

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Научно-практический журнал

Основан в 1995 году

№ 4 (64), 2023

Донецк • 2023

Главный редактор:

В. А. Абрамов

Заместитель главного редактора:

Т. Л. Ряполова

Ответственный секретарь:

А. А. Бойченко

Редакционная коллегия:

А. В. Абрамов (Донецк)
Т. И. Букановская (Владикавказ)
Р. А. Грачев (Донецк)
Н. Л. Зуйкова (Москва)
Л. К. Максимов (Волгоград)
Г. С. Рачкаускас (Луганск)
В. В. Свиридова (Донецк)
С. В. Титиевский (Донецк)
Т. В. Черникова (Волгоград)
Е. В. Киосева (Донецк)

Редакционный совет:

Ю. А. Александровский (Москва)
Г. А. Игнатенко (Донецк)
А. Э. Багрий (Донецк)
В. Г. Заика (Ростов-на-Дону)
Д. О. Ластков (Донецк)
Д. В. Плотников (Курск)
Б. С. Положий (Москва)
В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)
И. И. Шереметьева (Барнаул)
А. Г. Соловьев (Архангельск)
С. В. Ваулин (Смоленск)
А. В. Сахаров (Чита)
О. В. Кремлева (Екатеринбург)

Журнал психиатрии и медицинской психологии
Рецензируемый научно-практический
медицинский журнал

Journal of Psychiatry and Medical Psychology
Peer-reviewed scientific practical
medical journal

Основатель и издатель:

Федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий
государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Адрес издателя:

Российская Федерация,
283001, Донецкая Народная Республика,
г. Донецк, пр. Ильича, 16.

Адрес редакции:

Российская Федерация,
283008, Донецкая Народная Республика,
г. Донецк, ул. Одинцова, 19.
Республиканская клиническая психиатрическая
больница МЗ ДНР. Кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Журнал включен в Перечень рецензируемых
научных изданий, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций (Приказ Министерства образова
ния и науки Донецкой Народной Республики
№ 1075 от 05.12.2018 г.).

Журнал зарегистрирован и индексируется
в Российском индексе научного цитирования
(РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals
Directory.

Рекомендовано к изданию Ученым советом
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Подписано в печать 30.12.2023.

Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 12,55.

Тираж 100 экз. Зак. № 215-24.

Отпечатано в типографии «ИП Кириенко С.Г.»
Государственная регистрация РФ от 10.01.2023 г.
ОРГНИП 323930100004282
283014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105.

Распространяется бесплатно.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ	Стр.	GENERAL QUESTIONS OF PSYCHIATRY
В. А. Абрамов, Е. В. Бабура, Е. А. Абрамова Нарративный анализ в психиатрии: на примере посттравматических стрессовых расстройств	5	V. A. Abramov, E. V. Babura, E. A. Abramova Narrative analysis in psychiatry: on the example of post-traumatic stress disorder
С. В. Титиевский, Н. В. Побережная, Л. А. Гашкова, В. Н. Черепков Использование данных современной доказательной медицины как основы преподавания профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств (Сообщение 1)	20	S. V. Titievsky, N. V. Poberezhnaya, L. A. Gashkova, V. N. Cherepkov The modern evidence-based medicine data using as a basis for prevention and treatment of combat stress disorders teaching (Report 1)
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ		QUESTIONS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION IN PSYCHIATRY
Т. Л. Ряполова, А. А. Бойченко, О. Г. Токарева Роль вовлеченности в формировании психологического благополучия первокурсников медицинского университета	27	T. L. Ryapolova, A. A. Boychenko, O. G. Tokareva The role of involvement in shaping the psychological well-being of first-year medical university students
О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов Нейронное программирование показателя «Расстройство адаптации» у лиц молодого возраста на основе личностно-ориентированного подхода	32	O. N. Golodenko, V. Al. Abramov Neural programming of the indicator «Adjustment disorder» in young people based on a personality-oriented approach
В. Ал. Абрамов, О. Н. Голоденко, Е. А. Абрамова Особенности влияния мотивационного фактора на развитие посттравматических стрессовых состояний у военнослужащих	40	V. Al. Abramov, O. N. Golodenko, E. A. Abramova Features of the influence of motivational factors on the development of post-traumatic stress conditions in military personnel
В. В. Мельниченко Потенциал ресурсов саморегуляции у военнослужащих, длительно пребывавших в условиях боевого травматического стресса	46	V. V. Melnichenko Potential of self-regulation resources in military servicemen, who stayed for a long time in conditions of combat traumatic stress
А. А. Альмешкина Суверенность психологического пространства личности пациентов психиатрических клиник с различным уровнем личностной дезорганизации	56	A. A. Almeshkina The sovereignty of the psychological space of the personality of psychiatric patients with different levels of personal disorganization

	Стр.
Е. О. Трошина Динамика влияния стресса военного времени на развитие признаков депрессии, тревоги и посттравматических симптомов у первокурсников	61
С. Р. Коваленко, А. А. Альмешкина, К. В. Ковалева Особенности иррациональных установок военнослужащих, находящихся в условиях боевого стресса	67
С. А. Вильдгрубе, Г. М. Фирсова Ценностно-смысловая сфера лиц, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий	77
И. А. Синявская Сравнительный анализ результатов применения шкалы тревожности у дошкольников при расстройствах аутистического спектра в условиях воздействия психосоциального стресса	88
А. И. Мелёхин Повторяющиеся формы травмирующего поведения сфокусированных на коже: специфика обследования и тактика когнитивно-поведенческой терапии	95
E. O. Troshina Dynamics of the influence of wartime stress on the development of symptoms of depression, anxiety and post-traumatic stress in first-year students	
S. R. Kovalenko, A. A. Almeshkina, K. V. Kovaleva Features of irrational attitudes of military servants under conditions of combat stress	
S. A. Wildgrube, G. M. Firsova The value-semantic sphere of persons who experienced a situation of vital threat during military operations	
I. A. Synyavskaya Comparative analysis of the results of using the anxiety scale in preschoolers with autism spectrum disorders under the influence of psychosocial stress	
A. I. Melehin Body-focused repetitive behaviors: the specifics of the examination and tactics of cognitive behavioral therapy	

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89:159.944

В. А. Абрамов, Е. В. Бабура, Е. А. Абрамова

НАРРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ В ПСИХИАТРИИ: НА ПРИМЕРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Теория и практика современной психиатрии содержит основания для выделения, по крайней мере, трех базисных традиций ее концептуального выражения, связанных с различными мировоззренческими представлениями в этой области и, соответственно, с различными предметами исследования:

Естественнонаучная (классическая, официальная, медико-биологическая) традиция:

- представление о человеке как о биологическом объекте, организме, объективно существующей реальности, ограниченной пространством и временем;
- психиатрия — биологическая, субчеловеческая дисциплина, реализуемая в рамках медицинской модели, методологии медицины;
- предмет исследования — психика как продукт деятельности высокоорганизованной материи — головного мозга; психические расстройства, обусловленные нарушением нейромедиаторного метаболизма;
- психическое расстройство — определенная совокупность психопатологических симптомов, соответствующая определенным диагностическим критериям.

Эта традиция включает в себе дистанцирование от оценки субъективных переживаний пациента, его страданий, личностных дисфункций и в целом от жизни пациента с болезнью.

Неклассическая, экзистенциально-феноменологическая традиция:

- представление о человеке как о субъекте своего внутреннего мира, субъек-

тивной реальности, идеальной, бесконечной и неповторимой, данной ему в его психических явлениях, переживаниях и т. д.;

- психиатрия — личностно-ориентированная дисциплина, реализуемая в рамках гуманитарной модели;
- предмет исследования — личность как совокупность ее позитивных качеств; дисфункциональные состояния личности;
- психическое расстройство — индивидуальный опыт подлинных болезненных переживаний.

Интегративно-антропологическая традиция:

- представление о человеке как целостной системе, состоящей из единой био-душевно-духовной субстанции, его бытийных возможностях;
- психиатрия — собственно человеческая дисциплина, реализуемая в рамках индивидуальной целостности человеческого бытия многослойной системы знаний, охватывающий весь жизненный опыт человека, его бытие-в-мире;
- предмет исследования — подлинные переживания (непосредственно данные феномены), личностный и экзистенциальный потенциал;
- психическое расстройство — нарушение био-душевно-духовной целостности и единства человека, индивидуальный онтологический опыт дезорганизации человеческого существования, нарушение самого человеческого в че-

ловеке — ценностно-смысловой сферы личности.

В контексте этих подходов концептуальное и мировоззренческое отношение к психиатрии определяется точкой зрения, с которой рассматривается человеческое бытие: преимущественно как единство и целостность всех его составляющих или как его разделение на духовность и его противоположность — телесность (психофизиологическое). В первом случае речь идет о системно-антропоцентрическом, собственно человеческом понимании пациента как духовной личности, имеющей потенциал самореализации и противодействия болезни. Такое понимание психиатрии соответствует определению психического здоровья ВОЗ (состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества), а также отнесению к основным критериям психического здоровья осознания собственной идентичности и способности к саморегуляции, т. е. базовых характеристик личности человека. Во втором случае понимание пациента редуцируется до одного из уровней психофизического антагонизма и противоречивых методологических подходов к содержанию лечения. При этом гуманитарные, феноменологические, экзистенциально-личностные и другие методы антропоцентрического, собственно человеческого спектра, позволяющие понять внутренний мир пациента, получить информацию о позитивных (ресурсных) особенностях личности, практически не используются, оставляя за пределами познания то, что на самом деле является предметом исследования в психиатрии — субъективное жизненное пространство пациента.

Как известно, любая наука, любая медицинская дисциплина базируется на системе определенных знаний как фундаментальной основе профессиональной деятельности. Любая методология психиатрического исследования должна опираться на поиск возможности доказать, что психиатрические знания — это факт, а не заблуждение, на стремление к легитимизации (объективизации) научных знаний. Такой возможностью с точки зрения принципов научного познания может обладать только такой метод, который в значительно большей мере, чем клинический, соответствует предмету исследования — внутреннему миру че-

ловека, его интрапсихическим переживаниям, субъективному психическому опыту. В полной мере это относится к так называемому дискурсивному анализу.

Дискурс является одним из ключевых понятий в теории и практике гуманитарных дисциплин, в том числе психиатрии, как специфической сфере человеческой деятельности с присущей ей совокупностью речевых действий и коммуникативных практик.

По мнению Ю. С. Степанова [1], дискурс — это особый вид социальной данности, особый лексикон и особая семантика, — в конечном счете — особый мир, в котором действуют свои правила истинности. Это «возможный (альтернативный) мир» в полном смысле этого логико-философского термина. Каждый дискурс — это один из возможных миров, это способ артикуляции определенных социальных практик, которые конструируют и воспроизводят специфические значения и смыслы, формируют систему взглядов.

Исследование психического статуса пациента, целью которого является распознавание психопатологических переживаний пациента невозможно без анализа его высказываний, т. е. без дискурсивного анализа. Дискурс-анализ — это анализ переживаний (структур внутреннего мира пациента) путем исследования предметно-содержательной стороны речевой коммуникации или устного взаимодействия психиатра с пациентом и репрезентации высказываний последнего. Дискурсивный анализ исходит из того, что пациент — это субъект дискурса, а его речевая деятельность конструирует его психопатологическую реальность.

Психиатрия как дискурсивная практика стремится к непосредственной и непрерывной реализации определенных дискурсов во множестве коммуникативных событий (бесед с пациентом) в разном контексте и в разных ситуациях. Проведение дискурсивного анализа предполагает понимание объекта психиатрии (психический мир человека) как дискурсивную конструкцию, а диагностического исследования как коммуникативного акта, реализуемого в виде нарративных, дескриптивных, перформативных и декларативных дискурсов (высказываний), имеющих различную познавательную ценность.

Дискурсы как коммуникативные практики, имеющие отношение к психиатрии, можно разделить на классические (медико-биологические и неклассические (гуманитарные, лич-

ностно-ориентированные) дискурсы. Классический психиатрический дискурс проявляется в виде дескриптивных (описательных) практик, а гуманитарный дискурс как понимающий (нарративный) дискурс.

Классический психиатрический дискурс — это дескриптивный или описательный дискурс, исторически сформировавшийся на основе постулатов и конвенциональных положений. Дескриптивный дискурс-анализ представляет собой набор методов качественного и количественного анализа. Он стремится описать и объяснить существующую реальность через различные правила и стратегии интерпретации дискурса. Хотя формально такой анализ лишен идеологической составляющей, решающую роль в нем играет личность исследователя, поэтому соотношение анализа и интерпретации зависит от поставленных задач и используемых методов.

После выхода в 1845 г. книги В. Гризингера «Патология и лечение психических болезней» [2] в мировом психиатрическом сообществе без каких-либо доказательств произошло утверждение положения о том, что психические заболевания являются результатом дисфункции головного мозга. За этим последовали многочисленные конвенциональные описания различных психиатрических дискурсов — канонов, так или иначе конституирующих понимание психиатрии как медико-биологической науки: от представлений о сущности психических расстройств до их классификации и способов лечения. Эти психиатрические интерпретации со временем получили всеобщее признание, стали частью профессионального языка психиатров, их тезауруса (специальной терминологии), превратились в модель психиатрии как «науки».

Классический психиатрический дискурс сформировался, не выходя за рамки первичного понимания термина «психиатрия» — лечение души. Поэтому он фиксирует специфику восприятия данной сферы как медико-биологической дисциплины, обеспечивая как разновидность социального действия решение всех институциональных проблем в этой области, выполнение своей роли и манипулятивных практик в более широком социокультуральном дискурсе и дискурсе человеческого бытия. Встраиваясь в него, он обеспечивает жесткий контроль за развитием этого дискурса и недопущение всякого «инакомыслия» в этой области (например, дезавуирование движения антипсихиатров в XX веке). Классиче-

ский психиатрический дескриптивный дискурс интерпретируется как показатель приверженности психиатрии к конвенционально выработанной системе взглядов, исключающих возможность сконструировать новую реальность. Ярким выражением этого является МКБ (DSM), центральной идеей которых является достижение высокой воспроизводимости в диагностических оценках при одновременном постулировании их атеоретичности. Институт классической психиатрии можно представить как систему, так или иначе отраженную в дискурсе, т.е. как частично фиксированную систему правил, которые связаны между собой определенным образом. Считается, что психиатрический дискурс — это завершенная конструкция, включающая различные формы осуществления власти, принуждения и дискриминации, поэтому данная дескриптивная система построена по принципу иерархии [3, 4].

Классическая психиатрия представляет собой дискурс, постулирующий (повествующий) всю психиатрическую проблематику (классификацию, диагностические критерии, терапевтические практики и др.) с позиции методологии медицины, не располагающей инструментами для распознавания субъективной реальности пациента. Этот дискурс, принятый к использованию в клинической практике, ставший первичным в лечебно-диагностическом процессе, несмотря на его несоответствие принципам научного познания, существенно тормозит появление новых идей, формирует территорию табу или паллиативные попытки что-либо усовершенствовать (дополнить, изменить), но оставаясь при этом в рамках классической биомедицинской парадигмы. Жизнестойкость этого дискурса поддерживается законодательными актами, инструкциями, методическими рекомендациями, клиническими протоколами оказания психиатрической помощи. Как утверждал М. Фуко [5], современная психиатрия — это власть психиатрических знаний, распространяющая свое влияние через создание доминирующих дискурсов, не всегда соответствующих реальности.

Однако реальность традиционной, классической психиатрии такова, что не позволяет рассматривать психиатрические знания в системе знаний научных:

1. Психиатрия не располагает научными знаниями о природе, сущности и механизмах психики человека и психических расстройств.

2. МКБ-10 не содержит в себе теоретического смысла (атеоретична) и «не претендует на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах; классификация является результатом произвольной договоренности, она лишена научных оснований, и предназначена, прежде всего, для статистических целей.

3. Клинические методы исследования, используемые в психиатрии, не являются инструментами научного познания в связи с невозможностью непосредственного восприятия субъективных жизненных явлений (травмирующих переживаний и страданий) извне.

4. Человек с психиатрическим диагнозом, не учитывающим мир субъективных переживаний пациента, его личностный потенциал (предмет исследования в психиатрии), теряет статус человека и превращается в совокупность симптомов и диагностических категорий; психиатрия в этом случае не вписывается в ранг гуманитарных дисциплин.

5. Не существует научных оснований медикаментозного лечения, ориентированного исключительно на симптоматическое восстановление (купирование симптомов) и не затрагивающего подлинной психопатологической реальности пациента.

Приведенный уровень психиатрических знаний, отражающий парадигму естественно-научной психиатрии, свидетельствует о том, что ни по одному из аспектов психиатрия не соответствует ни статусу науки, ни статусу клинической (медицинской дисциплины).

Знания (в современной эпистемологии) — это отражение действительности в сознании человека; это реальное положение дел, обоснованное *фактами* и рациональными аргументами убеждение человека. В связи с отсутствием достоверных, объективных, фактологических данных, психиатрические знания — это квази (псевдо) знания, полученные путем согласования произвольных, ничем не подтвержденных представлений о природе и сущности психической жизни человека в норме и патологии. Поэтому все традиционные положения психиатрии, ее институциональные (законодательно прописанные) нормы основаны или на постулатах, или на гипотезах, или, чаще всего, на вере.

В современных учебниках и руководствах психиатрия рассматривается как наука и отрасль клинической медицины, изучающая психические расстройства через призму меди-

цины, методы их диагностики, профилактики и лечения. Такое понимание этой дисциплины ничем не отличается от определения психиатрии, предложенного еще в 1845 году немецким психиатром Вильгельмом Гризингером как учения о распознавании и лечении психических болезней. Это определение, по мнению ряда современных авторов, содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины [6] и точно формулирует стоящие перед ней задачи [7].

Многочисленные попытки односторонней медикализации психиатрии, не учитывающие ее гуманитарных субъективно-личностных и экзистенциальных аспектов, сопровождались малопродуктивным поиском этиопатогенетических механизмов психических расстройств и безуспешными попытками объективизации способов и методов их выявления. До настоящего времени диагностика в психиатрии не имеет своего специфического метода. В силу неопределенности объекта исследования (тело или душа) она представляет собой эклектическое сочетание методологических подходов медицины, включая метод клинического исследования, методы, представленные нейронауками, и методы собственно психологического исследования.

Процесс поиска способов получения достоверных знаний о психическом состоянии человека, то есть знаний, не имеющих объективного выражения, всегда и в современных условиях, в частности, ограничивался клинико-психопатологическим исследованием, включающим беседу (опрос) с пациентом и наблюдение за его поведением.

В отличие от диагностики соматических заболеваний, опирающейся на знание патогенетических механизмов и объективных методов их выявления, психиатрическая диагностика осуществляется на основе конвенциональных диагностических критериев, применяемых в конкретный исторический период развития общества и науки. Клинико-психопатологическое исследование — это в значительной степени субъективный и вероятностный процесс, по умолчанию, направленный исключительно на выявление симптомов, не отражающих, однако, подлинных переживаний пациента и их феноменологической структуры. Довольно убедительно об этом писали в своем учебнике «Психиатрия» Н. М. Жариков и соавт. [8]: «Приоритет клинического метода, подчиненное положение инструментальных методик дают повод для обви-

нений в субъективизме диагностики в психиатрии. Отрицание возможности объективного диагноза в психиатрии ведет к отрицанию существования психических болезней вообще и самой психиатрии как науки».

Дескриптивный психиатрический дискурс применительно к описанию психического статуса с использованием методологии медицины (т. е. с выявлением симптомов), но без знания патогенеза психических расстройств, содержания и качественных характеристик психопатологических переживаний пациента — это исторически сложившийся подход к произвольной интерпретации событий его внутреннего мира, субъективный взгляд на модель психиатрии, которая в этом случае может восприниматься не как научная дисциплина, а, скорее, как представление о психиатрии, соотнесенное не с фактами, а с аргументами принятого дискурса («кто-то рассказывает кому-то, что что-то произошло» — Барбара Х. Смит) — произвольной интерпретации высказываний пациента, их логика, как правило, строго номиналистична и не имеет экзистенциальных значений.

Пациент в рамках этого дискурса, в отличие от личностно-ориентированных подходов, воспринимается врачом-психиатром как *объект расспроса* и интерпретации его результатов без проникновения в его подлинные переживания. Традиционно описываемый психиатрический статус в этом случае — это аспект патологических переживаний пациента, оторванных от его личного опыта, приписываемых человеку в определенном культурном контексте. Психиатр при этом опирается на многократно воспроизводимые диагностические критерии.

Текстовые характеристики как обобщенные критерии диагностики и значения словесных конструкций (высказываний) пациента приобретают характер «символического зонтика», который актуализируясь при последующих диагностических ситуациях, становится основополагающей мыслительной конструкцией врача-психиатра. Через эти конструкции, а не через распознавание индивидуальной идентичности, осуществляется восприятие им содержания высказываний пациентов, ограничиваясь отношением к пациенту как к «символическому зонтику», утрачивается необходимость выявления индивидуальных переживаний пациента. МКБ-10 в этом случае можно рассматривать как сборник символических нарративов (повествований), представ-

ляющихся правомерными в рамках официальных психиатрических доктрин.

В учебниках и руководствах для врачей в разделе методов обследования, помимо клинико-психопатологического метода, приводятся методы психологического, нейрофизиологического, нейрорентгенологического методов, диагностическая информативность которых с точки зрения выявления и описания психопатологических переживаний пациента минимальна.

Нейровизуализационные методы позволяют изучать деятельность головного мозга, однако, они не содержат какой-либо информации о содержании и механизмах возникновения психопатологических переживаний пациента. Психологические (патопсихологические, нейропсихологические) методы исследования в рамках медико-биологической модели психических расстройств не могут считаться адекватными методами и носят вспомогательный характер.

Таким образом, структурное построение классического психиатрического дескриптивного дискурса не учитывает его связь с контекстом, т. е. с системой внутренних и внешних условий жизни и деятельности человека, его индивидуально-психологические особенности, знания и опыт, которые влияя на восприятие и понимание конкретной ситуации, придают ей смысл. Высказывания пациента в рамках этого дискурса фиксируется в процессе стандартных процедур расспроса и описания его результатов в виде психопатологических симптомов.

Классический психиатрический дискурс — это полное нивелирование субъектности человека, выпадение его внутреннего мира не только из дискурса, но и из бытийного пространства как такового.

Нарративный дискурс — это понимающий дискурс, формирующийся в условиях диалогического взаимодействия врача и пациента. Именно этот дискурс является инструментом познания психических (психопатологических) явлений, определяя характер их взаимодействия как интерактивного процесса и коммуникативного события.

В классической психиатрии не принято использовать понятие «нарратив», «нарративный анализ», поскольку традиционно проводимый расспрос пациента не предусматривает изучение его уникального жизненного опыта, целостной ценностно-смысловой картины его субъективного мира. Однако в связи с невоз-

возможностью применения рационального научного познания при изучении внутреннего мира пациента нарративный психиатрический дискурс, позволяющий интерпретировать высказывания и содержание его интрапсихических переживаний, приобретает решающее значение для структурирования психопатологической реальности больного. Именно таким образом может быть осуществлена относительная легитимизация профессиональных знаний в психиатрии.

Нарративный подход в психолого-психиатрической практике рассматривается как самостоятельное постмодернистское направление, как организующий принцип, лежащий в основе человеческих действий и поступков [9].

Подчеркивая роль нарративов в конструировании социальной реальности, С. В. Герасимов [10] обращает внимание на то, что содержащиеся в наррации смыслы и опыты служат инструкцией для потенциального или реального действия. Таким образом, нарратив служит инструментом расширения представления о реальности далеко за границами персонального опыта. Нарративы не просто способ организации информации, но и ключевой механизм формирования нашего опыта, идентичности и социальных отношений. Другими словами, нарратив творит реальность [11].

Нарративный дискурс в психиатрии, как и в других гуманитарно-ориентированных дисциплинах определяется предметом исследования. В отличие от так называемой биологической психиатрии, таким предметом является не психическое расстройство, проявляющееся теми или иными симптомами, а человек с его сложной душевно-духовно-социо-телесной организацией, предполагающей широкое представительство в развитии психических расстройств физиологических, психологических, экзистенциально-духовных, социальных и других антропоцентрических механизмов.

Нарративная практика в психиатрии представлена системой интерпретации высказываний пациента или субъективно-психологической реконструкцией событий психического мира (болезненных и ресурсных) конкретного пациента. Интерпретация высказываний пациента является сложным и многогранным процессом, требующим внимания к деталям, гибкости мышления и умения анализировать различные аспекты коммуникации. Это процесс понимания

и разъяснения значения высказанных мыслей и идей, смысловой нагрузки слов и выражений, анализа контекста и оттенков значения, единственный способ разобраться в переживаниях пациента.

Таким образом, полноценное психиатрическое исследование представляет собой дискурсивную, личностно-ориентированную практику как процесс непрерывной, интерактивной речевой и неречевой коммуникации (диалогового взаимодействия) врача-психиатра и пациента. Дискурсивный подход делает акцент на репрезентативных (перформативных), смыслообразующих и ценностно-ориентированных стратегиях. Поэтому дискурсивная (нарративная) компетенция врача-психиатра заключается не в умении проводить опрос, а в способности использовать определенные стратегии (дискурсивные практики) для содержательного общения (диалога) в ходе диагностического исследования.

Рассуждения пациента, его речевые конструкции в дискурс-аналитическом исследовании рассматриваются как дискурсивные действия. Фокус исследования перемещается с *описания* исследуемых феноменов как части внутренней жизни пациента (дескриптивные практики) на *понимание* их как конструкций, касающихся переживаний отдельных событий, т. е. на обращение к более широкому контексту человеческих отношений (нарративные практики).

