически очень значимые для человека;

3) хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ориентации личности (семейные конфликты, противоречивое и деспотическое воспитание и т.д.);

4) факторы эмоциональной депривации (недостаток ухода, заботы, ласки и т.п.) [4].

Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков делят все психотравмы на три группы:

1) психические травмы, называемые условно "эмоциональное лишение" (при этом человек лишается объекта привязанности или оказывается вне ситуации, вызывающей положительную эмоциональную реакцию);

2) разнообразные конфликты;

3) психические травмы, представляющие угрозу для жизни (землетрясение, наводнения, крушения и др.) [2].

Часто психотравмирующие события происходят внезапно и неожиданно. Поэтому жертвы травматических событий подвергаются многократным перегрузкам, и целому ряду следствий этих перегрузок. Для определения наличия психотравмы необходимо установить ряд признаков (симптомов). Что происходит в случае физической травмы? Она признается действительной при местных повреждениях тела, которые значительно нарушают нормальную работу всего организма, или отдельных его частей. Обычно это имеет отношение к ограничению трудоспособности или полной ее потере на определенное время. Такие же признаки необходимы и для выявления наличия психотравмы, когда возникают местные повреждения

психики, которые ведут к выраженному нарушению оптимального функционированию организма.

Существуют следующие симптомы психотравм:

- наличие события, которое оценивается как сильный удар;
- навязчивость воспоминаний (мысленная "перемотка" событий, лежащих в основе травмы);
- вовлеченность (человек не разделяет себя и ситуацию, которая привела к психотравме, не может от нее дистанцироваться, посмотреть на происшедшее спокойно, со стороны);
- постоянное ощущение душевного и физического дискомфорта, внутренней опустошенности и подавленности, обиды, растерянности;
- апатия, нежелание что-либо делать, тяжелое состояние обреченности и безысходности, от которого невозможно избавиться;
- склонность реализовывать жизненные сценарии, направленные на саморазрушение. Эти симптомы довольно условны, так как каждый человек травмирующие события переживает посвоему. Насколько разрушительной окажется психическая травма, зависит от индивидуального восприятия человека, его защищенности в психологическом плане, устойчивости к стрессам. Как мы видим, в подходах к пониманию психотравмы, ее проявлений и ее влияния на личность существует множество противоречий, к тому же ни в одной из предложенных концепций не рассматривается взаимосвязь симптомов психотравмы, последствий влияния на личность и возраста получения психотравмы. На наш взгляд, это существенный пробел, который требует глубокого теоретического и эмпирического изучения.

Література

1. Кровяков В.М. Психотравматология. Монография. М., 2005. 315 с.
2. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. М.: "Медицина", 1984. 272 с.
3. Мясищев В.Н. Избранные труды. М. Воронеж, 1995. 356 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979. 608 с.

ПСИХОТРАВМА ТА СПРИЧИНЕНІ НЕЮ РОЗЛАДИ: ПРОЯВИ, НАСЛІДКИ Й СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ

У сучасній психіатрії проблемі психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється дуже велика увага. Це пов'язано як загалом зі зростанням "масових" психотравмуючих подій, так і з усе більшим об'ємом наукових досліджень, які вказують на важливу роль психотравмуючих подій у походженні психіатричних розладів, зокрема посттравматичного стресового. Також велика увага приділяється дослідженню впливу хронічної психотравматизації, зокрема скривдження дітей, на психологічний розвиток дитини. У даній статті розглянуто сучасну модель розуміння походження та проявів розладів, пов'язаних із психотравмою, а також подається короткий огляд рекомендованих сучасними протоколами терапевтичних підходів.

У людському житті, на жаль, часом мають місце психотравмуючі події: фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки тощо. Згідно з оцінками дослідників, наприклад у США у 60% осіб за життя буде щонайменше одна така подія, три травматичні події і більше – у 17% чоловіків і 13% жінок (Friedman, 2006). Звісно, в "гарячих точках" земної кулі частота таких подій значно вища – у таких країнах, як Алжир, Камбоджа, Ірак вона оцінюється у 92%. Українська статистика автору статті невідома – ми можемо собі лиш уявити, скільки подій, що носили "масово травматичний характер", випало на історію України бодай за останнє століття та спричинені ними психосоціальні травми: голодомор, війна, репресії, Чорнобиль...

Травматичні події часто мають місце й у дитинстві: до 18 років щонайменше у 30% осіб буде хоча б одна така подія. При цьому більшість травм, яких зазнають діти, – це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє, шкільне насильство; "інституалізоване" скривдження, якого зазнають діти, що виховуються в інтернатних закладах. На жаль, більшість фактів скривдження дітей є прихованими – залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти

свої історії. Знову ж таки, особливу категорію ризику становлять діти, котрі виховуються у неблагополучних сім'ях та діти-вихованці інтернатних закладів. Згідно з даними досліджень, імовірність зазнавати повторного, тривалого скривдження для цих дітей зростає у 5 разів, і ця проблема в Україні є особливо гострою (Frank, 1996). Статус дитини-сироти, її залежність від персоналу, характер перебування в інтернаті (у багатьох випадках це своєрідна замкнена система, у якій є своя ієрархія і йде боротьба за виживання) збільшують не лише ризик скривдження, але й ризик того, що воно буде тривалим, повторним і дитина не зможе про нього заявити та вчасно звернутися за захистом, допомогою.

Як приклад – історія з клінічної практики автора, яку розповідає 25-річна дівчина, яка виховувалася в інтернаті: "Коли я перейшла з дитячого будинку до школи-інтернату, то там, пам'ятаю, було набагато важче. Там була "дідищина". Пам'ятаю двох хлопців зі старших класів: один мав прізвисько Графік, а другий – Жираф, вони були головні. Коли вчителі йшли після уроків додому, приходив їх час. З вихователями вони мали, мабуть, домовленість, бо ті не втручалися, а хлопці, натомість, тримали порядок серед дітей. Якщо щось не так – вони того били, залякували, знущалися. Їм вихователі навіть дали окрему кімнату на двох, тоді як ми всі спали у великих кімнатах по восьмеро, у них ще вся стіна була значками обвішана. Якщо на вечерю було якесь печиво чи десерт, то треба було віддати їм – тоді вони дозволяли тобі дивитися телевізор. Нас небагато було у тому інтернаті, то всі їх боялися. З дівчатами вони робили різні речі, заставляли роздягатися, ну і робити їм те, що вони казали... Вони і мене один раз затягнули в підвал і сказали, щоб я роздягалася, я дуже налякалася, але мені вдалося тоді вирватися і втекти. Старші дівчата сказали, щоб я не казала нікому із вихователів, бо мені буде гірше. Тоді іншого разу вони мою подругу потягнули в підвал, вона теж кричала. Я побігла і розказала вихователям, а вони сказали, що розберуться, щоб я йшла в клас. А моя подруга потім, як прийшла, сказала, що ті хлопці її згвалтували. Я

хотіла, щоб вона розповіла все директорові, але вона боялася. Тоді я сама пішла й розказала, він просив мене нікому цього не говорити, що тих хлопців покарає. А мене того ж вечора вони затягнули за будинок і побили так сильно, що я вся була потім у синцях, з носа текла кров, губа була розбита. Вони сказали, що прийдуть вночі й задушать мене, якщо ще раз щось на них скажу. Я відтоді дуже боялася і мовчала. Жила весь час у страху. Особливо страшно було ночами. Коли я вийшла з інтернату, то на якийсь час вже про це забула. Але коли мене рік тому звалтували – затягнули на вулиці у машину і вивезли у ліс – мені знову стало все згадуватися, снилося майже щоночі... І на мене тепер звалився весь той жах – і від події, що сталася нещодавно, і від усіх спогадів, які виринули з минулого. Я зараз знову відчуваю той самий страх, що й тоді...".

Із тих осіб, котрі пережили психотравмуючу подію, у значної частини "душевна рана", завдана психотравмою, не зможе загоїтися сама по собі з плином часу – щонайменше у 30% розвинеться захворювання, що увійшло до психіатричних діагностичних класифікацій під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР є одним з найбільш поширених психіатричних розладів – щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) матимуть його протягом життя. З них, на жаль, близько у 30% осіб його перебіг матиме хронічний характер, з можливою персистенцією симптомів протягом 10 років і більше. Втім ПТСР – не єдиний розлад, пов'язаний з психотравмуючими подіями. Існує гіпотеза, і це є предметом інтенсивних дискусій, що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих форм ПТСР до його комплексних форм, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності.

Як приклад хронічної форми ПТСР – пацієнтка Юля, 24 роки. Коли Юлі було 9 років, її звалтував дядько – він покликав дівчинку піти пасти з ним у ліс корову, де силою примусив до статевих стосунків, а тоді залякав, що вб'є її та її маму, якщо вона наважиться розказати, що сталося. Перелякана дівчинка нічого нікому не сказала, хоча, з її слів, довгий час переживала сильний страх, постійно думала про це,

перестала в школі добре вчитися, бо просто не могла зосередитися на навчанні через тривогу. Попри те, що мама питала, що з нею – пояснювала якимось відмовками типу "зле себе почуваю". Багато років дівчина тримала це усе в таємниці, хоч і постійно згадувалося – ті спогади налітали, мов "привиди", ввергаючи у минуле. І попри всі спроби забути, воно не забувалося, переслідувало як удень, так і вночі: "Декілька разів на тиждень мені сниться, що мене знову твалтують", – розповідала Юля, яка у 24 роки звернулася за психотерапевтичною допомогою за рекомендацією священника, якому зізналася про це під час сповіді. На запитання, як вплинула та подія на її життя, вона каже: "Вона зруйнувала моє життя. Я стала бридка собі. Я з відмінниці перейшла у розряд мало що не двієчниць. Тоді я стала більш замкненою, стала сторонитися друзів, спілкування з ровесниками. Я навіть не думаю про одруження – сама ідея мати статеві стосунки мене лякає. І я живу у постійному страху. Моя душа – мов замок, де панують привиди. Ті спогади не дають мені жити повноцінним життям. Коли вони "вискакують" – я немов провалююся у минуле, переживаю наново весь страх, жах, сором тієї події. Я стараюся теж уникати всього, що може викликати ті спогади: не їжджу в село, де це сталося, не люблю прогулянок на природі; коли дивлюся фільм і відчуваю, що у ньому може бути схожий сюжет – одразу вимикаю...".

Більшість осіб із ПТСР не звернуться за належною допомогою – сама природа цього розладу така, що людину "переслідують" страшні болючі спогади про минуле, тому вона хоче забути, втекти від них, сподіваючись, що "їх вилікує час". Тож ідея піти до психотерапевта і "ворушити болюче минуле" для багатьох людей неприйнятна. І не дивно, що у частини осіб з часом розвиваються коморбідні вторинні розлади – депресія (48%), зловживання алкоголем/алкогольна залежність (28% жінок, 52% чоловіків) тощо (Friedman, 2006). Іншою проблемою є й те, що навіть коли людина звертається за допомогою, цей розлад часто неправильно діагностується і лікується – зокрема, нерідко пропонується лише медикаментозна терапія. Однак

можливості фармакотерапевтичної допомоги при ПТСР доволі обмежені – лікарські засоби можуть знизити виразність окремих симптомів розладу. Хоча на сьогодні, згідно з даними досліджень, найбільш ефективними методами допомоги при ПТСР є два травмофокусовані психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR). Саме вони рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР як метод допомоги першого вибору: "Усім людям, які страждають від посттравматичного стресового розладу, показана травмофокусована психотерапія (ТФ-КПТ або EMDR). Вона повинна надаватися звичайно в амбулаторному режимі. Медикаментозна терапія при ПТСР не є лікуванням першого вибору, ним є вище згадані методи травмофокусованої терапії" (Протокол Національного інституту клінічної майстерності Великобританії [NICE], 2004, с. 4). Даний протокол також доволі категорично не рекомендує застосування інших методів психотерапії як таких, що не мають настільки чітко продемонстрованої у дослідженнях клінічної ефективності, як ТФ-КПТ та EMDR. Висока ефективність ТФ-методів терапії є зрозумілою з огляду на патогенетичні механізми розвитку ПТСР, які будуть розглянуті нижче, оскільки ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять, то природно не стільки медикаменти, як методи, що безпосередньо структуровано працюють з цими спогадами, можуть сприяти їх інтеграції і, відповідно, вести до редукції симптомів розладу. Це, зокрема, підтверджує нещодавнє дослідження, проведене в Ізраїлі (Shalev, 2011), де порівнювали ефективність антидепресантів групи СІЗЗС та ТФ-КПТ щодо терапії ПТСР та попередження переходу ПТСР у хронічну форму (при якій тривалість симптомів ПТСР становить більше 3 місяців). Саме це дослідження підтвердило високу ефективність ТФ-КПТ (повне одужання у 79% осіб), втім, на жаль, показало, що застосування антидепресанту есциталопраму не дало жодної переваги пацієнтам, які його приймали (їх показники щодо

ПТСР були такі ж, як і в осіб контрольної групи, котрі "стояли у черзі" на терапію).

Висновок цього дослідження, як і багатьох інших, і, власне, як лейтмотив даної статті: щоб допомогти людям, які страждають на ПТСР, необхідно розвивати і зробити доступними травмофокусовані методи терапії ТФ-КПТ та EMDR. Це особливо актуально в Україні, де ці методи психотерапії ще дуже малопоширені...

Симптоми ПТСР та механізм їх походження

Як уже зазначалося вище, далеко не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів.

1. Характеристики травми – вид і "доза" травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості – травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, гибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР.

2. Характеристики потерпілої особи та копіngu з травмою: особливості суб'єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копіngu з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й не інтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити "скриньку Пандори" з минулого – як у вищенаведеному прикладі). З іншого боку, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак "зрілих"

ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в "інтеграції" даного досвіду. Так само виявлені певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми.

3. Характеристики соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкинення, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором.

4. Інші фактори: наприклад, чи травма торкнула одну людину, чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

Які ж саме механізми спричиняють розвиток ПТСР? Для розуміння цього важливо переглянути, як працюють механізми пам'яті та як травматична подія "записується" у мозок.

У людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна (таблиця).

Таблиця. Імпліцитна та експліцитна пам'ять	
Імпліцитна пам'ять	Експліцитна пам'ять
<p>Є від народження, це первинна пам'ять. Зумовлює «швидке», первинне сприйняття подій (наприклад, ситуації як небезпечної) та генерування відповідних емоційних реакцій на подію (наприклад, страх), поведінкових (втікай/нападай/завмири) та тілесних станів (наприклад, активація симпатичної системи, приведення тіла у «бойову готовність») – відповідно є складовою так званої швидкої нейрональної мережі оцінки ситуації та первинної «підкіркової» оцінки й відповідної реакції на ситуацію. Веде також до формування певних ментальних моделей (і зв'язку між певними характеристиками середовища й відповідними реакціями на них). Не має суб'єктивного відчуття спогаду, тобто минулого часу («те, що згадується, переживається так, наче воно відбувається зараз»). Не потребує свідомої уваги, автоматична. Включає перцептивну, емоційну, поведінкову і тілесну пам'ять, фрагменти перцепції не інтегровані. Регулюється мигдалеподібним тілом: це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція на події</p>	<p>Пов'язана з дозріванням певних структур мозку і розвитком мови – з'являється після двох років, це нарративна пам'ять, організована за допомогою мови. Реалізується, зокрема, через лобну кору і гіпокамп. Складається із фактичної та автобіографічної пам'яті. Є складовою так званої повільної нейрональної мережі оцінки ситуації – коли інформація аналізується, порівнюється з минулим досвідом, накопиченими знаннями і тоді генерується більш свідомо «кіркова» реакція на подію. Спогади контрольовані, різні складові спогадів інтегровані, є суб'єктивне відчуття минулого/теперішнього (вони немов розділи книжки). Вимагає свідомої уваги. Піддається активній реорганізації в ході життя. Роль гіпокампа дуже важлива – інтегрує різні фрагменти пам'яті, «сплітає», архівує, організовує пам'ять, пов'язує з ідеями, нарративним автобіографічним контекстом (у цьому процесі інтеграції задіяна теж фронтальна та інші відділи кори мозку)</p>

При ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну нарративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі – згідно з дослідженнями, його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним "увімкненням" механізму дисоціації. Суть цього механізму полягає у "роз'єднанні" нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з "поля свідомості" (детальніше див. теорію структурної дисоціації особистості Hart, 2006). Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує "звичну зону" від травматичного минулого, від якого хочеться "втекти і сховатися, бо воно надто болюче". Утворення цього дисоціативного

"бар'єру" у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу в надії, що якщо "намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою", веде до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР.

Ці симптоми за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи. Перша з них пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не "архівуються", а періодично "вискакують" у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми (у моделі Hart, 2006). Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних і т. д.) – ці спогади носять усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов "провалюється" в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть "виринати" самостійно або викликатися певними "тригерами" – ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Відповідно, може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої – зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам'яті супроводжується і тим, що мигдалевидне тіло "утримує" симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації – у людини можуть бути постійне відчуття тривоги, її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги.

"Мені страшно, мені постійно страшно, – зізнається 9-річний хлопчик, який став свідком вбивства своєї мами. – Я кожен раз, як заплющую очі, бачу кров, і як мама лежить вся в крові. Я боюся закривати очі... Я не можу мати спокою вдень, не можу вчитися нормально. І вночі – я цілий час прокидаюся від страшних снів...".

"Я живу з постійним відчуттям, неначе це має статися знову, – розповідає 22-річна дівчина, яка зазнала звалтування у віці 16 років. – Я не можу розслабитися. У мене постійне відчуття небезпеки. Коли я йду вулицею, то постійно озираюся, чи за мною хтось не йде. Коли я бачу когось бодай чимось схожого на того хлопця, що звалтував мене, попри те, що я знаю, що він у тюрмі й не може бути зараз тут, у мене моментальне відчуття жаху, паніки. Я не можу їздити в ліфті. Я не переношу запаху чоловічих парфумів (подія сталася у ліфті, кривдник був напахчений одеколоном). Коли мене несподівано ззаду хтось торкне рукою чи просто покличе – я підскакую так, ніби бомба вибухнула. Вони всі дивуються, що зі мною. А мені треба кілька хвилин, щоб прийти до тями, щоб серце заспокоїлося. Мені важко пояснити їм, що у той момент я не тут, я там, у ліфті. Я бачу його ніж, приставлений до мого горла. Я переживаю усі ті почуття знову так, як і тоді... Я оніміла після цієї події. Я перестала відчувати життя. Я не знаю, що таке радість. Я знаю лиш один стан – напругу, страх. Я загалом пам'ятаю ту подію, але ті спогади як фрагменти пазлів – деякі є, а деякі немов загубилися".

Друга група спогадів (негативні дисоціативні симптоми у моделі Hart, 2006) пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних "бар'єрів". До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне "оніміння", почуття загального "відчуження" тощо.

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Відповідно, життєвий простір людини може суттєво обмежуватися – як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань. Людина з ПТСР, особливо при комплексних його формах, пов'язаних з досвідом хронічної травматизації у дитинстві, може поступово маргіналізуватися у зовнішньому світі, а також у внутрішньому – жити на периферії власної душі...

Вищезгадана пацієнтка останні кілька років перед психотерапією не працювала, рідко виходила з дому, мала дуже обмежене коло спілкування.

Інша пацієнтка, Аня, 33 роки, прийшла на психотерапію з дивним запитом – "чи можна знищити з пам'яті минуле, допомогти забути те, чого не пам'ятаєш, а має лише відчуття, здогад: "У моєму дитинстві було щось страшне, не знаю що, але маю відчуття, що це щось дуже страшне. Я хочу це забути, вирвати і спалити, як сторінку із книги, щоб не можна було відновити". У її дитинстві справді були, як виявилось потім, страхітливі речі – регулярно повторюване протягом кількох років сексуальне скривдження. Тривалий час упродовж дитинства ця жінка, щоб вижити, свою зболену, зранену "внутрішню дитину" просто закрила у неприступній внутрішній кімнаті, у підземеллі, що нагадує сюжети окремих казок. І щоб не чути тих "криків, що доносилися з підземелля", вона мусила жити на доволі великій відстані від свого внутрішнього світу – постійно зайнята роботою, а як не роботою, то розвагами, "екстремальними" видами спорту, алкоголем тощо.

Комплексний ПТСР та розлад травми розвитку

В окремих осіб психотравмуючі події носили хронічний характер і йшлося про множинну травматизацію. Звісно, у таких випадках її наслідки більш виражені й для окреслення більш складної форми ПТСР клініцисти вживають термін, наразі відсутній у діагностичних категоріях, – "комплексний посттравматичний стресовий розлад". Його додатковими симптомами є виражені порушення регуляції емоцій (виражена дисфорія, порушення контролю злості, самопошкоджуюча поведінка як форма емоційної саморегуляції тощо), порушення свідомості (тривалі стани дереалізації-деперсоналізації), самосприйняття (відчуття власної безпомічності, ідентичність жертви, виражений сором та відчуття власної дефективності тощо), виражені порушення у сфері соціальних стосунків (соціальна ізоляція, виражена недовіра людям), порушення у системі цінностей та деякі інші симптоми (Herman, 1997).