В рамках личностно-ориентированной (холистической, антропоцентрической) психиатрии в основе дискурсивного анализа лежит идея языкового конструирования психической (психопатологической) реальности, отражающей неповторимую субъективность пациента, который рассматривается *не как объект расспроса и выявления симптомов, а как субъект высказываний*. Дискурсивный анализ позволяет не только описать (репрезентировать) те или иные психопатологические симптомы, но и что значительно важнее — конструировать субъективные характеристики внутреннего мира пациента: переживаний, событий, феноменов. Психопатологическая реальность в этом случае понимается как совокупность дискурсивных практик, отражающих невозможность полноценно использовать (упорядочивать) свой опыт для того, чтобы придать смысл событиям и поступкам своей жизни. При этом внимание уделяется не только содержанию высказываний пациента, но и самой форме его рассуждений, его пози-

ции, которую он занимает в процессе коммуникации с врачом.

Что означает профессиональное восприятие пациента врачом-психиатром, использующим нарративный подход? Позволяет ли он избежать предвзятого мнения об индивидуальных особенностях пациента, ориентируясь на стандартные и унифицированные дескриптивные диагностические признаки психического расстройства? Какие нарративы отражают истинное содержание психиатрических знаний? Или «правильных» интерпретаций психиатрической проблематики, в частности психиатрического статуса не существует, ибо ни одна интерпретация как субъективный процесс не соответствует подлинному содержанию реальности? Ответы на эти вопросы имеют непосредственное отношение к разрешению кризисных явлений в психиатрии — трансформации привычных, но малоинформативных медико-биологических нарративов и разработке методологических подходов, позволяющих легитимизировать процесс распознавания, анализа и интерпретации психопатологических переживаний.

Нарратив — это не только важный коммуникативный инструмент и интегративная языковая способность, это повествование пациента о своей жизни, ее проблемах, создающее некую реальность представлений о ней и текущем состоянии пациента. Это повествование о своих непосредственных переживаниях и содержании того, что переживается (контекст), высказывания, отражающие сопряженность рационально-прагматических и эмоционально-интуитивных форм жизни, полное и всестороннее описание психопатологических феноменов в контексте их существования, непосредственно связанное с возможностью интерпретации и понимания нормальных и болезненных смыслов, в том числе т.н. «неверных мнений» [12] и аномальных, не соответствующих действительности переживаний [13]. Нарративный диагноз в идеале — это собственная версия психиатра о целостной ценностно-смысловой картине жизненного пути пациента, в том числе связанного с болезнью, основанная на результатах диалогового взаимодействия с пациентом и интерпретации врачом-психиатром содержания этого взаимодействия. Терапевтический аспект нарративного подхода заключается в создании условий для того, чтобы пациент мог самостоятельно осознать ограниченность и бессмысленность влияния на него доминирующих в данный мо-

мент болезненных переживаний или текущих, неблагоприятных жизненных историй.

Основная идея нарративной психопатологии заключается в том, что повествование пациента о своей жизни и своем состоянии является не столько источником для определения симптомов, сколько инструментом (основным способом), с помощью которого пациент конструирует свой опыт (в т.ч. травматический), раскрывает свои переживания, особенности собственной идентичности (по версии ВОЗ осознание своей идентичности — главный критерий психического здоровья), понимания себя и окружающих, ценностно-смысловых ориентиров пациента, его способности контролировать эмоции и поведение. Неспособность конструировать смысловые и связанные нарративы может рассматриваться как проявление психического неблагополучия.

При этом следует иметь в виду, что нарративные знания — это не научные знания, которые являются преимущественно денотативными, т.е. отвечающими критерию истинности или ложности. Кроме того, научные знания опираются на определенный фундамент, необходимый для своего существования (аргументы, доказательства). Поэтому нарративный анализ в психиатрии, не являясь в полной мере легитимным процессом, тем не менее, представляет социально сформированную, устойчивую речеповеденческую модель передачи информации о психиатрическом индивидуально-личностном опыте пациента. А. Лэнгле [14] в этой связи отмечал, что со стороны внешнего наблюдателя проявления личностного начала в другом человеке можно увидеть и почувствовать:

1. В особенном блеске глаз, отражающем полную включенность в происходящее; в звучании голоса, идущего, словно из самой глубины человека; в плавности и соразмерности движений, в ощущении спокойствия, внутренней прочности, уверенности, целостности, которое словно бы излучается таким человеком.

2. В диалогическом формате беседы, когда с откровенностью, взаимопониманием и эмпатией происходит глубокое внутреннее общение с собеседником и словно бы открывается возможность прикоснуться к самой сокровенной его сердцевине.

Освещая особенности нарративной практики, при оказании психологической (психотерапевтической) помощи, в том числе при

травматическом стрессе, Л. Г. Степанова [15] выделяет ряд уникальных аспектов (преимуществ) нарративного подхода:

1. Пациенты рассматриваются как специалисты (эксперты) в собственной жизни, в своей проблеме и целях, которые хотят достичь. А профессиональная позиция врача (психолога) предполагает уважительное, заинтересованное отношение к любым человеческим историям.

2. Такая позиция предполагает, что «Люди — это не проблемы, проблемы — это проблемы». При этом проблематизируется проблема, а не человек, что исключает эффект «приклеивания ярлыков».

3. В свою очередь врач находится в позиции «незнания», которая характеризуется неподдельным любопытством, искренним желанием задавать вопросы, на которые он не знает ответа. Такая «не экспертная» позиция позволяет совместное исследование проблемы пациента.

4. Всегда существует множество различных направлений, по которым может протекать беседа с пациентом, нет какого-то одного «правильного» хода беседы, известного врачу как эксперту.

5. Психологическая помощь сфокусирована на том, как пациенты выражают свой опыт. Эти акты выражения опыта переживания мира или жизни есть интерпретации (через язык), посредством которых пациенты придают смысл своему опыту и делают его понятным для себя и для других. Смысл и опыт нераздельны.

6. Психологическая помощь в рамках этого подхода предлагает пациентам возможность рассказать и пересказать, воплотить и перевоплотить определенные истории своей жизни; открыть альтернативные знания и умения, которые содержатся в этих новых выражениях опыта.

Нарративный подход помогает взглянуть на свою жизнь с ресурсной позиции, дистанцироваться от непосредственно переживаемого травмирующего опыта, и совершить осознанный выбор, меняя свою жизнь в желаемую сторону. Ведь каждый момент содержит пространство для существования многих историй, и одни и те же события в зависимости от приписываемых им смыслов и характер связей могут сложиться в разные нарративы. В нарративном подходе особое внимание уделяется контекстуальному процессу взаимодействия, образующим фактором которого

является язык. В фокусе внимания нарративного подхода находится взаимосвязь представлений человека о себе, о способности влиять на свою жизнь, авторской позиции по отношению к собственной жизни [15].

Анализ нарративов является одним из направлений исследований психической травматизации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как совокупности тяжелых экзистенциальных переживаний, реализующихся в духовно-личностной сфере человека, и проявляющихся в дезорганизации его фундаментальных экзистенциальных мотиваций.

Некоторые исследователи [32] обратили внимание на то, что длительное пребывание в обстановке, полной опасностей и непрерывной борьбы за выживание, формирует у человека привычку скрывать от собеседника информацию не только в экстремальных условиях, когда от этого зависит жизнь, но и в обычной житейской ситуации. Страдающим от военного стресса бывает тяжело давать о себе правдивую, откровенную информацию. У них вырабатывается бессознательная привычка избегать ясности в общении, поэтому они чаще молчат, чем стремятся обсудить произошедшее.

У пострадавших часто как будто «нет слов», чтобы описать свой опыт, они испытывают беспомощность в попытках сообщить о своих переживаниях «здесь-и-теперь», демонстрируя поведение, типичное для алекситимического. Естественно, как и в случае с алекситимией — невозможность выразить свои переживания вербально, обсудить их и получить на них полноценный ответ — приводят к развитию состояний изоляции, блокированию процессов переработки травматического опыта.

Как показано в обзорном материале М. А. Падун и А. В. Котельниковой [16], касающемся нарративной модели посттравматических нарушений, в нарративной теории и методологии предполагается, что рассказываемая человеком жизненная история не есть только некий текст, представленный самому себе или другому, но и способ формирования идентичности человека, интеграции его опыта.

Нарративы переживших травму людей, а также темы, выделенные в анализе этих нарративов, расширяют фокус анализа посттравматических феноменов и включают в него возникающие в результате травмы изменения

базисных представлений о мире и о себе. Для пережившего травму характерна потребность в создании нарратива: в человеке борются две разнонаправленные тенденции: стремление рассказать и защитная потребность в отрицании, избегании и подавлении.

Одной из характеристик посттравматического состояния является снижение способности вербализовать свой опыт. Травма «разрывает» постепенный и последовательный ход жизни. Этот разрыв отражается в рассказе человека о себе и своей жизни. Существует точка зрения, что словосочетание «травматический опыт» вообще не имеет смысла, ибо опыт есть процесс дискурсивный [17]. Травма нарушает деятельность аффективно-когнитивных процессов, благодаря которым опыт интегрируется в структуры памяти. Травматическое воздействие слишком интенсивно для того, чтобы быть переработанным и интегрированным психикой. В результате происходит диссоциация: отщепление части опыта от сознания. Человеку, пережившему травму, трудно найти слова и значения, чтобы передать свои переживания, он как будто лишается способности к символизации опыта и к коммуникации в целом [18].

Диссоциация приводит к спутанности, дезорганизации нарратива, которые могут выражаться в повторении отдельных слов или целых предложений, в незаконченных фразах, в частом употреблении междометий. Кроме того, показано, что нарративы у травмированных людей длиннее, чем у нетравмированных, за счет характерных для них повторений [19-20].

Способность индивида написать последовательный и целостный рассказ о травматическом событии коррелирует с успешным совладанием с травмой [21]. В качестве основной характеристики нарратива выделяется комплексность нарративного материала. Комплексность нарратива определяется целостностью повествования, организованностью, структурированностью, согласованностью излагаемых фактов.

Уровень комплексности нарратива, определяемый по специальной компьютерной программе, отрицательно связан с интенсивностью посттравматических симптомов [22]. Показано также, что изменения нарративов в процессе психотерапии коррелируют со снижением симптоматики ПТСР [19,24].

Tuval-Mashiach R. [23] были выделены следующие характеристики посттравматиче-

ских нарративов: 1) связность и целостность; 2) осмысленность (способность найти смысл события и ответить на вопросы «Почему это случилось со мной?», «Почему это произошло сейчас?» и т. д.; 3) оценка себя в контексте травматического события: степень способности контролировать ситуацию; степень вины и ответственности; активность-пассивность. Авторы предполагают, что характеристики нарратива, полученные сразу после травмы, дают возможность прогнозировать ход совладания с травмой и конкретизировать фокус терапевтической работы.

Изучение нарративов у людей, переживших тяжелый стресс [25], показало, что характеристики нарратива о травме (количество повторений, не относящееся к повествованию междометия и когерентности), полученные через неделю после события, способны выступать в качестве предикторов интенсивности симптомов ПТСР спустя 3 месяца.

Существуют различные методы репрезентации (описания) травматических переживаний и изучения травматического опыта. Результаты так называемых «тематических исследований» (thematic assessment) травматических переживаний [26-28] подтверждают центральную роль травматических тем в понимании посттравматических симптомов и указывают на важность исследования этих тем в процессе психотерапевтической помощи.

Темы представляют собой когнитивно-аффективные репрезентации значимого жизненного опыта, представленного в нарративах. Подобно схемам и убеждениям, темы существуют как внутри, так и за пределами сознания. Адаптивные темы являются содержательными характеристиками внутреннего мира нормально функционирующего индивида (например, тема доверия к окружающим людям); дезадаптивные темы, соответственно, имеют, как правило, негативное содержание (например, тема враждебности окружающего мира) и ограничивают способность личности к адаптации. Несмотря на то, что в процессе анализа нарративов травматические темы репрезентируются как отдельные феномены, они, тем не менее, формируются в определенную структуру, которая управляет поведением и определяет посттравматическую динамику.

Изучая травматические темы, состоящие из воспоминаний и чувств, вызванных тяжелыми травматическими событиями, Krupnick J. L., Horowitz M. J. [29], установили, что

неэффективная конфронтация с травматическими темами может привести к длительным посттравматическим реакциям. Авторы описали общие травматические темы и продемонстрировали важность изучения содержательной стороны посттравматических расстройств. Темы, выделенные исследователями, были сосредоточены на основных негативных эмоциональных состояниях (страх, гнев, вина, стыд и горе), которые были опосредованы внутренними убеждениями и установками испытуемых.

В исследовании Newman E. et al. [30] было показано, что травма бросает своего рода вызов адаптивным темам и провоцирует развитие неадаптивных тем. При исследовании воздействия травмы на личность были выделены три вида тем:

1) нерешенные темы (unresolved theme) — темы, которые отражают негативное влияние травмы и ограничивают адаптивные возможности человека;

2) решенные темы (resolved theme) определяются как темы, которые интегрируют травматический опыт и позволяют индивиду находиться в гибких эмоциональных отношениях с миром;

3) нерелевантные темы (nonrelevant theme) — это темы, которые не изменяются под воздействием травмы. Причиной может быть, во-первых, то, что травматическое событие не конфронтрует с данной темой; во-вторых, то, что тема, которая существовала у индивида до травматического события, настолько гибкая, что сразу инкорпорировала его.

Нерелевантная и решенная темы отличаются друг от друга тем, что нерелевантные темы не создают проблем в адаптации, а решенная тема сразу после травмы ограничивает функционирование личности и только затем в процессе успешного совладания интегрируется в структуру индивидуального опыта. При этом обнаруживаются различия в количестве нерешенных тем у испытуемых с ПТСР и без ПТСР, а степень «решенности» тем отрицательно коррелирует с интенсивностью посттравматических симптомов [31].

Таким образом, в процессе анализа нарративов, в которых оценивались решенные, нерешенные и нерелевантные темы, было выделено пятнадцать «горячих», касающихся травмы тем.

1. *Беспомощность*: чувство бессилия во время переживания травматического события,

которое генерализуется и начинает проявляться за пределами травматической ситуации.

2. *Ярость*: гнев и враждебность, которые могут проявляться прямо (по отношению к источнику травмы) или косвенно (например, чувство вины по поводу гнева, избегание негативных эмоций, боязнь выразить агрессию и т.д.).

3. *Страх*: испуг и ужас во время и после травмирующего события могут продолжаться (индивид боится повторения события).

4. *Утрата*: горе, сожаление, скорбь, разделение жизни на «до» и «после».

5. *Стыд*: глубокое чувство смущения, унижения, горькое чувство обиды.

6. *Вина*: ощущение собственной вины за происходящее до травматического события и во время его.

7. *Диффузный аффект*: интенсивные неспецифические эмоции: боль, ощущение дискомфорта, страдание.

8. *Недоброжелательность мира*: ощущение, что мир недоброжелателен и опасен.

9. *Бессмысленность мира*: ощущение непредсказуемости и неконтролируемости мира.

10. *Недоверие к людям*: восприятие окружающих как потенциально опасных, недостойных доверия, способных к обману и предательству.

11. *Низкая ценность собственного Я*: ощущение себя как некомпетентного и неспособного к преодолению не только травматической ситуации, но и обыденных проблем.

12. *Самообвинение*: обвинение себя в том, что травматическое событие произошло из-за неправильных поступков, совершенных в прошлом.

13. *Взаимность*: убеждение в неспособности вступать в близкие отношения с окружающими людьми, получить от них помощь и поддержку, а также в неспособности к любви и интимности.

14. *Отчуждение*: ощущение себя изолированным, оторванным от людей.

15. *Неадекватность*: ощущение неадекватности своих реакций во время травматического события.

Феноменологический анализ травматических переживаний включает определение индивидуальных смыслов травмы для пациента и возможности интегрировать значение травмы в более содержательную связную структуру для переосмысления жизни в целом [32]. Результаты интервьюирования показали наличие четырех основных паттернов, в ко-

торых типизировалась способность субъекта в целостную осмысленную структуру: «травма как обретение смысла», «травма как разрушение», «травма как защита», «травма не имеет никакого значения».

Таким образом, дискурсивно-нарративный анализ расширяет возможность для более глубокого проникновения во внутренний мир больных, переживших травматический стресс (в т. ч. боевую психическую травму). Этот анализ, в отличие от классического дескриптивного психиатрического дискурса, имеет значительную познавательную ценность в отношении эмоционально-когнитивной репрезентации высказываний пациента и предметно-содержательного анализа речевой коммуникации и переживаний пациента.

В. А. Абрамов, Е. В. Бабура, Е. А. Абрамова

НАРРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ В ПСИХИАТРИИ: НА ПРИМЕРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Теория и практика современной психиатрии содержит основания для выделения, по крайней мере, трех базисных традиций ее концептуального выражения: естественнонаучная, экзистенциально-феноменологическая, интегративно-антропологическая.

Как известно, любая наука, любая медицинская дисциплина базируется на системе определенных знаний как фундаментальной основе профессиональной деятельности. Любая методология психиатрического исследования должна опираться на поиск возможности доказать, что психиатрические знания — это факт. Такой возможностью может обладать только такой метод, который соответствует предмету исследования — внутреннему миру человека, его интрапсихическим переживаниям, субъективному психическому опыту. В полной мере это относится к так называемому дискурсивному анализу.

Исследование психического статуса пациента, целью которого является распознавание психопатологических переживаний пациента невозможно без анализа его высказываний, т. е. без дискурсивного анализа. Дискурс-анализ — это анализ переживаний пациента путем исследования предметно-содержательной стороны речевой коммуникации или устного взаимодействия психиатра с пациентом и репрезентации высказываний последнего.

Дискурсы как коммуникативные практики, имеющие отношение к психиатрии, можно разделить на классические (медико-биологические и неклассические (гуманитарные, личностно-ориентированные) дискурсы.

Классический психиатрический дискурс — это полное нивелирование субъектности человека, выпадение его внутреннего мира не только из дискурса, но и из бытийного пространства как такового.

Нарративный дискурс — это понимающий дискурс, формирующийся в условиях диалогического взаимодействия врача и пациента.

Нарративная практика в психиатрии представлена системой интерпретации высказываний пациента или субъективно-психологической реконструкцией событий психического мира (болезненных и ресурсных) конкретного пациента.

Полноценное психиатрическое исследование представляет собой дискурсивную, личностно-ориентированную практику как процесс непрерывной, интерактивной речевой и неречевой коммуникации (диалогового взаимодействия) врача-психиатра и пациента.

Нарративный диагноз в идеале — это собственная версия психиатра о целостной ценностно-смысловой картине жизненного пути пациента, в том числе связанного с болезнью, основанная на результатах диалогового взаимодействия с пациентом и интерпретации врачом-психиатром содержания этого взаимодействия.

Анализ нарративов является одним из направлений исследований психической травматизации и ПТСР как совокупности тяжелых экзистенциальных переживаний, реализующихся в духовно-личностной сфере человека, и проявляющихся в дезорганизации его фундаментальных экзистенциальных мотиваций.

Нарративы переживших травму людей, а также темы, выделенные в анализе этих нарративов, расширяют фокус анализа посттравматических феноменов и включают в него возникающие в результате травмы изменения базисных представлений о мире и о себе.

Изучение нарративов у людей, переживших тяжелый стресс, показало, что характеристики нарратива о травме (количество повторений, не относящееся к повествованию междометия и когерентности), полученные через неделю после события, способны выступать в качестве предикторов интенсивности симптомов ПТСР спустя 3 месяца.

Таким образом, дискурсивно-нарративный анализ расширяет возможность для более глубокого проникновения во внутренний мир больных, переживших травматический стресс (в т. ч. боевую психическую травму) и имеет значительную познавательную ценность в отношении эмоционально-когнитивной репрезентации высказываний пациента и предметно-содержательного анализа речевой коммуникации и переживаний пациента.

Ключевые слова: нарратив, посттравматическое стрессовое расстройство, дискурс-анализ.

V. A. Abramov, E. V. Babura, E. A. Abramova

NARRATIVE ANALYSIS IN PSYCHIATRY: ON THE EXAMPLE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation*

The theory and practice of modern psychiatry contains grounds for allocating at least three basic traditions of its conceptual expression: natural science, existential-phenomenological, integrative-anthropological.

As you know, any science, any medical discipline is based on a system of certain knowledge as the fundamental basis of professional activity. Any methodology of psychiatric research should be based on the search for an opportunity to prove that psychiatric knowledge is a fact. This possibility can only be possessed by such a method that corresponds to the subject of research — the inner world of a person, his intrapsychic experiences, subjective mental experience. This fully applies to the so-called discursive analysis.

The study of the patient's mental status, the purpose of which is to recognize the psychopathological experiences of the patient, is impossible without analyzing his statements, i.e. without discursive analysis. Discourse analysis is the analysis of a patient's experiences by examining the substantive side of speech communication or oral interaction between a psychiatrist and a patient and the representation of the patient's statements.

Discourses as communicative practices related to psychiatry can be divided into classical (biomedical and non-classical (humanitarian, personality-oriented) discourses.

Classical psychiatric discourse is a complete leveling of a person's subjectivity, the loss of his inner world not only from discourse, but also from the existential space as such.

Narrative discourse is an understanding discourse formed in the context of dialogical interaction between a doctor and a patient.

Narrative practice in psychiatry is represented by a system of interpretation of a patient's statements or a subjective psychological reconstruction of events in the mental world (painful and resource-based) of a particular patient.

A full-fledged psychiatric study is a discursive, personality-oriented practice as a process of continuous, interactive speech and non-speech communication (dialogical interaction) between a psychiatrist and a patient.

A narrative diagnosis is a psychiatrist's own version of a holistic value—semantic picture of a patient's life path, including one related to the disease, based on the results of dialogical interaction with the patient and the interpretation by a psychiatrist of the content of this interaction.

The analysis of narratives is one of the directions of research on mental traumatization and PTSD as a set of severe existential experiences realized in the spiritual and personal sphere of a person, and manifested in the disorganization of his fundamental existential motivations.

The narratives of traumatized people, as well as the topics highlighted in the analysis of these narratives, expand the focus of the analysis of post-traumatic phenomena and include changes in basic ideas about the world and about oneself resulting from trauma.

A study of narratives of people who have experienced severe stress has shown that the characteristics of the trauma narrative (the number of repetitions unrelated to the narrative of interjection and coherence) obtained a week after the event can act as predictors of the intensity of PTSD symptoms after 3 months.

Thus, discursive narrative analysis expands the opportunity for deeper insight into the inner world of patients who have experienced traumatic stress (including combat mental trauma) and has significant cognitive value in relation to the emotional and cognitive representation of the patient's statements and the substantive analysis of speech communication and patient experiences.

Keywords: *narrative, post-traumatic stress disorder, discourse analysis.*

Литература

1. Степанов Ю. С. Альтернативный мир, Дискурс, Факт и принцип Причинности. Язык и наука конца XX века. Сб. статей. М.: РГГУ, 1995. 432 с.
2. Гринингер В. Душевные болезни. Петербург: А. Черкасова и Ко, 1875. С. 1.
3. Howarth D. and Griggs S. Poststructuralist policy analysis: Discourse, hegemony and critical explanation I / The argumentative turn revisited: public policy as communicative practice / F. Fischer, H. Gottweis (eds). — Durham; L.: Duke univ. press, 2012. — P. 305-342.
4. Howarth D. Power, discourse, and policy: Articulating a hegemony approach to critical policy studies // Critical policy studies. — Vancouver, 2010. — Vol. 3, N 3-4. — P. 309-335.
5. Фуко М. Археология знания. СПб. 2004.
6. Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова. В 2 томах. М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 17.
7. Сметанников П. Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — Изд-е 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2002. С. 6.
8. Жариков Н. М., Урсова Л. Г., Хритинин Д. Ф. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1989. С. 251.
9. Сарбин Т. Нарратив как базовая метафора для психологии // Постнеклассическая психология. Журнал конструкционистской психологии и нарративного подхода. 2004. №1.
10. Герасимов С. В. Роль нарративов в конструировании социальной реальности. Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2020. Тем 9. Тем 1А. С. 34-40.
11. Джеймисон Ф. Постмодернизм и общество потребления. Логос. 2000. 4. 63.
12. Сергиенко Е. А., Лебедева Е. И., Прусакова О. А. Модель психического как основа понимания себя и другого в онтогенезе человека. ИПРАН.
13. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Колибри. 2020. 1056.
14. Лэнгле, А. (2005). Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис.
15. Степанова Л. Г. Нарративная практика в консультировании: теоретическое основание. Актуальные медико-психолого-педагогические проблемы современного общества. Хабаровск. 2015. 135-140.
16. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика. 2012
17. Van Alphen E. Symptoms of Discursivity: Experience, Memory, and Trauma // Acts of Memory: Cultural Recall in the Present / Eds M. Bal, J. Crewe, L. Spitzer. Hanover, NH: University of New England Press, 1999. P. 24-38.
18. Kopf M. Trauma, Narrative and the Art of Witnessing // Slavery in Contemporary Art. Trauma, Memory and Visuality / Eds Birgit Hähnel, Melanie Ulz. Berlin: LIT Verlag, 2008.
19. Foa E. B., Riggs D. S., Massie E. D., Yarczover M. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD // Behavior Therapy. 1995. V. 26. P. 487-499.
20. Harvey A. G., Bryant R. A. Dissociative symptoms in acute stress disorder // Journal of Traumatic Stress. 1999. V. 12. P. 673-680.
21. Pennebaker J. W., Susman J. R. Disclosure of trauma and psychosomatic processes // Social Science and Medicine. 1988. V. 26. P. 327-332.
22. Amir N., Stafford J., Freshman M. S., Foa E. B. Relationship between trauma narratives and trauma pathology. Journal of traumatic stress. 1998. V. 11. P. 985-993.
23. Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A. Y. Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives // Psychia-try. 2004. V. 67 (3). P. 280-293.
24. Van Minnen A., Wessel I., Dijkstra T., Roelofs K. Changes in PTSD Patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension // Journal of Traumatic Stress. 2002. V. 15. P. 255-258.A
25. Jones C., Harvey A. G., Brewin C. R. The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents // Behavior Research and Therapy. 2007. V. 45. P. 151-162.
26. Roth S., Batson R. The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution // Journal of Traumatic Stress. 1993. V. 6.2. P. 159-177.

27. Roth S., Lebowitz L., DeRosa R. Thematic assessment of posttraumatic stress reactions // *Assessing Psychological trauma and PTSD* / Eds J.P. Willson, T.M. Keane. NY: Guilford Press, 1996. P. 512-528.
28. Roth S., Newman E. The process of coping with sexual trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1991. V. 4. P. 279-297.
29. Krupnick J. L., Horowitz M.J. Stress response syndromes: recurrent themes // *Archives of general psychiatry*. 1981. V. 38. P. 428-435.
30. Newman E., Riggs D. S., Roth S. Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnoses // *Journal of Traumatic Stress*. 1997. V. 10. P. 197-213.
31. Dansky B. S. Recovery from sexual trauma: the influence of coping, social support, affect and cognitive schemata on psychological well-being. Unpublished doctoral dissertation. 1991.
32. Schwartzberg S. S. Struggling for meaning: How HIV-positive gay men make sense of AIDS // *Professional psychology: Research and Practice*. 1993. V. 24. P. 483-490.
33. Арпентьева М.Р. Взаимопонимание как феномен межличностных отношений. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing. 2016. 500.

References

1. Stepanov Yu. S. Al'ternativnyi mir, Diskurs, Fakt i printsip Prichinnosti. Yazyk i nauka kontsa XX veka. Sb. statei. M.: RGGU, 1995. 432 s.
2. Grizinger V. Dushevnye bolezni. Peterburg: A. Cherkasova i Ko, 1875. S. 1.
3. Howarth D. and Griggs S. Poststructuralist policy analysis: Discourse, hegemony and critical explanation I / The argumentative turn revisited: public policy as communicative practice / F. Fischer, H. Gottweis (eds). — Durham; L.: Duke univ. press, 2012. — P. 305-342.
4. Howarth D. Power, discourse, and policy: Articulating a hegemony approach to critical policy studies // *Critical policy studies*. — Vancouver, 2010. — Vol. 3, N 3-4. — P. 309-335.
5. Fuko M. Arkheologiya znaniya. SPB. 2004.
6. Rukovodstvo po psikiatrii. Pod red. A. S. Tiganova. V 2 tomakh. M.: Meditsina, 1999. — T. 1. — C. 17.
7. Smetannikov P. G. Psikiatriya: Rukovodstvo dlya vrachei. — Izd-e 5-e, pererab. i dop. — M.: Meditsinskaya kniga; N. Novgorod: NGMA, 2002. S. 6.
8. Zharikov N. M., Ursova L. G., Khritinin D. F. Psikiatriya: Uchebnik. — M.: Meditsina, 1989. S. 251.
9. Sarbin T. Narrativ kak bazovaya metafora dlya psikhologii // *Postneklassicheskaya psikhologiya. Zhurnal konstruksionistskoi psikhologii i narrativnogo podkhoda*. 2004. № 1.
10. Gerasimov S. V. Rol' narrativov v konstruirovanii social'noj real'nosti. Kontekst i refleksija: filosofija o mire i cheloveke. 2020. 9 (1A): 34-40.
11. Dzheimison F. Postmodernizm i obshchestvo potrebleniya. Logos. 2000. 4. 63.
12. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. Model' psikhicheskogo kak osnova ponimaniya sebya i drugogo v ontogeneze cheloveka. IPRAN.
13. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya. M.: Kolibri. 2020. 1056.
14. Lenge, A. (2005). Person. Ekzistentsial'no-analiticheskaya teoriya lichnosti. M.: Genezis.
15. Stepanova L.G. Narrativnaya praktika v konsul'tirovanii: teoreticheskoe osnovanie. Aktual'nye mediko-psikhologo-pedagogicheskie problemy sovremennogo obshchestva. Khabarovsk. 2015. 135-140.
16. Padun M. A., Kotel'nikova A. V. Psikhicheskaya travma i kartina mira. Teoriya, empiriya, praktika. 2012.
17. Van Alphen E. Symptoms of Discursivity: Experience, Memory, and Trauma // *Acts of Memory: Cultural Recall in the Present* / Eds M. Bal, J. Crewe, L. Spitzer. Hanover, NH: University of New England Press, 1999. P. 24-38.
18. Kopf M. Trauma, Narrative and the Art of Witnessing // *Slavery in Contemporary Art. Trauma, Memory and Visuality* / Eds Birgit Hähnel, Melanie Ulz. Berlin: LIT Verlag, 2008.
19. Foa E. B., Riggs D. S., Massie E. D., Yarczover M. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD // *Behavior Therapy*. 1995. V. 26. P. 487-499.
20. Harvey A. G., Bryant R. A. Dissociative symptoms in acute stress disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 1999. V. 12. P. 673-680.
21. Pennebaker J. W., Susman J. R. Disclosure of trauma and psychosomatic processes // *Social Science and Medicine*. 1988. V. 26. P. 327-332.
22. Amir N. Stafford J., Freshman M. S., Foa E. B. Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of traumatic stress*. 1998. V. 11. P. 985-993.
23. Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A. Y. Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives // *Psychiatry*. 2004. V. 67(3). P. 280-293.
24. Van Minnen A., Wessel I., Dijkstra T., Roelofs K. Changes in PTSD Patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension // *Journal of Traumatic Stress*. 2002. V. 15. P. 255-258.A.

25. Jones C., Harvey A. G., Brewin C. R. The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents // Behavior Research and Therapy. 2007. V. 45. P. 151-162.
26. Roth S., Batson R. The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution // Journal of Traumatic Stress. 1993. V. 6. 2. P. 159-177.
27. Roth S., Lebowitz L., DeRosa R. Thematic assessment of posttraumatic stress reactions // Assessing Psychological trauma and PTSD / Eds J.P. Willson, T.M. Keane. NY: Guilford Press, 1996. P. 512-528.
28. Roth S., Newman E. The process of coping with sexual trauma // Journal of Traumatic Stress. 1991. V. 4. P. 279-297.
29. Krupnick J. L., Horowitz M. J. Stress response syndromes: recurrent themes // Archives of general psychiatry. 1981. V. 38. P. 428-435.
30. Newman E., Riggs D. S., Roth S. Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnoses // Journal of Traumatic Stress. 1997. V. 10. P. 197-213.
31. Dansky B. S. Recovery from sexual trauma: the influence of coping, social support, affect and cognitive schemata on psychological well-being. Unpublished doctoral dissertation. 1991.
32. Schwartzberg S. S. Struggling for meaning: How HIV-positive gay men make sense of AIDS // Professional psychology: Research and Practice. 1993. V. 24. P. 483-490.
33. Arpent'eva M. R. Vzaimoponimanie kak fenomen mezhlchnostnykh otnoshenii. Saarbruken: Lambert Academic Publishing. 2016. 500.

Поступила в редакцию 15.12.2023 г.

УДК 616.89:355.292(07)

С. В. Титиевский, Н. В. Побережная, Л. А. Гашкова, В. Н. Черепков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ СОВРЕМЕННОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (Сообщение 1)

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, РФ

Термином «боевая психическая травма» обозначается, с одной стороны, само по себе воздействие травмирующего психического стресса на индивида, а с другой — обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин и изменяющихся под их воздействием внутренних условий [1, с. 7]. Боевыми стрессовыми расстройствами являются различные острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику индивида стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению боеспособности и социальной дезадаптации. Среди боевых стрессовых расстройств встречаются ранние, относительно кратковременные и наименее специфические расстройства (реакции боевого стресса), применительно к МКБ-10 в целом соответствующие острым стрессовым реакциям (F43.0), и многообразные отсроченные, длительные психические нарушения, среди которых наиболее специфическими являются боевые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) [1, с. 8-9, 40]. Несмотря на очевидный прогресс современной военной психиатрии, коррекция последствий боевой психической травмы по-прежнему относится к числу наименее изученных вопросов, и пока нет ни методов терапии, способных гарантированно снижать частоту и выраженность боевых стрессовых расстройств, ни общесоглавленной феноменологии, на которой можно такую терапию базировать [1, с. 105].

При преподавании врачам военной психиатрии, материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, в вышеуказанной связи, с нашей точки зрения, следует полагаться не на результаты эмпирического поиска средств лечения при боевых стрессовых расстройствах, на практике

зачастую ведущего к приоритету назначения бензодиазепиновых транквилизаторов без клинических закономерностей в их выборе [1, с. 108], а на накопленные в последнее время доказательной медициной данные.

В качестве одного из наиболее полезных примеров в этом отношении можно рассматривать деятельность Рабочей группы по доказательной практике Министерства по делам ветеранов США (VA) и Министерства обороны США (DoD), созданной в 2004 году и в 2017 году опубликовавшей руководство по ПТСР и острым стрессовым реакциям (ОСР). В январе 2022 года указанная группа инициировала обновление Руководства VA/DoD 2017 года по ПТСР и ОСР, в результате чего в 2023 году было выпущено пересмотренное руководство, где уделяется особое внимание методам лечения, для которых существует достаточно доказательств, чтобы дать рекомендацию за или против их применения [2]. Данные указанного руководства [3], с нашей точки зрения, могут лежать в основе современного преподавания профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств, в связи с чем представляется полезным изложить наиболее в вышеупомянутом отношении важные из них. В данном сообщении рассматриваются рекомендации в отношении профилактики ПТСР.

Избирательная (селективная) профилактика ПТСР

Рекомендация.

Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы.

Обсуждение.

Исследования, изучающие использование травма-фокусированной индивидуальной психотерапии в период непосредственно после травмы для избирательной профилактики

ПТСР, ограничены, при этом нет высококачественных исследований, демонстрирующих эффективность любого вмешательства для предотвращения ПТСР, особенно в целевой популяции. Rothbaum D. O. et al. (2012) провели исследование, в котором лица, пережившие травму по критерию А, были распределены в модифицированную группу длительной экспозиции (ДЭ) либо в группу списка ожидания в течение 72 часов после события [4]. По сравнению с контрольной группой из списка ожидания, краткосрочная травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), значительно снизила тяжесть симптомов ПТСР по Шкале симптомов ПТСР-I (PSS-I) через 4 и 12 недель наблюдения.

Систематический обзор (СО) индивидуальных психологических исследований дебрифинга включал два слепые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с использованием дебрифинга при стрессе критических происшествий (CISD) на выборах травм гражданских лиц [5]. CISD, назначенный сразу после воздействия травмы, не снизил частоту ПТСР при 6-месячном наблюдении по сравнению с группами, которым не проводился дебрифинг.

В одном РКИ сравнивали раннее введение пропранолола и плацебо лицам, подвергшимся травмам и находившимся на лечении в отделении неотложной помощи [6]. Полученные результаты не выявили различий в вероятности развития ПТСР у тех, кто получал пропранолол, и тех, кто принимал плацебо [6].

В СО Amos T. et al. (2014) было включено РКИ, в котором сравнивалось раннее назначение темазепама (в течение 3 недель после травмы) и плацебо лицам, перенесшим травму, и не было обнаружено никаких преимуществ в какой-либо группе [7]. В другом РКИ, также включенном в СО, сравнивалось раннее назначение габапентина (в течение 48 часов после травмы) с плацебо, и тоже не выявлено преимуществ.

В четырех РКИ, включенных в обзор Amos T. et al. (2014), сравнивались гидрокортизон и плацебо при профилактике ПТСР в различных стационарах неотложной помощи, таких как отделения интенсивной терапии, кардиохирургии, отделение неотложной помощи и травматологический центр. По сравнению с плацебо, прием гидрокортизона при опасных для жизни заболеваниях был связан со значительно меньшим количеством симптомов ПТСР через 3 месяца [7]. Однако не-

ясно, можно ли эти результаты отнести к немедицинским травматическим событиям, или же они распространяются на популяцию без наличия 100 % медицинской коморбидности. Кроме того, различные режимы дозирования в исследованиях и опасения по поводу безопасности применения высоких доз глюкокортикоидов ограничивают полезность гидрокортизона в селективной профилактике ПТСР.

Менее 10 РКИ оценивали пять различных типов препаратов, при этом наблюдались большие различия в назначении и дозировке лекарственных средств, а также в типах травм. Доказательств оказалось недостаточно для того, чтобы рекомендовать какое-либо фармакологическое вмешательство сразу после травмы для предотвращения развития хронического ПТСР [5, 8].

Предпочтения больных различались в отношении данных средств профилактики потенциального заболевания. Фокус-группа пациентов отметила, что психотерапия и фармакотерапия часто помогают в лечении ПТСР, но информация о пользе использования этих методов для предотвращения развития ПТСР после травмы недостаточно изучена. Можно предположить, что большинство людей будет переносить умеренные краткосрочные побочные эффекты лекарств, если они эффективно предотвратят ПТСР.

Рабочая группа рассмотрела оценку доказательств из Руководства по клинической практике (CPG) при ПТСР VA/DoD 2017 года [4-8]. Таким образом, эта рекомендация отнесена к категории «Не проверенная, С поправками». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств в целом была очень низкой. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, в том числе, очень мало исследований, малые размеры выборки, ограниченная длительность последующего наблюдения и факторы, мешающие анализу. Кроме того, большинство исследований не проводилось среди военнослужащих действительной службы и ветеранов, что увеличивает неопределенность в отношении возможности обобщения результатов. При психотерапии польза ДЭ перевешивала её вред и неприятие, хотя в одном исследовании при психотерапии вред и неприятие немного перевешивали её пользу, тогда как при фармакотерапии вред и неудобства отчетливо перевешивали пользу. Ценности и предпочтения пациентов в значительной степени различались из-за связанных со временем ограничений, возможности

побочных эффектов (например, ухудшения травматических симптомов при проведении психотерапии, побочных эффектов фармакотерапии) и частой пролонгации задержек улучшения симптомов.

Показанная профилактика ПТСР

Рекомендация.

Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства мы предлагаем травма-фокусированную когнитивно-поведенческую психотерапию.

Обсуждение.

В одном СО выявлено, что у больных с наличием острого стрессового расстройства (ОСР), которым была проведена краткосрочная травма-фокусированная КПП с компонентами когнитивной реструктуризации и экспозиции, в сравнении с поддерживающим консультированием или списком ожидания, значительно снизилась тяжесть симптомов ПТСР в последующие 3-6 месяцев [9]. В данный СО было включено девять оценивавших состоявшуюся из многих сессий травма-фокусированную психотерапию как вмешательство у больных с диагнозом ОСР исследований, в четырех из которых обнаружены методологические ограничения и получены незначительные результаты. В остальных пяти исследованиях сравнивались 5-6 недельные курсы травма-фокусированной КПП с поддерживающим консультированием или списком ожидания у 195 гражданских лиц, перенесших смешанную травму с наличием ОСР; в четырех исследованиях использовалась оценка критического исхода ПТСР клиницистами [10-13], а в одном — применялся метод самоотчета [14]. Испытуемые с соответствовавшими критериям ОСР травмами в результате дорожно-транспортных происшествий или несчастных случаев на производстве были рандомизированы для проведения краткосрочной травма-фокусированной КПП (включая образование в отношении травматических реакций, обучение прогрессивной мышечной релаксации, экспозицию травматическим воспоминаниям в воображении, когнитивную реструктуризацию связанных со страхом убеждений и ступенчатую экспозицию избегаемым ситуациям *in vivo*) либо поддерживающего консультирования, списка ожидания или и того, и другого. Краткосрочная травма-фокусированная КПП значительно снизила оценивавшуюся клиницистами тяжесть ПТСР после лечения и частоту возникновения ПТСР в течение 6 последующих месяцев.

Рабочая группа также рассмотрела литературу из СРГ при ПТСР VA/DoD 2017 г., включая метаанализ и СО [5, 8]. В рамках СО и метаанализа исследования, относящиеся к этой рекомендации, уже были включены в СО Bisson J. I. et al. (2021) как часть обзора литературы для данных СРГ [9]. Одно дополнительное исследование из СРГ при ПТСР VA/DoD 2017 года включало 242 пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), несчастных случаев на рабочем месте, других несчастных случаев либо террористических атак, соответствовавших критериям диагностики ОСР; впоследствии они были рандомизированы либо для проведения травма-фокусированной КПП (неотложной или отсроченной ДЭ либо когнитивной терапии (КТ)) с назначением эсциталопрама, плацебо либо для списка ожидания. Авторы исследования сообщили о значимой редукции симптомов ПТСР у тех, кто получал травма-фокусированную КПП по сравнению с другими группами [15].

Рабочая группа не обнаружила дополнительных исследований вмешательств по предотвращению ПТСР среди лиц с наличием реакций на острый стресс (РОС) или ОСР, включая иные виды психотерапии и вмешательств на системном уровне, таких как ступенчатая совместная помощь. В целом, ни в одном из обзоров литературы настоящего СРГ не оценивались вмешательства, направленные на предотвращение прогрессирования ПТСР у пациентов с РОС, что является существенным пробелом в доказательной базе.

Предпочтения пациентов относительно данного лечения различаются. Однако большинство пациентов с ОСР хотят получить вмешательство, которое может облегчить симптомы, даже если оно вызывает временный дистресс. Кроме того, возникают вопросы в отношении использования ресурсов, равенства, приемлемости, осуществимости и обсуждения подгрупп. Проведение травма-фокусированной КПП требует дополнительного обучения осуществляющих её лиц и вспомогательного персонала. Некоторые пациенты могут счесть терапию неприемлемой, неосуществимой (т.е., у них может не быть времени на психотерапию) либо и той, и другой. Также неясно, применимы ли результаты этих исследований общих выборок к действующим военным служащим и к ветеранам.

Рабочая группа систематически проводила обзор доказательств, связанных с этой ре-

комендацией [9], и рассмотрела оценку доказательств из CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года [5, 8, 15]. Таким образом, рекомендация классифицируется как «Пересмотренная, Вновь замененная». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, включающие небольшие размеры выборок и риск предвзятости. Степень, в которой результаты этих работ применимы к действующим военнослужащим и ветеранам, неясна, поскольку большинство рассмотренных исследований проводилось на пациентах из числа гражданских лиц [9]. Преимущества травма-фокусированной КППТ при лечении лиц с наличием ОСР (например, в виде уменьшения тяжести симптомов и снижения частоты последующей диагностики ПТСР) перевешивают потенциальный вред и неудобства (например, преходящий дистресс, связанный с повторяющимся исследованием травмы в процессе терапии, время и энергия, необходимые для посещения психотерапевтических сеансов) и представляются наиболее значимыми для тех, у кого диагностировано ОСР после ДТП.

Рекомендация.

Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Обсуждение.

В CO Bisson J.I. et al. (2021) изучены 12 исследований фармакотерапии, включавшей пропранолол, окситоцин, гидрокортизон, докозагексаеновую кислоту и габапентин [9]. Лишь 6 исследований сосредоточивались на конечном исходе в виде оцененного клиницистами ПТСР. Однако ни у одного из пациентов, включенных в эти исследования, не были диагностированы РОС либо ОСР. В другом исследовании, где пароксетин сравнивался с плацебо, в отношении пациентов, у которых после воздействия травматического события, не были диагностированы РОС либо ОСР, с профилактической целью применялась фармакотерапия [16]. Соответственно, результаты этих исследований не могут быть использованы для определения степени эффективности того, как фармакотерапия у пациентов с РОС либо ОСР предотвращает развитие ПТСР.

В CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года были рассмотрены 2 исследования эффективности

эсциталопрама по сравнению с плацебо при профилактике ПТСР [15, 17]. В РКИ, проведенном Suliman S. et al. (2015), рандомизировали лиц, соответствовавших полным критериям DSM-IV или критериям интрузии и гипервозбуждения ОСР, для назначения эсциталопрама либо плацебо менее чем через 4 недели после травматического воздействия. Было обнаружено значимое снижение симптомов ПТСР в группах эсциталопрама и плацебо через 24 недели наблюдения, со значительно большей редукцией симптомов оцененного клиницистами с использованием Применяемой клиницистом шкалы посттравматического стрессового расстройства (CAPS) ПТСР в группе плацебо [17]. Исследование с пятью группами, проведенное Shalev A.Y. et al. (2012), сравнивало эсциталопрам с плацебо, списком ожидания, длительным воздействием и не фокусированной на травме КППТ в выборке лиц, переживших опасную для жизни травму в результате террористической деятельности, ДТП или других несчастных случаев и соответствовавших критериям ОСР [15]. Было обнаружено, что у лиц, которым проводились ДЭ и КППТ, частота возникновения ПТСР через 5 месяцев наблюдения была значимо ниже, при использовании конечного результата в виде оцененного клиницистами ПТСР, по сравнению с теми, кому назначались лист ожидания, эсциталопрам либо плацебо [15].

Ни одним исследованием в обзоре литературы не оценивалась роль фармакотерапии в предотвращении прогрессирования ПТСР у пациентов с РОС, что указывает на пробел в литературной базе.

Предпочтения пациентов относительно этого лечения различаются. Фокус-группа больных отметила различные преимущества и представления о пользе фармакотерапии, способной продемонстрировать значительные побочные эффекты задолго до того, как будут реализованы клинические преимущества. Лекарства, особенно новые, появившиеся на рынке, могут оказаться дорогими для некоторых пациентов. Клиницисты также расходятся во мнениях и подходах в отношении использования фармакотерапии, особенно, если она используется не по назначению для профилактики ПТСР у пациентов с РОС либо ОСР.

Рабочая группа систематически рассматривала доказательства, связанные с этой рекомендацией [9, 16], и оценила доказательства из CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года [15, 17]. Таким образом, рекомендация относится

к категории «Пересмотренная, Вновь замеченная». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была очень низкой. Совокупность доказательств имела ограничения, включая небольшой размер выборки, частое использование только шкал оценки пациентами и отсутствие формального диагноза РОС либо ОСР у участников исследования. Польза гидрокортизона, пропранолола, окситоцина, пароксетина и эсциталопрама варьируется от сбалансированной до перевешиваемой их потенциальным вредом. Ценности и предпочтения пациентов в значительной степени различались, поскольку некоторые больные категорически выступают против применения лекарств, тогда как другие отдают предпочтение их использованию.

Заключение. Таким образом, при обучении врачей военной психиатрии, изложении

им материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, преподавание профилактики боевых стрессовых расстройств должно базироваться на следующих данных современной доказательной медицины. Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией / острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

С. В. Титиевский, Н. В. Побережная, Л. А. Гашкова, В. Н. Черепков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ СОВРЕМЕННОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (Сообщение 1)

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, РФ

При обучении врачей военной психиатрии, изложении им материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, преподавание профилактики боевых стрессовых расстройств должно базироваться на следующих данных современной доказательной медицины. Для профилактики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией / острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Ключевые слова: доказательная медицина, боевые стрессовые расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, острые стрессовые реакции, профилактика и лечение психических расстройств

S. V. Titievsky, N. V. Poberezhnaya, L. A. Gashkova, V. N. Cherepkov

THE MODERN EVIDENCE-BASED MEDICINE DATA USING AS A BASIS FOR PREVENTION AND TREATMENT OF COMBAT STRESS DISORDERS TEACHING (Report 1)

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk State Medical University
named after M. Gorky» of the Ministry of Health of the Russian Federation, DPR, Russian Federation*

When training doctors in military psychiatry and presenting them with material related to wartime mental disorders the prevention of combat stress disorders teaching should be based on the following data from modern evidence-based medicine. For the prevention of post-traumatic stress disorder among individuals who have been exposed to trauma, there is insufficient evidence to recommend for or against psychotherapy or pharmacotherapy in the immediate post-trauma period. For the prevention of post-traumatic stress disorder in patients diagnosed with acute stress disorder, trauma-focused cognitive

behavioral psychotherapy is indicated. For the prevention of post-traumatic stress disorder in patients diagnosed with acute stress reaction/acute stress disorder, there is insufficient evidence to recommend for or against any pharmacotherapy.