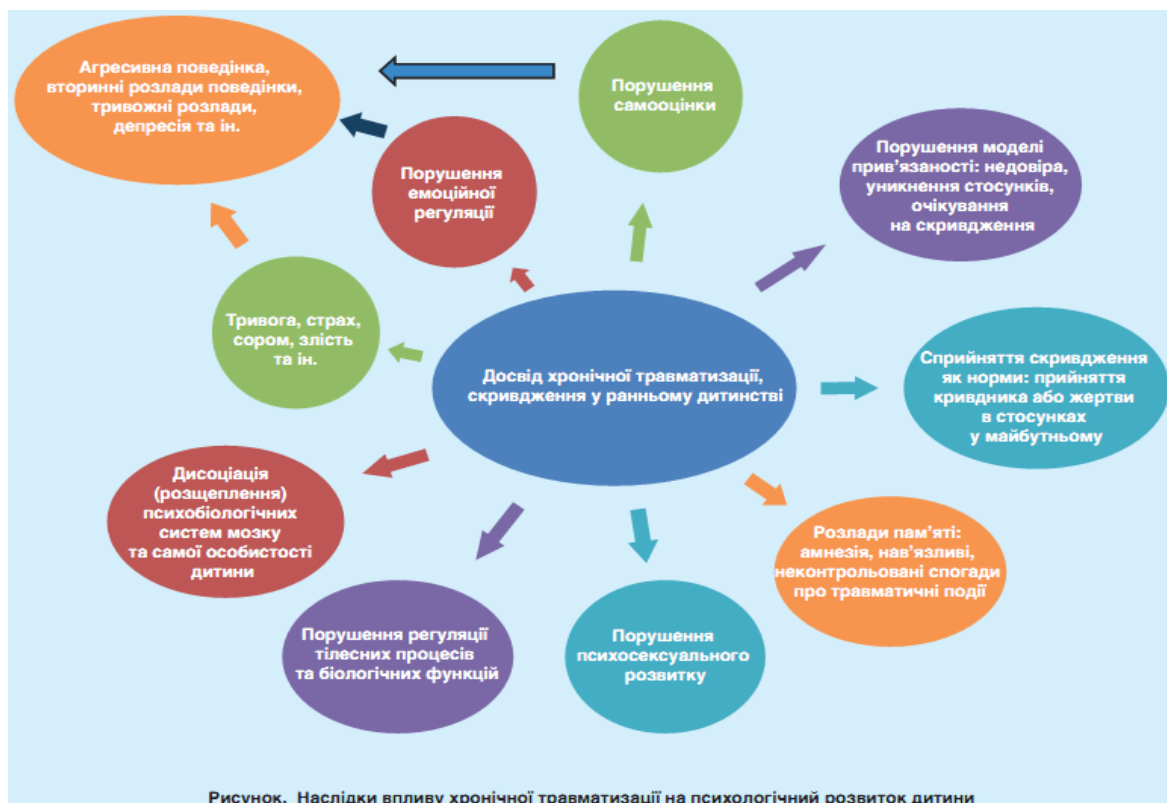
Коли комплексна травма мала місце у дитинстві, під час формування особистості, то її наслідки є не лише у симптомах ПТСР, але й у порушенні особистісного розвитку, дезорганізації системи прив'язаності, інших порушеннях. На жаль, в Україні ще дуже слабка система соціального захисту дітей, і багато дітей проживає тривалий час у вкрай неблагополучному, травматичному середовищі.

Це спогади 8-річного хлопчика: "Я не знаю, хто мій тато. А маму мою звали Іра. Моє життя з нею було сумне. Вона сильно біла мене, я від неї втікав до лісу, вечорами, ночами, вдень. Мама ходила по смітниках. Коли вона була п'яна, кричала, що не хоче мене більше бачити. Я боявся тоді з нею залишатися, боявся, що вона мене вб'є. І я тоді втікав. Я лягав спати у лісі під деревом, якщо то було літо. А зимою ішов проситися до людей. Іноді мама закривала мене у підвалі. Там було темно і холодно. Її деколи дуже довго не було. Мені зараз теж страшно, коли темно... Коли у мене народилася сестра, я зрадів, думав, що тепер не буду самотній. Моє життя стало веселішим, я колисав її, дуже любив. Я думав: моя сестра виросте, мені буде добре, буду з нею бавитися.

А тоді одного разу мама взяла мене кудись із собою, а сестричку лишила вдома. Нас не було вдома два дні, а коли ми вернулися, я побіг до колиски, а вона була холодна, нежива... Я дуже плакав, дуже плакав, а мама казала: "чого ти плачеш, я народжу тобі другу...". І я тоді перестав плакати... Моя мама багато разів, коли була зла та біла мене, кричала, що вб'є. Вона теж брала мене ночами із собою на цвинтар, де крала вінки, прикраси. Мені тоді було дуже страшно. Мені здавалося, що вона мене бере туди, щоб убити. Хоч вона і померла, мені деколи і досі здається, особливо уночі, що вона жива і що прийде зараз з ножем, щоб мене вбити... Ночами мені часто сняться привиди, чудовиська, які женуться за мною. Прокидаюся і не знаю, де я. Тоді мені дуже страшно. Мені здається, що я там, у нашому домі, де ми жили з мамою... Я тоді приходжу до мого теперішнього тата у ліжко, мені хочеться приклеїтися до нього... Мені хочеться те забути, бо коли згадую, мені тоді стає дуже сумно і страшно...".

Упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і на сьогодні ми знаємо доволі багато про негативний вплив травматизації на психологічний розвиток дитини та на формування центральної нервової системи (Романчук, 2011). Так, пропонується увести у міжнародну класифікацію хвороб і новий розлад – розлад травми розвитку (Kolk, 2009).

Якщо спробувати лаконічно підсумувати дані цих досліджень, то їх можна звести у наступні пункти (Cook, 2005; Hart, 2006) (рисунок).



1. Досвід хронічної травматизації веде до формування у дитини відчуття постійної загрози, що переводить її мозок у стан постійного очікування на небезпеку. У разі травми розвитку джерелом небезпеки є ті особи, до яких природно дитина повинна б мати прив'язаність, які б мали задовольняти її емоційні та біологічні потреби, бути джерелом безпеки. Тому, як це не парадоксально, джерело безпеки стає водночас джерелом небезпеки, що веде до формування дезорганізованої моделі прив'язаності. Поведінка дитини дезорганізується між полярно

протилежними сприйняттями особи батьків: "я боюся тебе/я прагну твоєї любові", "я потребую тебе/я ненавиджу тебе" тощо.

2. Такі протилежні досвіди не можуть цілісно інтегруватися у головному мозку дитини – відповідно психобіологічні системи її мозку так само дезорганізуються, дисоціюють, і в мозку, і в психіці дитини так само починають співіснувати окремі "частки" її досвіду: частка, яка уникає стосунків, і частка, яка прагне стосунків, частка, яка переживає злість, і частка, яка переживає страх, частка, яка пам'ятає досвід скривдження, і частка, яка нічого не пам'ятає і т. п. Таке розщеплення, фрагментація спостерігаються як у її емоційному житті, так і в її пам'яті, поведінці, тілесному функціонуванні. У крайніх формах така фрагментація свідомості на частки може проявлятися дисоціативним розладом ідентичності.

3. Повторний, часто непередбачуваний характер травматичних подій веде до формування у дитини "очікування на напад" – її тіло постійно "мобілізоване", у стані хронічного стресу, концентрація гормонів стресу (норадреналіну та глюкокортикоїдів) також підвищена, що призводить до нейрогормональних порушень, дисрегуляції біологічних функцій (сон, їжа, виділення тощо), пригнічення функцій імунної системи, психосоматичних захворювань.

4. Як наслідок, пам'ять про травматичні події не може належним чином організуватися, інтегруватися. Відповідно, частини пам'яті можуть бути "дисоційовані" – немов приховані за кулісами – і тоді має місце те, що ми називаємо амнезією, а інші частини пам'яті – некеровані: вони можуть нагадуватися, інтрузивно переживатися дитиною знову і знову. Коли внутрішній світ дитини переповнений такими болючими спогадами, незінтегрованими фрагментами травматичної пам'яті, це немов жити у замку, в підземеллі якого живуть привиди, які переслідують його господаря.

5. Звісно, життя у такому "замку" стає дуже дезорганізованим – керувати увагою, належним чином організувати свою поведінку відповідно до цілей стає дуже складно. Дезорганізація психічного життя, дезінтеграція систем мозку призводять до порушень

планування, керування увагою, самоорганізації поведінки, порушень контролю імпульсів тощо.

6. Підкіркові відділи мозку, що відповідають за тривогу, реакції втечі/нападу постійно активовані, що робить реакції дитини на стимули зовнішнього світу так само дисрегульованими. Дитина сприймає небезпеку там, де її нема, вона реагує нападом, агресією або ж страхом/втечею, реакцією замри/"відключись" на відносно нейтральні події.

7. Очікування нападу/небезпеки веде до тотальної недовіри, сприйняття інших людей виключно як джерела небезпеки та скривдження. Дитина приписує іншим людям негативні мотиви, очікує від них агресивної поведінки, продовження скривдження, їй важко повірити, що наміри, ставлення інших людей можуть бути іншими.

8. В особливо тяжких випадках, коли скривдження було надто багато і коли не було жодної іншої доброї близької людини, щоб дитина могла зрозуміти, що у світі, крім ненависті та скривдження, є ще щось інше, у дитини може сформуватися відчуття, що насильство й скривдження є нормою стосунків. Тому дитина може почати сама кривдити інших, зокрема слабших, або ж приймати пасивну роль жертви – як у дитинстві, так і в дорослому віці.

9. Коли скривдження мало сексуальний характер (на жаль, це трапляється доволі часто), таке саме спотворення того, що є нормою, переноситься на сферу стосунків між людьми, зокрема і щодо інтимного, статевого характеру стосунків. Відповідно, може мати місце сексуалізація поведінки дитини, перенесення досвіду статевого скривдження у нові стосунки в ролі жертви/кривдника, формування негативного образу власного тіла, порушення сприйняття границь свого особистого/тілесного простору, простору інших людей.

10. Досвід скривдження, травматизації переповнює внутрішній світ дитини почуттями страху, сорому, злості, провини, образи, самотності тощо. Ці почуття дитина не може самотійно інтегрувати, відповідно вони можуть бути або "дисоційовані", "витіснені" (тоді спостерігаємо емоційне оніміння, беземоційність), або ж проявлятися

поведінковими реакціями, бурхливими викидами їх "назовні" у формі нападів люті, плачу тощо. Спробами регуляції почуттів можуть стати згадувані вище аутостимуляційні рухи, мастурбація, самопошкоджуюча поведінка. З часом – алкоголь, наркотики та інші, більш "дорослі" способи регуляції почуттів.

11. Досвід хронічної травматизації у дитинстві, спричиняючи численні нейробіологічні порушення та негативно впливаючи на психосоціальний розвиток дитини, робить її схильною до вторинного розвитку ряду психіатричних розладів у дитинстві, підлітковому та дорослому віці, зокрема поведінкових розладів, афективних (депресії, суїцидальності), тривожних, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості, харчової поведінки тощо.

Сучасні підходи до допомоги особам з ПТСР

Як уже згадувалося вище, згідно з даними сучасних досліджень, два методи психотерапії мають докази ефективності щодо терапії ПТСР (ТФ-КПТ та EMDR) – їх ефективність встановлена кількома десятками рандомізованих контрольованих досліджень (APA, 2004, 2009). При цьому обидва методи показали у дослідженнях приблизно однакову ефективність. Крім того, встановлено, що медикаментозна терапія може бути теж доволі корисною для частини пацієнтів з ПТСР – зокрема антидепресанти групи СІЗЗС, b-блокатори та атипові нейролептики. Втім, як було зазначено вище, ефективність фармакотерапії нижча порівняно з такою ТФ-психотерапії, саме тому останній відводиться роль терапії першого вибору. Метою даної статті є не детальний розгляд характеристик ТФ-психотерапії, зацікавлений читач може довідатися про це більше у відповідних джерелах (Shapiro, 2001; Taylor, 2006), подамо лише коротке представлення цих двох підходів.

Обидва методи мають між собою багато спільного. Зокрема, вони передбачають ретельне дослідження кожного індивідуального випадку та побудови терапевтичного плану. З огляду на широкий спектр розладів, пов'язаних з психотравмою, можливі супутні розлади та соціальні проблеми, цей план може бути дуже різний в окремих

пацієнтів, залучати за потреби соціальні втручання, рідних тощо. Тривалість терапії залежить від ступеня тяжкості ПТСР: при простих формах це може бути доволі короткотривале лікування (6-12 сесій), при комплексних – багато місяців, а то й років.

В обох підходах терапія відбувається згідно з певними стадіями. На першій стадії проводиться психоедукація, метою якої є нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію), навчання пацієнтів базовим технікам самопомоги при появі інтрузивних спогадів, тривоги тощо. Велика роль на першій стадії відводиться вирішенню "поточних" проблем та досягненню базової соціальної стабілізації. Важливим може бути залучення рідних (для дітей це обов'язково). Коли доросла особа чи дитина далі перебувають у травматичному середовищі, важливо забезпечити захист від подальшої травматизації. В окремих випадках це вимагає радикальних соціальних дій, наприклад вилучення дитини з неблагополучної сім'ї та перехід у прийомну. На першій фазі може встановлюватися терапевтичний альянс з терапевтом, проводиться праця на досягнення певної "внутрішньої" стабілізації, розвитку навичок емоційної регуляції, "накопичення ресурсу". При комплексних формах ПТСР ця фаза може бути дуже тривалою, при простих – 1-2 сесії. При складних дисоціативних розладах, пов'язаних з комплексною травматизацією у дитинстві, на цій фазі може проводитися тривала праця із внутрішніми "частками" (скривджена дитина, караюча частка, самопошкоджуюча і т. д.) – робота над стабілізацією внутрішньої системи (детальніше про роботу зі структурною дисоціацією особистості див. Hart, 2006).

На другій фазі відбувається конфронтація з травматичним матеріалом – у систематичний спосіб з використанням відповідних технік кожного з підходів відбувається контрольоване "згадування" та відповідна "процесуалізація", інтеграція спогадів та пов'язаних з ними емоцій, переконань. При EMDR ця процесуалізація травми відбувається за допомогою одночасного згадування та слідкування пацієнта поглядом за рухом руки терапевта вправо-вліво або ж іншою

формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо). Гіпотезується, що такий подвійний фокус уваги – на травматичному матеріалі та на стимулах, що по чергово активують ліву/праву півкулю, орієнтують увагу людини на тому, що відбувається "тут і тепер" – задіює механізм прискореної процесуалізації інформації та сприяє інтеграції травматичних спогадів у експліцитну, нарративну пам'ять. Попри те, що існують різні гіпотези щодо того, який основний діючий компонент методики EMDR, в багатьох дослідженнях чітко встановлено високу ефективність цього підходу і те, що його діючий компонент відмінний від ефекту лише однієї експозиції, яка застосовується в окремих техніках КПТ, зокрема так званої пролонгованої експозиції. Щодо ТФ-КПТ, то на етапі конфронтації з травматичним матеріалом відбувається схожий процес згадування та процесуалізації травми. Арсенал технік КПТ доволі широкий – це і контрольована експозиція (тривале згадування травматичної події), нарративні та когнітивні техніки (написання історії травми та опрацювання як спогадів, так і супутніх переконань та думок щодо цієї події та ін.), техніки рескрипції (відкорегованого "перезапису" в уяві) травматичної події тощо. Опрацювання травматичного матеріалу може бути досить швидким у разі простих форм ПТСР і дуже тривалим – при комплексній травматизації, історії множинних травматичних подій. При цьому може чергуватися конфронтація з травмою і завдання першої фази (стабілізації, "накопичення ресурсу").

Коли травматичний матеріал опрацьований ("рани загоєні й більше не болять"), постають завдання третьої фази, яка пов'язана з "оплакуванням втрат та поверненням до життя у нових його реаліях". Терапевт супроводжує пацієнта у пропрацюванні спричинених травмою втрат та до формування нових (чи повернення до старих) життєвих цілей, орієнтирів, перегляд власної ідентичності. Коли ПТСР носив хронічний характер, то часто спосіб життя пацієнтів змінюється і їм необхідно тепер виробити новий, більш адаптивний, а це вимагає супутнього розвитку нових навичок, прийняття важливих життєвих

змін тощо. Терапевт супроводжує пацієнта у цих завданнях, поступово готуючись до завершення терапії.

Висновки

У даній статті було розглянуто ПТСР, механізм формування його симптомів та сучасні терапевтичні підходи. На жаль, в Україні існує не лише проблема історичних масових травм та трансгенеративної їх передачі, але й проблема психотравматичних подій, актуальних у теперішній час, щодо яких немає як ефективних шляхів соціального захисту (фізичне насильство в родині над жінками, сексуальне та фізичне скривдження дітей), так і програм необхідної допомоги жертвам цих психотравматичних подій, у яких розвинулися симптоми ПТСР. Існує певний міф щодо ПТСР, який пов'язує цей розлад лише з певними "катастрофічними" подіями, як-от Сквилівська трагедія, повинь і т. п. Попри те, що такого роду події є теж без сумніву психотравматичними і потерпілим від них потрібна належна допомога, найбільша кількість осіб з ПТСР – це люди, які потерпають від випадків насильства, скоєного людиною людиною: скривдження дітей, зґвалтування, родинне насильство тощо. Велика кількість таких осіб страждають як від насильства, так і від ПТСР мовчки. Травма часто пов'язана із беззахисністю, нерівністю позицій сили (як жінка, що боїться заявити у міліцію на чоловіка, який її б'є, чи діти, залякані своїми кривдниками). Травма також часто пов'язана з соромом – при зґвалтуванні лише 10% потерпілих заявляють про цей випадок у правоохоронні органи, велика частина потерпілих теж не каже нічого про те, що з ними сталося, своїм рідним і друзям через почуття сорому, страх негативних реакцій (Herman, 1997). Тому вирішення проблем із психотравмою полягає не тільки у розвитку в Україні якісної мережі охорони психічного здоров'я, навчання фахівців-психотерапевтів методам ТФ-КПТ та EMDR, але й у широкій роботі в суспільстві над зміною вкорінених стереотипів, розвитком системи соціального захисту (зокрема, від насильства в родині), широкої психоедукації суспільства. Нам важливо також усвідомити й інтегрувати на рівні національної пам'яті наші історичні травми. Бо те, як ми часом

намагаємося уникати/приховувати їх, призводить до тих самих "дисоціативних бар'єрів", але вже у нашій суспільній свідомості, і до тих проблем, які маємо у нашій ментальності, – страх, недовіра, жадібність, феномен "моя хата скраю", низька самооцінка тощо.

Ми повинні більше знати про травму, ПТСР і шляхи зцілення, бо, на жаль, травма є частиною життя... Але, на щастя, сумні події нашого життя можуть теж пробуджувати найкращі людські ресурси – як всередині нас, так і довкола, у наших "соціальних мережах" – ресурси взаємодопомоги, любові, віри, надії – і відкривати шляхи зцілення як для окремих людей, так і для нас в цілому, як зраненого суспільства...

Литература

1. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. – Львів: Колесо, 2011.

2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.

3. Shalev A. et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study // Arch Gen Psychiatry. – 2011;

<http://archpsyc.amaassn.org/cgi/reprint/archgenpsychiatry.2011.127>.

4. Bessel A. van der Kolk. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V – цит. за інтернет-джерелом www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf.

5. Cohen J., Mannarino A., Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. – NY: Guilford Press. – 2006.

6. Cook A. et al. Complex trauma in children and adolescents // Psychiatric Annals. – 2005. – 35. – 5.

7. Frank D., Klass P., Earls F., Eisenberg L. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry // Journal of Pediatrics. – 1996. – Vol. 97. – P. 569–578.

8. Hart O., Nijenhuis E., Steele K. The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. – NY: W.W. Norton & Company, 2006.
9. Herman J. Trauma and recovery. – NY: Basic Books, 1997.
10. Pearce J., Pezzot-Pearce T. Psychotherapy with abused and neglected children. – NY: Guilford Press, 1997.
11. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guidance / National Institute for Clinical Excellence. – London, 2005.
12. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. – NY: Guilford Press, 2001.
13. Taylor S. Clinician`s guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach. – NY: Guilford Press, 2006.

О. М. Собченко _____

ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ

Катастрофи, що потрясли нашу країну за останні роки, стихійні лиха, міжнаціональні і міжрегіональні конфлікти в країнах далекого та ближнього зарубіжжя, з очевидністю показали, наскільки важливі психологічна готовність персоналу служб міністерства з надзвичайних ситуацій (МНС) до роботи в екстремальних умовах, здатність співробітників цих служб долати наслідки впливу підвищених навантажень на психіку, їхнє вміння успішно протистояти впливу різноманітних стресогенних факторів, зберігаючи при цьому високу працездатність. Сьогодні очевидно, що система психологічно обґрунтованих заходів, спрямованих на попередження (зменшення) негативних наслідків професійного стресу у представників небезпечних професій, що включає врахування індивідуально-особистісних і організаційно-управлінських факторів – це не данина моді, а життєва необхідність. Професійна діяльність рятувальників, які беруть участь у подоланні наслідків аварії чи катастрофи, поєднана з ризиком для здоров'я, а іноді

й життя, і, як правило, пронизана безліччю стресогенних факторів, що висуває високі вимоги до особистісних якостей працівників, рівню професіоналізму, здатності легко адаптуватися й адекватно реагувати на обставини, що швидко змінюються і часом дуже небезпечні.

З огляду на зазначену актуальність проблеми, а також незначну кількість робіт в даній галузі, ми ставимо за мету в даній статті звернутися до теоретичного аналізу існуючих підходів до вивчення впливу стрес-факторів в екстремальних умовах на психіку людини, з тим, щоб відпрацювати адекватний діагностичний інструментарій дослідження даної проблеми. Відповідно до мети нами визначено основне завдання – показати, що для системної діагностики та оцінки впливу стрес-факторів на психіку індивіда недостатньо врахування психофізіологічних параметрів та оцінки когнітивних структур, а насамперед необхідно звернутися до провідного рівня вивчення стресових реакцій – особистісного.

Сучасний стан науково-технічного забезпечення професійної діяльності рятувальних підрозділів МНС висуває перед вченими у число першочергових завдань вимоги об'єктивного вивчення впливу умов та чинників професійної діяльності останніх та їх впливу на розвиток стресу в екстремальних умовах. В останні роки багато досліджень спрямовано на досягнення оптимальних умов діяльності, раціонального співвідношення професійно-важливих якостей фахівців і машини як елементів загальної системи управління. У межах цього напрямку сформована концепція функціонального комфорту щодо створення такого робочого стану індивіда, при якому досягається відповідність засобів, умов праці, можливостей і індивідуально-психологічних особливостей людини що зумовлює адекватну мобілізацію психічних процесів [2,9,13,14,15].

Практично усі сучасні професії пов'язані з особливими умовами праці, котрі зумовлені впливом соціально-психологічних, технічних, природних та біологічних чинників, пред'являють до відповідних фахівців підвищені вимоги. [1,3,5,7,9,12,14,17,18,19,20].

Однак, психологічні характеристики і умови діяльності рятувальників МНС визначаються надзвичайно високою відповідальністю за виконання поставлених завдань, тривалим перебуванням у стані емоційної напруги, гіподинамією, недостатністю сенсорної інформації, відірваністю від соціального середовища, сім'ї, дефіцитом часу, наявністю завад, ризиком для життя, що призводить до розвитку стресу та посттравматичних стресових розладів. З цього випливає, що стрес необхідно розглядати як взаємодію чинників навколишнього середовища з системами організму. При цьому поширені суто теоретичні припущення, що в екстремальних ситуаціях особистісні характеристики не мають значення [1,10,11,18,20].

Численні данні дають можливість стверджувати, що посттравматичні стресові розлади виникають лише у 20–30 % постраждалих [1,2,4,6,14, 15,21], невротичні непатологічні реакції – у 60–68% [2,3,5,7]. Сукупність індивідуально-особистісних властивостей або тенденцій є вузловою, визначальною підструктурою, що відображає індивідуально-особистісний патерн [15, 17]. Вона виступає як складова системи регуляції активності людини, а саме – як складова рівня психічної саморегуляції [226].

Переважає більшість дослідників вважають, що до найважливіших особистісних факторів, які пов'язані із стресостійкістю відносяться насамперед характеристики вегетативної нервової системи. Менш збудлива вегетативна нервова система краще захищає людину від шкідливих ефектів стресу [16]. Серед інших факторів називають стійку тривожність, резистентність до умов невизначеності, внутрішній локус контролю та ін. [8, 16].

Г. Айзенк виділив фактор нейротизму – емоційну збудливість, яка належить до емоційної сфери. Припускають, що передумовою саме невротичних розладів є високий нейротизм, хоча високі значення цього фактора необов'язково пов'язані з неврозом [2,7,11]. Увагу привертає нейротизм як стійка індивідуально-типологічна характеристика. Особам з високими показниками нейротизму притаманні емоційна лабільність, гіперреактивність і повільне повернення до

початкового стану після емоційних переживань. Оцінки нейротизму і тривоги, як ознаки стресових станів високо корелюють між собою ($r=0,6-0,8$), що дозволяє деяким авторам їх навіть споріднювати.

Пропонуючи гіпотезу про стресостійкість як інтегральну властивість суб'єкта, вченими виділяється у якості детермінанти низької стресостійкості такі властивості, як особиста тривожність, інтроверсія, нейротизм, схильність до інтрапунітивних реакцій, відсутність впевненості у собі і низька самооцінка [9]. Г.Айзенк [2] наводить дані, які свідчать про високу спадковість нейротизму. Фізіологічною основою властивості вважається низький поріг активації "вісцерального" мозку (гіпокамп, миндаліни і гіпоталамус), що регулює вегетативну нервову систему.

Для зрозуміння проблем діяльності в складних, напружених та екстремальних умовах потрібно оцінити місце стресу у внутрішній структурі діяльності взагалі, співвідношення і взаємозв'язок особистих факторів і факторів стресу (взаємодію факторів активності, спадковості, впливу середовища) [3,6,8,10,17,20]. При цьому вплив екстремальних умов, на нашу думку, треба розглядати не лише як зовнішній фактор, зумовлений екстремальністю ситуації, але й, як цілеспрямовану активність, що формує суб'єкт-об'єктні відношення, цементує будь-яку особистість, забезпечує здатність усвідомлювати себе і оточуючий світ. Під впливом факторів зовнішнього середовища виникають зміни, які стосуються як кількісних, так і якісних характеристик і віддзеркалюють ступінь готовності організму до сприйняття цього впливу.

Дослідження особистості як суб'єкта діяльності спрямоване і на оцінку змін в структурі особистості, як результату активної взаємодії з особистим досвідом, потенційними мотивами, характером, продуктами діяльності [83, стор.309]. Викликані або загальмовані під впливом стресорів реакції можуть бути адаптивними або дезадаптивними. У численних дослідженнях, спрямованих на оцінку адаптованості до стресогенних ситуацій, увага приділялася вивченню переважно психофізіологічних аспектів [3,18]. Але вже у цих роботах

була виявлена провідна роль особистісних детермінант, мотиваційно-вольової сфери. Мотивація сприяє підвищенню розумової та фізичної працездатності, досягненню високих результатів діяльності. Мотивація залежить від минулого досвіду і навчіння, від соціальних, характерологічних та культурних факторів. Рівень мотивації визначається вибором цілі, самооцінкою (рівнем домагань), успіхом та невдачею.

Ці стрес-відповіді вважають адаптивними, якщо сприяють досягненню рівноваги і зменшенню або усуненню негативних побічних наслідків [3,5]. Дійсно, під психічним стресом розуміють невідповідність між навантаженням (впливом стресорів) і ресурсами, які є в наявності. Саме ця невідповідність викликає розвиток таких емоцій як тривога, страх, гнів, пригніченість. Перші вхідні засоби орієнтування у навколишньому і внутрішньому світі – емоції і їхні стани (емоційні стани) – переживаються і приймаються як смисли [11,14,17,18].

Смисл значною мірою детермінує діяльність, її перебіг. Зокрема в особистісному смислі предметів і ситуацій втілюється відображуване суб'єктом відношення до власних потреб, в операціональному смислі – сукупність функцій конкретного етапу розв'язування проблеми [8,15]. Безпосередній психічний досвід репрезентують людині зміст станів буття і свідомості. Переживання регулюють стани всіх психічних функцій – сприйняття, пам'яті, мислення і самих емоцій. Переживання з приводу того, що відбувається у зовнішньому світі, і з приводу того, що робиться з людиною, породжують смисли і опосередковуються смислами.

Смисли, якими живе людина, як і п'ять органів почуттів, миттєво, інтегративно орієнтують людину. Розвиток ментальних репрезентацій минає кілька рівнів і набуває складну структуру. У її основі лежить до кінця неусвідомлений суб'єктом "семантичний стереотип сприйняття реальності", що детермінує вибір індивідуально-оптимальної поведінки з певним індивідуальним стилем реагування [2,4,9,17,20]. У цьому аспекті суттєва роль відводиться "Я-концепції", яка регулює

процеси саморозуміння, прийняття рішень, діяльності [1,2,3,7,18]. Підсумковий набір модифікованих передбачень розвитку події формує шляхи реалізації тієї чи іншої форми поведінки. Ці конструкти пов'язані з "Я-концепцією", яка дозволяє не лише зберігати отриманий індивідом досвід, але і бути готовим до сприйняття нового: свого власного міркування, переживань, вибору, поведінки [219–221]. Серійні або пролонговані події і хронічні стресори життєдіяльності [4,7,13,15,16] викликають зміни в структурі "самості", змінюють когнітивну модель світу.

З метою врахування психологічних механізмів у розвитку преморбідних станів, окремими вченими висувається припущення, що психопатологічна картина невротичного стану повинна мати певний зв'язок із типом порушень образу "Я" [2,3,5,6,12,15,19]. Ставленню "Я" до власного тіла відповідають істеричні, іпохондричні та системні прояви. Ставленню "Я" до предметів і осіб – фобічні, нав'язливі і неврастенічні прояви і, нарешті, узагальненому ставленню "Я" до дійсності відповідають страхи, невротична деперсоналізація, дереалізація і депресія, де на вищих рівнях інтеграції особистості страждають або відчуття безпеки, або відчуття реальності, або довіра до майбутнього [4].

Суб'єктивна цілеспрямованість – це вибір мети, рух до мети, рефлексія з приводу вибору. Але суб'єкт формує не лише мету діяльності, але й її смисл, тобто смислову мету. Можна сказати, що смисли – це ті значення, що пережиті або переживають в індивідуальному досвіді [5,17,21]. Вони в інтеріндивідуальному просторі є стратегічними утвореннями, що орієнтують, допомагають приймати рішення, визначають смислові градієнти, відповідальність за події, що відбуваються у житті. Ступінь незалежності особистості, самостійність, активність у досягненні своєї мети, рівень суб'єктивного контролю над різними життєвими ситуаціями – "модус контролю" [7,9]. Це підтверджують дослідження, в яких виявлено провідну роль особистісних детермінант, мотиваційно-вольової сфери [2,3,10]. При цьому відбувається перебудова нейронної організації з

тривалою фіксацією змін. Вона здатна формувати ті режими роботи, що є оптимальними, для актуалізації її активності.

Багато дослідників стресу вважають, що люди наділені добрими здібностями протистояти різкому і короткочасному стресу [2,9,13,17,19,20]. Справжня проблема постає тоді, коли стрес переростає у тривалий процес, зокрема праця в екстремальних умовах. Людина може роками терпіти труднощі, якщо відчуває здатність впливати на ситуацію або принаймні передбачити її. І зовсім інша річ, коли людина відчуває себе безпорадною і безсилою. Якщо люди знають, що їх очікують труднощі, вони можуть вжити заходів, щоб послабити стрес.

Висновок. Отже, аналіз психологічної літератури дає можливість простежити основні напрями у вивченні стресу. В цьому плані найбільш відомими підходами є вивчення стресу через оцінку діяльності вегетативної нервової системи, зміни психофізіологічних реакцій, поведінкових проявів тощо. Останнім часом у вивченні стресу привабливою є інтеракціоністська концепція. Більшість вчених відзначає, що сильна дія стрес-факторів має відстрочений ефект, який проявляється у посттравматичних розладах, що потребує ефективної психопрофілактичної роботи з боку психологічних служб. Разом з тим, виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини: оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що вимагається, та ін. Будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором. При цьому не мають значення зміст самої ситуації та ступінь її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї. Тому певна ситуація одними може сприйматися як стресова, а у інших вона не викличе жодного стресу. Матимуть значення внутрішні психологічні особливості людини. Саме тому, у комплексному вивченні стресу важлива роль повинна надаватися вивченню внутрішніх психологічних умов діяльності, тих особистісних детермінант, що зумовлюють резистентність, або, навпаки, чутливість людини до стресу.

Література

1. Абдурахманов Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. – 1992. – Т.13, № 1. – С. 131-134.
2. Айзенк Г.Ю. Структура личности /Пер. с англ. – Спб.: Ювента, 1999.
3. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 254 с.
4. Белик Я. Я. Психическая саморегуляция в экстремальных условиях деятельности: Научно-аналитический обзор. – М.: Академия МВД СССР. – 1988. – 47 с.
5. Березин Ф. Б. Психическая и психофизическая адаптация. – Л.: Наука, 1988. – С. 44-103.
6. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодолений критических ситуаций. – М.: МГУ, 1984. – 254 с.
7. Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Косенко А.Ф., Кочергина Т.І. Психологічне забезпечення психічного та фізичного здоров'я. – К.: Фірма "ІНКОС", 2002. – 272 с.
8. Киндрас Г.П., Турашджаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1. – С. 33-36.
9. Магомед-Эминов М.Ш., Филатов А.Е., Кадук Г.И., Квасов О.Г. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. – Харьков, 1990. – 143 с.
10. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. – М.: Наука, 1984. – 360 с.
11. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л., 1970. – С. 107–124.
12. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 324 с.

13. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1999. – 271 с.
14. Ломов Б.Ф., Забродин Ю.М. Психологические проблемы деятельности в особых условиях.- М.: Наука, 1985.-231с.
15. Моляко В.А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13, № 1. – С. 135-147.
16. Моляко В.А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) Психологический журнал, 1992. Т. 13 №2. –С. 66-73.
17. Санникова О.П. Стресс и эмоциональность //Феноменологія особистості: Вибрані психологічні праці. –Одеса:СМИЛ, 2003. – С.136-142.
18. Тарабрина Н.В. Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. – 1996. – № 1. – С. 28-29.
19. Тимченко А.В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. – Харьков, 1997. – 184 с.
20. Характеристика состояний психической дезадаптации у сотрудников пожарной охраны в напряженных и экстремальных условиях деятельности и их профилактика: Методические рекомендации. / Под ред. А.Белкина. – М. : МВД РФ, 1992. – 95 с.
21. Яковенко С.І. Психологія людини за умов радіоекологічного лиха. – К.: Чорнобильінтерінформ, 1996. – 163 с.

О. Суший

ПРОБЛЕМА КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ В УКРАЇНСЬКОМУ СОЦІУМІ ТА ПОШУК СТРАТЕГІЙ ЇЇ ОПАНУВАННЯ

Вибір парадигми травми як інструменту аналізу та інтерпретації подій, які відбуваються в Україні, зумовив декілька причин. Від початку суспільно-політичної кризи в Україні поняття "травма", "колективна травма", "шок", "посттравматичний синдром" стали

невід'ємною складовою корпусу ключових понять, якими позначили гострий соціогенний стрес, що зазнали українці в наслідок драматичних подій, що відбуваються з листопада 2013 р. дотепер. Пошук стратегій опанування травмуючих наслідків, особливо в умовах значного ускладнення ситуації, її виходу у площину збройного конфлікту, потребує виявлення підвалин соціальної травми як тривалого, накопичувального процесу, що виник з самого факту суспільних трансформацій в Україні. Водночас, вкрай важливим є розуміння пливу трімкого, неочікуваного і радикального процесу на соціокультурне середовище, його потенціал та ресурси для подальших змін, оскільки ці впливи є найбільш довготривалими.

Термін "травма" буквально у перекладі з грецької – "рана", "ушкодження", "результат насилля". Тематика "травми", яка вивчається на фізіологічному, психологічному та соціальному рівнях, є пограничною для ряду дисциплін: соціології, психології, соціальної психології, медицини, психіатрії тощо. У сучасній соціогуманітаристиці поширені теорії індивідуальної, колективної та культурної травми.

У психологічній літературі травма розуміється як рана не на тілі, а в свідомості – рана внаслідок емоційного шоку, настільки сильного, що він порушує "усвідомлення часу, себе і світу" і пізніше виявляється у снах і спогадах [1,с.122]. Теорія психоаналізу (З.Фройд) зробила фундаментальний внесок у розуміння психічної травми та розробку уявлень про природу і механізми впливу екстремального досвіду на особистість людини і не втратила актуальності дотепер. Так, висловлена понад століття тому гіпотеза З.Фройда про вирішальну роль значущості суб'єктивного переживання катастрофи з 1994р. офіційно прийнята в рамках підходу до визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) DSM-IV: найважливішим чинником розвитку синдрому стає не зовнішнє втручання, а "емоційний відгук на нього" [2]. Ще одним важливим положенням психоаналітичної теорії наголошується необхідність індивідуального підходу до розуміння і лікування наслідків переживання травми. Її значення для особистості

людини виходить далеко за рамки конкретних обставин і визначається індивідуальною історією її розвитку.

У соціальній теорії поняття колективної травми набуває поширення у середині ХХ ст. у зв'язку з переосмисленням засадних принципів теорій соціальних змін. Під колективною травмою розуміють деструктивні, дисфункціональні наслідки соціальних перетворень, які стосуються великих груп людей. Серед них, зокрема, війни, катастрофи, терористичні акти, інші події, пов'язані із загибеллю, втратою свободи і т.п. Як правило, травматичний ефект, що йде від події як такої, має наслідки не тільки на рівні індивідуальної психіки, але і на рівнях груповому та соцієтальному. Тобто, економічна депресія веде до розчарування, екологічні катастрофи – до паніки, а політичні скандали – до громадського обурення. Відповідно, колективну травму трактують як травму багатьох, сукупність індивідуальних травм.

Поворотним пунктом у розумінні психосоціальної травми стала праця К. Еріксона, сина відомого психолога Е. Еріксона, "Все на своєму шляху" (1976 р.) [3]. Еріксон-молодший першим розрізнув на понятійному рівні колективну та індивідуальну травми і зосередив увагу на властивостях травми, що виникають насамперед стосовно спільнот.

А. Нілу праці "Національна травма та колективна пам'ять" (1998 р.), рухаючись у руслі новаторської соціологічної моделі К.Еріксона, зосереджує увагу на подіях, які спричиняють травму колективної ідентичності. Руйнівні наслідки національної травми, зазначає науковець, спроможні дестабілізувати всю соціальну систему настільки, що спільнота буде невзможі ефективно існувати. Травма торкається усіх без винятку громадян та субгруп, підії впливом розмивається межа між добром і злом, порядком і хаосом, священним і профанним, внаслідок руйнуються смисли та ідентичності [4, с.9–10].

На особливу увагу заслуговує концепція культурної травми (П.Штомпка, Н.Смелзер, Дж.Александр, Р.Айерман). Концепт соціокультурної травми введений П. Штомпкою, відповідно до нього

він аналізує та інтерпретує зміни, що відбулися в країнах Східної та Центральної Європи, та намагається дати оцінку стану адаптивних процесів та реакцій на "травматичні умови" населення в цих країнах [5; 6]. П.Штомпка трактує соціокультурну травму як процес, який має циклічну динаміку. Його логіку як "травматичної послідовності" структуровано з шести стадій:

1. Структурне і культурне минуле – середовище, яке сприяє виникненню травми (дезорганізація, дезінтеграція, деконсолідація, фрустрація, нестабільність та ін.).

2. Травматичні події або ситуації – стан напруги, пов'язаний з конкретними соціальними змінами (революція, радикальна реформа, окупація, геноцид та ін.). За ознаками вирізняються: 1) несподіваністю та швидкістю; 2) глибиною, радикальністю і всебічністю; 3) сприймається як подія екзогенна, невіддільна нашому впливу ("ми страждаємо від травми"); 4) сприймається як щось шокуєче та відразливе.

3. Культурні рамки травми – особливі способи визначення, інтерпретації, вираження або тлумачення травматичних подій за допомогою фонду успадкованих культурних ресурсів (від абсолютизації через репрезентацію до релятивізації).

4. Травматичні симптоми – дисонанс, що виникає через порушення усталених схем поведінки і уявлень та сигналізує про порушення нормальності у життєдіяльності суспільства (розкол, зміщення, дезорганізація). Прояви культурної травми: аномія, криза ідентичності, криза легітимності, синдром недовіри, культурний лаг тощо (напр., соціокультурний розкол порушує колективну ідентичність, відповідно, криза ідентичності засвідчує наявність культурної травми).

5. Посттравматична адаптація – чутливість різних соціальних груп до культурної травми (центральні групи, що глибоко переживають і сприймають її, периферійні групи, для яких вона – несуттєва, маргінальна). Вплив потенційно травматичних подій (ситуацій) може бути якісно протилежним для різних груп: деструктивним та

руйнівним для одних, корисним та бажаним для других, незначущим для третіх.

6. Подолання травми – заключна фаза або початок нового циклу травматичної послідовності, якщо пом'якшена травма отримує потенційно сприятливі структурні та культурні умови для прояву нового виду травми. Стратегії опанування травми: за Р.Мертоном – моделі активної/конструктивної (інновація – якісні зміни, бунт – радикальні зміни) та пасивної (ритуалізм або культивування, ретріатизм або самоусунення) адаптації до травми. Згідно з Е.Гідденсом – пасивні типи протидії: прагматизм, наївний оптимізм, цинічний песимізм; активна форма протидії: жорстка боротьба.

Згідно з концепцією культурної травми, яку сьогодні активно розробляє Дж.Александр та Р.Айєрман, культурна травма має місце, коли члени того чи того співтовариства відчують, що їх змусили пережити певну жахливу подію, яка залишає незабутні сліди в їх груповій свідомості, назавжди відбивається в їх пам'яті і докорінним й незворотним чином змінює їх майбутню ідентичність [7, с.255]. На відміну від теорії колективної травми, концепція культурної травми працює з травматичним досвідом груп: саме група, а не індивід, повинні відчувати травму. Власне дослідники доводять безпрецедентно важливу роль, яку відіграє травма в процесі формування колективних ідентичностей, та показують, що об'єктом колективної травми стають зв'язки між людьми та їх культурні смисли, і саме ці зв'язки і смисли зазнають драматичних змін [1].

Специфіка дискурсу культурної травми полягає в тому, що опанування культурних травм створює солідарність, збільшує простір ясності для суспільства. Саме через конструювання культурних травм, згідно з Дж.Александром, соціальні групи, національні спільноти, а іноді навіть цілі цивілізації не тільки встановлюють на свідомому рівні наявність і джерело людських страждань, а й беруть на себе істотну відповідальність за них. Оскільки члени співтовариств встановлюють причину травми і тим самим беруть за неї таку моральну відповідальність, оскільки вони визначають об'єднуючі їх зв'язки

такими способами, які, в принципі, дозволяють їм розділяти страждання інших [7, с.255–256].

Події в Україні кінця 2013–2014 рр. пройшли декілька етапів, кожен з яких здійснював вкрай тяжкий психотравмуючий вплив, що надбудовувався над попереднім.

Перший етап – Євромайдан. У подіях громадянського протесту 2013–2014 рр. – від студентських пісень до жахливих подій з побиттям, насиллям, пригніченням людської гідності та першими загиблими – він став першою хвилею мобілізації психічних ресурсів людей та на рівні індивідуальної психічної травми відобразився у посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Необхідною умовою виникнення ПТСР вважається фактор залученості індивідуума в екстраординарні ситуаційні події з надпотужним впливом на психіку. Тому тиск психологічної напруги зазнали як ті, хто перебував на Майдані, так і ті, хто спостерігав за пристрастями з екранів телевізорів і моніторів комп'ютерів.

Другий етап – анексія Криму. З одного боку, з'явився новий кластер психотравмованих осіб – переселенців (біженців), які покинули півострів й усталене життя (таких, за різними даними, від 17 до 20 тисяч осіб); розірваних родин, в кого залишилися рідні у "не нашому" Криму; за долю кримчан, які не зрадили Україну, а таких, 23 згідно з результатами всеукраїнського репрезентативного опитування, проведеного ІСПП НАПН України 15–21 березня 2014 р., майже кожен п'ятий житель автономії (19,4 %) [8]. З іншої сторони, українське суспільство здригнулося від болючої втрати частини власної території, а разом з цим реально почало усвідомлювати загрози, що несуть з собою протистояння, зовнішня агресія, криза, хаос, невизначеність тощо, адже саме цими ключовими словами українці позначали у березні 2014 р. ситуацію, в якій перебуває наша країна [8]. Власне, саме відчуття небезпеки та розуміння неспроможності держави (політичної влади, Збройних сил України) протистояти військовій агресії Росії у Криму стало масивною "колективною травматизацією" людей жорсткою дійсністю, що дуже глибоко вплинуло на кожного.

Третій етап – збройний конфлікт на Сході України – виявив тотальність війни як процесу і стану розпаду суспільного цілого на частини, розчинення загальних соціальних цінностей, спільної соціальної організації, моральних норм і почуття спільних інтересів. Саме ці події сьогодні завдають найтяжчих ударів у самі глибини соціального тіла та його надломленого ментального простору.

Окремо зазначимо жахливі трагедії в Одесі 2 травня 2014 р., де заворушення та сутички призвели до масової загибелі людей. Події цього страшного дня, на наш погляд, українському суспільству ще належить осмислити.

А. Тойнбі писав, що "хворе суспільство" (у стані дезінтеграції) веде війну "проти самого себе". Утворюються соціальні тріщини – і "вертикальні" (наприклад, між регіональними спільнотами), і "горизонтальні" (всередині спільнот, класів, соціальних груп) [9, с.325–328]. Український соціум уже давно був травмований культивованими дискурсами "розколу", "цивілізаційних розломів" та "конфліктів ідентичностей". Тривала поляризація та фрагментація українського соціуму на нерві ціннісного розколу поглиблювала лінії потенційної конфліктності. В умовах же глибокої кризи системарозколів, тріщин і ліній потенційного конфлікту стала багатовимірною та вийшла за гіпотетичні межі суспільного розмежування, руйнуючи внутрішні зв'язки та утворюючи новий горизонт демаркаційних ліній:

- між тими, хто пройшов горнило війни, і тими, хто її спостерігав, дивлячись з екранів ЗМК;

- між тими, хто втратив рідних і близьких людей, і тими, хто приніс це горе у родини;

- між тими, хто втратив свої домівки та звичний усталений хід життя, й тими, кого це оминуло;

- між тими, хто відчуває себе громадянином своєї держави, й тими, хто зневірився у ній.