Keywords: *evidence-based medicine, combat stress disorders, post-traumatic stress disorder, acute stress reactions, prevention and treatment of mental disorders.*

Литература

1. Резник А. М. Боевые стрессовые расстройства (условия и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): Учебное пособие. М.: МГУПП; 2022. 172.
2. Schnurr P. P., Hamblen J. L., Wolf J. et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Annals of internal medicine*. URL: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-2757> (дата обращения: 5.12.2023).
3. VA/DoD Clinical Practice Guideline. (2023). Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 167. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата обращения: 5.12.2023).
4. Rothbaum B. O., Kearns M. C., Price M., Malcoun E., Davis M., Ressler K. J. et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol. Psychiatry*. 2012; 72 (11): 957-63. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
5. Forneris C. A., Gartlehner G., Brownley K. A., Gaynes B. N., Sonis J., Coker-Schwimmer E. et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.* 2013; 44 (6): 635-50. doi: 10.1016/j.amepre.2013.02.013.
6. Hoge E. A., Worthington J. J., Nagurney J. T., Chang Y., Kay E. B., Feterowski C. M. et al. Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neurosci. Ther.* 2012; 18 (1): 21-7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00227.x.
7. Amos T., Stein D. J., Ipser J. C. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014 (7): Cd006239. doi: 10.1002/14651858.CD006239.pub2.
8. Kliem S., Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51 (11): 753-61. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.005.
9. Bisson J. I., Wright L. A., Jones K. A., Lewis C., Phelps A. J., Sijbrandij M. et al. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2021; 86: 102004. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2021-50136-001> (дата обращения: 5.12.2023) doi: 10.1016/j.cpr.2021.102004.
10. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Dang S. T., Mastrodomenico J., Nixon R. D. et al. A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (4): 695-703. doi: 10.1037/a0012616.
11. Bryant R. A., Sackville T., Dang S. T., Moulds M., Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156 (11): 1780-6. doi: 10.1176/ajp.156.11.1780.
12. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Nixon R. D. V. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005; 73 (2): 334-40. doi: 10.1037/0022-006x.73.2.334.
13. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Dang S. T., Nixon R. D. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003; 71 (4): 706-12. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.706.
14. Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S. T., Sackville T., Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66 (5): 862-6. doi: 10.1037/0022-006x.66.5.862.
15. Shalev A. Y., Ankri Y., Israeli-Shalev Y., Peleg T., Adessky R., Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2012; 69 (2): 166-76. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.127.
16. Borrelli J., Jr., Starr A., Downs D. L., North C. S. Prospective study of the effectiveness of paroxetine on the onset of posttraumatic stress disorder, depression, and health and functional outcomes after trauma. *J. Orthop. Trauma*. 2019; 33 (2): e58-e63. doi: 10.1097/bot.0000000000001342.
17. Suliman S., Seedat S., Pingo J., Sutherland T., Zohar J., Stein D. J. Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 24. doi: 10.1186/s12888-015-0391-3.

References

1. Reznik A. M. Boevye stressovye rasstroistva (usloviya i mekhanizmy razvitiya, klinicheskie proyavleniya, podkhody k okazaniyu psikhiatricheskoi pomoshchi, lechenie): Uchebnoe posobie [Combat stress disorders (conditions and mechanisms of development, clinical manifestations, approaches to providing psychiatric care, treatment)]. Moscow: MGUPP; 2022. 172 (in Russian).
2. Schnurr P. P., Hamblen J. L., Wolf J. et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Annals of internal medicine*. Available at: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-2757> (accessed: 5.12.2023).
3. VA/DoD Clinical Practice Guideline. (2023). Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 167. Available at: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (accessed: 5.12.2023).
4. Rothbaum B. O., Kearns M. C., Price M., Malcoun E., Davis M., Ressler K. J. et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol. Psychiatry*. 2012; 72 (11): 957-63. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
5. Forneris C. A., Gartlehner G., Brownley K. A., Gaynes B. N., Sonis J., Coker-Schwimmer E. et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.* 2013; 44 (6): 635-50. doi: 10.1016/j.amepre.2013.02.013.
6. Hoge E. A., Worthington J. J., Nagurney J. T., Chang Y., Kay E. B., Feterowski C. M. et al. Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neurosci. Ther.* 2012; 18 (1): 21-7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00227.x.
7. Amos T., Stein D. J., Ipser J. C. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014 (7): Cd006239. doi: 10.1002/14651858.CD006239.pub2.
8. Kliem S., Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51 (11): 753-61. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.005.
9. Bisson J. I., Wright L. A., Jones K. A., Lewis C., Phelps A. J., Sijbrandij M. et al. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2021; 86: 102004. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2021-50136-001> (accessed: 5.12.2023) doi: 10.1016/j.cpr.2021.102004.
10. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Dang S. T., Mastrodomenico J., Nixon R. D. et al. A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (4): 695-703. doi: 10.1037/a0012616.
11. Bryant R. A., Sackville T., Dang S. T., Moulds M., Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156 (11): 1780-6. doi: 10.1176/ajp.156.11.1780.
12. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Nixon R. D. V. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005; 73 (2): 334-40. doi: 10.1037/0022-006x.73.2.334.
13. Bryant R. A., Moulds M. L., Guthrie R. M., Dang S. T., Nixon R. D. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin Psychol.* 2003; 71 (4): 706-12. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.706.
14. Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S. T., Sackville T., Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66 (5): 862-6. doi: 10.1037/0022-006x.66.5.862.
15. Shalev A. Y., Ankri Y., Israeli-Shalev Y., Peleg T., Adessky R., Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2012; 69 (2): 166-76. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.127.
16. Borrelli J., Jr., Starr A., Downs D. L., North C. S. Prospective study of the effectiveness of paroxetine on the onset of posttraumatic stress disorder, depression, and health and functional outcomes after trauma. *J. Orthop. Trauma*. 2019; 33 (2): e58-e63. doi: 10.1097/bot.0000000000001342.
17. Suliman S., Seedat S., Pingo J., Sutherland T., Zohar J., Stein D. J. Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 24. doi: 10.1186/s12888-015-0391-3.

Поступила в редакцию 11.12.2023 г.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК [159.952-056.13:613.86]:[378.4:61]

Т.Л. Ряполова, А.А. Бойченко, О.Г. Токарева

РОЛЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк, ДНР, Россия*

Актуальность. Природа экстремальных критических жизненных ситуаций (ЭКЖС), когда человек сталкивается со значительными трудностями в реализации всего потенциала бытия [1], в значительной мере связана с проживанием населения в условиях пролонгированного вооруженного конфликта, отличающегося различной интенсивностью на всем своем протяжении [2]. Последствием пребывания индивидов в критических жизненных условиях становится истощение внутренних функциональных ресурсов и, как следствие, высокий риск развития психических расстройств, среди которых значительное место занимают расстройства, ассоциированные со стрессом, а также расстройства, имеющие тревожные и депрессивные симптомы [3].

Особую важность в такой реальности приобретает овладение навыками совладания со стрессом, актуализация ресурсов, способных препятствовать истощению внутреннего потенциала личности. Одним из базовых конструктов совладания является жизнестойкость.

Жизнестойкость включает в себя три базовых параметра: вовлеченность, контроль и принятие риска [4].

Вовлеченность подразумевает, что человек остается включенным в процессы и события, которые с ним происходят, а также в деятельность, которой он занимается [5]. Похожими характеристиками обладает термин «осознанность» — способность быть в полном контакте с текущим опытом, включая чувства, мысли и внешние впечатления, без стремле-

ния изменить или оценить его. Противоположным вовлеченности феноменом является отчужденность, изолированность, неосознаваемое слияние со своими негативными мыслями, образами и социальными ролями. Эти процессы значительно препятствуют гибкости восприятия и реагирования, что крайне важно в кризисных ситуациях.

Особую актуальность в работе по повышению вовлеченности представляет именно работа с молодежью, поскольку данный социальный пласт в ближайшей перспективе будет влиять на развитие общества.

Для студентов, обучающихся в реалиях Донецкой Народной Республики, адаптационный процесс является еще более тяжелым на фоне непрекращающихся обстрелов, реальной опасности для жизни и сомнений, связанных с личными перспективами в жизни.

Цель исследования. Оценить роль вовлеченности в формировании психологического благополучия первокурсников ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Материалы и методы. Исследуемый контингент составили студенты в возрасте от 17 до 30 лет, проходившие исследование на базе Лаборатории психического здоровья в декабре 2023 года.

Оценка степени вовлеченности производилась при помощи «Теста жизнестойкости», который является адаптацией англоязычного опросника Hardiness Survey, выполненной Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой. Опросник содержит 45 утверждений, которые позволяют оценить баллы по шкалам «Вовлечен-

ность», «Контроль», «Принятие риска», а также общему баллу жизнестойкости [6].

Оценка психологического благополучия производилась с помощью личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе; с помощью шкалы депрессии Бека, которая позволяет оценить как общий показатель уровня депрессии, так и показатели по когнитивно-аффективной субшкале, а также субшкале соматических проявлений депрессии; при помощи методики «PTSD Checklist 5» (PCL-5), позволяющей оценить выраженность феноменов, сходных с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [7, 8, 9].

Социально-демографические данные собирались при помощи анкетного комплекса, специально разработанного для целей исследования.

Основную группу (ОГ) составили студенты, имеющие низкий уровень вовлеченности — 158 человек (29,5 %). Среди них преобладали лица женского пола (108 человек; 68 %). 52 респондента (33 %) ОГ оценили свое место пребывания на момент начала текущей эскалации конфликта как «В зоне повышенного риска», 92 респондента (58 %) находились на Донбассе, но в относительно спокойном районе, 14 респондентов (9 %) выезжали за его пределы. Непосредственными свидетелями обстрелов стали 133 обучающихся (84 %), при этом 70 (52 %) из них хотя бы раз оказывались под обстрелом находясь на улице. У 51 студента (32 %) пострадало имущество, а 45 человек (28 %) были вынуждены сменить место жительства из-за опасной обстановки. У 36 респондентов (22 %) близкие получали ранения, а у 27 респондентов ОГ (17 %) среди близких есть погибшие.

Группа сравнения (СГ) была представлена студентами, имеющими средний и высокий уровень вовлеченности — 376 человек (70,5 %). Среди них также преобладали лица женского пола (250 человек; 66 %). 122 обучающихся (32 %) СГ оценили место своего пребывания как «В зоне повышенного риска», 40 обучающихся (11 %) выезжали за пределы Донбасса, а 214 обучающихся (57 %) находились в его пределах, но оценили район своего пребывания, как относительно безопасный. Непосредственными свидетелями обстрелов стали 287 человек (76 %), из них 126 человек (44 %) находились в это время на улице. Среди СГ место жительства были вынуждены сменить 98 студентов (26 %). Имущество пострадало

у 86 студентов (23 %). У 61 респондента (16 %) близкие получили ранения, а у 66 респондентов (17 %) кто-то из близких погиб в результате вооруженного конфликта.

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете статистической обработки «MedStat». На первом этапе анализа производилась проверка распределения на нормальность: если распределение не отличалось от нормального — использовался критерий Стьюдента, в ином случае применялся критерий Манна-Уитни. На втором этапе проводилось сравнение исследуемых групп. Отличия считались статистически значимым на уровне значимости $p \leq 0,001$.

Результаты и обсуждение. Наблюдаются статистически значимые различия по каждой из вышеописанных методик. Обращают на себя внимание различия в средних (медианных) показателях между основной группой и группой сравнения, в которой они ниже в 2 раза и более (см. таблицу 1).

Полученные данные показывают, что у лиц, имеющих низкую вовлеченность, уровень тревоги соответствует высокому, тогда как у лиц, имеющих среднюю и высокую вовлеченность, данный показатель находится в пределах о среднего уровня с тенденцией к низкому.

Студенты, состояние которых соответствует высокому уровню тревоги, не могут в должной степени сосредоточиться на педагогическом процессе, что в значительной мере влияет на формирование академической задолженности.

Полученные результаты связаны с тем, что лица, не вовлеченные в какую-либо деятельность и сам процесс жизни склонны фокусироваться на негативных мыслях, а также не могут сформировать положительный опыт, в связи с чем многократно переживают свои неудачи, что приводит к формированию негативного самопредставления. Негативное самопредставление характеризуется мыслями человека о себе, как о слабом, неспособном справиться с жизненными трудностями, оказать сопротивление возникающим проблемам. Человек, который думает подобным образом, будет воспринимать большинство ситуаций, как угрожающих жизни или целостности, в связи с чем будет часто испытывать тревожные, беспокоящие, панические переживания.

Сходный генез формирования симптомов наблюдается и при анализе уровня депрессии респондентов. У лиц с низкой вовлеченно-

Таблица 1

Средние значения показателей в исследуемых группах

Показатель	Исследуемые группы	
	Основная группа ($n=158$) $M \pm \sigma$ / Me (Q1-Q3)	Группа сравнения ($n=376$) Me (Q1-Q3)
<i>Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора</i>		
Уровень тревожности	$26,09 \pm 7,9^*$	13 (8-19)
<i>Шкала депрессии Бека</i>		
Общий показатель	15 (9-23)*	4 (1-8)
Когнитивно-аффективная субшкала	10 (5-15)*	2 (1-5)
Субшкала соматических проявлений	5 (3-8)*	1 (0-3)
<i>«PTSD Checklist 5» (PCL-5)</i>		
Общий уровень посттравматического стресса	$30,69 \pm 16,9^*$	13 (5-25)
Симптомы навязчивого повторения	$7,29 \pm 4,8^*$	3 (1-6)
Симптомы избегания	3 (1-4)*	1 (0-3)
Изменения в когнитивно-эмоциональной сфере	$11,07 \pm 6,7^*$	4 (1-8)
Симптомы возбудимости	$9,26 \pm 5,3^*$	4 (1-8)

Примечания. * Статистическая значимость различий на уровне $p \leq 0,001$ между основной группой и обеими группами сравнения.

стью медианные показатели депрессии соответствуют верхней границе субдепрессивного состояния, тогда как у лиц со средней и высокой вовлеченностью отмечается уровень отсутствия депрессивных симптомов. Влияние низкой вовлеченности на депрессивную симптоматику, вероятно, также связано с формированием негативного самопредставления, формирования избегающего, дистанцирующегося поведения, излишней концентрации на ранее пережитом негативном опыте.

У лиц с низким уровнем вовлеченности также более ярко выражены симптомы постстрессового состояния. За счет сниженной способности находиться в тесном соприкосновении с переживаемым негативным опытом и, в то же время, потребностью психики в его переработке, формируется ряд феноменов, присущих данному состоянию.

Вывод. Воздействие вовлеченности на психологическое благополучие личности требует активных мер, направленных на ее развитие и укрепление.

Студентам со сниженным уровнем вовлеченности можно предлагать участие в тренингах, ориентированных на осознанность, включенность в настоящий момент. Кроме того,

необходимо акцентировать их внимание на положительных аспектах объективной реальности, способствовать формированию положительного жизненного опыта, поддерживать в трудных обстоятельствах, на личном примере показывая пример стрессоустойчивости и способности к преодолению.

Также важно способствовать внеаудиторной активности обучающихся и формированию устойчивых социальных связей. Для решения данной задачи в ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России внедрена многоуровневая система кураторства и поддержки обучающихся. Кураторы из студенческой и профессорско-преподавательской среды на постоянной основе работают с первокурсниками, стимулируют к межличностному взаимодействию и ликвидации академической задолженности, даже если таковая составляет менее 10 часов. Кроме того, студенты посещают ежемесячные собрания, где в интерактивном формате обсуждают актуальные темы, такие как противодействие экстремизму и терроризму, пропаганда здорового образа жизни, вопросы патриотического воспитания, проблемы в коммуникации обучающихся в их социальных группах и с сотрудниками университета.

Наиболее эффективным в данной среде будет проведение тренингов в формате диалектико-поведенческой группы, где обучающиеся овладеют навыками безоценочного соприкосновения с настоящим моментом, стратегиями адаптивного реагирования, которые

позволят продуктивно переживать кризисы, не принимая импульсивных решений. Студенты также овладеют навыками управления сильными эмоциями для снижения эмоциональной уязвимости и улучшения стабильности настроения.

Т.Л. Ряполова, А.А. Бойченко, О.Г. Токарева

РОЛЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк, ДНР, Россия*

В статье рассматривается влияние вовлеченности психологическое благополучие лиц молодого возраста. Оценка степени выраженности вовлеченности осуществлялась при помощи «Теста жизнестойкости», который является адаптацией англоязычного опросника Hardiness Survey, выполненной Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой. Оценка психологического благополучия производилась с помощью личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе, шкалы депрессии Бека, методики «PTSD Checklist 5» (PCL-5). Результаты показывают значительное влияние вовлеченности на психологическое благополучие обучающихся. Приводятся мероприятия, предлагаемые для повышения уровня осознанности и через него — адаптационных ресурсов молодежи.

Ключевые слова: вовлеченность, тревога, депрессия, посттравматический стресс, психологическое благополучие.

T. L. Ryapolova, A. A. Boychenko, O. G. Tokareva

THE ROLE OF INVOLVEMENT IN SHAPING THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF FIRST-YEAR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, DPR, Russia*

The article examines the impact of involvement on the psychological well-being of young people. The degree of involvement was assessed using the «Resilience Test», which is an adaptation of the English-language questionnaire Hardiness Survey, performed by D.A. Leontiev and E.I. Rasskazova. Psychological well-being was assessed using the Taylor personality anxiety scale adapted by T.A. Nemchinov and V.G. Norakidze, the Beck depression scale, and the PTSD Checklist 5 (PCL-5) methodology. The results show a significant impact of engagement on the psychological well-being of students. The activities proposed to increase the level of awareness and, through it, the adaptive resources of young people are presented.

Keywords: involvement, anxiety, depression, post-traumatic stress, psychological well-being.

Список литературы

1. Абрамов В.А., Мельниченко В.В., Бабура Е.В. Посттравматические стрессовые расстройства, связанные с боевыми действиями, с позиций экзистенциально-гуманистического подхода. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 4 (60): 5-19.
2. Трошина Е.О., Ряполова Т.Л. Изучение вопроса комбинированного стресса, как следствия психоэмоционального потрясения у студенческой молодежи, в контексте ситуации на Донбассе. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 3 (59): 59-66.
3. Альмешкина А.А., Ковалева К.В., Коваленко С.Р., Сорокопуд Е.П. Нервно-психическое напряжение пациентов с признаками боевой психической травмы. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023; 1 (61): 59-64.
4. Мадди, С.Р. Смыслообразование в процессе принятия решений. Психологический журнал. 2005; 6 (26): 87-101.

5. Кучерявенко И. А., Гринёва О. И., Еголаева Е. С. Феномен жизнестойкости в психологической науке. Проблемы современного педагогического образования. 2023; 2 (79): 429-432.
6. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63.
7. Диагностика эмоционально-нравственного развития. Сост. и ред. И. Б. Дерманова. СПб.: Речь; 2002: 126-129.
8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер; 2001. 268.
9. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. Journal of traumatic stress. 2015; 28(6): 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>.

References

1. Abramov V. A., Mel'nichenko V. V., Babura E. V. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva, svyazannye s boevymi deistviyami, s pozitsii ekzistentsial'no-gumanisticheskogo podkhoda. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2022; 4 (60): 5-19 (in Russian).
2. Troshina E. O., Ryapolova T. L. Izuchenie voprosa kombinirovannogo stressa, kak sledstviya psikhoemotsional'nogo potryaseniya u studencheskoj molodezhi, v kontekste situatsii na Donbasse. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2022; 3 (59): 59-66 (in Russian).
3. Al'meshkina A. A., Kovaleva K. V., Kovalenko S. R., Sorokopud E. P. Nervno-psikhicheskoe napryazhenie patsientov s priznakami boevoi psikhicheskoi travmy. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2023; 1 (61): 59-64 (in Russian).
4. Maddi, S. R. Smysloobrazovanie v protsesse prinyatiya reshenii. Psikhologicheskii zhurnal. 2005; 6 (26): 87-101 (in Russian).
5. Kucheryavenko I. A., Grineva O. I., Egoлаева E. S. Fenomen zhiznестоikosti v psikhologicheskoi nauke. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2023; 2 (79): 429-432 (in Russian).
6. Leont'ev D. A., Rasskazova E. I. Test zhiznестоikosti. Moscow: Smysl; 2006. 63 (in Russian).
7. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya. Sost. i red. I. B. Dermanova. Saint Petersburg: Rech'; 2002: 126-129 (in Russian).
8. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Saint Petersburg: Piter; 2001. 268 (in Russian).
9. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. Journal of traumatic stress. 2015; 28(6): 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>.

Поступила в редакцию 11.11.2023 г.

УДК [159.94:004.032.26]-053.81:[159.923:37.015.311]

О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов

НЕЙРОННОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ» У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства России, Донецк, ДНР*

Война оказывает многообразное воздействие на психику, личность и поведение человека. Пролонгированная ситуация военно-политического конфликта на Донбассе, не могла не отразиться на психическом состоянии лиц молодого возраста, проживающих на данной территории. Если в период активных боевых действий 2014-2015 годов, с непосредственной угрозой для жизни, психическая реакция граждан характеризовалась эмоциональным всплеском на неожиданные и интенсивные стрессогенные события, то в продолжении длительного периода военно-политического конфликта (2016-2020 годы), с его умеренными стрессогенными факторами, личность подвергалась испытанию пролонгированных изменений в жизни.

Обоснованная Д. А. Леонтьевым [14] концепция личностного потенциала, как системы характеристик личности, лежащих в основе успешной саморегуляции в различных сферах жизнедеятельности, дала толчок к развитию личностно-ориентированного направления в психиатрии, которое сосредоточено на смене парадигмы и смещении акцента с болезни на личность в целом, что, в свою очередь, позволяет выявлять психические нарушения на предболезненном (субклиническом) уровне. Научные исследования Л. И. Вассермана [7] базируются на важности личностно-ориентированного подхода и акцентируют внимание на психопрофилактике и психокоррекции субклинических проявлений психической дезадаптации.

Современные научные исследования как отечественные, так и зарубежные в основном имеют психологическую направленность и не затрагивают психопатологические процессы, развивающиеся на фоне истощения ресурсных возможностей и деструктивных стратегий преодоления стресса [13, 19]. Кроме этого, в рамках таких исследований, как правило,

остается открытым вопрос о взаимодействии данных конструктов и единой теоретической модели, которая могла бы лечь в основу такого рода исследований. Предварительный анализ дает основания рассматривать структуры личностного потенциала как вносящие существенный, если не определяющий, вклад в осуществление функции сохранения психического здоровья.

Особая актуальность исследования заключается в том, как стресс военного времени влияет на психическое здоровье лиц молодого возраста. Учитывая возрастные особенности личностного, ценностно-смыслового и мотивационного становления в период ранней зрелости [18, 5], данный контингент попадает в группу риска по развитию клинически выраженных нарушений психической адаптации.

Целью данного исследования стало построение математической модели с применением искусственных нейронных сетей, которая могла бы прогнозировать значение переменной «расстройство адаптации» по известным значениям множественных факторов у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени. Результаты данного исследования позволят составить наиболее целевую и эффективную психопрофилактическую программу, направленную на саморазвитие, или психокоррекционный блок, нацеленный на самораскрытие и активацию личностных ресурсов, для предупреждения формирования клинически выраженных нарушений психической адаптации.

Материал и методы. Для решения задачи прогнозирования показателя «Расстройство адаптации» были построены математические модели с применением искусственных нейронных сетей. В качестве входных параметров были выбраны 117 независимых предикторов, которые отражали паспортные, физио-

логические, клинические и психологические свойства обследуемых и носили смешанный характер (количественные, упорядоченные, дихотомические данные). Для унификации параметров прогнозируемый показатель и независимые предикторы были выражены в стэнах с точностью до 0,1 С.

Модели строились по данным исследований 120 респондентов молодого возраста (средний возраст $20,4 \pm 1,3$ года) с подтвержденным диагнозом F43.2 Расстройство адаптации (согласно МКБ-10). Период наблюдения составил 4 года (с 2016 года по 2020 год). Прогнозируемый показатель «Расстройство адаптации» измерялся по симптоматическому опроснику SCL-90-R [12], в математической модели учитывался общий индекс тяжести симптоматики (GSI). При этом все варианты расстройства адаптации были разбиты случайным образом на 3 подмножества: обучающее (84 человека — 70 % случаев), контрольное (24 человека — 20 % случаев) и тестовое (12 человек — 10 % случаев).

Регрессия — это математический метод, позволяющий найти математическое уравнение, которое лучше всего описывает взаимосвязь между прогнозируемой переменной y и переменными $x_1, x_2, x_3, \dots$ (факторами), иначе говоря, прогнозирует значение переменной y по известным значениям факторов. Для нахождения линейной модели регрессии (в виде линейного уравнения $y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots$) использовалась процедура Регрессия из Пакета анализа MS Excel.

В данном анализе линейная регрессия не позволяла получать достаточно точный прогноз. Поэтому был использован метод построения нейронных сетей, который строит не

только линейные, но и более сложные модели. Необходимые возможности для этого предоставляет нейропакет Excel Neural Package.

При статистической обработке данных и интерпретации полученных результатов учитывались современные международные требования к представлению результатов статистического анализа в статьях и диссертациях на соискание учёной степени.

Результаты исследований и их обсуждение. Для нахождения линейной модели регрессии использовалась процедура Регрессия из Пакета анализа MS Excel. Анализ всей совокупности факторов, влияющих на показатель расстройство адаптации, позволил выделить вначале девять существенных факторов: дисфункциональные отношения — X_1 , самооффективность межличностных отношений — X_2 , общий уровень саморегуляции поведения — X_3 , жизнестойкость — X_4 , уровень субъективного контроля — X_5 , совладающее поведение *бегство-избегание* — X_6 , общий показатель отчуждения — X_7 , социально-психологическая адаптация — X_8 , общий показатель экзистенциальной исполненности G — X_9 . Затем из этих девяти факторов были отобраны четыре фактора, оказывающие наибольшее влияние на развитие расстройства адаптации: общий уровень саморегуляции поведения — X_3 , жизнестойкость — X_4 , общий показатель отчуждения — X_7 , социально-психологическая адаптация — X_8 . Средние показатели этих независимых факторов, а также зависимого параметра расстройства адаптации Y демонстрирует таблица 1.

Регрессионную статистику для четырёх независимых факторов X_3, X_4, X_7, X_8 иллюстрирует рисунок 1. Для второй переменной в столбце *P-значение* имеем $P = 0,077$, что боль-

Таблица 1

Средние показатели независимых факторов, а также зависимого параметра расстройства адаптации

Показатели адаптации	M	σ
Общий уровень саморегуляции поведения X_3	2,48	0,27
Жизнестойкость X_4	2,33	0,31
Общий показатель отчуждения X_7	8,25	0,30
Социально-психологическая адаптация X_8	2,39	0,32
Расстройство адаптации. Общий индекс тяжести GSI Y	8,76	0,59

Регрессионная статистика			
Множественный R	0,868		
R-квадрат	0,753		
Нормированный R-квадрат	0,741		
Стандартная ошибка	0,299		
Наблюдения	84		
Дисперсионный анализ			
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>
Регрессия	4	21,60	60,364
Остаток	79	7,07	
Итого	83	28,66	
	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>P-Значение</i>
Y-пересечение	6,972	1,941	0,00057
Переменная X 1	-1,467	0,247	7,39E-08
Переменная X 2	-0,413	0,231	0,077
Переменная X 3	0,564	0,185	0,003
Переменная X 4	0,719	0,166	4,50E-05

Рис. 1. Регрессионная статистика для четырёх независимых факторов X_3 , X_4 , X_7 , X_8

ше 0,05. Это означает, что вклад второй независимой переменной X_4 в уравнение регрессии не отличается значимо от нуля. Таким образом, она практически не влияет на зависимую переменную Y и поэтому может быть исключена из построения линейной модели.

Регрессионную статистику для трёх независимых факторов X_3 , X_7 , X_8 иллюстрирует рисунок 2. Получено уравнение регрессии:

$$Y = 6,22 - 1,682X_3 + 0,642X_7 + 0,583X_8.$$

Стандартная погрешность:

$$\sigma_Y = \sqrt{(b_3\sigma_3)^2 + (b_7\sigma_7)^2 + (b_8\sigma_8)^2} = 0,53.$$

Регрессионная статистика			
Множественный R	0,862		
R-квадрат	0,743		
Нормированный R-квадрат	0,734		
Стандартная ошибка	0,303		
Наблюдения	84		
Дисперсионный анализ			
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>
Регрессия	3	21,31	77,280
Остаток	80	7,35	
Итого	83	28,66	
	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>P-Значение</i>
Y-пересечение	6,222	1,921	0,00175
Переменная X 1	-1,682	0,219	3,53E-11
Переменная X 2	0,642	0,182	0,00069
Переменная X 3	0,583	0,150	0,00021

Рис. 2. Регрессионная статистика для трёх независимых факторов X_3 , X_7 , X_8

Линейная регрессионная модель статистически значима, так как величина F -критерия Фишера (*Значимость F*) меньше 0,05. Однако коэффициент детерминации (R -квадрат — квадрат коэффициента корреляции) намного меньше единицы ($R^2=0,74$), поэтому линейная регрессия не является удовлетворительной.

Воспользуемся методом построения нейронных сетей, который строит не только линейные, но и более сложные регрессионные модели. При этом будем использовать четыре независимые переменные, не исключая X_4 . Для этого нам подойдёт аналитическая надстройка для Microsoft Excel Neural Excel. Рисунок 3 [15] даёт графическое представление структуры создаваемой нейронной сети.

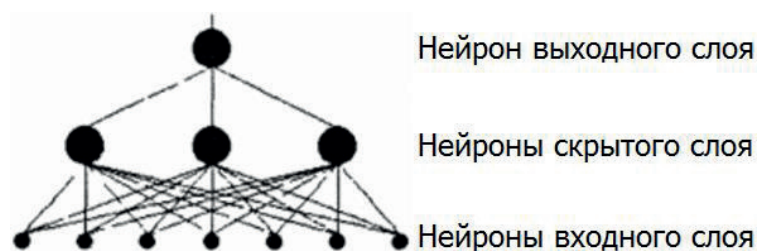


Рис. 3. Графическое представление структуры нейронной сети

Рисунок 4 иллюстрирует настройку процесса обучения нейронной сети. К концу пятисотого приближения (эпохи) максималь-

ная относительная погрешность снижается до 0,074, средняя — до 0,018.



Рис. 4. Настройка процесса обучения нейронной сети

Контрольное множество представлено на рисунке 5. Здесь же представлен результат прогнозирования линейным уравнением регрессии $Y_{\text{линейное}}$. Как видим, результаты прогнозирования Y , даваемые нейронной се-

тью, практически совпадает с результатами наблюдений $Y_{\text{опрос}}$ — коэффициент детерминации $R^2 = 0,994$. Прогноз $Y_{\text{линейное}}$, даваемый линейным уравнением регрессии, значительно хуже коррелирует с результатами наблюде-

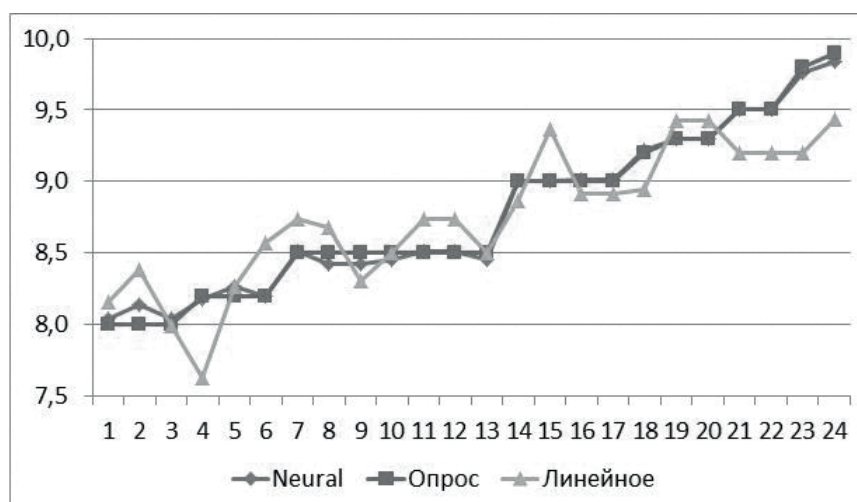


Рис. 5. Контрольное множество

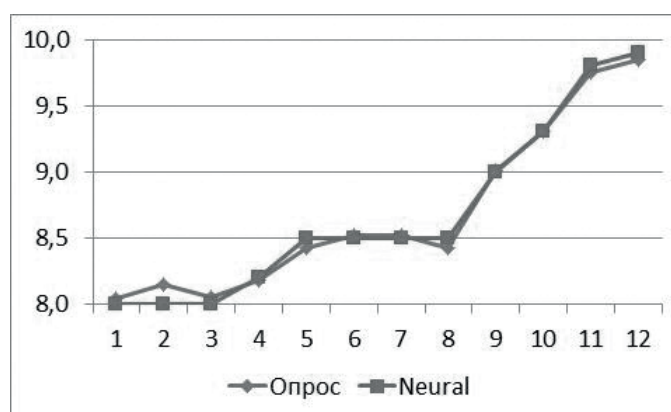


Рис. 6. Тестовое множество

ний — коэффициент детерминации $R^2=0,765$. Формула Neural регрессии достаточно объемна для размещения в данном издании, для ознакомления с ней можно обратиться к автору исследования.

Дополнительная проверка на тестовом множестве (коэффициент детерминации $R^2=0,993$) подтверждала выводы, сделанные при проверке на контрольном множестве, что свидетельствовало об их высокой надёжности. Тестовое множество представлено на рисунке 6.

Текущая работа является небольшим, но очень значимым разделом глобального исследования, основанного на личностно-ориентированном подходе в психиатрии. В данном исследовании были изучены ресурсы устойчивости, саморегуляции и инструментальные ресурсы совладания у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени [3, 16, 8, 9, 10, 11]. Кроме

этого, были выявлены статистически значимые клиничко-психопатологические и интегративные индивидуально-психологические особенности ($p \leq 0,05$), и корреляционные связи между ними. Однако, имея большое диагностическое значение, эти статистические данные не могли указать на причинно-следственную связь между изучаемыми параметрами. Прогностические знания о том, что является причиной, а что — следствием, помогают составлять наиболее целевую и эффективную психопрофилактическую программу, направленную на саморазвитие, или психокоррекционный блок, нацеленный на самораскрытие и активацию личностных ресурсов, для предупреждения формирования клинически выраженных нарушений психической адаптации.

В данной работе, с помощью построенной математической модели нейронного программирования, были выявлены основные

прогностические индивидуально-психологические факторы нарушения адаптационных способностей у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени.

ВЫВОДЫ

1. Построенные математические модели с применением искусственных нейронных сетей для решения задачи прогнозирования показателя «Расстройство адаптации» показала высокие прогностические способности линейной модели на 4 признаках (общий уровень саморегуляции поведения, жизнестойкости, субъективного отчуждения и социально-психологической адаптации) без ухудшения основных регрессионных показателей.

2. Данная математическая модель позволит на догоспитальном этапе выявлять фак-

торы риска развития расстройства адаптации у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени.

3. Полученные данные легли в основу разработки целевой личностно-ориентированной программы психопрофилактики и психокоррекции нарушений адаптации, направленной на самораскрытие и активацию личностных ресурсов.

4. Восстановление основных прогностических параметров личностного потенциала, оптимизирует способность преодоления и совладания со стрессом, что предупредит развитие клинической дезадаптации и восстановит качество жизни и социальное функционирование лиц молодого возраста в изменившихся условиях жизнедеятельности, не подлежащих элиминации.

О. Н. Голоденко, В. Ал. Абрамов

НЕЙРОННОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ» У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства России, Донецк, ДНР*

Основываясь на личностно-ориентированном подходе в психиатрии, была разработана математическая модель нейронного программирования показателя «расстройство адаптации» у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени на Донбассе. Период наблюдения затронул 2016–2020 годы умеренной интенсивности стресса в условиях значительных изменений в жизни. С помощью построенной математической модели нейронного программирования были выявлены основные прогностические индивидуально-психологические факторы нарушения адаптационных способностей у лиц молодого возраста в условиях пролонгированного стресса военного времени.

Ключевые слова: расстройство адаптации, математическая модель нейронного программирования, лица молодого возраста, стресс военного времени, личностно-ориентированный подход.

O. N. Golodenko, V. Al. Abramov

NEURAL PROGRAMMING OF THE INDICATOR «ADJUSTMENT DISORDER» IN YOUNG PEOPLE BASED ON A PERSONALITY-ORIENTED APPROACH

*State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR*

A mathematical model of neural programming of the index «adjustment disorder» in young people under conditions of prolonged wartime stress in the Donbass, based on the personality-oriented approach in psychiatry was developed. The observation period covered 2016–2020 years of moderate stress intensity in the face of significant changes in life. With the help of the constructed mathematical model of neural programming, the main prognostic individual psychological factors for impaired adaptive abilities in young people under conditions of prolonged wartime stress were identified.

Key words: adjustment disorder, mathematical model of neural programming, young people, wartime stress, student-centered approach.

Литература

1. Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н. и др. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. — Донецк, 2017. — 352 с.
2. Абрамов В. А. Неклассическая психиатрия: дискурс гуманизма и здравого смысла: Монография. — Донецк: ФЛП Кириенко, 2021. — С. 172-190.
3. Абрамов В. А., Денисов Е. М., Голоденко О. Н. Особенности психического здоровья и личностные ресурсы у лиц, пострадавших в результате хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе // Университетская клиника. — Донецк, 2015. — Том 11, № 2. — С. 76-79.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — Эл. доступ: Читать книгу «Пограничные психические расстройства», Юрий Анатольевич Александровский (4italka.su) Дата обращения: 07.06.2020.
5. Баксанский О. Е., Скоробогатова А. В. Психологические особенности развития личности в период молодости. Образовательные технологии. № 2/2020. С. 77-86. Эл. ресурс: Психологические особенности развития личности в период молодости (iedtech.ru). Дата обращения: 24.07.2021 г.
6. Вассерман Л. И., Дубинина Е. А. Социальный стресс и здоровье. В кн.: Руководство по психологии здоровья. Под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой. М.: Издательство Московского университета. 2019. — С. 363-392.
7. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., Дубинина Е. А. и др. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2021. Том 55. №3. С. 8-18. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18. Эл. доступ: Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации // Психологическая газета (psy.su) Дата обращения: 13.12.2022.
8. Голоденко О. Н. Смыслоутрата как результат влияния хронического эмоционального стресса на особенности функциональных личностных ресурсов у лиц молодого возраста // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. — Донецк, 2019. — Том 4, №3. — С. 10-16.
9. Голоденко О. Н. Оценка качества жизни у молодых людей, подверженных влиянию хронического эмоционального стресса // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. Научно-практический журнал. — Санкт-Петербург, 2020. — С. 41-47.
10. Голоденко О. Н., Абрамов В. А., Абрамов В. Ал., Альмешкина А. А. Влияние локуса контроля на выбор копинг-стратегий в ситуации длительного стресса вооруженного конфликта на Донбассе у лиц молодого возраста // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — Донецк, 2022. — 3 (59). — С. 24-34.
11. Голоденко О. Н. Разработка и оценка эффективности системы психокоррекционной программы, направленной на самораскрытие и активацию личностных ресурсов у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией в условиях хронического стресса военного времени // Коллекция гуманитарных исследований. — Курск, 2023. — 2 (35). — С. 34-46.
12. Дьяконов И. Ф., Овчинников Б. В. Психологическая диагностика в практике врача. — СПб.: СпецЛит, 2008. — 143 с. Эл. доступ: <https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/1605165586/31> Дата обращения: 14.09.2014.
13. Калашникова М. Б., Петрова Е. А. Особенности защитного и совладающего поведения взрослых, имеющих травмирующий опыт // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 5 (97). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zaschitnogo-i-sovkladayushchego-povedeniya-vzroslyh-imeyuschih-travmiruyushchiy-opyt> (дата обращения: 31.05.2023).
14. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. — 680 с.
15. Нейропакет Excel Neural Package. Эл. доступ: https://scask.ru/p_book_ins.php?id=49 Дата обращения: 24.11.2022.
16. Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н., Соловьева М. А. Особенности копинг-поведения у студентов медицинского ВУЗа в ситуации хронического стресса в зоне вооруженного конфликта в Донбассе // Сборник научных статей. — СПб., 2016. — С. 94-95.
17. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. — 184 с. Эл. доступ: Предболезненные психические расстройства (Семичов С. Б.) (phantastike.com). Дата обращения: 07.06.2020.
18. Элкин Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни (предисловие) // Эрик Г. Эриксон Детство и общество. 1996. С. 6-22. Эл. доступ: Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни (zadocs.ru). Дата обращения: 04.01.2023.
19. Van Ingen E. J., Wright K. B. Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resources after negative life events Published in: Computers in Human Behavior DOI: 10.1016/j.chb.2016.02.048 Publication date: 2016. Эл.ресурс: Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resources after negative life events (uvt.nl) Дата обращения: 27.03.2023.

References

1. Abramov V. A., Ryapolova T. L., Golodenko O. N. i dr. Psihicheskoe zdorove i lichnostnyye resursyi v ekstremal'nykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti: Monografiya. — Donetsk, 2017. — 352s.
2. Abramov V. A. Neklassicheskaya psichiatriya: diskurs gumanizma i zdravomyisliya: Monografiya. — Donetsk: FLP Kirienko, 2021. — S. 172-190.
3. Abramov V. A., Denisov E. M., Golodenko O. N. Osobennosti psihicheskogo zdorov'ya i lichnostnyye resursyi u lits, postradavshikh v rezultate hronicheskogo stressa, svyazannogo s boevymi deystviyami v Donbasse // Universitetskaya klinika. — Donetsk, 2015. — Tom 11, # 2. — S. 76-79.
4. Aleksandrovskiy Yu. A. Pogranichnyye psihicheskie rasstroystva. — M.: Meditsina, 2000. — El. dostup: Chitat knigu «Pogranichnyye psihicheskie rasstroystva», Yuriy Anatolevich Aleksandrovskiy (4italka.su). Data obrascheniya 07.06.2020.
5. Baksanskiy O. E., Skorobogatova A. V. Psihologicheskie osobennosti razvitiya lichnosti v period molodosti. Obrazovatel'nyye tehnologii. # 2/2020. S. 77-86. El. resurs: Psihologicheskie osobennosti razvitiya lichnosti v period molodosti (iedtech.ru). Data obrascheniya: 24.07.2021 g.
6. Vasserman L. I., Dubinina E. A. Sotsialnyy stress i zdorove. V kn.: Rukovodstvo po psihologii zdorov'ya. Pod red. A. Sh. Thostova, E. I. Rasskazovoy. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta. 2019. — S. 363-392.
7. Vasserman L. I., Schelkova O. Yu., Dubinina E. A. i dr. Sotsialnaya frustrirovannost kak faktor psihogeneza rasstroystv psihicheskoy adaptatsii // Obozrenie psichiatrii i meditsinskoy psihologii imeni V. M. Behtereva. 2021. Tom 55. #3. S. 8-18. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18. El. dostup: Sotsialnaya frustrirovannost kak faktor psihogeneza rasstroystv psihicheskoy adaptatsii // Psihologicheskaya gazeta (psy.su). Data obrascheniya: 13.12.2022.
8. Golodenko O. N. Smyislostrata kak rezultat vliyaniya hronicheskogo emotsional'nogo stressa na osobennosti funktsionalnykh lichnostnykh resursov u lits molodogo vozrasta // Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy hirurgii. — Donetsk, 2019. — Tom 4, #3. — S. 10-16.
9. Golodenko O. N. Otsenka kachestva zhizni u molodykh lyudey, podverzhennykh vliyaniyu hronicheskogo emotsional'nogo stressa // Vestnik Mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni. Nauchno-prakticheskiy zhurnal. — Sankt-Peterburg, 2020. — S. 41-47.
10. Golodenko O. N., Abramov V. A., Abramov V. A. I., Almeshkina A. A. Vliyaniye lokusa kontrolya na vybor koping-strategiy v situatsii dlitel'nogo stressa vooruzhennogo konflikta na Donbasse u lits molodogo vozrasta // Zhurnal psichiatrii i meditsinskoy psihologii. — Donetsk, 2022. — 3 (59). — S. 24-34.
11. Golodenko O. N. Razrabotka i otsenka effektivnosti sistemy psihokorreksionnoy programmy, napravlennoy na samoraskrytie i aktivatsiyu lichnostnykh resursov u lits molodogo vozrasta s nepatologicheskoy psihicheskoy dezadaptatsiyey v usloviyakh hronicheskogo stressa voennogo vremeni // Kolleksiya gumanitarnykh issledovaniy. — Kursk, 2023. — 2 (35). — S. 34-46.
12. Dyakonov I. F., Ovchinnikov B. V. Psihologicheskaya diagnostika v praktike vracha. — SPb.: SpetsLit, 2008. — 143 s. El. dostup: <https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/1605165586/31>. Data obrascheniya: 14.09.2014.
13. Kalashnikova M. B., Petrova E. A. Osobennosti zaschitnogo i sovladayushchego povedeniya vzroslykh, imeyushchikh travmiruyushchiy opyt // Obschestvo: sotsiologiya, psihologiya, pedagogika. 2022. #5 (97). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zaschitnogo-i-sovladayushchego-povedeniya-vzroslyh-imeyushchikh-travmiruyushchiy-opyt> (data obrascheniya: 31.05.2023).
14. Leontev D. A. Lichnostnyy potentsial: struktura i diagnostika / Pod red. D. A. Leonteva. M.: Smyisl, 2011. — 680 s.
15. Neyropaket Excel Neural Package. El. dostup: https://scask.ru/p_book_ins.php?id=49. Data obrascheniya: 24.11.2022.
16. Ryapolova T. L., Golodenko O. N., Soloveva M. A. Osobennosti koping-povedeniya u studentov meditsinskogo VUZa v situatsii hronicheskogo stressa v zone vooruzhennogo konflikta v Donbasse // Sbornik nauchnykh statey. — SPb., 2016. — 94-95 s.
17. Semichov S. B. Predboleznen'nyye psihicheskie rasstroystva. — L.: Meditsina, 1987. — 184 s. El. dostup: Predboleznen'nyye psihicheskie rasstroystva (Semichov S. B.) (phantastike.com) Data obrascheniya: 07.06.2020.
18. Elkind D. Erik Erikson i vosem stadiy chelovecheskoy zhizni (predislovie) // Erik G. Erikson Detstvo i obschestvo. 1996. S. 6-22. El. dostup: Erik erikson i vosem stadiy chelovecheskoy zhizni (zadocs.ru). Data obrascheniya: 04.01.2023.
19. Van Ingen E. J., Wright K. B. Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resources after negative life events Published in: Computers in Human Behavior. DOI: 10.1016/j.chb.2016.02.048. Publication date: 2016. Эл. ресурс: Predictors of mobilizing online coping versus offline coping resources after negative life events (uvt.nl). Дата обращения: 27.03.2023.

Поступила в редакцию 14.10.2023 г.

УДК 159.947.5:[159.944.4:355.422]

В. Ал. Абрамов, О. Н. Голоденко, Е. А. Абрамова

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ МОТИВАЦИОННОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий Государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России

Участие в боевых действиях, как правило, сопровождается повышенным стрессогенным воздействием на психическое состояние военнослужащего. Основными психотравмирующими факторами для участников боевых действий выступают: тяжелые и длительные бои; смерть сослуживцев; ранения и увечья, получаемые военнослужащими в ходе боевых действий; картины гибели и мучений гражданского населения. Дополнительными компонентами, выступающими стресс-факторами у комбатантов, являются факторы внешней среды условий несения боевой службы или проведения боевых действий, которые включают в себя как природные условия, так и микроклимат боевых обитаемых технических средств и сооружений [1].

Чтобы выжить в условиях боевой среды, индивид должен изменить все аспекты своей жизни. Эта трансформация охватывает не только повышение уровня бдительности и активности, ускорение реакций, но и значительные изменения в поведенческих стратегиях, системе ценностей и в отношении как к окружающей действительности, так и к себе самому. Человек вынужден переосмыслить свои жизненные приоритеты, адаптировать свои морально-этические установки к условиям постоянной угрозы и стресса, что является частью повседневности во время военных действий. Такая трансформация, приспособление к режиму боевой жизнедеятельности, к стресс-факторам войны происходит с каждым ее участником. Это приспособление называется «боевым стрессом».

Под боевым стрессом принято понимать многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических психофизиологических изменений. Приня-

то выделять срочную адаптацию военнослужащих к боевой обстановке как комплекс реакций, направленных на приспособление к непривычным стимулам боевых условий, и долговременную адаптацию, сопровождающуюся такими кардинальными изменениями психики и личности воина, которые позволяют выжить в экстремальной обстановке войны [2].

Существует консенсус, что под понятием «боевой стресс» понимается особая форма стресса, подчиняющаяся всем закономерностям общего адаптационного синдрома Г. Селье, но с одним существенным отличием: обычно боевой стресс носит характер дистресса с очень высокой интенсивностью воздействия на организм. Следствием такой природы этого явления становятся допатологические и патологические психические расстройства [3].

Исходя из степени и силы воздействия стресс-факторов на психику военнослужащего условно выделяется два вида боевого стресса: умеренный боевой стресс и интенсивный (длительный) боевой стресс.

Умеренный стресс, как правило, эффективно преодолевается большинством военнослужащих (адаптивная стрессовая реакция). Он способствует мобилизации физических и психических ресурсов, активизации защитных механизмов организма, а также стимулирует интеллектуальные процессы. Умеренный стресс создает оптимальное боевое возбуждение, повышает работоспособность и способствует усиленной целенаправленной деятельности военнослужащего. Вместе с этим, он может сопровождаться чувством гнева, ненависти к противнику и желанием его уничтожить [4].

В дальнейшем умеренный боевой стресс либо становится привычным для комбатантов, либо переходит в боевой стресс повышенной интенсивности.

На индивидуальном уровне, в боевых условиях, интенсивный боевой стресс проявляется через ряд психологических и поведенческих факторов, которые отражают нарушения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах. Среди них встречаются следующие проявления: резкая и неадекватная реакция на боевую обстановку с повышенной или пониженной боевой активностью; неадекватное эмоциональное реагирование, включая эмоциональное оцепенение или эмоциональную «тупость»; появление деструктивных форм мотивации боевой деятельности или наоборот, стремление избежать боя и сохранить свою жизнь любой ценой; потеря ориентации в боевой ситуации; ощущение нереальности событий, связанных с боем; чувство отчуждения от самого себя; резкое и необычное снижение дисциплины, сопровождающееся нарушениями норм межличностных отношений, деструктивным общением с окружающими и развязностью в поведении; высокий уровень необоснованной раздражительности, гнева и агрессивности; резкое возрастание тревожности или, наоборот, пренебрежение опасностью; неспособность справиться с переживаниями страха и т. д.

Участники боевых действий ограничены своими физическими и психологическими возможностями — у каждого индивида есть свой определенный адаптационный потенциал или психологический ресурс, который способствует преодолению стрессовых факторов определенной интенсивности. Если действие интенсивного боевого стресса величиной или продолжительностью превышает возможности адаптации, происходит «слом адаптационного барьера» и возникает психическая травма. В таких случаях можно говорить о боевой психической травме [4].

Боевая психическая травма — возникающее вследствие воздействия боевых стресс-факторов патологическое состояние центральной нервной системы, обуславливающее регулирование поведения пострадавшего посредством патофизиологических механизмов. В результате психотравмирования происходит накопление изменений в структурах ЦНС, нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию. Наиболее частыми проявлениями боевой психической травмы являются неврозы и посттравматические стрессовые состояния.

Значимость воздействия на психику военнослужащих факторов боевой обстановки определяется многочисленными и взаимосвязанными факторами. Одним из таких факторов является мотивация, которая играет важную роль в формировании психологической реакции на боевую ситуацию.

Мотивация как психическое явление трактуется по-разному. В одном случае — как совокупность факторов, поддерживающих и направляющих, т. е. определяющих поведение, в другом случае — как совокупность мотивов, в третьем — как побуждение, вызывающее активность организма и определяющее ее направленность. Кроме того, мотивация рассматривается как процесс психической регуляции конкретной деятельности, как процесс действия мотива и как механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности, как совокупная система процессов, отвечающих за побуждение и деятельность [5].