Подолання наслідків трагічних подій в Україні потребує її осмислення як культурної травми у поєднанні з соціальною

відповідальністю колективної і, передусім, політичної дії. Вплив травми на спільноту залежить від відносного рівня розколу з попереднім порядком та з очікуваннями щодо його збереження, зазначає П. Штомпка. З одного боку, чим більший розрив між звичною організованістю середовища і умовами, викликаними травматичними подіями (тобто, чим сильніший шок), тим сильніший вплив травми; з іншого – чим глибше травма зачіпає ядро колективного порядку – сферу базових цінностей, правил, центральних очікувань, – тим сильніше вона відчувається [5, с.10]. В свою чергу, травматичний досвід завжди спирається на приватну особу, а індивідуум завжди співвідносить себе з ситуацією в суспільстві. Отже, потрібні зустрічні та взаємообумовлені стратегії опанування травми як на індивідуальному, так і на колективному рівнях. Визнання завданої травми і провини відновлює міжлюдський порядок і тим самим – можливість певного розуміння травми.

Ключовим моментом переживання людиною травми є зіткнення з надмірноінтенсивним, переважаючим можливості психічної переробки афектним досвідом. Посттравматичний стресовий розлад належить до найбільш виражених негативних психологічних наслідків переживання людиною екстремальних стресових ситуацій, хоч він розвивається далеко не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію. Насьогодні, на нашу думку, до "груп ризику" ПТСР належать:

- 1) активісти Майдану, учасники протестів;
- 2) учасники антитерористичної операції (АТО) (передусім, учорашні цивільні громадяни);
- 3) переселенці з тимчасовоокупованих територій (Крим, Схід України);
- 4) діти з тимчасовоокупованих територій (Крим, Схід України);
- 5) волонтери;
- 6) цивільні громадяни, які залишилися у зоні АТО під час бойових дій;
- 7) родини, які втратили рідних під час АТО;
- 8) громадяни, які підтримують сепаратистів.

Результати численних досліджень показали, що жертви травматичних ситуацій переживають гострий стан травматичного стресу протягом деякого часу (до місяця), протягом якого зазнають впливу стрес-чинників, після чого переважна більшість людей повертається до звичайного для них стану. Однак вплив травмуючих подій на деяких осіб продовжується і після цього терміну. Із тих осіб, котрі пережили психотравмуючу подію, у значній частині "душевна рана", завдана психотравмою, не зможе загоїтися сама по собі з плином часу – щонайменше у 30–40% може розвинутися захворювання, що увійшло до психіатричних діагностичних класифікацій під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) матимуть його протягом життя. З них, близько у 30% осіб, його перебіг матиме хронічний характер, з можливою персистенцією симптомів протягом 10 років і більше [10, с.30].

Діагностика та подолання посттравматичного стресового розладу, який припускає наявність травми в структурі психіки, відбувається за допомогою спеціально підібраного комплексу клініко-психологічних методик. Утім, багато людей із ПТСР не звертається за належною допомогою, сподіваючись, що їх переживання "вилікує час", і, як правило, неусвідомлюють зв'язку симптомів свого стану з травматичним впливом. Вплив психічної травми відбувається двома основними шляхами: або це постійні нав'язливі думки і переживання про подію, що травмувала, або старанне їх уникання. І в тому, і в іншому випадку "чорна діра травми" безповоротно притягує до себе усі думки і почуття суб'єкта [11]. Спроби сховатися від дійсності, на фоні ПТСР, з часом розвиваються у коморбідні – вторинні розлади – депресія (48%), зловживання алкоголем/алкогольна залежність (28% жінок, 52% чоловіків) тощо. Звідси, основне завдання психологічної реабілітації – допомогти таким особаму свідомити причинно-наслідковий зв'язок симптомів страждання з травматичним переживанням і далі намагатися інтегрувати свідомість суб'єкта. Особливо це стосується переселенців (біженців), яких за офіційними

даними сьогодні налічується близько 350 тисяч осіб, а за неофіційними – набагато більше.

Найскладнішою є організація допомоги постраждалим з ПТСР на віддалених етапах, з огляду на широкий спектр супутніх розладів, проблем соціальної адаптації та ресоціалізації. Як приклад, неоднозначна ситуація з мешканцями наметового містечка на Майдані та активістами, які продовжували утримувати барикади на майдані Незалежності та прилеглих вулицях Києва до липня 2014 р. Вочевидь, потрібно спрямувати набутий досвід громадської самоорганізації на "мирні справи" та розвиток місцевого самоврядування, залучити активістів до участі у громадських радах, до створення осередків громадського контролю за діяльністю органів влади.

Ще більш складною є ситуація з військовими, особливо тими, хто зазнав розщеплення дійсності на "до" і "після" війни (учорашні мирні пересічні громадяни). Вплив військового конфлікту завжди неоднозначний. З одного боку, вкрай гранично загострюється сприйняття світу в категоріях "свій – чужий". Коли конфлікт інтенсифікується, виникає новий психологічний процес – дегуманізація ворога. Група педалює "людський" характер своєї згуртованості, на відміну від ворожої групи "нелюдей". Це й невід'ємний елемент підготовки до війни аж ніяк не зводиться до вигадування для ворогів прізвиськ на кшталт "колоради" або "укроп", а включає цілу серію психологічних механізмів. Група починає відчувати навіть збочене задоволення від перспектив знищення ворога, оскільки це підкреслює "нашу" відмінність від "них". Образ ворога, що формується у таких обставинах, почасти має мало спільного з реальністю, але він підкреслює "особливість" одних, нагадуючи, що "ми" – зовсім інші, нівчому не схожі. А раз так, то "їх" і вбивати не шкода. І тут вступає в силу наступний за дегуманізацією механізм – віктимізація (від "victim" – жертва), в рамках якого знищення можливої більшої кількості ворогів сприймається не як вбивство людей, а як досягнення. З іншого боку, безпосереднє зіткнення зі смертю руйнує несвідому переконаність в нескінченності власного існування, що докорінно

змінює ставлення людини до себе і навколишнього світу вцілому. Сприйняття смерті інших людей, особливо значущих, завжди суперечливе – крім болю втрати, присутнє відчуття тріумфу, яке надалі трансформується в почуття провини того, хто вижив [12, с.39–40].

У випадку глибокої психічної травми необхідно якомога раніше надати психологічну допомогу, щоб людина не скам'яніла, не закрилася. Власне, досить оперативна самоорганізація психологічної спільноти, утворення центрів соціальної та психологічної допомоги та надання безпосередньої психологічної допомоги особам, які постраждали під час революційних подій в Україні, під час бойових дій у зоні АТО, а також переселенцям (біженцям) вкрай важливе для повернення цих людей у "світбезвійни". Робота таких центрів повинна продовжуватися, а держава має всебічно сприяти оздоровленню української спільноти.

Особливої уваги потребують діти, психічна система яких ще ослабка і неспроможна захистити себе. Крайня травматизація породжує специфічні конфлікти поколінь. Для їх опису в психоаналізі застосовується поняття проєктивної ідентифікації. Йдеться про "транспозицію", несвідому участь у минулому травматичному періоді життя батьків, про "депоновану репрезентацію", яку батьки виштовхують в саморепрезентації дитини, про несвідому ідентифікацію – "фантоми", що гніздяться в динамічному несвідомому дитини, про невизнання і розмитість меж між поколіннями, в наслідок яких у дітей порушується сприйняття часу.

На цьому тлі опанування культурної травми ("колективний коупінг", за визначенням П. Штомпки) як дискурсу потребує колективної інтерпретації та символічного виробництва, які дозволять пом'якшити психотравмуючий вплив та винайти засоби колективного психологічного зцілення. Для цього важливо, щоб публічна репрезентація дискурсу травми оминула пастки: (1) натуралізації події, що волає до відплати, (2) колективного "захоплення", болісного переживання та культивування травмуючих почуттів, (3) заперечення реальності травмуючих подій, їх нігілізація та табування, що

призводить до повторної травматизації. Але започаткування такого публічного дискурсу в Україні та поступове опанування культурної травми – один з важливих механізмів суспільної консолідації – можливе після повернення до мирного життя.

Сьогодні мало хто може однозначно стверджувати про локалізацію ситуації в Україні. Вочевидь, можна говорити про декілька сценаріїв її урегулювання.

1. Україна зберігає територіальну цілісність країни у її нинішніх кордонах.

2. Україна втрачає частину своєї території, відновлює мирне життя у новому форматі. "ДНР" та "ЛНР" перетворюються на ніким не визнану державу Новоросія.

3. Замороження конфлікту в Україні, тління якого зберігає вибухонебезпечний потенціал свого відновлення.

4. Україна як держава припиняє своє існування.

Кожен з наведених сценаріїв, окрім останнього, містить гостру потребу здійснення системної, реалістичної, відкритої, прозорої, соціально відповідальної державної політики, реального, а не декларативного реформування системи державного управління відповідно до демократичних стандартів та вимог громадян, знищення корупційних схем, відділення бізнесу від влади, розмежування адміністративних та політичних посад на державній службі, зміни системи виборів до законодавчого органу влади, ідеологізації політичного життя партій тощо. Це стане гідною відповіддю щодо спроможності української держави, але цього замало.

Українською запитаною сьогодні є ідея започаткування загальнонаціонального діалогу щодо проекту майбутнього держави. Вважають, що Україна потребує його невідкладно, 33,7% опитаних; що потребує, але після залагодження воєнного конфлікту на Сході – 37,8%. Невизначилися та дописали інший варіант відповіді – 15%. При цьому вельми істотно, що 68,3% респондентів вважають: попри всі зовнішні та внутрішні загрози Україну можна зберегти як єдину державу, бо "того, що об'єднує громадян, значно більше, ніж того, що

роз'єднує". У Західному регіоні такої думки дотримуються 85,7%, Центральному – 70,9%, Південному – 73,8%, Східному – 54,2%. (На Донбасі частки тих, хто вірить у можливість збереження цілісності держави, і тих, хто невірить, виявилися майже однаковими – понад 37% і близько 40%, відповідно) [13].

Ціна нехтування суспільною вимогою соціальної консолідації та регіональної реінтеграції надвисока, її визначає загроза реалізації останнього сценарію – втрати державності та руйнування суспільства. При цьому ця загроза існує не лише ззовні, але потенційно міститься всередині українського суспільства і держави, що переживають сьогодні системну кризу: кризу інституцій, кризу інтересів, кризу цінностей, кризу ідентичностей. Одним з її тривожних симптомів є довготривале порушення культури довіри, зокрема, суспільної довіри до влади, що сьогодні досягло свого передграничного стану (смітнікова люстрація), адесакралізація влади, у широкому розумінні цього поняття, згодом може перетворитися на цілковиту анархію.

Започаткування загальнонаціонального діалогу, покаяння та примирення – ці речі мають надзвичайно важливе значення, адже на сьогодні в українському суспільстві немає єдності в оцінці військових дій на Сході України. Спостерігається значна розбіжність позицій респондентів щодо антитерористичної операції в Донецькій та Луганській областях. Понад 31% опитаних висловлюються за припинення АТО, трактуючи її як війну влади із власним народом, що призводить лише до жертв, руйнувань та нових сплесків тероризму. При цьому звертає на себе увагу доволі суперечлива тенденція: порівняно з травнем, у вересні частка противників АТО дещо збільшилася в Західному та Центральному регіонах (на 1,6% і 4,2%, відповідно), тоді як на Півдні та Сході, навпаки, істотно зменшилася – із 42,9% до 34,5% та з 66,3% до 53,4%. Причому на Донбасі, тобто безпосередньо в зоні конфлікту, це зменшення виявилось особливо значним – з 91,7% до 67,2%.

Діаметрально протилежну позицію обстоюють респонденти, на чию думку АТО довела свою результативність і має продовжуватися так само, як і досі – до позитивного завершення (24,1%).

Прихильників цієї позиції у вересні, порівняно з травнем, стало більше в усіх регіонах (на Заході – 43,7% проти 23,5%; у Центрі – 26,8% проти 19,9%; на Півдні – 29,6% проти 14,8%), крім Східного, де частка таких респондентів залишилася приблизно на рівні 9%. Однак на Донбасі все ж простежується її певне, статистично достовірне, зростання – з 1,7% до 7,9%.

Ані з прихильниками продовження АТО в нинішньому форматі, ані, тимпаче, з її противниками не погоджуються повною мірою ті понад 28% громадян, які вважають антитерористичну операцію мало результативною і підтримують ідею введення замість неї режиму територіальної оборони – для більш ефективної боротьби з російським агресором та антидержавними збройними формуваннями. У Західному регіоні за це ратують 33% опитаних, Центральному – 29,5%, Південному – 15,5%, Східному – 27,9%, зокрема, на Донбасі – 12,3%.

Отже, за проведення воєнних дій на Сході в нинішньому чи більш жорсткому форматі виступають щонайменше 59% наших співвітчизників. До цієї цифри, вочевидь, тяжіє й частка опитаних, котрі погоджуються з думкою, що в донбаського конфлікту, нажаль, немає іншого вирішення, окрім швидких і рішучих воєнних дій (близько 49%). Непогоджуються з нею 30,7%, не визначилися – 20,4% [13].

Вочевидь, локалізація збройного конфлікту на Сході України частково знизить градус радикалізації українців, проте для гармонізації суспільних відносин потрібен суспільний дискурс про історичну правду драматичних подій в Україні. Через конструювання травми і встановлення її причин (умов, процесів, ключових акторів) і соціальні групи, і національна спільнота вцілому беруть на себе відповідальність за події, які відбулися, що, тим самим, відкриває можливості для визначення зв'язків, які об'єднують їх. Водночас цей процес буде ускладнений тим, що опанування травми відбуватиметься

в умовах (середовищі), які опосередковано зумовили її. Отже, подолання наслідків психосоціальної травми – тривалий та нелегкий процес, який потребує спільних зусиль та великої мужності.

На нашу думку, ціннісно-орієнтована комунікація має стати механізмом подолання проявів сепаратизму й радикалізму, зважаючи на загострення дискурсу міжрегіональних відмінностей і набуття важливого значення регіонів у сучасній демократичній державі. Винайдення спільних смислів та символів, що матимуть фундаментальне значення культурно-ціннісних засад для життя суспільства, забезпечення повноти розвитку його сучасного та майбутнього національного життя, буде одним з надскладних завдань збереження цілісності українського суспільства та держави. Вже сьогодні одним з дієвих кроків у цьому напрямі може стати залучення до відновлювальних робіт на Сході України фахівців з різних регіонів України, передусім Західного, з метою руйнування соціальних фобій та стереотипів про дві України.

Повага до соціокультурних особливостей людей з різних регіонів країни має стати імперативом культури миру та ствердження ідеалів толерантності, довірчості, солідарності через культуру й освіту, у тому числі шляхом:

- створення розгалуженої мережі освітніх, науково-культурних і бізнес-комунікацій серед учнівства, студентства, науково-професійного та бізнес-середовища на всіх рівнях та у всіх регіонах країни;

- запровадження мораторію на актуалізацію "контраверсійних питань" історичної пам'яті, мови, релігії тощо під час виборів і війни та формування у громадській свідомості установки невідворотності відповідальності шляхом застосування правових, політичних, інформаційних та інших заходів.

Узагальнюючи стислий аналіз основних історико-теоретичних течій, якими сьогодні представлено дискурс травми, зазначимо, що концепція культурної травми, яка поєднує у собі і деіндивідуальної та колективної травми, може бути найбільш дієвою як для теоретичної

рефлексії нинішніх подій в Україні, так і для практичного подолання наслідків надзвичайно важкого психологічного досвіду їх безпосередніх учасників, свідків та спостерігачів. Разом з цим, важливо розуміти, що оскільки дискурс колективної травми не лише описує колективні переживання і трагічні події, але й "працює" з колективними ідентичностями та колективною пам'яттю, інциденти, які могли б стати культурними травмами, можуть перетворитися на джерело більш глибокого розколу суспільства.

Література

1. Айерман Р. Социальная теория и травма / Р. Айерман // Социологическое обозрение. – 2013. – Т. 12. – № 1. – С. 121–138.
2. Климась Д.Г. Обзор книги "Понимание травмы. Психоаналитический подход"; под ред. К. Гарланд, 2-е дополненное издание, 2002 / Д.Г.Климась // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2012. – № 1 [Електроннийресурс]. – Режимдоступу: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2764>
3. Erickson K.T. Everything in its path: destruction of community in the Buffalo Creek flood / Kai T. Erikson. – NY: Simon and Schuster, 1976. – 284 p.
4. Neal A.G. National Trauma and Collective Memory: Major Events in the American Century / Arthur G. Neal. – Armonk, N.Y. M.E. Sharpe, 1998. – 224 p.
5. Штомпка П. Социальное изменение как травма (статья первая) / П.Штомпка // СОЦИС. – 2001. – №1. – С. 6–16.
6. Штомпка П. Культурная травма в посткоммунистическом обществе(статья вторая) / П. Штомпка // СОЦИС. – 2001. – №2. – С. 3–12
7. Александер Дж. Смыслы социальной жизни: Культурсоциология / Дж. Александер; [пер. сангл.]. – М.: Изд. И консалтинговая группа "Праксис", 2013. – 640 с.
8. Стан суспільної свідомості в Україні після падіння режиму Януковича. Березень' 2014: інформаційний бюлетень / за ред. М.М.Слюсаревського; упоряд. Л.П.Черниш. – К., 2014. – 56 с.

[Електронний ресурс]. – Режим доступу:
http://www.ispp.org.ua/bibl_6.htm

9. Тойнби А. Постигение истории / А.Тойнби; [пер. сангл.]. – М.: Прогресс, 1991. – 736 с.
10. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії / О.Романчук // НЕЙРОNEWS. – 2012. – № 1(36). – С. 30–37.
11. Шаллан І.В. Психологічні особливості і діагностика посттравматичних стресових станів жертв катастрофічних подій: Автореф. дис. к. психол. н.: 19.00.04 / І.В.Шаллан; Київ. нац. ун-тім. Т.Шевченка. – К., 2000. – 20 с.
12. Волкан В. Национальные проблемы глазами психоаналитика с политологическими комментариями / В.Волкан, А.Оболонский // ОНС. – 1992. – №6. – 31–49 с.
13. Думки та оцінки громадян на старті виборів до Верховної Ради України. Вересень' 2014: інформаційний бюлетень / заред. М.М.Слюсаревського; упоряд. Л.П.Черниш. – К., 2014. – 36 с.
[Електронний ресурс]. – Режим доступу:
http://www.ispp.org.ua/bibl_6.htm

О. Ф. Хміляр, Д. С. Зубовський _____

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД:
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОЯВІВ У УЧАСНИК
УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Будь-яка війна здійснює сильний вплив на психіку учасників бойових дій, піддаючи її серйозним якісним змінам, які можуть набувати як чітко виражених форм й бути прихованими, відстороненими в часі реакціями. В умовах ведення антитерористичної операції особливої значущості набуває проблема виснаження нервово-психічного потенціалу військовослужбовців, яке в більшості випадків зумовлює низку деструктивних порушень психічної діяльності.

Ключове місце серед цих деструктивних порушень займає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР сформовані американською психологією в другій половині 70-х роках ХХ-го століття. В цей час американське суспільство постало перед проблемою породженою дезадаптаційною поведінкою учасників В'єтнамської війни. За статистичними даними близько 25% військовослужбовців, що приймали участь у цьому збройному конфлікті, в подальшому демонстрували ознаки несприятливих змін особистості [3]. У 1979 році М. Горовіц формує концепцію "посттравматичного стресового розладу" пропонуючи виділити його в якості самостійного синдрому. Концепція швидко отримує наукову підтримку, що дозволяє у 1980 році включити ПТСР в американську класифікацію психічних захворювань (DSM-III). В 1994 році в якості окремої нозологічної одиниці ПТСР відображено у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) [6; 7].

В наш час у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) ПТСР описується в рубриці F43 ("Реакція на важкий стрес і порушення адаптації") та визначається як непсихотична реакція на травматичний стрес (природні чи техногенні катастрофи, бойові дії, тортурита ін.), яка за своєю природою здатна викликати психічні порушення практично в будь-якої людини. Слід відзначити, що ПТСР проявляється переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисної (приспосувальної) реакції особистості в умовах деструктивної дії інтенсивних стресогенних чинників [6].

Клінічна картина ПТСР характеризується повторними кошмарними сновидіннями чи нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати того, що може викликати в пам'яті те, що трапилось. При цьому в людини спостерігаються симптоми підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої люті, дратівливості, безсоння, труднощів у концентрації уваги, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом [1; 5].

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносяться індивідуально-типологічні властивості індивіда, включаючи наявність алкогольної (наркотичної) залежності. Додатковими факторами ризику є наявність попередньої психічної травми чи психічних розладів, вік людини. Попередня психічна травма знижує здатність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Особливо важко екстремальні ситуації переносяться молодими військовослужбовцями та особами похилого віку [1;5].

Проте ми вимушені констатувати, що досліджень присвячених ПТСР серед учасників антитерористичної операції досі не вистачає. Майже відсутні роботи в яких розкриваються питання психічних розладів військовослужбовців породжених саме в АТО.

Зазначена проблема визначила основну мету дослідження, яка полягає у емпіричному вивченні особливостей прояву ПТСР в учасників АТО на сході України.

Досягнення окресленої вище мети здійснювалась в межах дослідницького проекту Національного університету оборони України ім. Івана Черняховського, який проводилася в період з жовтня по грудень 2015 року й полягав в аналізі симптоматики ПТСР серед учасників АТО. Дослідницький проект складався з двох етапів: 1) перевірки психометричних показників методик для діагностики ПТСР; 2) дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу серед учасників АТО.

Основну групу досліджуваних осіб склали офіцери-слухачі НУОУ ім. Івана Черняховського загальною кількістю 361 особа (355 чол., 6 жінок). Серед них: 193 особи приймали участь у бойових діях (53,5%), 168 осіб не мали бойового досвіду (46,5%). Середній вік досліджуваних – 34,2 роки. Віковий діапазон респондентів варіюється в межах від 26 до 47 років. В ході аналізу використовувався електронний пакет даних IBM Statistics 19.

Якість результатів будь-якого дослідження на пряму залежить від інструментарію який використовується. Дослідник має бути

впевнений в діагностичних можливостях тієї чи іншої психодіагностичної методики, її валідності та надійності. В силу цього, *на першому етапі*, нами перевірялися основні психометричні властивості двох, найбільш поширених у психологічних дослідженнях, методик діагностики ПТСР: Місісіпської шкали для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) та Шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R) [7;8]. Оскільки дані методики в основному адаптовані на російськомовних вибірках й не перевірені на відповідність психометричних параметрів в умовах українського соціуму (тим більше в умовах бойового конфлікту), – постало питання щодо перевірки їхньої надійності та валідності.

Психометричний аналіз надійності обраних методик. Надійність методики – це стійкість та незалежність результатів методики від впливу можливих випадкових факторів. Нами було отримано дані стосовно надійності за внутрішньою узгодженістю. Задля цього розраховувались статистичні коефіцієнти, що використовувались авторами методики при розробці оригінальних англійських версій: коефіцієнт α – Кронбаха й коефіцієнт Спірмена-Брауна. Отримані результати відображено в табл. 1.

Таблиця 1

Результати перевірки внутрішньої узгодженості Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події та Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР

Психометричні параметри	Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР	Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події
Коефіцієнт α -Кронбаха	0,85	0,91
Коефіцієнт Спірмена-Брауна	0,80	0,88
Міжпозиційна кореляція запитань – r	0,25 – 0,60	0,30 – 0,64

Отримані показники надійності за внутрішньою узгодженістю завдань можна вважати достатньо хорошими з точки зору вимог до психодіагностичного інструментарію [2]. Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР продемонструвала наступні показники надійності: коефіцієнт α -Кронбаха – 0,85; коефіцієнт Спірмена-Брауна – 0,80. В той час для Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події показники склалися – коефіцієнт α -Кронбаха – 0,91, а коефіцієнт Спірмена-Брауна – 0,88. Щоправда, отримані в нашому дослідженні показники внутрішньої узгодженості для методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР" дещо нижчі, ніж отримані розробниками методики ($\alpha=0,85<0,94$) [7]. Проте дана відмінність відносна й не впливає на психометричні показники надійності.

Для Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події, окрім аналізу загальної надійності методики, проводився аналіз надійності та гомогенності кожної структурної субшкали: вторгнення, уникнення, збудливість (табл.2). Для розрахунку гомогенності використовувався коефіцієнт половинного розщеплення Гутмана. Аналіз результатів представлених в табл. 2, засвідчує, що субшкали "Вторгнення" (α -Кронбаха= 0,82; Н – 0,77), "Уникнення" (α -Кронбаха= 0,78; Н – 0,78) та "Збудливість" (α -Кронбаха = 0,76; Н – 0,78) володіють хорошими рівнем надійності за внутрішньою узгодженістю й хорошим рівнем гомогенності запитань. Однак, не зважаючи на високі показники надійності для кожної субшкали, вони все ж дещо нижчі аніж результати надійності методики в численних закордонних дослідженнях. Так, у французькомовній версії методики коефіцієнт α -Кронбаха склав 0,86 для підшкали "Вторгнення", 0,86 для підшкали "Уникнення" та 0,81 для підшкали "Збудливість" [9]. У німецькомовній – цей же показник становить: "Вторгнення" – 0,87; "Уникнення" – 0,78; "Збудливість" – 0,87 [10].

Отримані показники міжпозиційної кореляції (r) запитань кожної субшкали майже повністю відповідають результатами розробників [7].

**Результати перевірки внутрішньої узгодженості субшкал
Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події**

Психометричні параметри	Субшкала "Вторгнення"	Субшкала "Уникнення"	Субшкала "Збудливість"
Коефіцієнт α -Кронбаха	0,82	0,78	0,76
Аналіз гомогенності – Н коефіцієнт Гуттмана	0,77	0,78	0,78
Міжпозиційна кореляція запитань – r	0,50 – 0,69	0,40 – 0,62	0,43 – 0,52

Аналіз міжпозиційної кореляції запитань "Місісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу" виявив значення коефіцієнту кореляції (r) в діапазоні 0,25 – 0,60 ($p < 0,0001$), що також в цілому відображає діапазон значень отриманих авторами методики (діапазоном 0,23-0,73) [8]. Отримані коефіцієнти кореляції вказують на зв'язок кожного запитання із сумарною шкалою, що підтверджує націленість кожного запитання на вимірювання симптоматики ПТСР у респондентів.

В цьому контексті сумнів викликають лише чотири запитання, які не досягали значень даного діапазону. Зокрема, це запитання: "До АТО в мене було більше друзів аніж зараз" (0,20); "У мене нема почуття провини за те, що я робив під час АТО" (0,10); "Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми" (0,11); "Ззовні я виглядаю бездушним" (0,18). Ці дані свідчать, що перераховані вище запитання майже не представляють діагностичної цінності для методики.

Психометричний аналіз валідності методик. Валідність – відповідність методики психічній властивості, що вимірюється. Нами отримано дані стосовно двох аспектів валідності: факторної та конвергентної. У рамках встановлення факторної валідності перевірена структура розподілу запитань методики "Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події". Перевірка факторної валідності методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР" не проводилась, оскільки при її розробці факторний аналіз не підтвердив можливість виділення стійких факторних структур [7]. В той час як в методику "Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події" стійка факторна структура була впроваджена розробниками ще на початку формування запитань.

Для перевірки структури розподілу запитань методики "Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події" відповіді респондентів факторизувались методом головних компонентів з подальшим обертанням VARIMAX (сене даного обертання полягає в отриманні максимально несхожих факторів) та нормалізацією за Кайзером. Рішення про оптимальну кількість факторів приймалось на основі аналізу діаграми scree-plot та критерію Кайзера. В якості значимих розглядалися навантаження завдань, які за абсолютною величиною перевищують 0,3.

Проведений аналіз адекватності факторної моделі даного набору змінних, за допомогою обрахування критерію сферичності Бартлетта та міри вибіркової адекватності Кайзера-Маєра-Олкіна (КМО), підтвердив доцільність подальшого аналізу факторизації: критерій Бартлетта (0,000; $p < 0,001$); КМО (0,915; $p < 0,001$).

Аналіз діаграми scree-plot дозволяє виділити трьохфакторний розподіл запитань (другий вигин кривої знаходиться саме на цій кількості факторів). Щоправда, відповідно до критерію Кайзера така кількість факторів у цілому пояснює 46,5% загальної дисперсії. Частка дисперсії, що пояснювалася кожним фактором наступна: Фактор 1 – 38%; Фактор 2 – 6,5%; Фактор 3 – 5,2. Отримана трьохфакторна структура в цілому відповідає факторній структурі авторів методики.

Для перевірки конвергентної валідності проведено кореляцію двох обраних методик між собою. Оскільки обидві методики спрямовані на діагностування єдиного конструкту, то цілком логічно припустити, що вони повинні значимо корелювати між собою й тим самим підтверджувати валідність одна одної. Окрім цього результати обраних методик корелювались з методикою "Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду".

Така кореляція обумовлена тим фактом, що в більшості закордонних досліджень відзначається пряма залежність між інтенсивністю бойових дій та силою вираженості симптоматики ПТСР (табл. 3.).

Таблиця 3

Результати кореляції Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події та Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР

	Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події	Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду
Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події		$r=0,43(p < 0,0001)$	$r=0,30(p < 0,0001)$
Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР	$r=0,43(p < 0,0001)$		$r=0,21(p < 0,0001)$
Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду	$r=0,30(p < 0,0001)$	$r=0,21(p < 0,0001)$	

Як бачимо з табл. 3, між методикою "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР" та методикою "Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події" виявлений статистично значимий прямий кореляційний зв'язок з коефіцієнтом кореляції на рівні $r=0,43$ при $p < 0,0001$. Окрім, цього зазначені вище методики демонструють

статистично значимий прямий кореляційний зв'язок з методикою "Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду" з коефіцієнтом кореляції на рівні $r=0,30$ ($p < 0,0001$) для методики "Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події" та $r=0,21$ ($p < 0,0001$) для методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР". Відповідно до таблиці критичних значень, отримані коефіцієнти кореляції в п'ять та сім разів перевищують критичне значення для вибірки з 361 особи [1].

В ході *другого етапу* досліджувалися особливості ПТСР в учасників АТО. В дослідженні використовувався комплекс психодіагностичних методик: для діагностики ПТСР – "Місісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу" та "Шкала оцінки впливу травматичної події"; для діагностики інтенсивності бойових дій – "Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду" (Combat Exposure Scale); для діагностики депресивної симптоматики – "Шкала депресії Бека" (Beck Depression Inventory).

Першочергово розраховувалася частка осіб з ознаками ПТСР. Рішення про наявність чи відсутність ПТСР приймалося на основі Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР. В якості діагностичних використовувались наступні значення сирих балів: до 77 балів – нормальні показники; 78-97 балів – окремі симптоми ПТСР; 98-145 балів – ознаки клінічного варіанту ПТСР.

Встановлено, що в 333 (92%) військовослужбовців не простежується жодних однак ПТСР, 24 (7%) військовослужбовця мають окремі ознаки ПТСР, а чотири (1%) військовослужбовця мають ознаки клінічного варіанту ПТСР (Рис. 2). При цьому слід звернути увагу, що серед 28 військовослужбовців які продемонстрували ознаки ПТСР шість не мають бойового досвіду. Рис. 2. Відсотковий розподіл представленості симптоматики ПТСР.

Аналіз взаємозв'язку ПТСР та інтенсивності бойових дій серед цієї групи осіб не виявив жодних статистично значимих взаємозв'язків (табл.3). Ідентична ситуація спостерігалася при аналізі взаємозв'язку ПТСР та депресивної симптоматики.

Результати кореляції психодіагностичних методик

	Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР
Шкала депресії Бека	$r=0,20$ ($p < 0,301$)
Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду	$r=0,26$ ($p < 0,898$)

Задля визначення особливостей протікання ПТСР в учасників АТО, виділена група військовослужбовців аналізувалася на рахунок представленості симптоматики ПТСР. Для цього розраховувалися середні значення кожної субшкали методики "Шкала оцінки впливу травматичної події" (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл симптоматики ПТСР

	Вторгнення	Уникнення	Гіперзбудження
Середнє	6,4815	6,3704	4,8889
Медіана	3,0000	4,0000	2,0000
Мінімум	,00	,00	,00
Максимум	29,00	30,00	23,00

Представлені результати дозволяють констатувати, що в структурі прояву ПТСР переважають симптоми вторгнення ($M=6,48$) та уникнення ($M=6,37$). Порівняно з ними частка симптомів гіперзбудження значно менша ($M=4,88$).

Окрім вищезазначеного, для визначення особливостей протікання ПТСР здійснено факторизацію запитань методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР". Рішення щодо оптимальної кількості факторів приймалося на основі аналізу діаграми scree-plotta критерію Кайзера. В якості значимих розглядалися навантаження завдань, які за абсолютною величиною перевищують 0,5.

Проведений аналіз адекватності факторної моделі даного набору змінних, за допомогою обрахування критерію сферичності Бартлетта та міри вибіркової адекватності Кайзера-Маєра-Олкіна (КМО), підтвердив доцільність подальшого аналізу факторизації: критерій Бартлетта (0,090; $p < 0,001$); КМО (0,846; $p < 0,001$).

Аналіз діаграми scree-plot дозволив визначити шість факторів (другий різкий вигин кривої знаходиться саме на цій кількості факторів). Відповідно до критерію Кайзера, запропонована факторна структура описує 67,5% загальної дисперсії. Рис. 4. Діаграма власних значень (scree-plot) для Місісіпської шкали оцінки бойового ПТСР.

Така ж факторна структура розподілу запитань методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР" отримана Т.Кін під час аналізу ветеранів В'єтнамської війни, які страждали від ПТСР [8].

Перший фактор описує 22,1% дисперсії й включає 10 запитань. Даний фактор відображає загострення емотивних (0,542) та дистимічних (0,671) акцентуацій темпераменту військовослужбовця, що характеризує його як замкнутого. На поведінковому рівні це проявляється в переході останнього на меншу кількість "опорних сигналів". *Другий* фактор описує 11,6% дисперсії та включає в себе 6 пунктів. Даний фактор відображає симптоми вторгнення: постійні нічні жахи (0,694), флеш беки (0,761), тощо. *Третій* фактор описує 9,8% дисперсії. Серед симптомів, які склали основу даного фактору можемо виділити відчуженість (0,857), не контрольованість емоційної сфери (0,627). Для *четвертого* фактору (8,4%) притаманним є уникнення болючих ситуацій, що мали місце в ході ведення бойових дій (0,707), відсутність взаєморозуміння серед членів сім'ї (0,585), вживання алкоголю та снодійних засобів (0,727). *П'ятий* фактор описує 8,1% дисперсії та включає в себе 6 пунктів. Даний фактор містить суїцидальні думки військовослужбовця. *Шостий* фактор описує 7,4% дисперсії та включає в себе 3 пункти. Даний фактор відображає проблеми з сном та пам'яттю.

Аналіз взаємозв'язку ПТСР та інтенсивності бойових дій продемонстрував прямо пропорційну залежність. Встановлено

взаємозв'язок ПТСР та депресивної симптоматики, що є підтвердженням результатів попередніх досліджень. Зокрема, в дослідженні Е.Фуу встановлена пряма залежність між силою вираженості ПТСР та інтенсивністю бойових дій.

Головні висновки. Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існування людини, буває настільки великою, що її індивідуально-типологічні властивості не відіграють ключової ролі в генезі ПТСР, при цьому він (ПТСР) не залежить від того, які конкретні травматичні події слугували причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичних переживань людини й викликали інтенсивний страх (жах) за своє життя породжуючи почуття безпорадності.

Встановлено, що екстраверти менше підпадають під вплив ПТСР, аніж інтроверти. Подолання екстремальних ситуацій складніше дається молодим і старшим людям. Ризик ПТСР суттєво зростає у випадку ізоляції військовослужбовця на період переживання травми, втрати близьких друзів.

У військовиків з ознаками ПТСР порушена здатність щодо інтеграції травматичного досвіду з іншими подіями життя. Виходячи з того, що травматичні спогади залишаються не інтегрованими в когнітивну сферу індивіда й практично не піддаються змінам з плином часу – психотравмований військовослужбовець немовби залишається "застряглим" на травмі, як на актуальному переживанні, замість того, щоб прийняти її як подію, яка мала місце в минулому. Військовослужбовці з сильними ознаками ПТСР відчують відповідні складнощі в розмежуванні другорядних стимулів від важливих. Внаслідок цього вони втрачають здатність гнучко реагувати на зміни оточуючого середовища, що суттєво уповільнює сприйняття нової інформації й призводить до зниження адаптаційних можливостей.

Перспективи використання результатів дослідження. Основні результати дослідницького проекту представляють собою початковий етап більш широко емпіричного аналізу особливостей

симптоматики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців учасників антитерористичної операції. Отримані психометричні показники методик для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяють використовувати їх для збору емпіричних даних на інших вибірках військовослужбовців.

Список використаних джерел

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / [уклад.: Волошин П.В. та ін.]. – К., 2014. – 67 с.
2. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников. / Митина О.В. – М.: Смысл, 2011. – 235 с.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологи посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Таблиці функцій та критичних точок розподілу. Математичні методи в психології / Укладач: М.М. Горонескуль. – Х.: УЦЗУ, 2009. – 90 с.
5. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – С. 128.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Washington DC, 1980. – P. 24-34.
7. Horowitz M.J. Impact of event scale: a measure of subjective stress / M.J. Horowitz, N.J. Wilner, W. Alvarez // Psychosom., Med., 1979. Vol. 41. – № 3. – P. 209-218.
8. Keane N.M. Mississippi Scale for Combat-Related PNSR: Three studies in reliability and validity / N.M. Keane, M.A. Juesta, J.M. Caddell, K.L. Taylor // Journal of consulting and clinical psychology. – 1988. Vol. 56 – № 1. – P. 85-90.
9. Weiss D.S. The impact of event scale-revised / D.S. Weiss., C.R. Marmar // Assessing Psychological Trauma and PTSD. – 1997. – Guildford, New York. – P. 55-89.

10. Wilson J.P., John P.L. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. / J.P.Wilson, P.L.John // Springer Science & Business Media, 2007. – P. 143.

О. П. Шевчук

ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ТРАВМАТИЧНОЇ ПАМ'ЯТІ У ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Український народ сьогодні переживає скрутні часи. Події, які відбуваються на її теренах, мають високий рівень стресогенності і емоційної напруги, що призводить до психологічної травматизації населення. Нікого не оминула теперішня ситуація: хтось ціною власного життя відстоює незалежність України, інші переживають за дітей, братів, друзів, а хтось і оплакує втрати. Величезна кількість людей стали мимовільними свідками та учасниками людських трагедій. Поряд із жертвами, які отримали фізичні ушкодження є і невидимі жертви, ті які внаслідок пережитої, побаченої, почутої ситуації, що виходить за рамки особистісного досвіду, отримали психологічну травму. Люди постають перед важко вирішуваним завданням, спроби впоратися з яким призводять до зміни усталеної картини світу, переоцінки себе в ньому. З цієї ситуації є два виходи – подолання травми, або ламання психіки і життя. Перед українськими психологами постає нелегке завдання мінімізувати факти переростання травматичної пам'яті у деструктивні психологічні феномени – посттравматичний стресовий розлад, депресії, неврози, різноманітні соматичні захворювання, алкоголізм та інше. Відтак вивчення особистісних факторів, а саме рис особистості, які сприяють, або ж навпаки заважають, адаптації людини до пережитого травматичного досвіду стає досить актуальним.

Короткий огляд публікацій по темі. Психологічну травму людина отримує в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або високоемоційних, стресових впливів інших людей на її

психіку [2]. У рамках когнітивної моделі, травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Це свого роду патологічна реакція на стрес – неадаптивна відповідь на знецінення базових уявлень, які формуються в ході онтогенезу і пов'язані із задоволенням потреби в безпеці та складають її Я-концепцію. Деструктивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, втечу, дисоціацію, постійне програвання пережитої ситуації [1].

Отже, психічна травма – це процес переживання емоційнозначущих подій негативного характеру, які в тій чи іншій мірі призводять до порушення нормального функціонування психіки людини.

Так, в результаті перенесення негативної, травматичної події у людини формується спогад про неї у вигляді травматичної пам'яті, яка має ряд відмінностей поряд з іншими її різновидами. У зв'язку з цим, у нашому дослідженні ми розглядаємо поняття травматичної пам'яті з двох боків:

1. Травматична пам'ять, як негативне явище, що досі чинить деструктивний вплив на особистість у вигляді ПТСР, депресій, неврозів, і володіє такими характеристиками як фрагментарність (фрагменти травматичних спогадів є ізольованими, сенсорними, кінестетичними, емоційними), дезорганізованість, дисоціативність, насиченість емоціями, дисфункціональність когнітивних схем.

2. Травматична пам'ять, як вбудована, внаслідок примирення з перенесеною травматичною ситуацією і її наслідками, складова частина особистого досвіду. В даному випадку поняття розглядається як психічний процес в межах норми: травматична пам'ять – це психічний процес і результат відображення, збереження та відтворення реорганізованого травматичного досвіду, який складається зі спогадів про осмислені і інтелектуалізовано прожиті травматичні події.

Дослідженням факторів, які сприяють реорганізації травматичної пам'яті, а також і тих, які навпаки стимулюють її перетворення у деструктивні феномени, займалося багато вчених. Одна з

класифікацій передбачає поділ травматичних факторів на три групи: інтенсивність дії травматичної ситуації, особливості соціального оточення, особистісні якості. Зокрема на роль соціального оточення і особливостей травматичної події вказував Ю. В. Назаренко та співавтори, які виділяють такі значущі фактори виникнення психогенних порушень, як характеристика екстремальної ситуації (інтенсивність, раптовість, тривалість дії) і підтримка оточуючих [4].

А. Шалев і співавтори, розробили класифікацію на основі часового принципу: а) передтравматичні фактори (до них відносяться наявність психічних розладів в сім'ї, стать, генетичні та нейроендокринні фактори, особистісні риси, рання травматизація, низький рівень освіти); б) власне травматичні фактори (сила стресора, підготовленість до неочікуваних подій і реакції на них; в) посттравматичні фактори (наприклад, гострота симптоматики, наявність соціальної підтримки) [6].

В контексті нашого дослідження, нас цікавлять передтравматичні фактори, а саме особистісні риси.

Важливо зазначити, що саме особистісні риси є тим критерієм, який дає змогу заздалегідь передбачити схильність до ПТСР, тому що інші два оцінюються уже після психологічної травматизації. Так, згідно з поглядами І.Г. Малкіної-Пих, до важливих чинників ризику ПТСР відносяться такі особистісні особливості людини, як акцентуації характеру, соціопатичні розлади, низький рівень інтелектуального розвитку, а також наявність алкогольної або наркотичної залежності [3, с. 163].

Мета статті полягає в теоретичному та емпіричному вивченні особистісних, індивідуально-типологічних рис особистості, які можуть слугувати, в якості прогностичних критеріїв розвитку посттравматичного стресового розладу, а також тих, які сприяють його подоланню.

Матеріали і методи. В експериментальному дослідженні взяло участь 206 осіб, віком від 19 до 25 років, серед яких 70 чоловічої і 136 жіночої статі. Було

використано наступні методики: Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових реакцій (Н.М. Кеан, Дж.М. Кеддел, К.Л. Тейлор) [5]; Персональний опитувальник Айзенка (EPQ); Багатофакторний особистісний опитувальник Кеттелла (16 PF).

Результати і їх обговорення. Перший крок емпіричного дослідження полягав у оцінці рівня посттравматичного стресового розладу, який свідчить про наявність травматичної пам'яті. Згідно отриманого розподілу даних, 45,7% діагностованих не мають ознак переживання ПТСР. Це може бути ознакою того що: людина за допомогою своїх внутрішніх чи зовнішніх ресурсів зуміла впоратись з пережитою травмою, іншими словами, відбулася реорганізація травматичної пам'яті; вплив негативної події не мав достатньої сили чи особистісної значущості, щоб викликати ПТСР; діагностований володів набором особистісних рис, які слугували, свого роду імунітетом, перешкоджаючи травматизації особистості. 43,8% мають схильність до переживання ПТСР. До даної групи відносяться діагностовані, що знаходяться в зоні ризику – рівень їхнього ПТСР може знизитись, або ж навпаки підняти завдяки ряду факторів, з яких одним з найважливіших є певні риси особистості. 10,5% мають високі показники, що говорить про їхнє емоційне неблагополуччя, саме ця група людей потребує інтенсивної роботи з їхньою травматичною пам'яттю.