Отсюда все определения мотивации можно отнести к двум направлениям. Первое рассматривает мотивацию со структурных позиций, как совокупность факторов или мотивов. Например, согласно схеме В. Д. Шадрикова [6], мотивация обусловлена потребностями и целями личности, уровнем притязаний и идеалами, условиями деятельности (как объективными, внешними, так и субъективными, внутренними — знаниями, умениями, способностями, характером) и мировоззрением, убеждениями и направленностью личности и т. д. С учетом этих факторов происходит принятие решения, формирование намерения. Второе направление рассматривает мотивацию не как статичное, а как динамичное образование, как процесс, механизм.

Однако и в том, и в другом случае мотивация у авторов выступает как вторичное по отношению к мотиву образование, явление. Более того, во втором случае мотивация выступает как средство или механизм реализации уже имеющихся мотивов.

Мотивация военнослужащих представляет собой сложный и многогранный психологический процесс, ориентированный на направление и поддержание их активности, энергии и поступков в военной среде. Мотивы военнослужащих могут быть связаны с различными факторами, такими как патриотизм, служение стране, защита своих близких и социальное признание.

Один из ключевых факторов мотивации военнослужащих — это патриотический компонент. Патриотические мотивы связаны с глубокой привязанностью и преданностью стране, верой в ее ценности и идеалы. Они могут возникать из национального сознания, культурных традиций, исторического наследия и гордости за свою страну. Патриотическая мотивация служит как стимул для военнослужащих, побуждая их к преданной защите и служению Родине.

Другим важным фактором мотивации военнослужащих является социальное признание и уважение. Часто военная служба ассоциируется с престижем и почетом в обществе. Мотивация на основе социального признания возникает из стремления быть признанным и оцененным за свои достижения и преданность военной службе. Уважение со стороны коллег, руководства и общества поддерживает мотивацию военнослужащих и повышает их эффективность и преданность службе. Важно отметить, что наличие сильной социальной поддержки и позитивных межличностных связей также играет важную роль в снижении риска развития боевых психических травм. Исследования показывают, что военнослужащие, которые чувствуют поддержку со стороны товарищей по службе и командования, лучше справляются с боевым стрессом [7].

Также важным аспектом мотивации военнослужащих является личная значимость и ценность военной деятельности. Для многих служба становится неотъемлемой частью их самоидентификации и смысла жизни. Они видят свою роль в защите своей страны как важное и благородное дело, которое придает им личное удовлетворение и чувство выполнения своей жизненной миссии. Эта личная значимость и ценность питает мотивацию и помогает им преодолевать трудности и испытания, с которыми они сталкиваются в военной службе. В исследовании, проведенном Шейном О'Марой и коллегами, было выявлено, что «военнослужащие с высокой степенью когерентности и понимания значимости своей миссии испытывают меньше психологических трудностей и лучше адаптируются к послевоенной жизни» [8].

Психологический аспект мотивации военнослужащих также включает в себя удовлетворение потребностей безопасности и защиты. Человек имеет врожденную потребность в ощущении безопасности и защищенности, и военная служба предоставляет возможность

удовлетворить эту потребность через активное участие в защите своей Родины и близких людей. Мотивация, основанная на потребностях безопасности, может поддерживаться стремлением к созданию стабильности и предотвращению угроз национальной безопасности [4].

Мотивация, как внутреннее движущее начало поведения, может в значительной мере определять, какие аспекты боевой обстановки будут восприниматься как значимые и иметь влияние на психическое состояние участников боевых действий. Исследование, проведенное Грегори Миллером, указывает на то, что «мотивация и уверенность в собственных силах военнослужащих являются ключевыми факторами в их способности преодолевать боевой стресс и предотвращать развитие ПТСР» [9].

Целью настоящего исследования было оценить влияние мотивационного компонента на уровень боевого травматического стресса у военнослужащих, принимающих участие в специальной военной операции.

Материал и методы исследования. Обследовано 89 военнослужащих, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях Донецкой Народной Республики с ранениями различной степени тяжести, принимающих участие в СВО. На момент обследования средний срок госпитализации комбатантов составлял 25–30 дней.

Для клинической диагностики и оценки симптомов ПТСР были использованы структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS), шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС). Для оценки алекситимии была использована Торонтская шкала алекситимии (TAS-20). Для оценки степени готовности к риску применялась методика диагностики степени готовности к риску А. М. Шуберта. Для диагностики уровня мотивации использовалась методика мотивации к успеху Т. Элерса.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа — «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. Анализ данных, полученных при использовании структурированного клинического диагностического интервью, показал, что ни у одного из обследуемых не определялись симптомы характерные для ПТСР. Аналогичная ситуация наблю-

далась при обработке данных, полученных по шкале CAPS. Средний балл по данной шкале составил $11,01 \pm 0,65$, что свидетельствует об отсутствии у интервьюируемых таких симптомов ПТСР как длительные проблемы со сном, раздражительность вплоть до вспышек гнева, психопатологические повторные переживания произошедших травмирующих событий и избегание.

При анализе результатов, полученных при применении шкалы оценки влияния травматического события выявлено, что несмотря на то, что все респонденты переживали гибель близких людей, серьезную физическую травму, угрозу собственной жизни и свидетельство гибели других людей, испытывая при этом беспомощность, шок и потрясение, средний общий показатель влияния травматического события, а также показатели по всем 3 субшкалам, у всех обследуемых были на низком уровне. Средний балл по субшкале «Вторжение» составил $3,31 \pm 0,07$. Средний балл по субшкале «Избегание» составил $3,42 \pm 0,11$. Средний балл для субшкалы «Физиологическая возбудимость» составил $3,28 \pm 0,52$.

Средний балл общего показателя влияния травматического события составил $7,02 \pm 0,35$, что в свою очередь свидетельствует о низком уровне переживаний интервьюируемых в отношении пережитых событий.

Анализ данных, полученных при использовании Торонтской шкалы алекситимии показал, что у всех респондентов определялся низкий (нормальный) уровень алекситимии. Средний балл по субшкале «Трудности идентификации чувств» составил $7,58 \pm 0,21$, по субшкале «Трудности описания чувств» — $12,09 \pm 0,34$, по субшкале «Экстернальное мышление» — $10,0 \pm 0,12$. Средний балл общего показателя по данной шкале составил $31,7 \pm 1,01$. Для таких интервьюируемых было характерно хорошее эмоциональное осознание и способность выражать свои эмоции ясно и открыто, они обычно легко распознавали и описывали свои эмоции, а также понимали эмоции других людей.

Анализируя результаты полученные по методике диагностики степени готовности к риску, был выявлена склонность к риску у всех опрошенных (средний балл — $12,3 \pm 1,78$). Характерная склонность к риску у военнослужащих является психологическим фактором, который оказывает значительное влияние на их поведение, принятие решений и реакцию на стрессовые ситуации, она может привести

к высокому уровню адаптивности и гибкости в выполнении боевых задач. Для таких комбатантов характерно стремление к новым вызовам, сильное чувство азарта и нежеланием ограничивать свои действия. Им свойственно часто проявлять смелость и готовность брать на себя риски, особенно в сложных и непредсказуемых ситуациях. Они охотно принимают вызовы, которые могут потенциально привести к успешным и важным результатам.

В ходе анализа данных, полученных при использовании методики мотивации к успеху Т. Элерса, выявлен умеренно-высокий уровень мотивации у всех военнослужащих. Средний балл по данной методике составил $15,35 \pm 2,12$. Умеренно-высокий уровень мотивации представляет собой состояние, при котором существует сильное стремление и внутренняя готовность к достижению высоких результатов и успешной профессиональной деятельности. Этот уровень мотивации характеризуется балансом между высокой энергией, целеустремленностью и реалистичным оцениванием возможностей и рисков. Для таких военнослужащих было характерно ярко выраженное стремление к достижению личных и профессиональных целей. Они проявляли высокую степень самодисциплины, преданности и ответственности в своей работе, а также демонстрировали твердую решимость и настойчивость в преодолении трудностей и исполнении служебных обязанностей. Одной из характерных особенностей комбатантов с умеренно-высоким уровнем мотивации была их способность эффективно управлять своими эмоциями и стремлениями. Они умело контролировали свои чувства и эмоциональные реакции, что позволяло им оставаться фокусированными и принимать обоснованные решения в стрессовых и непредсказуемых ситуациях. Военнослужащим с умеренно-высоким уровнем мотивации свойственно проявлять инициативу, предпринимательство и творческий подход к решению задач. Они стремятся к постоянному саморазвитию и совершенствованию своих навыков и знаний, чтобы стать еще более компетентными и эффективными.

В ходе исследования были выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,01$), а также отрицательная корреляционная связь ($r = 0,55$) между высокими показателями мотивации и отсутствием симптомов ПТСР у обследуемого контингента, а также между показателями мотивации и алекситимии ($p \leq 0,01$, $r = 0,43$).

Выводы. Высокий уровень мотивации к участию в боевых действиях у военнослужащих обнаруживает значительную отрицательную корреляцию с интенсивностью влияния испытанного боевого стресса, выступая как детерминант, который, не полностью исключая, но в значительной мере снижает риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди комбатантов. Эта взаимосвязь подчеркивает, что мотивированные военнослужащие способны более эффективно адаптироваться к условиям боевой службы, преобразуя испытанный боевой стресс в адаптивные стрессовые реакции. Такое преобразование стресса включает в себя развитие психологической устойчивости, способности к эффективному совладанию с вызовами и поддержанию высокой функциональности в экстремальных условиях.

Стимулирование мотивации и боевого духа среди военнослужащих, участвующих в специальной военной операции, представляется потенциальным механизмом профилактики ПТСР. Путем фокусировки на укреплении внутренних мотивационных ресурсов, таких как чувство смысла службы, приверженность общим целям и стимулирование личностного роста через преодоление трудностей, можно добиться снижения уровня стресса и уменьшения вероятности развития ПТСР. Таким образом, акцент на развитии мотивации и поддержании высокого боевого духа является не только способом усиления боевой готовности, но и важной стратегией психологической поддержки военнослужащих, направленной на предотвращение долгосрочных негативных психологических последствий боевых действий.

В. Ал. Абрамов, О. Н. Голоденко, Е. А. Абрамова

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ МОТИВАЦИОННОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий Государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России

Чтобы выжить в условиях боевой среды, индивид должен изменить все аспекты своей жизни: уровень бдительности и активности, скорость реакций, поведение, систему ценностей и отношения к окружающим, людям и себе. Такая трансформация, приспособление к режиму боевой жизнедеятельности, к стресс-факторам войны происходит с каждым ее участником. Это приспособление называется «боевым стрессом».

Значимость воздействия на психику военнослужащих факторов боевой обстановки определяется многочисленными и взаимосвязанными факторами. Одним из таких факторов является мотивация, которая играет важную роль в формировании психологической реакции на боевую ситуацию.

В статье рассмотрено влияние мотивации на уровень боевого травматического стресса и как следствие на развитие ПТСР у военнослужащих, принимающих участие в специальной военной операции. Выявлена зависимость между уровнем мотивации и наличием симптомов ПТСР, а также между уровнем мотивации и уровнем алекситимии у комбатантов.

Ключевые слова: боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, мотивация, специальная военная операция.

V. Al. Abramov, O. N. Golodenko, E. A. Abramova

FEATURES OF THE INFLUENCE OF MOTIVATIONAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS CONDITIONS IN MILITARY PERSONNEL

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk State Medical University named after M. Gorky» of the Ministry of Health of Russia

To survive in a combat environment, an individual must change all aspects of his life: level of alertness and activity, speed of reactions, behavior, value system and attitude towards others, people and himself. Such transformation, adaptation to the regime of combat life, to the stress factors of war occurs with each participant. This adaptation is called «combat stress».

The significance of the impact of combat situation factors on the psyche of military personnel is determined by numerous and interrelated factors. One of these factors is motivation, which plays an important role in shaping the psychological reaction to a combat situation.

The article examines the influence of motivation on the level of combat traumatic stress and, as a consequence, on the development of PTSD in military personnel taking part in a special military operation. A relationship was identified between the level of motivation and the presence of PTSD symptoms, as well as between the level of motivation and the level of alexithymia in combatants.

Keywords: *combat stress, post-traumatic stress disorder, motivation, special military operation.*

Список литературы

1. Combat and Operational Stress Control. Field Manual Headquarters. Washington, DC: Department of the Army. 2006; 4(02.51):8-51.
2. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва; 2003. 80.
3. Утюганов А. А. Смысловые компоненты переживания боевого стресса. Сибирский педагогический журнал. 2011; 3:260-271.
4. Абрамов А. В., Абрамов В. А., Абрамова Е. А., Ичитовкина Е. Г. Влияние мотивации на уровень боевого травматического стресса у сотрудников органов внутренних дел России, принимающих участие в специальной военной операции. Медицинский вестник МВД. 2023; 4(CXXV): 30-33.
5. Коновальчук В. Е. Особенности мотивационной сферы военнослужащих. IV Международная студенческая научная конференция — студенческий научный форум. Москва. 2012.
6. Шадриков В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Наука; 1982. 173.
7. Johnson, H., et al. Social support and resilience to stress among veterans: A review. Military Medicine. 2022; 1:4.
8. O'Mara, S., et al. The role of mission coherence in combat-related mental health issues. Journal of Military Psychology. 2018; 3:12-17
9. Miller, G., et al. Motivation and resilience in combat veterans: A cross-sectional study on PTSD. Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment. 2019; 2:38-41.

References

1. Combat and Operational Stress Control. Field Manual Headquarters. Washington, DC: Department of the Army. 2006; 4(02.51):8-51.
2. Karayani A. G. Psikhologicheskaya reabilitatsiya uchastnikov boevykh deistvii [Psychological rehabilitation of combatants]. Moscow; 2003. 80 (in Russian).
3. Utyuganov A. A. Smyslovye komponenty perezhivaniya boevogo stressa [Semantic components of the experience of combat stress]. Sibirskii pedagogicheskii zhurnal. 2011; 3:260-271 (in Russian).
4. Abramov A. V., Abramov V. A., Abramova E. A., Ichitovkina E. G. Vliyanie motivatsii na uroven' boevogo travmaticheskogo stressa u sotrudnikov organov vnutrennikh del Rossii, prinyimayushchikh uchastie v spetsial'noi voennoi operatsii [The influence of motivation on the level of combat traumatic stress among employees of Russian internal affairs bodies taking part in a special military operation]. Meditsinskii vestnik MVD. 2023; 4(CXXV): 30-33 (in Russian).
5. Konoval'chuk V. E. Osobennosti motivatsionnoi sfery voennosluzhashchikh [Features of the motivational sphere of military personnel]. IV Mezhdunarodnaya studencheskaya nauchnaya konferentsiya — studencheskii nauchnyi forum. Moscow. 2012 (in Russian).
6. Shadrikov V. D. Problemy sistemogeneza professional'noi deyatel'nosti [Problems of systemogenesis of professional activity]. Moscow.: Nauka; 1982. 173 (in Russian).
7. Johnson, H., et al. Social support and resilience to stress among veterans: A review. Military Medicine. 2022; 1:4.
8. O'Mara, S., et al. The role of mission coherence in combat-related mental health issues. Journal of Military Psychology. 2018; 3:12-17
9. Miller, G., et al. Motivation and resilience in combat veterans: A cross-sectional study on PTSD. Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment. 2019; 2:38-41.

Поступила в редакцию 01.12.2023 г.

УДК 617-001:355.01-051:612.017.2

В. В. Мельниченко

ПОТЕНЦИАЛ РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ДЛИТЕЛЬНО ПРЕБЫВАВШИХ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

*Федеральная государственная бюджетная образовательная организация высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Минздрава России, Донецк, ДНР*

Значительный рост в различных регионах планеты чрезвычайных ситуаций в виде антропогенных катастроф, «горячих точек», локальных войн и террористических актов оказывает многообразное воздействие на психику, личность и поведение человека. Наиболее травматичной для человека считается ситуация военных действий, боевая обстановка, «жизнь под обстрелами». Крупномасштабные войны и локальные вооруженные конфликты сопровождаются неминуемыми жертвами и искалеченными судьбами для многих миллионов людей. При этом, наряду с физическими увечьями, полученными в ходе боевых действий, значительное место занимает психическая травматизация, накопление травматического психического опыта, как непосредственными участниками боевых действий, так и огромными контингентами населения, так или иначе вовлеченных в конфликт (проживающие в условиях постоянных обстрелов и неблагоприятных эффектов и ограничений военного времени, вынужденные переселенцы, жертвы пыток и насилия и т. п.).

В экстремальных (военных) условиях жизнедеятельности возникает необходимость адаптационной перестройки фундаментальных систем человека, иногда субъективно крайне неприятная для его здоровья. Наиболее характерным психическим состоянием, развившимся под влиянием экстремальных условий жизнедеятельности, является стресс [1-2], который при появлении признаков дезорганизации целенаправленного поведения, биологического и психологического истощения организма, определяется как дистресс.

Большинство авторов склонно рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром [3]. Определение психологического стресса как состояния и одновременно процесса правомерно и обо-

снованно, однако при этом остаются вопросы, которые, прежде всего, относятся к необходимости разработки дифференцирующих критериев последствий воздействий стрессоров, весьма различных как по своей интенсивности, так и по феноменологии.

При доминировании естественнонаучного подхода к изучению посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), связанных с боевыми действиями, за рамками исследовательского внимания остаются субъективно-личностная сфера пострадавших, анализ травматических переживаний, структурирующих индивидуальный внутренний мир пациента. До настоящего времени не рассматриваются как приоритетные экзистенциально-гуманистические и феноменологические подходы к исследованию ПТСР, исходящие из уникальности конкретной жизни пациента и подлинности человеческого существования. В ситуации боевой травмы и ее неблагоприятных последствий эти экзистенциальные данности выступают как реальные объекты переживаний, а травматические (посттравматические) расстройства являются реакциями на эти смысловые отношения.

Таким образом, накопленный опыт изучения боевого стресса и посттравматических расстройств свидетельствует о том, что традиционные клинические представления и диагностические категории, декларируемые Международной классификацией болезней, охватывают далеко не весь спектр феноменов, связанных с переживаниями этой трудной жизненной ситуации. За пределами психодиагностического анализа остаются такие субъективно значимые переживания как безысходность, смыслоутрата, растерянность, пустота, беспомощность, отчуждение, страх смерти, духовный кризис и др.

Из этого следует необходимость смещения акцентов с исключительно клинико-пси-

хопатологических аспектов посттравматических стрессовых расстройств на начальные стадии накопления травматического опыта и индивидуально-специфические реакции личности на экстремальную ситуацию. Таковой точки зрения придерживается ряд авторов [4-5], которые последствия экстремальных ситуаций рассматривают не только в терминах ПТСР, но и с позиции новой парадигмы посттравматического роста и позитивных изменений, которые ощущает в себе личность в результате психологического преодоления травмирующего события. Посттравматические стрессовые состояния, в том числе связанные с боевыми действиями, в значительной степени затрагивают внутренний мир человека, его личностные качества. Поэтому в вопросах преодоления неблагоприятных последствий травматического стресса особое значение приобретают личностно-ориентированные подходы.

Личностно-ориентированная психиатрия [6-7] основной мишенью при оказании психиатрической помощи делает целостную личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях. С 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация официально взяла курс на практическое внедрение принципов личностно-ориентированного подхода в психиатрии, запустив институциональную программу «Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране психического здоровья» (IPPP), подчеркивая необходимость интегративного понимания патологических проявлений и ресурсных аспектов личности в виде адаптивного функционирования, защитных и компенсаторных механизмов, а также субъективного душевного благополучия с самоощущением своей целостности, единства и потенциала. Важнейшим внутренним ресурсом, используемым для преодоления трудных жизненных ситуаций и травматического стресса, является личностный потенциал как потенциал саморегуляции и интегративной характеристики личности [8-10].

Личностный потенциал рассматривается как активно проявляемый индивидом в окружающей среде ресурс, который формируется под воздействием субъективных (внутренних) и объективных (внешних) [10]. Автор отмечает, что потенциал отдельно взятой личности превращается в социальную ценность через

механизмы саморегуляции и самореализации, обеспечивая личности более гармоничное взаимодействие с окружающим миром. В основе этого взаимодействия лежат, по мнению ряда авторов [9-10], способности изменять свои цели и стратегии их достижения в зависимости от изменяющихся условий окружающего мира, то есть способность приспосабливаться.

Личностный потенциал (ЛП) как целое представляет собой неспецифическую систему устойчивых, но поддающихся целенаправленному развитию и изменению индивидуально-психологических характеристик, связанную с успешностью деятельности в ситуациях неопределенности, достижения и давления, и релевантную задачам выбора и осуществления деятельности в изменяющихся условиях. Личностный потенциал — это интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий. Это способность личности проявлять себя в качестве Личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, оказывающим целенаправленные изменения во внешнем мире и сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации.

Наиболее точно, по мнению Д. А. Леонтьева [8] и Л. А. Александровой [11], содержанию понятия «личностный потенциал» соответствует введенное С. Мадди [12] понятие «жизнестойкость» (*hardiness*), которое определяется не как личностное качество, а как система установок и убеждений, в определенной мере поддающихся формированию и развитию, как базовая характеристика личности, которая опосредует воздействие на ее сознание и поведение всевозможных благоприятных и неблагоприятных обстоятельств, от соматических проблем и заболеваний до социальных условий. Жизнестойкость предполагает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, являясь показателем психического здоровья человека.

В интерпретации С. Мадди жизнестойкость включает три сравнительно автономных компонента, которые, по мнению Д. А. Леонтьева [13], способствуют оценке событий как

менее травматичных и успешному совладанию со стрессом:

- вовлеченность в процесс жизни — убежденность в том, что участие в происходящем дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности;
- уверенность в подконтрольности значимых событий в своей жизни и готовность их контролировать — убежденность в том, что борьба позволяет влиять на результат происходящего;
- принятие вызова жизни — убежденность человека в том, что все происходящие с ним события способствуют приобретению опыта.

Высокий уровень жизнестойкости позволяет принять вызов [14] и успешно справиться с трудностями [15], эффективно воздействовать на ресурс совладания через повышение самоэффективности [16], снизить степень психологического дистресса и усилить ощущение счастья [17], улучшить адаптивную деятельность человека [18], быть буфером на пути перехода стресса в болезнь [19], улучшить контролируемость событий, преодолеть отчуждение в различных сферах жизни [20].

Таким образом, личностный потенциал не является одномерным образованием. Как реальный потенциал для успешной адаптации человека к неблагоприятным жизненным событиям и базисный ресурс саморегуляции травматического стресса он включает три вида психологических ресурсов (копинг-ресурсов личности): а) ресурсы устойчивости, позволяющие субъекту проходить сквозь ситуации неопределенности, достижения и давления, не изменяясь; б) ресурсы саморегуляции (копинг-стратегии), позволяющие ему модифицировать и оптимизировать свою деятельность, если сохранение ее первоначального курса затруднено и 3) копинг-поведение. Эти три группы ресурсов задействуются последовательно и направлены на предотвращение неблагоприятных изменений личности.

В текущем исследовании мы остановили свое внимание на потенциале саморегуляции личности. Составляющие данного типа потенциала доступные к измерению в виде жизнестойкости; толерантности к неопределенности; стиля объяснения успехов и неудач; уровня субъективного контроля. С помощью определенного методического инструментария нами была совершена попытка оценить ресурсы саморегуляции личности военнотрав-

матического, длительно пребывающего в условиях боевого травматического стресса.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено на базе Республиканской клинической психиатрической больницы. Критериями включения служили: способность выполнить диагностические методики за длительный промежуток времени (в течение трех часов за одну диагностическую сессию) и дать информированное согласие на участие в исследовании; психическое состояние пациентов позволяет продолжительный клинический контакт (не наблюдаются состояния психомоторного возбуждения, агрессии или острых транзиторных психотических расстройств). Критерии исключения составили: установленная выраженная зависимость от употребления психоактивных веществ, умеренная и/или более значимая степень развития органической психической патологии, возраст более 60 лет и менее 18.

Всего приняло участие в исследовании 134 пациента отделения медико-социальной реабилитации. Десять пациентов были исключены в силу нарастания последствий черепно-мозговой травмы (в анамнезе ЧМТ с потерей сознания), двенадцать больных добровольно отказались продолжать участие в исследовании (в двух случаях — клинически ухудшалось психическое состояние из-за тяжести депрессивной симптоматики с суицидальным радикалом; в семи — установлены резидуальные и амотивационные последствия злоупотребления крепкими спиртными напитками; еще в трех случаях — клинко-диагностически подтвердились подозрения на наличие у пациента латентной формы шизофренического процесса).

В итоговом варианте исследования приняло участие 112 респондентов в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на 3 группы исследования. Первую группу составили мобилизованные лица без признаков посттравматического стрессового расстройства, но имевших симптомы тревожно-депрессивного и диссоциативного характера — 34 чел. (29,3 %); во вторую группу вошли мобилизованные военнотравматические лица с признаками ПТСР и умеренными последствиями боевой психической травмы (БПТ) — 50 чел. (48,8 %) и в 3 группу — мобилизованные лица с ПТСР и тяжелыми последствиями БПТ — 28 чел. (21,9 %). Ранжирование и деление больных происходило по результатам интерпретации Структурированного клинического диагно-

стического интервью (СКИД) — Structured Clinical Interview for DSM (SCID) к критериям DSM-IV (официально переведенной версии на русский язык, размещенной в свободном доступе сети Интернет) и самоотчета «Персональное переживание боевого травматического опыта». Все пациенты были привлечены к работе после активной стабилизации их психического состояния, в среднем на второй-третьей неделе пребывания в стационаре ($M=8,3$ дней).