Наступний крок полягав у оцінці індивідуальнотипологічних рис особистості, за допомогою персонального опитувальника Г.Ю. Айзенка, який, при розробці методики, керувався трьома основними якостями вищої нервової діяльності: нейротизм-емоційна стабільність, психотизм, екстраверсія-інтроверсія.

Відсоткове співвідношення рівнів вираження шкал представлено на рис. 1. Вступ. Український народ сьогодні переживає скрутні часи. Події, які відбуваються на її теренах, мають високий рівень стресогенності і емоційної напруги, що призводить до психологічної травматизації населення. Нікого не оминула теперішня ситуація: хтось ціною власного життя відстоює незалежність України,

інші переживають за дітей, братів, друзів, а хтось і оплакує втрати. Величезна кількість людей стали мимовільними свідками та учасниками людських трагедій. Поряд із жертвами, які отримали фізичні ушкодження є і невидимі жертви, ті які внаслідок пережитої, побаченої, почутої ситуації, що виходить за рамки особистісного досвіду, отримали психологічну травму. Люди постають перед тяжко вирішуваним завданням, спроби впоратися з яким призводять до зміни усталеної картини світу, переоцінки себе в ньому. З цієї ситуації є два виходи – подолання травми, або ламання психіки і життя. Перед українськими психологами постає нелегке завдання мінімізувати факти переростання травматичної пам'яті у деструктивні психологічні феномени – посттравматичний стресовий розлад, депресії, неврози, різноманітні соматичні захворювання, алкоголізм та інше. Відтак вивчення особистісних факторів, а саме рис особистості, які сприяють, або ж навпаки заважають, адаптації людини до пережитого травматичного досвіду стає досить актуальним.

Короткий огляд публікацій по темі. Психологічну травму людина отримує в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або високоемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку [2]. У рамках когнітивної моделі, травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Це свого роду патологічна реакція на стрес – неадаптивна відповідь на знецінення базових уявлень, які формуються в ході онтогенезу і пов'язані із задоволенням потреби в безпеці та складають її Я-концепцію. Деструктивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, втечу, дисоціацію, постійне програвання пережитої ситуації [1]. Отже, психічна травма – це процес переживання емоційно значущих подій негативного характеру, які в тій чи іншій мірі призводять до порушення нормального функціонування психіки людини.

Так, в результаті перенесення негативної, травматичної події у людини формується спогад про неї у вигляді травматичної пам'яті, яка має ряд відмінностей поряд з іншими її різновидами. У зв'язку з цим,

у нашому дослідженні ми розглядаємо поняття травматичної пам'яті з двох боків:

1. Травматична пам'ять, як негативне явище, що досі чинить деструктивний вплив на особистість у вигляді ПТСР, депресій, неврозів, і володіє такими характеристиками як фрагментарність (фрагменти травматичних спогадів є ізольованими, сенсорними, кінестетичними, емоційними), дезорганізованість, дисоціативність, насиченість емоціями, дисфункціональність когнітивних схем.

2. Травматична пам'ять, як вбудована, внаслідок примирення з перенесеною травматичною ситуацією і її наслідками, складова частина особистого досвіду. В даному випадку поняття розглядається як психічний процес в межах норми: травматична пам'ять – це психічний процес і результат відображення, збереження та відтворення реорганізованого травматичного досвіду, який складається зі спогадів про осмислені і інтелектуалізовано прожиті травматичні події.

Дослідженням факторів, які сприяють реорганізації травматичної пам'яті, а також і тих, які навпаки стимулюють її перетворення у деструктивні феномени, займалися багато вчених. Одна з класифікацій передбачає поділ травматичних факторів на три групи: інтенсивність дії травматичної ситуації, особливості соціального оточення, особистісні якості. Зокрема на роль соціального оточення і особливостей травматичної події вказував Ю.В. Назаренко та співавтори, які виділяють такі значущі фактори виникнення психогенних порушень, як характеристика екстремальної ситуації (інтенсивність, раптовість, тривалість дії) і підтримка оточуючих [4].

А. Шалев і співавтори, розробили класифікацію на основі часового принципу: а) передтравматичні фактори (до них відносяться наявність психічних розладів в сім'ї, стать, генетичні та нейроендокринні фактори, особистісні риси, рання травматизація, низький рівень освіти); б) власне травматичні фактори (силастресора,

підготовленість до неочікуваних подій і реакції на них; в) пост-травматичні фактори (наприклад, гострота симптоматики, наявність соціальної підтримки) [6].

В контексті нашого дослідження, нас цікавлять передтравматичні фактори, а саме особистісні риси.

Важливо зазначити, що саме особистісні риси є тим критерієм, який дає змогу заздалегідь передбачити схильність до ПТСР, тому що інші два оцінюються уже після психологічної травматизації. Так, згідно з поглядами І.Г. Малкіної-Пих, до важливих чинників ризику ПТСР відносяться такі особистісні особливості людини, як акцентуації характеру, соціопатичні розлади, низький рівень інтелектуального розвитку, а також наявність алкогольної або наркотичної залежності [3, с. 163].

Мета статті полягає в теоретичному та емпіричному вивченні особистісних, індивідуально-типологічних рис особистості, які можуть слугувати, в якості прогностичних критеріїв розвитку посттравматичного стресового розладу, а також тих, які сприяють його подоланню.

Матеріали і методи. В експериментальному дослідженні взяло участь 206 осіб, віком від 19 до 25 років, серед яких 70 чоловічої і 136 жіночої статі. Було використано наступні методики: Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових реакцій (Н.М. Кеан, Дж.М. Кеддел, К.Л. Тейлор) [5]; Персональний опитувальник Г.Ю. Айзенка (EPQ); Багатофакторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла (16 PF).

Результати і їх обговорення. Перший крок емпіричного дослідження полягав у оцінці рівня посттравматичного стресового розладу, який свідчить про наявність травматичної пам'яті. Згідно отриманого розподілу даних, 45,7% діагностованих не мають ознак переживання ПТСР. Це може бути ознакою того що: людина за допомогою своїх внутрішніх чи зовнішніх ресурсів зуміла впоратись з пережитою травмою, іншими словами, відбулася реорганізація травматичної пам'яті; вплив негативної події не мав достатньої сили

чи особистісної значущості, щоб викликати ПТСР; діагностований володів набором особистісних рис, які слугували, свого роду імунітетом, перешкоджаючи травматизації особистості. 43,8% мають схильність до переживання ПТСР. До даної групи відносяться діагностовані, що знаходяться в зоні ризику – рівень їхнього ПТСР може знизитись, або ж навпаки підняти завдяки ряду факторів, з яких одним з найважливіших є певні риси особистості. 10,5% мають високі показники, що говорить про їхнє емоційне неблагополуччя, саме ця група людей потребує інтенсивної роботи з їхньою травматичною пам'яттю.

Наступний крок полягав у оцінці індивідуально-типологічних рис особистості, за допомогою персонального опитувальника Г. Ю. Айзенка, який, при розробці методики, керувався трьома основними якостями вищої нервової діяльності: нейротизм-емоційна стабільність, психотизм, екстраверсія-інтроверсія.

Отримані результати свідчать, що серед використовуваної вибірки найбільша кількість респондентів із екстравертованим типом нервової системи із середніми показниками по шкалі нейротизму і психотизму.

Завершальним етапом було використання багатofакторного особистісного опитувальника Р.Б. Кеттела. Згідно ключа методики, усі 16 факторів групуються у три блоки, окремим складником опитувальника є шкала самооцінки. Відсоткове співвідношення згідно набраних рівнів (низький, середній, високий) за кожним блоком представлено на рис. 2 Результати відповідають криві нормального розподілу, що свідчить про репрезентативність вибірки. Стосовно шкали самооцінки, то варто зазначити, що респондентів з її низьким рівнем дуже мала кількість ($x=5\%$) порівняно з тим, що завищену самооцінку має 23% вибірки. Отримані дані за методикою Р.Б. Кеттела і Г.Ю. Айзенка піддавалися кореляційному аналізу з рівнем ПТСР визначеним за допомогою Місісіпської шкали. Результати стосовно того, як корелюють шкали опитувальника Г.Ю. Айзенка з рівнем ПТСР відображено в таблиці 1.

Таблиця 1. Кореляційний зв'язок між рівнем ПТСР і шкалами особистісного опитувальника Г.Ю. Айзенка

Шкали методики	Коефіцієнт кореляції
Екстраверсія-інтроверсія	-0.21182
Емоційна стабільність-нейротизм	0.635507
Психотизм	0.379159

Виходячи із рівня значущості $r < 0,138$, коли ми говоримо про високий рівень ПТСР, то з великою імовірністю людина, яка ним володіє має високий рівень нейротизму ($x=0,64$), що характеризується неадекватно сильними реакціями по відношенню до неадекватних стимулів (до прикладу травматичних ситуацій). Їй притаманні такі особливості як нервовість, нестійкість, схильність до швидкої зміни настроїв, депресивність, емоційність, імпульсивність, невпевненість в собі, вразливість, схильність до дратівливості. Іншою особливістю людини з ПТСР є високі показники по шкалі психотизму ($x=38$), що відображається у схильності до асоціальної поведінки, неадекватності емоційних реакцій, високій конфліктності, неконтактності, егоїстичності, байдужості. Також існує значуща залежність з інтровертованістю ($x=-0,2$). Кореляційний зв'язок від'ємний, оскільки дана шкала біполярна: високі показники відповідають екстраверсії, а низькі – інтровертованості. Типовий інтроверт – це спокійна, сором'язлива людина, схильна до самоаналізу. Планує і обдумує свої дії заздалегідь, не довіряє раптовим спонукам, серйозно відноситься до ухвалення рішень, контролює свої відчуття.

Стосовно кореляційного аналізу ПТСР із блоками методики Р.Б. Кеттела, то дані подані в таблиці 2. Згідно отриманих кореляційних зв'язків, ми можемо побудувати психологічний портрет особистості, яка має ПТСР. Отже, їй притаманні такі особистісні риси як низька самооцінка ($x=-0,42$), замкнутість ($x=-0,27$), понижений рівень інтелекту ($x=-0,11$), емоційна нестійкість ($x=-0,44$), стриманість ($x=-0,26$), підпорядкованість почуттям ($x=-0,26$), боязкість ($x=-0,31$), довірливість ($x=0,38$), дипломатичність ($x=0,3$), тривожність ($x=0,41$), нонконформізм ($x=0,18$), низький самоконтроль ($x=-0,28$),

напруженість ($r=0,42$). З такими біполярними рисами, як підлеглість-домінантність, жорстокість-співчутливість, практичність-мрійливість, консерватизм-радикалізм, кореляційних зв'язків не виявлено, що свідчить про їх непричетність у процесі перебігу ПТСР.

Таблиця 2. Кореляційний зв'язок ПТСР із шкалами багатофакторного опитувальника Р.Б. Кеттела

Шкали методики	Коефіцієнт кореляції
Самооцінка	-0.42501
Фактор	
А: "замкнутість-комунікабельність"	-0.27169
В: "інтелект"	-0.11256
С: "емоційна нестійкість-емоційна стійкість"	-0.44959
Е: "підлеглість-домінантність"	0.019976
ґ: "стриманість-експресивність"	-0.26705
Г: "підпорядкованість почуттям-висока нормативність поведінки"	-0.26196
Н: "боязкість-сміливість"	-0.31448
І: "жорстокість-співчутливість"	0.020906
Л: "підозрілість-довірливість"	0.380492
М: "практичність-мрійливість"	0.054014
Н: "прямолінійність-дипломатичність"	0.305422
О: "впевненість-тривожність"	0.411962
Q1: "консерватизм-радикалізм"	0.03957
Q2: "конформізм-нонконформізм"	0.180635
Q3: "низький самоконтроль-високий самоконтроль"	-0.28937
Q4: "розслабленість-напруженість"	0.429022

Висновки. Результати свідчать, що бар'єром до примирення з травматичним досвідом є, здебільшого, негативні, навіть через призму побутового розуміння, якості особистості. Також, імовірним є факт

того, що подібні риси особистості є не тільки причиною ПТСР й інших патологій, а формуються внаслідок переживання травматичної ситуації, оскільки вона підриває базові переконання особистості, тим самим ставлячи людину на хиткі позиції, які проявляються у переоцінці себе, невпевненості, напруженості, заглибленні в себе. Щоб повноцінно жити і використовувати внутрішні ресурси для подолання різноманітних стресових ситуацій людина має мати стійку картину світу. Набуття травматичною пам'яттю статусу нормального психологічного явища, через включення до особистого досвіду, сприяють такі психологічні риси як:

- адекватна самооцінка;
- екстравертованість;
- комунікабельність (людина через проговорення травматичної події змиряється з нею, отримує, свого роду психотерапевтичну підтримку у вигляді, слухаючих і співчуваючих їй людей);
- високий інтелект (допомагає людині інтелектуалізувати і раціоналізувати пережиту подію, знайти нові сенси в житті після травми);
- емоційна стійкість (після отриманого негативного досвіду особистість швидко адаптується до нових умов життя, вміє адекватно виражати свій емоційний стан, не впадаючи у крайнощі);
- експресивність (допомагає людині екстерналізувати травму, зменшуючи її деструктивний вплив);
- висока нормативність поведінки (регулюючи поведінку моральними факторами і соціальними нормативами людина важче піддається деструктивним впливам у вигляді алкоголізму, суїцидальним схильностям);
- сміливість (не втрачає себе при зіткненні з неочікуваними, травматичними ситуаціями, зберігає спокій і здатна раціонально діяти в екстремальних умовах);
- підозрілість (людина критично ставиться до оточуючих і світу, тим самим зменшуючи імовірність бути травмованою через людський фактор (крадіжки, насилля, обман, зради та ін..))

– прямолінійність (при травматичній ситуації такі люди добре розуміють мотиви вчинків інших людей, вміють триматись коректно, ввічливо та відособлено, не піддаються емоційним поривам, не тримають незадоволення в собі, а відкрито про нього говорять);

– впевненість (такі люди вірять у свої сили і тому з легкістю долають життєві негаразди, не схильні до переживання страхів, самозвинувачень та розпачу);

– високий самоконтроль (людина відрізняється організованістю та самодисципліною у боротьбі з наслідками психологічної травми);

– розслабленість (проявляється у задоволеності будь-яким станом речей, навіть негативні події розцінюються як такі, що в майбутньому призведуть до успіху, людина на зациклюється на негативній стороні травми, а шукає в ній щось позитивне);

Перспективу ми вбачаємо у подальшому вивченні факторів, які мають деструктивний і позитивний вплив на перебіг реорганізації травматичної пам'яті особистості.

Література

1. Денисенко О.В. Эмоционально-личностная сфера людей, переживающих посттравматическое стрессовое расстройство // Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции "Студенческий научный форум" URL: <http://www.scienceforum.ru/2013/171/6068>>

www.scienceforum.ru/2013/171/6068 (дата обращения: 28.07.2014).

2. Мазур Е.С. Смысловая регуляция негативных смысловых переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении / Е.С. Мазур, В.Б. Гельфанд, П.В. Качалов // Психологический журнал. М., 1992. № 2, С.54-65.

3. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. / И.Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

4. Назаренко Ю.В. Динамическая характеристика психических расстройств у лиц, перенесших Спитакское землетрясение / Ю.В. Назаренко, И.В. Колос // Медицина катастроф. М., 1990. – С.389-395.

5. Тарабрина Н. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

6. Shalev A.Y. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study / A.Y. Shalev, T. Peri, L. Canetti, S. Schreiber. Am. J. Psychiatry. 1996 Feb;153(2): P. 219-25.

Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов _____

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Прийнято вважати, що система лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на посттравматичні стресові розлади (ПТСР) має бути комплексною і містити психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну та не медикаментозну терапію [1–3]. Під час роботи з такими хворими треба враховувати, що психічна травма призводить до різного ступеня дезінтеграції афективної, когнітивної, мотиваційної, комунікативної та інших сфер особистості [4–7]. Отже, ці психічні розлади по суті є результатом взаємодії особистості з пережитим стресовим досвідом. Тому психотерапевтична робота з такими хворими має полягати в максимально повному відновленні преморбідного рівня соціального й особистісного функціонування пацієнтів [4, 6, 8].

Однак до теперішнього часу залишаються недостатньо вивченими такі важливі проблеми ПТСР, як етапи та стадії їх формування, клінічні варіанти та типи перебігу. У літературі також обмаль інформації щодо застосування фармакологічних засобів залежно від нозологічної форми розладу та особливостей його клінічної картини. Не визначено і найефективніші методи та техніки психотерапевтичного втручання та психологічної корекції при ПТСР, схеми та алгоритми їх застосування.

З огляду на це дослідження нами було здійснено комплексне клініко-психопатологічне і психодіагностичне обстеження 59 хворих на ПТСР (23 чоловіка і 36 жінок віком від 19 до 49 років).

Використовувались Місісіпська шкала, опитувальник депресивності Бека, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, шкала оцінки впливу травматичної події IES-R. Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР дав змогу виокремити декілька його варіантів: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний та змішаний.

Тривожний варіант ПТСР спостерігався у 20,33 % хворих і характеризувався високим рівнем немотивованої тривоги, часто з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображали події пережитої психотравмуючої ситуації.

Астеничний варіант ПТСР був відзначений у 22,03 % пацієнтів і його домінуючими ознаками були почуття слабкості та млявості, знижений фон настрою, який поєднувався з переживанням байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності і рисами ангедонії у поведінці.

Основу дисфоричного варіанта ПТСР (у 18,64 % хворих) становили постійні переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, які сполучалися з високим рівнем агресивності, прагненням перенести на оточуючих дратівливість та лють.

Іпохондричний варіант ПТСР позначався у 16,95 % хворих і характеризувався вираженими соматичними скаргами, які виникали на тлі депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями). Ці скарги зазвичай поєднувалися із вегето-судинними пароксизмами. У хворих формувалася унікаюча поведінка.

Соматоформний варіант ПТСР спостерігався у 15,25 % пацієнтів. У них було наявне витіснення психотравмуючих переживань у "тілесну сферу", що виявлялось у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних).

Змішаний варіант відзначався у 6,77 % хворих на ПТСР. Пацієнтам цієї групи були притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних варіантів клінічної картини ПТСР.

На підставі результатів вивчення особливостей і закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР нами було виділено декілька типів їх подальшого перебігу.

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР спостерігався у 18,64 % пацієнтів. Його особливість полягала в тому, що клінічна картина розладу була представлена симптомами вторгнення, уникання та гіперактивації. До того ж упродовж усього захворювання вона мала незначні зміни за своїм змістом. Водночас інтенсивність та частота проявів даної симптоматики помітно зростала, що призводило до суттєвого погіршення клінічної картини захворювання. Однією з ознак несприятливого перебігу ПТСР були стійкі суїцидні думки і тенденції. Про прогредієнтність та хронізацію процесу свідчило також формування і розвиток коморбідної патології у вигляді посилення симптоматики, спричиненої вживанням хворими різних психоактивних речовин (переважно алкоголю і ліків), але без розвитку у них клінічно вираженого варіанта хімічної залежності.

Стабільний тип перебігу ПТСР відзначався у 47,45 % обстежених. Його відмінністю було те, що клінічні ознаки цього психічного розладу ні за своїм змістом, ні за інтенсивністю проявів майже не змінювалися, тобто були постійними.

Регредієнтний тип перебігу захворювання був наявний у 33,89 % хворих на ПТСР. Він характеризувався вираженою тенденцією до поступової редукції симптоматики, що складала основу клінічної картини ПТСР. У таких хворих із часом відзначалося зменшення інтенсивності симптомів уникання, гіперактивації і вторгнення (а серед останніх – флешбеків).

Вибір методик психотерапії для лікування хворих на ПТСР був зумовлений наявністю психопатологічних порушень і патопсихологічних особливостей пацієнтів – когнітивних, емоційних, мотиваційних, поведінкових та психовегетативних.

Така складна багатокomпонентна структура постстресових розладів змусила нас обрати ті психотерапевтичні методи та техніки [9–13], які б мали суттєвий вплив на зазначені порушення. На цій основі нами було розроблено психокорекційно-психотерапевтичний комплекс (ППК) [14], який містив три основні терапевтичні блоки:

а) для усунення когнітивних аберацій і поліпшення емоційного стану застосовувалася когнітивна терапія Бека (КТБ);

б) техніки, що моделюють поведінку (ТМП), були спрямовані переважно на корекцію поведінкових порушень;

в) техніка прогресивної м'язової релаксації (ПМР) була обрана для пом'якшення психовегетативної симптоматики.

Переважа такого комплексного підходу полягає в тому, що методи когнітивно-поведінкової психотерапії (КТБ і ТМП) та методика ПМР ефективно доповнюють одне одного.

Схема застосування розробленого ППК була такою: частота терапевтичних сесій когнітивно-поведінкової терапії становила 1–2 рази на тиждень, а їх тривалість – 60–90 хв. Сеанси із застосуванням ТМП, проводилися 1–2 рази на тиждень і тривали 60–90 хв. Релаксаційний тренінг проводився переважно в індивідуальній формі (у вигляді самонавчання – 1–2 рази на добу), але міг бути застосований і в груповій (2–3 рази на тиждень). Тривалість одного сеансу – від 30 (індивідуальний) до 60 хв (груповий). Повний курс застосування ППК становив у хворих на ПТСР від 6 міс до декількох років (за показаннями можливим є приєднання до цього курсу інших методик та технік психотерапевтичного впливу).

Залежно від особливостей психопатологічної картини цих розладів було розроблено індивідуальні алгоритми застосування ППК. У разі домінування *когнітивних та/або емоційних розладів* у структурі психопатологічних порушень хворих на ПТСР застосування ППК розпочиналося з КТБ, до якої приєднувалися ТМП і ПМР з 6–8-го тижня. У разі переважання психовегетативної симптоматики алгоритм застосування ППК розпочинався з ПМР, до якої приєднувалися КТБ з 4–6-го тижня, а на завершальному етапі – ТМП з 8–12-го тижня. При

домінуванні *поведінкових* порушень алгоритм застосування ППК розпочинався з ТМП, до яких приєднували КТБ з 3–4-го тижня. На завершальному етапі до цього комплексу методик додавали методику ПМР з 5–6-го тижня.

На основі розробленого ППК було створено комплексний метод лікування хворих на ПТСР [15]. У рамках цього методу спільно використовуються обрані психотерапевтичні методики та техніки з медикаментозними засобами. Комплексне лікування хворих на ПТСР розпочиналося зі психофармакотерапії. Вибір та тривалість призначення медикаментозних засобів були зумовлені клінічним варіантом та типом перебігу даних розладів, тобто мали диференційований характер.

Базова медикаментозна терапія ПТСР полягала у застосуванні стандартних доз препаратів групи антидепресантів (переважно селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадренергічних і специфічних серотонінергічних антидепресантів), а також транквілізаторів [16–18]. За необхідності, залежно від клінічних особливостей розладів, вона доповнювалась призначенням снодійних засобів, тимостабілізаторів, ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів, β -адреноблокаторів.

Призначення транквілізаторів мало тимчасовий характер. Воно було зумовлене їх швидкою седативною та анксиолітичною дією, на відміну від антидепресантів, ефект від вживання яких зазвичай настає не раніше ніж за 10–14 днів. Тривалість застосування транквілізаторів становила, як правило, 3–4 тижні, в особливих випадках – не більше 2 міс. Снодійні засоби призначалися коротким курсом і лише в тих випадках, коли у клінічній картині захворювання поєднувалися симптоми порушень сну з афективними розладами. β -адреноблокатори давали малими дрібними дозами в тих випадках, коли в клінічній картині переважали симптоми гіперактивації або афективні порушення, що належали до тривожно-панічних. Малі дози "м'яких" нейрорептичних засобів застосовувалися лише в тих випадках, коли

тривога супроводжувалася вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення.

Застосування розробленого ППК розпочиналось у середньому через 7 днів після призначення фармакологічних засобів. Цей тижневий період для хворих на ПТСР був підготовчим етапом до застосування методів та технік психотерапії, що складали ППК. Під час цього періоду формувалася позитивна мотивація до процесу тривалого лікування за допомогою цього методу і водночас посилювалася комплаєнтність хворих щодо загального курсу терапії.

Використання нового психокорекційно-психотерапевтичного комплексу є доцільним під час застосування системи реабілітаційно-профілактичних заходів для всіх категорій постраждалих. По змозі окремі елементи ППК треба застосовувати вже в осередку травматизації. У подальшому необхідно продовжувати цей курс лікування в стаціонарних або амбулаторних установах, в реабілітаційних і кризових центрах, санаторних умовах, де застосування розробленого комплексного методу терапії можливе у повному обсязі.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы.– Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.– 112 с.
2. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Метод. рекомендації / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін.– Харків, 2002.– 47 с.
3. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Междунар. мед. журн.– 2000.– Т. 6, № 3.– С. 31–34.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.– Л.: Наука.– 1988.– 231 с.
5. Колодзин Б. Как жить после психической травмы.– М.: Шанс, 1992.– 92 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса.– СПб.: Питер, 2001.– 272 с.

7. Horowitz M. J. Stress response syndromes. 2-nd edition.– N. Y., 1986.– 268 p.
8. Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевникова В.А. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция // Укр. мед. альманах.– 2004.– № 4 (додаток). – С. 123–126.
9. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Рос. психиатр. журн.– 1998.– № 3.– С. 50–56.
10. Beck J. S. Cognitive therapy – basics and beyond.– N. Y.: Guildford Press.– 1995.– 437 p.
11. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия.– СПб.: Питер, 2002.– 352 с.
12. Болотов Д. М. Эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с ПТСР // Укр. вісн. психоневрології.– 2003.– Т.11, вип. 2 (35).– С. 43–45.
13. Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевникова В. А. Эффективность комплекса психотерапевтических методик когнитивной терапии, прогрессивной мышечной релаксации и телесно-ориентированной терапии у лиц, переживших экстремальные события // Вісник Харк. нац. університету. Серія "Психологія".– 2005.– № 653.– С. 215–219.
14. Пат. 3262 Україна, МКІ А 61 В 5/00 Спосіб комплексної психотерапії психічних порушень у осіб, які пережили екстремальні події: Пат. 3262 Україна, МКІ А 61 В 5/00/ Шестопалова Л. Ф.(Україна), Болотов Д. М. (Україна); ІНПН АМН України.– № 2003076231. Заявл. 04.07.2003. Опубл. 15.11.2004. Бюл. № 11.– 3 с.
15. Пат. 12872 Україна, МКІ А 61 В 5/00 Спосіб комплексного лікування посттравматичних стресових розладів у постраждалих внаслідок екстремальних подій: Пат. 12872 Україна, МКІ А 61 В 5/00/ Шестопалова Л. Ф. (Україна), Болотов Д. М. (Україна); ІНПН

АМН України.– № У 2005 04985. Заявл. 26.05.2005. Опубл. 15.03.2006. Бюл. № 3.– 4 с.

16. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.– СПб.: Мед. информ. агентство, 1995.– 568 с.
17. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине.– М.: Мед. информ. агентство, 2001.– 256 с.
18. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: Руководство для врачей.– Харьков: Торнадо, 2003.– 352 с.

Shalev A. _____

PREVENTION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER BY EARLY TREATMENT RESULTS FROM THE JERUSALIM TRAUMA OUTREACH AND PREVENTION STUDY

Context Preventing posttraumatic stress disorder (PTSD) is a pressing public health need.

Objectives To compare early and delayed exposure-based, cognitive, and pharmacological interventions for preventing PTSD.

Design Equipoise-stratified randomized controlled study.

Setting Hadassah Hospital unselectively receives trauma survivors from Jerusalem and vicinity.

Participants Consecutively admitted survivors of traumatic events were assessed by use of structured telephone interviews a mean (SD) 9.61 (3.91) days after the traumatic event. Survivors with symptoms of acute stress disorder were referred for clinical assessment. Survivors who met PTSD symptom criteria during the clinical assessment were invited to receive treatment.

Interventions Twelve weekly sessions of prolonged exposure (PE; n = 63), or cognitive therapy (CT; n = 40), or double blind treatment with 2 daily tablets of either escitalopram (10 mg) or placebo (selective serotonin reuptake inhibitor/placebo; n = 46), or 12 weeks in a waiting list group (n = 93). Treatment started a mean (SD) 29.8 (5.7) days after the traumatic

event. Waiting list participants with PTSD after 12 weeks received PE a mean (SD) 151.8 (42.4) days after the traumatic event (delayed PE).

Main Outcome Measure Proportion of participants with PTSD after treatment, as determined by the use of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) 5 and 9 months after the traumatic event. Treatment assignment and attendance were concealed from the clinicians who used the CAPS.

Results At 5 months, 21.6% of participants who received PE and 57.1% of comparable participants on the waiting list had PTSD (odds ratio [OR], 0.21 [95% CI, 0.09-0.46]). At 9 months, 20.0% of participants who received CT and 58.7% of comparable participants on the waiting list had PTSD (OR, 0.18 [CI, 0.06-0.48]). The PE group did not differ from the CT group with regard to PTSD outcome (OR, 0.87 [95% CI, 0.29-2.62]). The PTSD prevalence rates did not differ between the escitalopram and placebo subgroups (61.9% vs 55.6%; OR, 0.77 [95% CI, 0.21-2.77]). At 9 months, 20.8% of participants who received PE and 21.4% of participants on the waiting list had PTSD (OR, 1.04 [95% CI, 0.40-2.67]). Participants with partial PTSD before treatment onset did similarly well with and without treatment.

Conclusions Prolonged exposure, CT, and delayed PE effectively prevent chronic PTSD in recent survivors. The lack of improvement from treatment with escitalopram requires further evaluation. Trauma-focused clinical interventions have no added benefit to survivors with subthreshold PTSD symptoms.

Trial Registration [clinicaltrials.gov Identifier: NCT00146900](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00146900)

Significant numbers of individuals who have experienced traumatic events develop posttraumatic stress disorder (PTSD).¹⁻³ Chronic PTSD is tenacious and disabling.^{4,5} Short-term interventions without prior assessment or diagnosis have failed to prevent PTSD.⁶ Barriers to care limit the effectiveness of clinical interventions.³ Developing interventions to prevent PTSD is a pressing public health need.⁷

Controlled studies, systematic reviews, and meta-analyses have established the efficacy of trauma-focused, exposure-based, cognitive behavioral

therapy in preventing chronic PTSD.⁸⁻¹² Some studies^{11,12} have further suggested that the preventive effect of these interventions is confined to individuals who meet *DSM-IV* diagnostic criteria for acute stress disorder (ASD) or PTSD. The preventive effects of cognitive therapy¹⁰ and pharmacotherapy¹³⁻¹⁷ have not been established. To our knowledge, the proper timing of early interventions, relative to the traumatic event, and the long-term effect of refusing care have not been explored in controlled studies.

Clarifying the above issues is critical: Cognitive therapy (CT) involves less potentially distressing exposure to traumatic recollections. Pharmacological interventions can be provided to a large number of survivors of trauma who are at risk in war-torn and disaster-prone areas. Comparing early and delayed interventions can inform service-delivery decisions and mitigate the rush to intervene as soon as possible. Delineating a threshold for treatment requirement can lead to a better use of often-scarce resources.

To explore these issues, we compared early and delayed interventions in adult trauma survivors consecutively admitted to a general hospital emergency department. Participants were reached for and screened by structured telephone interviews. Those who exhibited qualifying symptoms (defined below) were promptly referred for structured clinical evaluations, and those who exhibited qualifying PTSD symptoms in these evaluations were invited to receive treatment. Equipoise-stratified randomization was used to allocate eligible and consenting survivors to 1 of 4 intervention arms: prolonged exposure (PE), CT, a double-blind comparison of treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI [ie, escitalopram]) vs placebo, and a waiting list (WL) control group. The WL participants who met PTSD diagnostic criteria at 5 months received PE at that time (hereafter referred to as delayed PE). Participants were repeatedly clinically assessed by clinicians who were blind to their treatment allocation and attendance.

The methodological and service-delivery aspects (feasibility, acceptance, and cost) of the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention study have been reported elsewhere.¹⁸ This publication addresses the efficacy of these interventions. Additionally, we report the effects of the different types of

treatments on the survivors with partial PTSD and the long-term effect of declining treatment.

Method

Participants

The candidates for our study were adult (age range, 18-70 years) survivors of traumatic events who were admitted to Hadassah University Hospital's emergency services between June 2003 and October 2007. Potential participants were included if they resided within a 1-hour drive from Jerusalem (and could attend treatment). Participants were not included if they sustained an injury that required more than 7 days of hospital stay, were unconscious on admission to emergency services, had medical or surgical conditions that interfered with their ability to participate or provide informed consent, or were not fluent enough in Hebrew, Arabic, or English to answer questions and/or interact during clinical assessments.

Hadassah University Hospital's institutional review board approved and monitored our study. Participants provided oral consent for telephone interviews and written informed consent for clinical assessments, randomization, and treatment.

Instruments

Telephone-Based Assessments

The PTSD Symptom Scale–Interviewer Version (PSS-I)¹⁹ and the ASD Scale (ASDS)²⁰ are structured diagnostic interviews for PTSD and ASD, respectively. The instruments' items replicate the 2 disorders' *DSM-IV* symptom criteria. We used the PSS-I and the ASDS to establish a baseline for subsequent follow-up of the entire cohort, regardless of the participant's clinical assessment or treatment. To enable the administration of these interviews by telephone, these items were dichotomized to provide a present/absent statement about each symptom. Tentative diagnoses were made when a participant endorsed qualifying *DSM-IV* diagnostic criteria. Symptom severity scores were obtained by summing up all items.

The telephone interviewers were graduate medical and psychology students. They were trained to be proficient at administering the study's instruments (a 1-day workshop followed by observing 5 interviews administered by

experienced interviewers and then conducting 5 supervised interviews), at using good clinical practice, and at conducting 10 supervised interviews.

All Clinical Assessments

The Clinicians-Administered PTSD Scale (CAPS)²¹ was used to confer a diagnosis of PTSD and a continuous measure of PTSD symptoms. As per previous recommendations,²² a symptom criterion was rated as "present" when its frequency score was 1 or greater and its intensity score was 2 or greater. A diagnosis of PTSD required *DSM-IV* diagnostic criteria A through F, save the 1-month duration (criterion E) in the first clinical interview. It also required a CAPS total score of at least 40.²²

The Structured Clinical Interview for *DSM-IV*²³ was used to evaluate current and lifetime *DSM-IV* Axis I disorders. The PTSD Symptom Scale–Self-Report (PSS-SR)²⁴ was used to evaluate participant-reported PTSD symptoms; participants graded their symptoms using a 3-point severity scale for each symptom.

The clinical assessments were made by clinical psychology interns. They were trained to be proficient at administering the study's instruments, at using good clinical practice, and at conducting 10 supervised interviews. They remained blind to treatment attendance and adherence. The treating clinicians administered the PSS-SR biweekly, before starting the interventions.

Procedure

Outreach, Screening, and Inclusion

Computerized records of all trauma admissions to emergency services were manually screened, within 24 hours of admission, for inclusion and exclusion criteria. Eligible survivors ($n = 5286$) were called by telephone, and 5053 (95.6%) were reached within 21 days of admission to emergency services (mean [SD], 9.61 [3.91] days).

Of the 5053 eligible survivors reached, 310 (6.1%) declined to be interviewed. The participants who declined were older ($t = 3.09$, $P < .05$) than those who agreed ($n = 4743$). The 2 groups had a similar sex distribution and experienced similar traumatic events.

Of the 4743 participants who agreed to be interviewed, 519 (10.9%) met the study's exclusion criteria. Of the remaining 4224 participants, 2228 (52.7%) did not meet *DSM-IV* PTSD criterion A (a traumatic event), mainly because most of the participants ($n = 2014$ [90.4%]) did not report intense fear, helplessness, or horror (PTSD criterion A2). The prevalence of reported *DSM-IV* traumatic events was higher in women than in men (54.2% vs 42.5%; $\chi^2_1 = 56.1, P < .005$) and was higher in survivors of terrorist attacks (93.8%) and survivors of motor vehicle accidents (52.1%) than in survivors of work (20.4%) and other incidents (14.2%) ($\chi^2_3 = 465.2, P < .005$). Survivors without a qualifying traumatic event were thanked, and their interviews were stopped.

Survivors with a qualifying traumatic event ($n = 1998$) continued to take the full structured interview. Telephone interviewees who met *DSM-IV* ASD diagnostic criteria or who had ASD without either the dissociation criterion or the avoidance criterion were invited to undergo a clinical assessment. Participants without dissociation symptoms were included because PTSD most often develops without initial ASD,²⁵⁻²⁷ mainly for lack of dissociation symptoms.²⁷ Avoidance often develops at a distance from trauma,²⁸ and its use to restrict treatment access would have improperly excluded survivors at risk.

In order not to exclude survivors who might have failed to communicate the extent of their distress by telephone, participants who wished to see a clinician, and those for whom the interviewer felt that further assessment was needed, were also invited to undergo clinical assessments.

Ultimately, 1502 participants were invited to undergo clinical assessments, but only 756 (50.3%) did. Of the 746 participants who did not receive a clinical assessment, 306 (41.0%) declined during their telephone interviews, 194 (26.0%) did not show up despite 3 reminders, 97 (13.0%) felt better, 89 (11.9%) could not attend for technical reasons, 37 (5.0%) had physical problems related to their injury, and 23 (3.1%) started treatment elsewhere. Participants who underwent the clinical assessments had higher levels of PTSD symptoms than those who did not (mean [SD] total PSS-I score, 10.98

[3.06] vs 10.19 [3.11]; $t = 4.98, P < .001$). The groups had a similar sex distribution and experienced similar traumatic events.

Initial Clinical Assessment

The first clinical assessment (CA-1) of 756 survivors took place a mean (SD) 19.8 (5.2) days after the traumatic event. These CA-1 participants were invited to receive treatment if they met *DSM-IV* PTSD diagnostic criteria save the 1-month duration criterion.

The CA-1 participants were not invited if they had current or past psychosis or bipolar disorder, a current substance abuse problem, other conditions requiring urgent attention (eg, suicidal ideations or acute grief), or chronic PTSD or if they started treatment elsewhere.

To ensure a comprehensive coverage of survivors at risk, clinically distressed participants who met 2 of 3 PTSD symptom criteria (B, C, and D) were also invited to receive treatment. We refer to these participants as having had "partial PTSD." Their data were analyzed separately. However, secondary analyses evaluated the potential bias generated by excluding them.

Participants with full PTSD and those with partial PTSD were similar with respect to age (mean [SD], 38.59 [11.84] vs 37.94 [12.03] years), sex (55.8% vs 53.7% males; $\chi^2 < 1$), and trauma type (83.1% vs 81.5% road traffic accidents, 17.7% vs 11.1% terrorist attacks, and 5.4% vs 7.4% other incidents; $\chi^2 = 1.00, P = .82$). The CA-1 participants who met the treatment inclusion criteria ($n = 397$) received an explanation about the study and were invited for treatment. Of these, 296 (74.6%) accepted the invitation, including 242 with full PTSD and 54 with partial PTSD, and 101 (25.4%) declined ([Figure 1](#)).

Randomization

The equipoise-stratified randomization is a method for randomly allocating participants to interventions in treatment studies that include more than 2 arms.^{29,30} It allows potential participants to decline treatment options that they do not desire and to be randomly assigned to the remaining arms. By making that choice, each participant assigns himself or herself to a "stratum," which consists of all the options that he or she finds equally acceptable.

Nonstratified comparisons across several groups are reported in [Table 1](#).³⁰ Group comparisons within strata are reported in [Table 2](#) and in the abstract.

The equipoise-stratified randomization prevents a rigid exclusion of participants and thereby allows the greatest number of potential participants to contribute data to as many comparisons as possible.²⁹ Participants' choices additionally reflect the relative desirability of treatment options.

In our study, participants who agreed to start treatment ($n = 296$) were informed about the 4 treatment options (PE, CT, treatment with SSRI vs placebo, and WL and subsequent delayed PE), could decline up to 2 treatment options (including the WL for delayed PE), and were randomly assigned to the remaining treatment options. Of 242 consenting participants with full PTSD symptoms, 103 (42.6%) declined the SSRI vs placebo treatment option, 12 (5.0%) declined to be on the WL (including 6 who also declined medication), 8 (3.3%) declined CT (including 5 who declined medication), and 3 (1.2%) declined PE (including 2 who declined medication).

Participants with full PTSD symptoms who declined any treatment modality ($n = 113$) did not differ from those who accepted all treatment modalities ($n = 129$) in CA-1 CAPS total scores (mean [SD] score, 72.61 [16.35] vs 72.18 [16.93]; $F = 0.02$). To protect against the expected attrition due to natural recovery and leave enough participants with PTSD at 5 months for delayed PE, we used a randomization ratio of 1:1:1:2, favoring the WL group.

Early Interventions

In administering PE, we followed the protocol in Hembree et al.³¹ Prolonged exposure includes psychoeducation, training in breathing control, prolonged imaginal exposure to traumatic memories, and in vivo exposure to avoided situations. Clinical psychologists with previous experience in the treatment of PTSD administered 12 weekly 1.5-hour sessions. Delayed PE followed the same protocol.

In administering CT, we followed the protocol in Marks et al.³² Cognitive therapy includes identifying and challenging negative automatic thoughts

and modifying underlying cognitive schemas. Clinical psychologists with previous experience in the treatment of PTSD administered 12 weekly 1.5-hour sessions.

Certified supervisors with extensive teaching experience in CT and PE (Drs Adessky and Freedman) provided training and weekly supervision for therapists. The PE therapists had extensive training in PE. One was a certified PE supervisor. The cognitive therapists had extensive training in CT. One was a CT supervisor.

SSRI vs Placebo

To separate the pharmacological effect of an SSRI from that of receiving medication and psychiatric care, this blinded group includes both the active agent and placebo. Concealed tablets of either 10 mg of escitalopram or placebo were prepared and coded by Lundbeck Pharmaceuticals (Copenhagen, Denmark) and were supplied to clinicians by a research associate. An initial dose of 1 tablet daily was increased to 2 tablets after 2 weeks of treatment. Trained psychiatrists provided 4 weekly sessions (weeks 1-4) followed by 4 biweekly sessions (weeks 6-12). The concealment was broken and added to the study's data file at the end of the study. At the end of our study, 8 participants with PTSD who received placebo were invited to receive PE, which was accepted by 5 of them.

Waiting List

A telephone interviewer briefly contacted participants on the WL every 2 weeks to inquire about emerging needs or possible emergencies. These calls did not contain elements of PE or CT.

Five Months' Clinical Assessment

The second clinical assessment (CA-2) took place a mean (SD) 144.1 (35.2) days after the traumatic event and after the completion of early interventions. During the CA-2, all CA-1 participants who could be contacted were evaluated. Of 756 CA-1 participants, 604 (79.9%) were reached, including 254 of 296 participants (85.8%) who started treatment, 79 of 101 participants (78.2%) who declined treatment, and 271 of 359 participants (75.5%) who had not been referred to treatment. Among treatment participants, 207 of 242 (85.5%) had full initial (CA-1) PTSD

symptoms, and 47 of 54 (87.0%) had partial PTSD. The CA-2 guided the referral of 79 WL participants to delayed PE ([Figure 1](#)). The delayed PE followed the early PE's protocol.

Nine Months' Clinical Assessment

The third clinical assessment (CA-3) took place a mean (SD) 279.0 (62.0) days after the traumatic event and following the completion of delayed PE. During the CA-3, all retrievable treatment referrals were evaluated, as were 10% (n = 30) of randomly selected participants who had not been referred to treatment. Two hundred fifteen treatment participants were reached, including 180 of 242 participants with full PTSD (74.4%) at CA-1 and 35 of 54 participants with partial PTSD (64.8%).

Protocol adherence

Only the treatment sessions of consenting participants (93%) who underwent PE or CT were recorded. A randomly selected 10% of the sessions (70 PE sessions and 33 CT sessions; 12 participants) were sent to 2 independent cognitive behavior therapy experts who used an integrity checklist (available upon request) to quantify (1) the competency of the therapist (on a scale of 1 to 7, with 1 being unacceptable and 7 being very good); (2) adherence to a session's core treatment components, as per the treatment manuals; and (3) infractions of protocol (for PE: using anxiety management, challenging cognitions, exploring relationships, recommending medication, and solving nontrauma issues, other variations, or irregularities; for CT: using anxiety management, using exposure, exploring relationships, recommending medication, solving nontrauma problems, other variations, or irregularities).

The mean (SD) PE competency rating was 6.22 (1.03). Eight instances of nonadherence (1.6% of 490 PE adherence items) occurred in 6 of the 70 PE sessions (8.6%). There were no infractions to the protocol. The mean (SD) CT competency rating was 5.86 (0.77). Six instances of nonadherence (2.6% of 231 CT adherence items) were recorded in 6 of the 33 CT sessions (18.2%). There was 1 infraction to the protocol.

Treatment completion

We refer to participants who attended all treatment sessions as treatment completers, we refer to those who attended at least 3 sessions and who complied with homework or medication intake as partial completers, and we refer to those who attended less than 3 sessions as noncompleters.