В плане социально-демографических показателей были получены такие данные: 1) добровольно (по собственной инициативе) приняли участие в СВО 25 человек (22,3 %), по повестке — 63 чел. (56,3 %), контрактников — 24 чел. (21,4 %); 2) возрастная категория 21-30 лет составила — 45 чел. (40,2 %), интервал 31-40 лет — 39 чел. (34,8 %), более 41 года — 28 чел. (25,0 %); 3) только среднее образование получили 37 чел. (33,0 %), специальное — 41 чел. (36,6 %), высшее — 34 чел. (30,4 %); 4) холостых и женатых мужчин наблюдалось поровну — по 45 чел. (соответственно 40,2 %) и разведены были 22 человек (19,6 %); 5) в боевом расположении 8 чел. (7,1 %) находились несколько недель, 1-6 месяцев — 36 человек (32,1 %), более 6 мес. — 46 чел. (41,1 %), более 12 мес. — 22 чел. (19,6 %); 6) не наблюдалось соматической патологии и других видимых органических изменений в следствие участия военнослужащего в непосредственных боевых действиях у 25 человек (22,3 %), ранения мягких тканей (не инвалидизирующего характера) были у 33 чел. (29,5 %), а контузии (от 1 до 2 клинически и документально зафиксированных) приходилась на 54 человека (48,2 %).

Отсутствие выраженных жалоб на свое психическое состояние до момента текущей госпитализации отмечали 12 человек (10,7 %), в качестве эмоционально-стрессовых предъявили 21 человек (18,8 %), на патологию отчетливо психиатрического характера (в первую очередь жалобы депрессивного и диссоциативного круга) указывали 30 чел. (26,8 %), а жалобы на страх и сильную тревогу (с эпизодами панических атак) были выражены у 49 пациентов (43,8 %).

Основные параметры жизнестойкости исследовались с помощью «Теста жизнестойкости» (Hardiness Survey — S. Maddi) в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой. Опросник состоит из 45 утверждений, которые структурированы в три субшкалы и од-

ной общей шкалы: Вовлеченность, Контроль, Принятие риска.

Для измерения толерантности к неопределенности неконтролируемых обстоятельств жизни использовалась шкала толерантности к неопределенности Д. МакЛейна. Методика представляет собой опросник, измеряющий склонность личности к жёсткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости и неопределённости. Опросник Д. МакЛейна представляет собой набор из 22 утверждений, согласие с которыми респондентам предлагается оценить по семибальной лайкертовской шкале.

В плане статистической обработки данных применялся лицензированный пакет SPSS Statistics 23 с приложениями авторизированной работы с Excel — таблицами и Python. Все числовые данные прошли проверку на нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись параметрические критерии — до двух выборок — критерий Т-Стьюдента для несвязанных данных и дисперсионный анализ (ANOVA) для трех и более выборок. Для непараметрических критериев — до двух выборок — применялся U-критерий Манна-Уитни и х-квадрат для трех и более выборок.

Результаты исследования и их обсуждение. В основном массиве статистических данных по параметрам жизнестойкости в группах исследования достоверных различий не было обнаружено (см. табл. 1). Высокие средние значения субшкал «Вовлеченность» ($M \pm SD$ 31,21 $\pm$ 5,46) и «Контроль» ($M \pm SD$ 24,45 $\pm$ 6,76) отмечались в группе военнослужащих без клинических проявлений ПТСР. Более тяжелая картина в этих субшкалах была зарегистрирована у мобилизованных лиц с посттравматическим стрессовым расстройством и тяжелыми последствиями боевой психической травмы ($M \pm SD$ 23,41 $\pm$ 3,45 и 19,84 $\pm$ 5,91 соответственно).

Параметр «Вовлеченность», отвечающий за умение ценить свое участие в повседневной деятельности, воспринимать ее как интересную — воспринимался представителями третьей группы испытуемых как недостаточный (23,41 $\pm$ 3,45, $p \leq 0,05$). Такая же тенденция наблюдалась в отношении контроля жизнестойкости (установки на проявление жизненной активности, 19,84 $\pm$ 5,91) и принятия риска (убежденности человека в независимости от обстоятельств, восприятия личностного опыта как полезного для себя, 10,14 $\pm$ 7,84).

Таблица 1

**Результаты исследования жизнестойкости среди лиц,
переживающих боевую психическую травму разной степени тяжести**

Субшкалы	Контрольная группа (<i>n</i> = 34 чел.) <i>M</i> ± <i>SD</i>	2 группа (<i>n</i> = 50 чел.) <i>M</i> ± <i>SD</i>	3 группа (<i>n</i> = 28 чел.) <i>M</i> ± <i>SD</i>
Вовлеченность	31,21±5,46	25,44±9,54	23,41±3,45*
Контроль	24,45±6,76	22,53±7,56	19,84±5,91
Принятия риска	12,13±5,16*	11,92±4,18	10,14±7,84
Общий показатель	71,24±14,52	57,52±19,56	55,31±16,52

Примечание. * Уровень ДИ 95%, *p* ≤ 0,05.

Таблица 2

**Значимость феномена жизнестойкости у военнослужащих
в зависимости от социально-демографическим показателей**

Социально-демографический показатель	Группа, (N чел.)	Жизнестойкость	<i>p</i> на уровне ≤ 0,05	<i>p</i> (апостериорный межгрупповой тест с поправкой Тьюки HSD ANOVA)
Опыт боевых действий до начала СВО	1 группа — нет опыта (73 чел.)	Вовлеченность	0,002*	
	2 группа — есть опыт (35 чел.)	Контроль	0,003*	
Участие в боевых действиях	1 группа — доброволец (25 чел.)	Контроль	0,034	0,034
	2 группа — по повестке (63 чел.)	Принятия риска	0,028	0,028
Образование	1 группа — среднее (37 чел.)	Контроль	0,014	0,014 (2-3 группа)
	2 группа — специальное (41 чел.)			
	3 группа — высшее (34 чел.)			
Личностные свойства испытуемого	1 группа — гармоничные (23 чел.)	Контроль	0,068	0,042 (1-2 группа)
	2 группа — вспыльчивость (28 чел.)	Принятия риска	0,05	0,05 (2-3 группа)
	3 группа — тревожность (48 чел.)			
Полученные травмы	1 группа — нет (25 чел.)	Принятия риска	0,031	0,027 (1-2 группа)
	2 группа — контузия (54 чел.)			
Проблемы, которые беспокоят в текущий момент (после окончания стационарного лечения)	1 группа — возвращение в боевое расположение (34 чел.)	Вовлеченность	0,028	0,022 (1-3 группа)
		Контроль	0,051	0,031 (1-2 группа)
	2 группа — психич. здоровье (44 чел.)	Принятия риска	0,057	0,033 (1-3 группа)
	3 группа — вопросы трудоустройства (15 чел.)			

Примечание. * Сравнение двух групп по Т-критерию Стьюдента для независимых выборок.

У военнослужащих без признаков ПТСР, но имевших симптомы тревожно-депрессивного и диссоциативного характера, значимое место занимал параметр «Принятие риска» ($12,13 \pm 5,16$, $p \leq 0,05$), что возможно свидетельствует о предъявлении к себе в данной группы испытуемых высоких стандартов «ожидания» потенциально опасных и чрезвычайных ситуаций, настороженности и мобилизации внутреннего потенциала, в последующем, заранее формируемого «сторожевого» рефлекса в условиях боевой обстановки.

Обращаясь к таблице 2, отметим выраженную значимость феномена жизнестойкости у военнослужащих в зависимости от социально-демографическим показателей. Так ранее приобретенный опыт боевых действий (до участия в СВО) оказался наиболее значим для военнослужащих в плане их вовлеченности ($34,2 \pm 8,71$, $p \leq 0,002$) и контроля над жизненными событиями ($23,6 \pm 7,62$, $p \leq 0,003$). Также в поддержание стабильного уровня жизнестойкости вносило наличие высшего образования у испытуемых ($27,6 \pm 8,01$, $p \leq 0,014$). Параметр «Принятие риска» свою статистическую значимость показал в сферах личностной репрезентации ($10,2 \pm 4,11$, $p \leq 0,05$), соматического и психического благополучия ($11,2 \pm 3,75$, $p \leq 0,027$) и проблемного восприятия вне стационарной жизни ($11,34 \pm 3,89$, $p \leq 0,031$).

Таким образом, степень вовлеченности и контроля над жизнестойкостью существенно падает у военнослужащих с тяжелыми клиническими проявлениями ПТСР и длительной экспозицией боевого травматического

стресса. На поддержание параметров жизнестойкости благотворно влияет уровень образования, ранее приобретенный опыт боевых действий, добровольная форма участия в СВО, отсутствие явных физических и душевных травм.

Отрицательное значение толерантности к неопределенности достоверно было отмечено у пациентов с развернутыми симптомами посттравматического стрессового расстройства (-33 и -35 , $p \leq 0,05$ соответственно) (см. табл. 3). Значения шкалы «Отношение к новизне» во второй и третьей группах также находились на пограничной отметке. Большую роль в ощущении себя «быть способным» находить новые решения проблемы играл возраст респондента, чем моложе мужчина, тем выше его ответ на события в широком оригинальном ключе ($10,91 \pm 4,12$, $p \leq 0,05$).

Постановка сложных задач и отношение к этим задачам достоверно хуже отмечались у лиц, переживших тяжелую боевую психическую травму ($21,30 \pm 6,76$, $p \leq 0,05$). На наш взгляд, объяснение данного феномена лежит не в плоскости адаптационного ресурса, а в основании экзистенциальной структуры жизни человека. В период после острой «физической», шоковой адаптации к экстремальной ситуации формируется мотивационный «провал», спад активности. Личность переходит в режим внутренней перестройки познавательных психических процессов, в первую очередь, мышления. На внешнем контуре — поведенческом — какая-либо реакция запаздывает, либо соответствует принятым ранее формам организации коллективного бытия.

Таблица 3

Общая характеристика показателей толерантности к неопределенности у лиц, переживающих экстремальное стрессовое воздействие

Показатели	Контрольная группа ($n = 34$ чел.) $M \pm SD$	2 группа ($n = 50$ чел.) $M \pm SD$	3 группа ($n = 28$ чел.) $M \pm SD$
Положительная ТН	+3	-1	-1
Отрицательная ТН	-21	-33*	-35*
Отношение к новизне	$10,32 \pm 4,27$	$9,45 \pm 3,17$	$8,73 \pm 4,05$
Отношение к сложным задачам	$22,61 \pm 8,94$	$21,35 \pm 7,34$	$21,30 \pm 6,76^*$
Отношение к непр. ситуации	$27,14 \pm 9,98$	$29,65 \pm 9,65$	$28,75 \pm 8,84$
Предпочтение неопределенности	$38,72 \pm 14,91$	$37,11 \pm 12,32^*$	$36,33 \pm 11,22^*$

Примечание. * Уровень ДИ 95 %, $p \leq 0,05$.

Отношение к неопределенным ситуациям во всех группах исследования статистически не различалось. Отметим, что у лиц, которые ранее прошли военную подготовку или непосредственно соприкасались с носителями боевого опыта в отношении экстремальной ситуации было сформировано лучше, чем при отсутствии таковых условий ($33,58 \pm 8,41$, $p \leq 0,021$).

Анализируя значения шкалы «Предпочтение неопределенности», обнаружилась общая несостоятельность и неготовность переживать испытуемыми любую экстремальную ситуацию вне зависимости от боевой обстановки, ее интенсивности и длительности (2 группа $M \pm SD$ $37,11 \pm 12,32$ и 3 группа $36,33 \pm 11,22$ при $p \leq 0,05$). Данный факт требует особого внимания, так как положительная оценка, принятие и одобрение фигуры «военнослужащего» со стороны социума влияет на формирование аутентичности первого, служит основанием для толерантного отношения к ситуациям военного времени.

Основные параметры толерантности к неопределенности зависели в нашем исследовании от личностных свойств испытуемых (особенно тревожности $42,21 \pm 11,32$, $p \leq 0,05$) и тех проблем, с которыми они гипотетически могли бы столкнуться в будущем. Высшее образование ($40,45 \pm 9,83$, $p \leq 0,001$) и добровольность участия в боевых действиях на фронтах СВО ($41,76 \pm 12,82$, $p \leq 0,016$) также способствовали укреплению позитивного отношения к сложным задачам. Отметим, что адекватное отношение к новизне было зафиксировано в преморбиде у гармоничных личностей ($11,34 \pm 4,52$, $p \leq 0,044$). Отношение к неопределенным ситуациям у военнослужащих изменялось в результате получения ими физических травм в ходе активных военных столкновений ($34,55 \pm 12,21$, $p \leq 0,032$).

Таким образом, параметры толерантности к неопределенности позитивно использовались теми военнослужащими, у которых в последующем не обнаруживалось симптомов посттравматического стрессового расстройства и чаще всего воздействие боевой травматической обстановки были минимальными. По мере утяжеления проявлений ПТСР отношение к сложным задачам менялось в негативную сторону, вплоть до предпочтения военнослужащими неопределенности как таковой, не различая тонкостей ситуации и обстановки. Как в случае с общей жизнестойкостью немаловажными являются: ранее приобретенный

опыт решения сложных жизненных проблем, который учитывает возраст, образование, личностные характеристики и отражение текущей действительности в психике человека.

Заключение. Роль некоторых параметров социально-демографической истории военнослужащих вне зависимости от их психического состояния является несомненной. Особенно значимые различия ресурсов саморегуляции были получены в сферах: высшего образования, ранее приобретенного опыта боевых действий (военная подготовка), личностной репрезентации и полученных в ходе локальных операций физических увечий и душевных травм. Поэтому тщательный сбор анамнеза жизни с дополнением истории не только «боевым», но и «кризисно смысловым» анамнезом (прояснение отношения военнослужащего к теме войны, подвига, страданий и т. п.) способствует более точному определению личностного (ресурсного) потенциала.

В целом показатели жизнестойкости (параметр «вовлеченность»), толерантности к неопределенности показали достоверные статистические различия в группе испытуемых с тяжелыми проявлениями посттравматического стрессового расстройства. То есть при длительной экспозиции боевого травматического стресса с последующим ухудшением психического состояния до патологического уровня наблюдается общее «истощение» ресурсов саморегуляции, что прогностически уменьшает вероятность успешного использования психотерапевтических программ личностно-ориентированного толка. Поэтому внимание помогающего клинического специалиста необходимо ориентировать в сторону долгосрочных способов стресс-менеджмента в рамках экзистенциально-феноменологического направления. Военнослужащие, катастрофически переживающие экстремальную боевую обстановку, чаще предъявляют жалобы на потерю смыслов и жизненных ориентиров. Данные феномены-переживания мы трактуем в свете неаутентичного существования пациента с посттравматическим стрессовым расстройством, которое сопровождается тяжелыми проявлениями боевой психической травмы. Испытуемая ими неконгруэнтность «неподленного бытия» также отражается на стратегиях совладающего поведения (копинг-поведения), которые мало приспособлены для адаптации в кризисных (экстремальных) ситуациях. Терапевтическая тактика в случаях значитель-

ной психической травмы должна включать методы, направленные на коррекцию: 1) копинг-стратегий когнитивного, эмоционального и поведенческого уровней; 2) телесных

и вегетативных проявлений посттравматических стрессовых реакций; 3) внутреннего диалога через суггестивные и проективные технологии.

В. В. Мельниченко

ПОТЕНЦИАЛ РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ДЛИТЕЛЬНО ПРЕБЫВАВШИХ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Федеральная государственная бюджетная образовательная организация высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава РФ, Донецк, ДНР

В статье раскрываются понятия «личностного потенциала» и «ресурсов саморегуляции». Дается описание параметров жизнестойкости и толерантности к неопределенности у военнослужащих, у которых были верифицированы симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессивные (диссоциативные) нарушения, а также указана степень тяжести боевой психической травмы. В исследовании приняло участие 112 человек в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на три группы в зависимости от наличия посттравматической психосимптоматики и тяжести боевой травматизации. Ранжирование и деление больных происходило по результатам Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД). В качестве методического инструментария были выбраны «Тест жизнестойкости» (Hardiness Survey — S. Maddi) в адаптации Д. А. Леонтьева и шкала толерантности к неопределенности Д. МакЛейна. По результатам исследования, показатели жизнестойкости (параметр «вовлеченность»), толерантности к неопределенности показали достоверные статистические различия в группе испытуемых с тяжелыми проявлениями посттравматического стрессового расстройства. Также значимые различия жизнестойкости были получены в сферах: высшего образования, ранее приобретенного опыта боевых действий (военная подготовка), личностной репрезентации и полученных в ходе локальных операций физических увечий и душевных травм. Поэтому тщательный сбор анамнеза жизни с дополнением истории не только «боевым», но и «кризисно смысловым» анамнезом (прояснение отношения военнослужащего к теме войны, подвига, страданий и т. п.) способствует более точному определению личностного (ресурсного) потенциала. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2023.).

Ключевые слова: *жизнестойкость, ПТСР, толерантность к неопределенности, боевая психическая травма.*

V. V. Melnichenko

POTENTIAL OF SELF-REGULATION RESOURCES IN MILITARY SERVICEMEN, WHO STAYED FOR A LONG TIME IN CONDITIONS OF COMBAT TRAUMATIC STRESS

Federal State Budgetary Educational Organization of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University», Donetsk, DPR, RF

The article reveals the concepts of “personal potential” and “self-regulation resources”. A description is given of the parameters of resilience and tolerance to uncertainty in military personnel who have verified symptoms of post-traumatic stress disorder and depressive (dissociative) disorders, and also indicates the severity of combat mental trauma. The study involved 112 people aged 21 to 60 years, who were divided into three groups depending on the presence of psychosymptoms and the severity of combat trauma. The ranking and division of patients was based on the results of the Structured Clinical Diagnostic Interview (SCDI). The “Hardiness Survey” (S. Maddi) adapted by D. A. Leontiev and D. McLane’s tolerance to uncertainty scale. According to the results of the study, indicators of resilience (the “involvement” parameter) and tolerance to uncertainty showed significant statistical differences in the group of subjects with severe manifestations of post-traumatic stress disorder. Also, significant differences in resilience were obtained in the following areas: higher education, previously acquired combat experience (military training), personal representation, and physical injuries and mental trauma received during local operations. Therefore, a careful collection of a life history with the addition of not only a “combat”

history, but also a “crisis-semantic” history (clarification of the serviceman’s attitude to the topic of war, heroism, suffering, etc.) contributes to a more accurate determination of personal (resource) potential. (Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2023).

Keywords: *resilience, PTSD, tolerance to uncertainty, combat mental trauma.*

Список литературы

1. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во МГУ; 1993. 286.
2. Aidwin C. M. Stress, coping and development. New York; London: The Guilford Press; 1994. 449.
3. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории диагностики, терапии. М.: Пере. СПб.: Речь; 2004. 166.
4. Morris B. A., Shakespeare-Finch J., Scott J. L. Coping Processes and Dimensions of Posttraumatic Growth. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2007. 1. URL: <http://trauma.massey.ac.nz/>
5. Chi-Hsiang Hsu, Chih-Chung Su. Ten years after the 921 Earthquake A report on the posttraumatic growth of Jen-Ai Hospital in Tali, Taiwan. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2010. 2. URL: <http://trauma.massey.ac.nz/>
6. Абрамов В. А. Неклассическая психиатрия: дискурс гуманизма и здравого смысла. Донецк; 2021. 367.
7. Абрамов В. А., Осокина О. Н., Путятин Г. Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы. Донецк: Каштан; 2014. 295.
8. Леонтьев Д. А. Новые ориентиры понимания личности в психологии: от необходимого к возможному. Вопросы психологии. 2011. 1. 12.
9. Марков В. Н. Личностные основы социальной устойчивости. Общественные науки и современность. 2002; 1: 136-143.
10. Величко С. В. Роль личностного потенциала в процессах социальной реадaptации. Перспективные информационные технологии и интеллектуальные системы. 2004; 1 (17): 126-130.
11. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии. «Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов» Вып. 2. Кемерово: Кузбассвузиздат; 2003. 334.
12. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health. Journal of Personality Assessment. 1994; Oct. 63. (2): 265-274.
13. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63.
14. Perrez M. Stress, Coping and Health: a situation behavior approach theory, methods, applications. Seattle, Toronto: Bern Hogretand Huber Publishers; 1992. 233.
15. Siddiqi S. H. Recall of past experiences and their self-evaluated impact on hardiness-related characteristics. Journal of Personality&Clinical Studies. 1998; 14(1-2): 89-93.
16. Solcova I. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness. Studia Psychologica. 1994; 36 (5): 390-392.
17. Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб.: Питер; 2002. 496.
18. Nagy St. Relations between preventive health behavior and hardiness Psychological Reports. — 1989; 65 (1): 339-345.
19. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness. Consulting Psychology Journal. 1999; 51 (2): 106-117.
20. Leak G. K. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology. Journal of Adlerian Theory Research and Practice. 1989; 3: 369-375.

References

1. Leonova A. B., Kuznetsova A. S. Psikhoprofilaktika stressov. M.: Izd-vo MGU; 1993. 286. (in Russian).
2. Aidwin S. M. Stress, coping and development. New York; London: The Guilford Press; 1994. 449.
3. Ababkov V. A. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii diagnostiki, terapii. M.: Pere. SPb.: Rech'; 2004. 166. (in Russian).
4. Morris V. A., Shakespeare-Finch J., Scott J. L. Coping Processes and Dimensions of Posttraumatic Growth. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2007. 1. URL: <http://trauma.massey.ac.nz/>
5. Chi-Hsiang Hsu, Chih-Chung Su. Ten years after the 921 Earthquake A report on the posttraumatic growth of Jen-Ai Hospital in Tali, Taiwan. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2010. 2. URL: <http://trauma.massey.ac.nz/>
6. Abramov V. A. Neklassicheskaya psikhiiatriya: diskurs gumanizma i zdravomysliya. Donetsk; 2021. 367. (in Russian).
7. Abramov V. A., Osokina O. N., Putyatin G. G. Lichnostno-orientirovannaya psikhiiatriya: tsennostno-gumanisticheskie podkhody. Donetsk: Kashtan; 2014. 295. (in Russian).

8. Leont'ev D.A. Novye orientiry ponimaniya lichnosti v psikhologii: ot neobkhodimogo k vozmozhnomu. Voprosy psikhologii. 2011. 1. 12. (in Russian).
9. Markov V.N. Lichnostnye osnovy sotsial'noi ustoichivosti. Obshchestvennye nauki i sovremennost'. 2002; 1: 136-143. (in Russian).
10. Velichko S.V. Rol' lichnostnogo potentsiala v protsessakh sotsial'noi readaptatsii. Perspektivnye informatsionnye tekhnologii i intellektual'nye sistemy. 2004; 1 (17): 126-130. (in Russian).
11. Aleksandrova L.A. K kontseptsii zhiznesteikosti v psikhologii. «Sibirskaya psikhologiya segodnya: Sbornik nauchnykh trudov» Vyp. 2. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat; 2003. 334. (in Russian).
12. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health. Journal of Personality Assessment. 1994; Oct. 63. (2): 265-274.
13. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznesteikosti. M.: Smysl; 2006. 63. (in Russian).
14. Perrez M. Stress, Coping and Health: a situation behavior approach theory, methods, applications. Seattle, Toronto: BernHogretandHuberPublishers; 1992. 233.
15. Siddiqi S.H. Recall of past experiences and their self-evaluated impact on hardiness-related characteristics. Journal of Personality&Clinical Studies. 1998; 14(1-2): 89-93.
16. Solcova I. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness. Studia Psychologica. 1994; 36 (5): 390-392.
17. Grinberg Dzh. Upravlenie stressom. SPb.: Piter; 2002. 496.
18. Nagy St. Relations between preventive health behavior and hardiness Psychological Reports. — 1989; 65 (1): 339-345.
19. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness. Consulting Psychology Journal. 1999; 51 (2): 106-117.
20. Leak G.K. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology. Journal of Adlerian Theory Research and Practice. 1989; 3: 369-375.

Поступила в редакцию 03.12.2023 г.

УДК 159.923:616.89:614.212

А. А. Альмешкина

СУВЕРЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИК С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, ДНР, Россия

Вступление. Под термином психологическое пространство личности, по мнению С.К. Нартова-Бочавер, подразумевается субъективность и относительность реальности, ценной для личности, вследствие чего она становится предметом суверенизации. Суверенность, аутентичность, идентичность являются близкими по смыслу понятиями и отражают черту личности, характеризующую переживание подлинности человеческой жизни, выражающуюся в чувствительности к ее неестественности, «деланности», внедрению извне. Это также способность личности контролировать собственное психологическое пространство, находить равновесие между потребностями других и своими, возможность выстраивать и защищать личностные границы. Суверенность развивается на протяжении взросления человека. Противоположностью суверенности является депривированность, которая может быть барьером при профессиональном и личностном развитии, повышать уязвимость личности, делая ее незащищенной, беспомощной, в связи с невыстроенными границами, которые создаются самостоятельно [1]. С точки зрения основоположника динамической психиатрии Г. Аммона, выстраивание внешних и внутренних границ является базисом при формировании идентичности человека [2]. Суверенная личность обладает таким свойством личности как функциональность, что делает ее психически здоровой, в то время как депривированная личность обладает низким уровнем функциональных возможностей, что делает ее психически незащищенной в отношении внешних стимулов, то есть дисфункциональной. Если границы невыстроены, то идентичность размывается, так как теряется понимание, где заканчиваюсь «Я», а где начинается другой, человек не может выбрать способы самовыражения, которые бы не нарушали свою и чужую личную свободу,

нарушается цельность личности, формируется склонность к виктимизации. В ряде работ исследовался уровень личностной дезорганизации пациентов с психическими расстройствами с помощью структурного интервью О.Ф. Кернберга [3, 4]. Актуальность данной работы заключается в том, что вопрос целостности «Я», нарушение границ личности имеет значение при рассмотрении психического, в том числе психологического, здоровья. Ведь к показателям психологического здоровья относятся целостность и интегрированность личности, автономность и суверенность-независимость от других, сохранность психологического пространства. Психологическое пространство личности, его измерения, к которым относят физическое тело, территорию, личные вещи, привычки, социальные связи, ценности, границы и их целостность являются компонентами как структуры, так и самосознания личности, а также характеристиками важных аспектов ее функционирования в обществе [5, 6].