Statistical analyses

Our study's main outcome measure is the proportion of survivors with CAPS-determined PTSD 5 months (CA-2) and 9 months (CA-3) after the traumatic event. Because those who conducted the CA-2 and CA-3 were blinded to treatment attendance and adherence, the resulting comparisons include completers, partial completers, and noncompleters and thereby represent the total yield of participants randomly assigned to an intervention. Continuous measures of PTSD symptoms (CAPS and PSS-SR total scores) were used to buttress group comparisons, evaluate within-subject effects, and calculate effect sizes.

To account for missing observations and the groups' heterogeneities, we used a linear mixed model with covariance for significant initial group differences and for the time lag between the traumatic event of each participant and subsequent assessments. We derived the Cohen *d* effect size by comparing the mean difference between treatment conditions and dividing this by the pooled standard deviation. We used Hedges *g* effect sizes to correct for variations due to small sample sizes.

Results

Group allocation, adherence, and retention

Following randomization, 63 participants started PE, 40 started CT, 93 were allocated to the WL, and 46 were in the SSRI and placebo subgroups (23 in each subgroup, as revealed after our study was completed). The study groups were similar with respect to age, traumatic events, and time to first treatment session (Table 1). There were more female participants in the CT group than in the other groups ($P < .03$), and there were higher PSS-SR scores in the SSRI group than in the other groups ($P < .02$).

The study groups had similar adherence rates (PE: 35 treatment completers [55.6%], 11 partial completers [17.5%], and 17 noncompleters [27.0%]; CT: 24 completers [60.0%], 10 partial completers [25.0%], and 6 noncompleters

[15.0%]; SSRI vs placebo: 27 completers [58.7%] comprising 17 of 23 participants who received SSRI [79.9%] and 10 of 23 participants who received placebo [43.5%], 13 partial completers [28.3%] comprising 4 participants who received SSRI [17.4%] and 9 who received placebo [39.1%], and 6 noncompleters [13.0%] comprising 2 participants who received SSRI [8.7%] SSRI and 4 who received placebo [17.4%]; $\chi^2_6 = 6.45, P = .15$).

The study groups had similar retention rates between CA-1 and CA-2: 56 of 63 participants who received PE (88.9%), comprising all 35 completers (100%), 10 of 11 partial completers (90.9%), and 11 of 17 noncompleters (64.7%); 33 of 40 participants who received CT (82.5%), comprising 23 of 24 completers (95.8%), 5 of 10 partial completers (50.0%), and 5 of 6 noncompleters (83.3%); 39 of 46 participants who received either SSRI or placebo (84.8%), comprising 26 of 27 completers (96.3%; all 17 who received SSRI [100.0%] and 9 of 10 who received placebo [90.0%]), 8 of 13 partial completers (61.5%; 3 of 4 who received SSRI [75.0%] and 5 of 9 who received placebo [55.5%]), and 5 of 6 noncompleters (83.3%); 1 of 2 who received SSRI [50.0%] and all 4 who received placebo [100.0%]); and 79 WL participants (84.9%).

Fifty-seven WL participants had PTSD at their CA-2 and were eligible for delayed PE. Of these 57 WL participants, 5 (8.8%) had other conditions requiring clinical attention, 10 (17.5%) declined delayed PE, 1 (1.8%) started treatment elsewhere, and 41 (71.9%) started delayed PE a mean (SD) 151.8 (42.4) days after the traumatic event.

Fewer WL participants (57 of 93 [61.3%]) than participants who received PE (52 of 63 [82.5%]), CT (35 of 40 [87.5%]), and SSRI or placebo (36 of 46 [78.3%]) were reached for a CA-3 ($\chi^2 = 14.54, P < .003$). However, the lower retention rate mainly involves participants who did not attend delayed PE (25 of 52 [48.1%]), whereas the retention rate of those who attended (33 of 41 [80.5%]) resembles that of other treatment groups.

Five months' outcome for all study groups (nonstratified)

Prevalence of PTSD

At 5 months (CA-2), the prevalences of PTSD in the PE and CT groups (21.4% and 18.2%, respectively) were significantly lower than the prevalences of PTSD in the WL, SSRI, and placebo groups (58.2%, 61.9%, and 55.6%, respectively; $\chi^2_4 = 30.72$, $P < .001$). The SSRI, placebo, and WL groups had similar prevalences of PTSD ($\chi^2_2 = 0.167$, $P = .92$; [Figure 2A](#)).

PTSD Symptoms

One-way analysis of variance (ANOVA) showed significant group differences in both the mean CAPS and mean PSS-SR scores at 5 months, with post hoc comparisons showing fewer PTSD symptoms in the PE and CT groups compared with the WL, SSRI, and placebo groups ([Table 1](#)).

Effect of Treatment Completion

Two-way ANOVA using treatment completion status (full completion, partial completion, and noncompletion), the study groups (ie, PE, CT, SSRI, and placebo) as grouping factors, and CA-2 CAPS total scores as the dependent variable showed a nonsignificant main effect of completion status ($F_{11,2} = 0.12$, $P = .98$), a significant main effect of groups ($F_{11,3} = 2.97$, $P < .05$), and a nonsignificant completion \times group interaction.

Longitudinal Comparison

Linear mixed model analysis for patients with initial PTSD ($n = 242$), using CAPS total scores as the dependent variable, the study groups (PE, CT, WL, SSRI, and placebo) and successive measurements (CA-1 and CA-2) as fixed factors, and age, sex, and time lag between the traumatic event and subsequent assessments as covariates, showed a significant group effect ($F_{4,338} = 6.56$, $P < .001$), a significant time effect ($F_{1,338} = 187.0$, $P < .001$), and a significant group \times time interaction ($F_{4,339} = 6.167$, $P < .001$). Post hoc comparisons showed statistically significant differences between the PE and WL groups ($P < .001$) and between the CT and WL groups ($P < .001$), but not between the placebo and WL groups ($P = .41$), the SSRI and WL groups ($P = .98$), the SSRI and placebo groups ($P = .53$), or the PE and CT groups ($P = .89$). Similar results were obtained when participants with partial PTSD were included (group \times time interaction: $F_{4,462} = 4.50$, $P < .001$).

Progression during treatment

Figure 3 illustrates the successive PSS-SR scores during treatment. It shows that there was a similar progression in the CT and PE groups. Repeated-measures ANOVA showed significant main effects of time ($P < .001$) and group ($P < .001$) and a significant group \times time interaction ($P < .005$).

Last observation carried forward analyses for within-treatment PSS-SR scores showed significant differences between the study groups ($F_{3,126} = 5.47, P < .001$), with post hoc least significant difference analysis showing a nonsignificant difference between the PE and CT groups (mean difference, -1.73 [95% CI, -3.72 to 1.19]) and between the SSRI and placebo subgroups (mean difference, 2.29 [95% CI, -0.57 to 10.27]) and a significant difference between the PE and SSRI groups (mean difference, -7.86 [95% CI, -14.11 to -1.62]), between the PE and placebo groups (mean difference, -10.16 [95% CI, -17.13 to -3.19]), between the CT and SSRI groups (mean difference, -9.60 [95% CI, -16.30 to -2.90]), and between the CT and placebo groups (mean difference, -11.89 [95% CI, -19.27 to -4.52]).

Nine months' outcome for all study groups (nonstratified)

Prevalence of PTSD

At 9 months (CA-3), the prevalences of PTSD in the PE, CT, and WL groups were (21.2%, 22.8%, and 22.9%, respectively). The prevalences of PTSD in the SSRI and placebo subgroups (42.1% and 47.1%, respectively) remained higher than the prevalences of PTSD in the PE, CT, and WL groups (Figure 2B).

PTSD Symptoms

One-way ANOVA showed significant group differences in both the mean CAPS and mean PSS-SR scores at 9 months, with post hoc group comparisons showing fewer PTSD symptoms in the PE, CT, and WL groups compared with the SSRI and placebo subgroups (Table 1).

Longitudinal Comparison

Linear mixed model analysis using CAPS total scores as the dependent variable, the study groups (PE, CT, WL, SSRI, and placebo) and successive measurements (CA-1, CA-2, and CA-3) as fixed factor, and age, sex, and time lag between the traumatic event and subsequent assessments as covariates showed a significant group effect ($F_{8,488} = 8.42, P < .001$), a

significant time effect ($F_{2,363} = 166.61, P < .001$), and a significant group \times time interaction ($F_{8,361} = 3.628, P < .001$). Post hoc comparisons showed statistically significant differences between the PE and WL groups ($P < .001$), between the CT and WL groups ($P < .003$), between the SSRI and WL groups ($P < .05$), and between the placebo and WL groups ($P < .003$), but not between the SSRI and placebo subgroups ($P = .46$).

Omitting CA-2 from the model yielded nonsignificant pairwise differences between the PE and WL groups (mean difference, 0.83 [95% CI, -6.44 to 4.79]) and between the CT and WL groups (mean difference, 1.55 [95% CI, -4.79 to 7.89]), suggesting that the 3-point difference reflects different recovery trajectories between the PE and WL groups (Figure 4). Omitting CA-2 did not change the significant group difference between the SSRI and WL groups (mean difference, 8.93 [95% CI, 0.86-17.0]) or between the placebo and WL groups (mean difference, 12.11 [95% CI, 4.29-19.9]).

Comparisons within strata

Table 2 presents pairwise group comparisons within strata, including the odds ratios (ORs) for dichotomous PTSD outcomes and the effect size estimates of CAPS total scores. The groups are composed of completers, partial completers, and noncompleters.

At 5 months (CA-2), fewer participants who received PE had PTSD compared with participants on the WL (OR, 0.21 [95% CI, 0.09-0.46]), and fewer participants who received CT had PTSD compared with participants on the WL (OR, 0.18 [95% CI, 0.06-0.48]). Participants who received PE did not differ from participants who received CT with regard to PTSD outcome (OR, 0.87 [95% CI, 0.29-2.62]), and participants who received SSRI did not differ from participants who received placebo with regard to PTSD outcome (OR, 0.77 [95% CI, 0.21-2.77]). At 9 months (CA-3), with regard to PTSD outcome, participants who received PE did not differ from participants on the WL (OR, 1.04 [95% CI, 0.40-2.67]) or from participants who received CT (OR, 0.92 [95% CI, 0.33-2.45]), and participants who received SSRI did not differ from participants who received placebo (OR, 0.82 [95% CI, 0.22-3.06]).

Repeated-measures ANOVA using CA-1 and CA-2 CAPS total scores as within-subjects variables showed significant group \times time interactions for the comparisons between the PE group and the WL group and between the CT group and the WL group, and nonsignificant group \times time interactions for the comparison between the SSRI subgroup and the placebo subgroup and between the PE group and the CT group. The observed group \times time interactions remained unchanged after controlling for age, sex, and initial PSS-SR scores.

Repeated-measures ANOVA using CA-1, CA-2, and CA-3 CAPS total scores for the PE-to-WL contrast showed a nonsignificant linear group \times time interaction ($F_{1,99} = 1.839, P = .18$) and a significant quadratic interaction ($F_{1,99} = 21.05, P < .001$). The latter reflects different recovery trajectories, with the WL group improving only upon receiving delayed PE (Figure 4).

Participants with partial PTSD

Of 54 survivors with partial PTSD, 9 (16.7%) were randomly assigned to receive PE, 12 (22.2%) received CT, 6 (11.1%) eventually received either SSRI or placebo, and 27 (50.0%) were randomly assigned to the WL. Of the 54 survivors with partial PTSD, 47 (87.0%) were assessed at the CA-2. Those assessed comprise 6 of 9 who received PE (66.7%), all 12 who received CT (100.0%), 5 of 6 who were in the SSRI/placebo group (83.3%), and 24 of 27 who were on the WL (88.9%). Of the 47 participants with partial PTSD who received a CA-2, only 5 (10.6%) had PTSD (none from the PE group, 1 from the CT group, 3 from the WL group, and 1 from the SSRI/placebo group).

To evaluate the effect of interventions, we compared participants assigned to "effective therapies" (ie, PE and CT; $n = 18$) with those on the WL ($n = 24$). The 2 groups had similar initial (CA-1) CAPS scores (mean [SD], 43.92 [2.66] vs 38.39 [12.29]; $F_{1,41} = 2.01, P = .17$) and similar 5-month (CA-2) CAPS scores (mean [SD], 20.54 [15.3] vs 19.22 [16.30]; $F_{1,41} = 0.08$). Repeated-measures ANOVA yielded a nonsignificant main effect of group ($F_{1,40} = 0.36$), a significant main effect of time

($F_{1,40} = 76.26, P < .001$), and a nonsignificant group \times time interaction ($F_{1,40} = 0.74$).

Effect of declining treatment

Participants who declined treatment ($n = 82$, of whom 79 were reached at CA-2) did not differ from the WL participants in CA-1 CAPS scores (mean SD, 70.10 [14.65] vs 71.66 [15.21]; $F_{1,173} = 0.47$) or CA-2 CAPS scores (mean [SD], 42.59 [27.5] vs 50.56 [27.51]; $F_{1,142} = 2.96$) ($P = .09$). Repeated-measures ANOVA comparing participants who declined treatment with participants on the WL showed a nonsignificant group effect ($F_{1,141} = 2.53, P = .12$), a significant time effect ($F_{1,141} = 1424.3, P < .001$), and a nonsignificant group \times time interaction ($F_{1,141} = 2.16, P = .15$). Compared with participants who received effective treatment (PE or CT; $n = 89$), those who declined treatment had significantly higher CA-2 scores (mean [SD], 42.59 [27.6] vs 28.92 [24.74]; $P < .001$). Repeated-measures ANOVA showed a significant ($F_{1,166} = 11.60, P < .001$) group \times time interaction.

Comment

The results of our study show that there are significant and similar preventive effects of PE and CT. Delaying PE did not affect the 9-month outcome. The escitalopram subgroup did not differ from the placebo subgroup or the WL group at 5 months; however, the escitalopram subgroup fared worse than all the other groups at 9 months. Participants with partial PTSD fared similarly well with or without treatment. The use of equipoise-stratified randomization allowed us to include participants who declined 1 or 2 treatment options and to additionally explore survivors' preferences regarding treatment.

To our knowledge, this is the first comparative study of early and delayed cognitive behavioral interventions for PTSD. Our finding suggests that delaying the intervention does not increase the risk of chronic PTSD. Delaying treatment somewhat reduced the number of treatment candidates: about a third of those with initial PTSD recovered by 5 months. For those who did not experience spontaneous recovery, however, delaying treatment prolonged the duration of symptoms.¹ Thus, a delayed intervention is an

acceptable option when early clinical interventions cannot be provided (eg, during wars, disasters, or continuous hostilities).

To our knowledge, this work is the first randomized controlled trial that used an SSRI to prevent PTSD. Participants who received escitalopram did not differ from those who received placebo (absolute risk reduction, 6.3% [95% CI, -24.6% to 37.3%]) or those on the WL at 5 months; however, participants who received escitalopram fared worse than other groups of participants at 9 months. This finding joins several other disappointing findings in studies on the pharmacological prevention of PTSD (eg, by propranolol hydrochloride, gabapentin, and benzodiazepines).^{13-15,33,34} Cortisol¹⁷ and, more recently, opiates³⁵ had some beneficial effect in severely injured survivors, but their clinical use for noninjured survivors requires extension and replications. The high refusal rate for SSRI or placebo (42.6%) in the equipoise-stratified randomization has led to small group sizes for both SSRI and placebo. Therefore, although clearly reflecting participants' preference, the sample size of the SSRI and placebo subgroups in our study does not yield enough statistical power to refute a potential preventive effect. This finding and the limited (20-mg) daily dose of escitalopram leave ample space for replications.

Our finding of the similar effects of PE and CT differs from the finding of Bryant et al⁸ of a better efficacy of PE relative to cognitive restructuring. The difference might be explained by the shorter interventions (5 sessions) in Bryant et al, by their more severe patients (full ASD), or by their addressing other traumatic events (about 70% assault survivors). Added to previous studies, our work extends the array of cognitive behavioral interventions for acute PTSD beyond exposure-based therapies.

The lack of an added beneficial effect of cognitive behavioral interventions on survivors with partial PTSD is in line with previous observations.^{11,12} This finding buttresses the need to reserve clinical interventions for PTSD to carefully diagnosed survivors.

Several studies have challenged the rationale for using individual resource-demanding clinical interventions to prevent PTSD. Norris et al³⁶ argued that individual therapies inappropriately exhaust the already depleted

community resources following major disasters. Zatzick et al^{37,38} suggested that need-focused interventions, collaboratively administered by relevant professionals and helpers, may have a larger population impact than clinical interventions. The documented barriers to mental health care¹⁰ further reduce the efficiency of clinical services.

Our study similarly illustrates the difficulty of bringing survivors to clinical interventions. However, the negative consequences of refusing care and the consistently documented efficacy of trauma-focused cognitive behavioral interventions, which our study supports, are compelling arguments for providing these clinical interventions. Future studies should evaluate simplified and more readily acceptable cognitive behavioral techniques (and the novel technologies to dispense them).

Our study is limited by the sample of civilian survivors of single, short traumatic events. Additionally, our sample includes referrals from emergency services and thus a number of participants who had a physical injury. Furthermore, our study group sizes did not allow us to further explore the factors underlying the heterogeneity of treatment responses or the effect of treatment completion. Nonetheless, the following conclusions are warranted: (1) Distressed trauma survivors should have their symptoms carefully diagnosed before starting clinical treatment. (2) Survivors with persistent PTSD symptoms should be encouraged to engage in early, trauma-focused cognitive behavioral therapies. (3) Under service-delivery constraints, health care providers can safely delay the onset of interventions until resources become available. (4) Future studies should further evaluate the timing and efficacy of the early use of pharmacotherapy for the prevention of PTSD.

References

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060. [PubMedGoogle ScholarCrossref](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7492257/)
2. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the

1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-6329672053 [ArticlePubMedGoogle ScholarCrossref](#)

3.Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13-2215229303 [PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

4.Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023-103216507803 [ArticlePubMedGoogle ScholarCrossref](#)

5.Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:(suppl 5) 4-12, discussion 13-1410761674 [PubMedGoogle Scholar](#)

6.National Institute for Health and Clinical Excellence. *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. London, England: Gaskell and the British Psychological Society; 2005. National Clinical Practice Guideline 26

7.Institute of Medicine of the National Academics. Treatment of PTSD: an assessment of the evidence brief report, 2007. Institute of Medicine of the National Academics Web site: <http://www.iom.edu/?id=47389>. Accessed August 15, 2011

8.Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1780-178610553743 [PubMedGoogle Scholar](#)

9.Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD00338817636720 [PubMedGoogle Scholar](#)

10.Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, Cahill C, Creamer M. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(6):659-

66718519824

[ArticlePubMedGoogle ScholarCrossref](#)

11.Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):293-30119188285[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

12.Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, de Vries MH, Gersons BP. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):82-9017202548[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

13.Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD00279516437445[PubMedGoogle Scholar](#)

14.Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):923-93218157888[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

15.Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB, Cahill L, Orr SP. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*. 2002;51(2):189-19211822998[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

16.Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, Marmar CR. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry*. 2003;54(9):947-94914573324[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

17.Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Briegel J, Dagge A, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Nollert G, Kapfhammer HP. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry*. 2004;55(6):627-63315013832[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

18.Shalev AY, Ankri Y, Peleg T, Israeli-Shalev Y, Adessky R, Freedman S. Barriers to receiving early care for PTSD: results from the

- Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Psychiatr Serv.* 2011;62(7):765-77321724790PubMedGoogle ScholarCrossref
- 19.Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and the clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 2000;13(2):181-19110838669PubMedGoogle ScholarCrossref
- 20.Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess.* 2000;12(1):61-6810752364PubMedGoogle ScholarCrossref
- 21.Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* 1995;8(1):75-907712061PubMedGoogle ScholarCrossref
- 22.Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Chamey DS, Keane TM. *Instruction Manual: National Center for PTSD Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Forms 1 and 2.* Boston, MA: Behavioral Science Division; Neurosciences Division: West Haven: CT; 1990
- 23.First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997
- 24.Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder, the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess.* 1997;9:445-451Google ScholarCrossref
- 25.Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(6):985-98810596520PubMedGoogle ScholarCrossref
- 26.Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry.* 1999;156(3):360-36610080549PubMedGoogle Scholar
- 27.Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 2003;53(9):789-79512725971PubMedGoogle ScholarCrossref

28. Shalev AY. Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(8):505-509 [1500932PubMedGoogle ScholarCrossref](#)
29. Lavori PW, Rush AJ, Wisniewski SR, Alpert JM, Fava M, Kupfer DJ, Nierenberg A, Quitkin FM, Sackeim HA, Thase ME, Trivedi M. Strengthening clinical effectiveness trials: equipoise-stratified randomization. *Biol Psychiatry.* 2001;50(10):792-801 [11720698PubMedGoogle ScholarCrossref](#)
30. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M. STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):28-40 [16390886PubMedGoogle ScholarCrossref](#)
31. Hembree EA, Foa EB, Dancu CV. *Prolonged Exposure (PE) Manual, Revised Version.* Philadelphia, PA: University of Pennsylvania; 1999
32. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(4):317-325 [9554427ArticlePubMedGoogle ScholarCrossref](#)
33. Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectr.* 2005;10(2):99-106 [15685120PubMedGoogle Scholar](#)
34. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1996;57(9):390-394 [9746445PubMedGoogle Scholar](#)
35. Holbrook TL, Galarneau MR, Dye JL, Quinn K, Dougherty AL. Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med.* 2010;362(2):110-117 [20071700PubMedGoogle ScholarCrossref](#)
36. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak, part I: an empirical review of the

empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002;65(3):207-23912405079[PubMed](#)[Google Scholar](#)[Crossref](#)

37.Zatzick D, Roy-Byrne PP. From bedside to bench: how the epidemiology of clinical practice can inform the secondary prevention of PTSD. *Psychiatr Serv*. 2006;57(12):1726-173017158486[PubMed](#)[Google Scholar](#)[Crossref](#)

38.Zatzick DF, Galea S. An epidemiologic approach to the development of early trauma focused intervention. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):401-41217721951[PubMed](#)[Google Scholar](#)[Crossref](#)

Наукове видання

Упорядник:
Михайлова О. І.

**СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ
СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У
ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

Хрестоматія.

Частина І.

Теоретичні основи та діагностика травми та посттравматичного
стресового розладу

Технічний редактор – І. П. Борис

Видання друкується за авторським редагуванням

Підписано до друку 30.11.2022 р.
Гарнітура Times New Roman
Замовлення №

Формат 60x84/16
Обл.-вид. арк. 11,41
Ум. друк. арк. 14,53

Папір офсетний
Ел. видання



Видавництво
Ніжинського державного університету
імені Миколи Гоголя.
м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3А
(04631) 7-19-72
E-mail: vidavn_ndu@ukr.net

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2137 від 29.03.05 р.