Цель работы. Оценить суверенность психологического пространства личности пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем личностной дезорганизации.

Материал и методы исследования. Исследование суверенности психологического пространства личности проводилось путем обследования 87 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет (медиана возраста исследуемых составляла полных 35 лет (Q1-Q3: 28-49,5)), с различным уровнем личностной дезорганизации, проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и Республиканской клинической психоневрологической больнице — медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2018-2023 годах. Распределение обследуемых по полу: мужчин — 46 чел. (52,3 %), жен-

щин — 42 чел. (47,7 %). Группы были сформированы в зависимости от уровня личностной дезорганизации: I группу составили больные с невротическим уровнем личностной дезорганизации — 49,4 % (43 человека), II группа включала пациентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации — 40,2 % (35 человек), в III группу вошли респонденты с психотическим уровнем личностной дезорганизации — 10,4 % (9 человек).

В исследовании использовались клинико-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов. Клинико-психопатологический метод строился на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния, диагностику в соответствии с критериями МКБ-10. В качестве критериев для выделения различных уровней личностной дезорганизации использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга [7, 8, 9]. Социально-психологический метод был направлен на исследование суверенности психологического пространства личности. Общий показатель суверенности психологического пространства (СПП), суверенность физического тела (СФТ), суверенность территории (СТ), суверенность вещей (СВ), суверенность привычек (СП), суверенность социальных связей (СС) и суверенность ценностей (СЦ) мы определяли с помощью методики «Суверенность психологического пространства» С. К. Нартова-Бочавер [10]. При математической обработке результатов мы использовали пакет статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Так как распределение не отличалось от нормального, то для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (М) и стандартного отклонения (SD). При множественном сравнении выборок использовались дисперсный анализ и метод множественных сравнений Шеффе. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании СПП между сравниваемыми группами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$): между I ($-1,6 \pm 16,8$ ($-6,8-3,5$)) и II ($13 \pm 21,5$ ($5,6-20,4$)) группой — $p < 0,01$. Однако в уровне СПП

между I и III ($15,6 \pm 24,4$ ($-3,2-34,3$)) группой и между II и III группой не было обнаружено статистически значимых различий ($p = 0,06$; $p = 0,94$, соответственно). У пациентов I группы наблюдается незначительная депривированность психологического пространства (2 %), у испытуемых II группы — преимущественно низкий уровень СПП (16,3 %), также как и у респондентов III группы — низкий уровень СПП, ближе к пониженному (19,5 %). Такие результаты могут говорить об отсутствии критики и об утерянной способности к тестированию реальности у пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности. В то время как пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности беспокоит беспомощность и уязвимость, они чувствительны к недостаточности выстроенных границ и к тому, что суверенность психологического пространства нарушалась.

Также были выявлены статистически значимые различия между группами по следующим шкалам методики: СФТ, СВ, СП.

Шкала «СФТ»: между I ($-2,3 \pm 4,7$ ($-3,7-(-0,8)$)) и II ($1,4 \pm 5,2$ ($-0,4-3,2$)) группой — $p < 0,01$.

Шкала «СВ»: между I ($-1,7 \pm 5,3$ ($-3,4-(-0,1)$)) и II ($2,8 \pm 6,1$ ($0,7-4,9$)) группой — $p < 0,01$.

Шкала «СП»: между I ($-0,5 \pm 4$ ($-1,7-0,7$)) и II ($2 \pm 4,3$ ($0,5-3,5$)) группой — $p = 0,04$.

Но между I и III ($1,8 \pm 3,5$ ($-0,9-4,5$)) группой ($p = 0,08$), между II и III группой ($p = 0,97$) по шкале «СФТ»; между I и III ($3,7 \pm 8,3$ ($-2,7-10$)) группой ($p = 0,05$), между II и III группой ($p = 0,93$) по шкале «СВ»; между I и III ($2,8 \pm 5,3$ ($-1,3-6,9$)) группой ($p = 0,12$), между II и III группой ($p = 0,88$) по шкале «СП» статистически значимых различий не было выявлено.

У респондентов I группы выявлен низкий уровень депривированности физического тела, мира вещей, привычек, у пациентов II группы — низкий уровень СФТ, СВ, СП, у обследованных III группы — низкий уровень СФТ, пониженный уровень СВ, СП (см. табл.).

Соответственно, у респондентов пограничной личностной дезорганизации статистически значимо выше уровень СФТ, СВ, СП, чем у обследуемых невротического уровня дезорганизации личности. Пациенты с невротическим уровнем личностной дезорганизации в детстве переживали дискомфорт, связанный с прикосновениями, запахами, чувствовали, что пытаются нарушить их соматическое бла-

Таблица

Результаты исследования уровня суверенности психологического пространства личности пациентов психиатрических клиник с различным уровнем личностной дезорганизации с помощью методики «Суверенность психологического пространства» С. К. Нартова-Бочавер», в процентах *

Шкалы	I группа (n = 43 человека)	II группа (n = 35 человек)	III группа (n = 9 человек)
СПП	Д 2	С 16,3	С 19,5
СФТ	Д 16,4	С 10	С 12,9
СТ	С 3,6	С 22,1	С 20,7
СВ	Д 10	С 16,5	С 21,8
СП	Д 3,9	С 15,4	С 21,5
СС	С 10	С 10	С 11,4
СЦ	С 10,7	С 20	С 24,7

* Д — депривированность, С — суверенность.

гополучие, что свидетельствует о знании своих границ, о возможности разграничить «Я» и другие, в отличие от пациентов с пограничным уровнем дезорганизации личности, обладающих диффузной идентичностью. Также у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности в детстве наблюдалось неуважение к личной собственности, которой бы могли распоряжаться только они, а также насильственные попытки изменить привычный для ребенка распорядок, вследствие чего они в большей степени, чем другие переживали за сохранность целостности своего «Я», устойчивость и безопасность мира.

К тому же отличия между группами не были статистически значимыми по всем остальным шкалам (СТ, СС, СЦ).

Шкала «СТ» ($p = 0,080$): I ($0,5 \pm 5$ (-1-2,1)) группа; II ($3,1 \pm 5,1$ (1,3-4,9)) группа; III ($2,9 \pm 5,7$ (-1,5-7,3)) группа.

Шкала «СС» ($p = 1,000$): I ($0,7 \pm 2,4$ (0,01-1,5)) группа; II ($0,7 \pm 3,4$ (-0,5-1,9)) группа; III ($0,8 \pm 2,5$ (-1,2-2,7)) группа.

Шкала «СЦ» ($p = 0,238$): I ($1,6 \pm 4,3$ (0,3-3)) группа; II ($3 \pm 3,9$ (1,7-4,3)) группа; III ($3,7 \pm 5,1$ (-0,3-7,6)) группа.

Испытуемые I группы обладают низким уровнем СТ, СС, СЦ, II группы — пониженным уровнем СТ, низким уровнем СС, СЦ, III группы — пониженным уровнем, ближе к низкому СТ, низким уровнем СС, пониженным уровнем СЦ (см. табл.).

Следовательно, вне зависимости от уровня личностной дезорганизации у всех обследуемых в детстве встречалось периодическое отсутствие территориальных границ, не было постоянного ощущения безопасности физического пространства, иногда осуществлялся контроль над социальной жизнью, но с правом иметь друзей, одобряемых близкими, а также родители не всегда прислушивались к убеждениям и ценностям ребенка.

Выводы. Исходя из полученных результатов, видно, что у пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации наблюдается нарушение сохранности личностных границ, в особенности — депривированность физического тела и мира вещей, в меньшей степени — привычек. Данная категория пациентов наиболее чувствительна, уязвима, вследствие чего в различных ситуациях более незащищена и беспомощна. Это может быть связано с тем, что у пограничного и психотического типов дезорганизации личности включаются примитивные механизмы психологической защиты, а также с тем, что они менее критичны. При этом у всех трех типов личностной дезорганизации срабатывают и различные копинг-стратегии (активные механизмы совладания со стрессом). Полученные данные могут быть использованы при разработке личностно-ориентированных психотерапевтических коррекционных программ.

А. А. Альмешкина

СУВЕРЕННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИК С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕОРГАНИЗАЦИИ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, ДНР, Россия*

В статье рассмотрен конструкт «психологического пространства личности» у пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем дезорганизации личности. Уровень дезорганизации личности является индикатором нарушения психического функционирования. Является актуальным рассмотрение вопроса об суверенности-депривированности психологического пространства личности у данного контингента обследуемых.

Целью данной работы явилась оценка уровня суверенности психологического пространства личности пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем личностной дезорганизации.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 87 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет с различным уровнем личностной дезорганизации, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице и Республиканской клинической психоневрологической больнице — медико-психологическом центре г. Донецка в 2018–2023 годах. Использовались клинко-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов.

Результаты исследования и их обсуждение. Были выявлены статистически значимые различия между I и II группами при исследовании общего уровня суверенности психологического пространства, а также по шкалам суверенности физического тела, суверенности вещей, суверенности привычек.

Выводы. Депривированность психологического пространства личности наблюдалась только у I группы, которая является наиболее чувствительной к различным жизненным ситуациям, вследствие чего становится уязвимой, что может быть связано с механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями, которые целенаправленно срабатывают при определенной личностной дезорганизации.

Ключевые слова: суверенность, депривированность, психологическое пространство личности, дезорганизация личности.

A. A. Almeshkina

THE SOVEREIGNTY OF THE PSYCHOLOGICAL SPACE OF THE PERSONALITY OF PSYCHIATRIC PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PERSONAL DISORGANIZATION

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, DPR, Russia*

The article considers the construct of the «psychological space of personality» in patients with mental disorders with different levels of personality disorganization. The level of personality disorganization is an indicator of impaired mental functioning. It is relevant to consider the issue of sovereignty-deprivation of the psychological space of the individual in this contingent of subjects.

Material and methods of research. The research involved 87 respondents of both sexes aged 18 to 68 years with different levels of personal disorganization, who were hospitalized in the Republican Clinical Psychiatric Hospital and the Republican Clinical Neuropsychiatric Hospital — medical and Psychological Center of Donetsk in 2018–2023. Clinical-psychopathological, socio-psychological (psychodiagnostic) methods and the method of mathematical processing of results were used.

Research results and its discussion. Statistically significant differences between groups I and II were revealed in the study of the general level of sovereignty of the psychological space, as well as on the scales of sovereignty of the physical body, sovereignty of things, sovereignty of habits.

Findings. Deprivation of the psychological space of the personality was observed only in group I, which is the most sensitive to various life situations, as a result of which it becomes vulnerable, which

may be due to mechanisms of psychological protection and coping strategies that purposefully work with a certain personal disorganization.

Keywords: *sovereignty, deprivation, psychological space of personality, disorganization of personality.*

Список литературы

1. Нартова-Бочавер С. К. Психология суверенности: десять лет спустя. М.: Смысл; 2017. 200.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева; 1995. 200.
3. Абрамов В. А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 7-14.
4. Альмешкина А. А. Контроль за действием и рефлексивность у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1 (49): 49-61.
5. Нартова-Бочавер С. К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение. Психологический журнал. 2003; 24 (6): 27-36.
6. Иркин Д. Б., Шевеленкова Т. Д. Суверенность психологического пространства личности подростков и ее взаимосвязь с уровнем невротизации и представлениями подростков об их воспитании родителями. 2011; 1 (3): 55-65.
7. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»; 2014. 464.
8. Kernberg O. F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
9. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.
10. Нартова-Бочавер С. К. Опросник «Суверенность психологического пространства» — новый метод диагностики личности. Психологический журнал. 2004; 25 (5): 77-89.

References

1. Nartova-Bochaver S. K. Psikhologiya suverennosti: desyat' let spustya. Moscow: Smysl; 2017. 200 (in Russian).
2. Ammon G. Dinamicheskaya psikhiatriya. St. Petersburg: Psikhonevrologicheskiy institut im. V. M. Bekhtereva; 1995. 200 (in Russian).
3. Abramov V. A. Predstavlenie o funktsional'nosti (funktsional'nykh vozmozhnostyakh) lichnosti kak sub»ekta samovospriyatiya. Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; 2 (46): 7-14 (in Russian).
4. Al'meshkina A. A. Kontrol' za deistviem i refleksivnost' u patsientov s nevroticheskim urovnem dezorganizatsii lichnosti. Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2020; 1 (49): 49-61 (in Russian).
5. Nartova-Bochaver S. K. Ponyatie «psikhologicheskoe prostranstvo lichnosti»: obosnovanie i prikladnoe znachenie. Psikhologicheskiy zhurnal. 2003; 24 (6): 27-36 (in Russian).
6. Irkin D. B., Shevelenkova T. D. Suverenost' psikhologicheskogo prostranstva lichnosti podrostkov i ee vzaimosvyaz' s urovnem nevrotizatsii i predstavleniyami podrostkov ob ikh vospitanii roditelyami. 2011; 1 (3): 55-65 (in Russian).
7. Kernberg O. F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2014. 464 (in Russian).
8. Kernberg O. F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
9. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.
10. Nartova-Bochaver S. K. Oprosnik «Suverenost' psikhologicheskogo prostranstva» — novyy metod diagnostiki lichnosti. Psikhologicheskiy zhurnal. 2004; 25 (5): 77-89 (in Russian).

Поступила в редакцию 21.11.2023 г.

УДК 159.9.072:61:378.124:378.1

Е. О. Трошина

ДИНАМИКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ НА РАЗВИТИЕ ПРИЗНАКОВ ДЕПРЕССИИ, ТРЕВОГИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПЕРВОКУРСНИКОВ

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк

Боевые действия на Донбассе в 2014 году, стали началом череды стрессовых факторов, которые влияли последовательно или параллельно на жителей данного региона. Среди них: неблагоприятная геополитическая обстановка, информационный стресс, коронавирусный стресс и новый виток эскалации военного конфликта. Для большинства студентов первого курса как 2022–2023 уч. г., так и 2023–2024 уч. г. влияние всех перечисленных факторов пришлось на предпубертатный и подростковый возраст. Важный этап в их жизни — окончание школы и поступление в университет — происходил в условиях военного времени.

Студенты первого курса — одна из наиболее социально активных и, вместе с тем, уязвимых групп населения. Первокурсники были подвержены развитию тревоги и симптомов депрессии как в докоронавирусный период [1], так и во время пандемии [2].

Уникальная геополитическая ситуация на Донбассе диктует необходимость более детального изучения особенностей психического благополучия студенческой молодежи в контексте военного времени.

Исследование, проведенное в 2014 г. В. А. Абрамовым и Е. М. Денисовой, выявило высокую распространенность (61,2% респондентов) субъективного ухудшения психического здоровья у студентов Донецкого национального медицинского университета через 6 месяцев после начала острой фазы военного конфликта. Среди наиболее распространенных проблем были названы: подавленное настроение, апатия и нарушения сна [3].

Помимо выявления тревоги и депрессии представляется важным изучение выраженности посттравматического стрессового расстройства, как часто встречающейся нозологии в условиях боевых действий. В исследовании, проведенном в Северном Ираке в 2005–

2006 гг., была выявлена высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства среди мирного населения зоны, охваченной боевыми действиями [4]. Похожие данные были получены в исследовании при изучении распространенности посттравматического расстройства в Палестине [5]. При этом не учитывался возраст респондентов и их социальный статус.

На наш взгляд, студенческая молодежь является наиболее перспективным контингентом с точки зрения ранней диагностики и профилактики психических расстройств в условиях военного конфликта. Ежегодное проведение исследований и сравнение разных групп первокурсников позволяет дифференцированно подходить к изучению стрессовых факторов, которые не меняются из года в год, таких как: учебная нагрузка, изменение режима дня, переезд в новый город, изменение социального статуса — и стресса военного времени, который меняет своих характеристики как с точки зрения продолжительности, так и с точки зрения интенсивности с течением времени.

Цель работы: изучение динамики влияния стресса военного времени на развитие признаков депрессии, тревоги и посттравматических симптомов у первокурсников.

Материалы и методы исследования. Первый этап исследования проводился в ноябре-декабре 2022 г. на базе Лаборатории психического здоровья Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького (ДонГМУ им. М. Горького). В нем приняло участие 532 студента первого курса всех факультетов, среди них 157 (30%) мужчин и 375 (70%) женщин. Средний возраст респондентов составил 17 лет (Q1–Q3:17–18).

Второй этап исследования проводился в ноябре-декабре 2023 г. на базе Лаборатории психического здоровья ДонГМУ им. М. Горь-

кого. В нем участвовало 534 студента-первокурсника. Средний возраст также составил 17 лет (Q1-Q3: 17-18). Среди респондентов было 176 (33%) мужчин и 358 (67%) женщин.

Студентам предлагалось оценить свой уровень субъективного стресса, связанного с эскалацией военного конфликта в регионе, как низкий, умеренный или высокий. По результатам данного опроса респонденты на каждом из двух этапов исследования были разделены на три группы. Первая группа была сформирована из студентов с низким уровнем субъективного стресса, вторая — с умеренным, третья — с высоким уровнем субъективного стресса.

В 2022 году в первую группу вошло 89 человек (17%), во вторую — 196 человек (37%), в третью — 249 человек (46%). В 2023 году в первую группу вошло 111 человек (21%), во вторую — 238 человек (44%), в третью — 185 человек (35%).

Выраженность симптомов депрессии оценивалась с помощью Шкалы депрессии Бека в русскоязычной адаптации. Суммарное количество баллов равное или не достигающее 9 расценивалось, как отсутствие симптомов депрессии, 10-18 баллов — умеренно выраженная депрессивная симптоматика, 19-29 — критический уровень, 30-63 — явно выраженная депрессивная симптоматика [6].

Для оценки наличия или отсутствия симптомов посттравматического стресса был использован опросник Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) в русскоязычной адаптации. «Точкой отсечки» считалось значение общего балла от 33 и выше [7].

Выраженность тревоги определялась с помощью Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора в варианте Норакидзе, предусматривающем наличие шкалы лжи. Суммарный балл до 5 расценивался, как низкий уровень тревоги, 6-15 — средний с тенденцией к низкому, 16-25 — средний с тенденцией к высокому, 25-40 — высокий, 41-50 — очень высокий уровень тревоги [8].

В начале статистического анализа данных проводилась проверка выборок на соответствие нормальному закону распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Все выборки были отличны от нормального закона распределения, в связи с чем в качестве средних значений вычислялись медиана (Me) и значения первого и третьего квартилей (Q1-Q3). Для определения статистической значимости различия трех выборок на каждом из

этапов исследования использовался критерий Kruskal-Wallis, для определения статистической значимости различия двух выборок — критерий Манна-Уитни. Статистически значимым считалось различие при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди опрошенных в 2022 г. первокурсников 492 человека (92%) считали, что не имеют проблем с психическим здоровьем, 40 (8%) — что имеют, при этом 393 студента (74%) не видели необходимости обращаться к специалисту, 139 (26%) — видели такую необходимость. В 2023 г. 490 (92%) респондентов считали, что не имеют проблем с психическим здоровьем, 44 (8%) — что имеют такие проблемы, 383 (72%) студентов не видели необходимости обращаться к специалисту, 185 (28%) — хотели бы обратиться к психологу, психиатру или психотерапевту.

По данным Шкалы депрессии Бека, в 2022 г. средний показатель общей шкалы всех опрошенных первокурсников составил 7 баллов (Q1-Q3: 3-12), при этом респонденты первой группы набрали в среднем 5 баллов (Q1-Q3: 2-10), второй группы — 6 баллов (Q1-Q3: 2-10), третьей — 8 баллов (Q1-Q3: 4-14). Было выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p \leq 0,05$). В 2023 г. средний показатель общей шкалы всех опрошенных первокурсников составил 6 баллов (Q1-Q3: 2-12), у респондентов первой группы средний показатель Шкалы депрессии Бека составил 4 балла (Q1-Q3: 1-11), второй группы — 6 баллов (Q1-Q3: 2-11), третьей — 7 баллов (Q1-Q3: 3-18). Было выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p \leq 0,05$). Количество студентов с той или иной выраженностью симптомов депрессии в каждой из групп в 2022 г. и 2023 г. представлено в таблице 1. Статистически значимого различия между средним показателем Шкалы депрессии Бека респондентов 2022 г. и респондентов 2023 г. не выявлено ($p > 0,05$).

По данным опросника PCL-5, в 2022 г. у 88 (81%) респондентов первой группы не определялось симптомов посттравматического стресса, у 21 (19%) — были достаточно выраженные симптомы. Среди респондентов второй группы 172 (88%) человека набрали менее 33 баллов, 23 (12%) — превысили этот рубеж. В третьей группе соответственно: 156 (63%) и 92 (37%) респондентов. Средние показатели первой группы составили 12 баллов (Q1-Q3: 5-28), второй — 14 баллов (Q1-Q3: 7-23), третьей — 22

Таблица 1

Распространенность симптомов депрессии разной выраженности среди респондентов

Симптомы депрессии	2022 г.						2023 г.					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Отсутствуют	62	70	140	81	141	57	82	74	166	70	107	58
Умеренно выражены	14	16	28	16	63	26	16	15	46	19	44	24
Критический уровень	9	10	3	2	28	11	6	5	23	10	21	11
Явно выражены	4	4	1	1	12	6	7	6	3	1	13	7

балла (Q1-Q3: 13-37). Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p \leq 0,05$). В 2023 г. у 87 (78 %) респондентов первой группы не определялось посттравматического стресса, у 24 (22 %) — были достаточно выраженные симптомы ПТСР. Среди респондентов второй группы 194 человека (82 %) набрали менее 33 баллов, 44 (18 %) — превысили этот рубеж. В третьей группе соответственно: 125 (68 %) и 60 (32 %) респондентов. Средние показатели первой группы составили 13 баллов (Q1-Q3: 2,5-30), второй — 16 баллов (Q1-Q3: 6-30), третьей — 22 балла (Q1-Q3: 11-37). Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p \leq 0,05$). Средний показатель всех респондентов 2022 г. составил 18 баллов (Q1-Q3: 9-30), респондентов 2023 г. — 18 баллов (Q1-Q3: 6-32), статистически значимого различия не выявлено ($p > 0,05$).

Средний показатель Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора у респондентов 2022 г. составил 16 (Q1-Q3: 10-23) баллов, у респондентов 2023 г. — 16 (Q1-Q3: 10-24) баллов, статистически значимого различия не выявлено ($p > 0,05$). При этом, в 2022 г. средние показатели первой группы составили 15 баллов (Q1-Q3: 10-24), второй — 15 баллов (Q1-Q3: 10-22), третьей — 17 баллов (Q1-Q3: 10,5-23). Статистически значимого различия между показателями трех групп не было выявлено ($p > 0,05$). В 2023 г. средние показатели первой группы составили 12 баллов (Q1-Q3: 8-21), второй — 15 баллов (Q1-Q3: 9-22), третьей — 20 баллов (Q1-Q3: 13-27). Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p \leq 0,05$). Количество студентов с той или иной выраженностью тревоги в каждой из групп в 2022 г. и 2023 г. представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распространенность симптомов тревоги разной выраженности среди респондентов

Уровень тревоги	2022 г.						2023 г.					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Низкий	6	7	10	5	11	4	11	10	20	8	5	2
Средний с тенденцией к низкому	40	45	91	46	96	39	57	51	100	42	58	31
Средний с тенденцией к высокому	27	31	64	33	88	36	29	26	83	36	64	35
Высокий	15	17	30	15	50	20	13	12	32	13	55	30
Очень высокий	0	0	1	1	2	1	1	1	3	1	3	2

Показатели тревоги, депрессии и посттравматического стресса, как в 2022 г., так и в 2023 г. были более выражены у тех групп первокурсников, которые отметили более высокие показатели субъективного стресса в связи с эскалацией военного конфликта. В 2022 г. не было отмечено влияния стресса военного времени на развитие тревоги у первокурсников, но в 2023 г. это влияние стало очевидно. Показатели выраженности симптомов тревоги, депрессии и посттравматического стресса у первокурсников 2022 г. сопоставимы с таковыми у первокурсников 2023 г., динамики за прошедший год не выявлено.

Заключение. Таким образом, в 2022 г. 46% опрошенных студентов, а в 2023 г. 44% опрошенных студентов оценили свой уровень стресса, связанного с боевыми действиями, как высокий. В ходе исследования было выявлено, что в 2022 г. стресс военного времени оказал влияние на развитие симптомов депрессии и посттравматического стресса у студентов первого курса ($p \leq 0,05$), но не оказал влияние на выраженность тревоги. В то время, как в 2023 г. стресс военного времени оказал влияние на все перечисленные выше симптомы ($p \leq 0,05$).

Не все студенты осознавали наличие у себя симптомов депрессии или посттравматического стресса, но 26% опрошенных в 2022 г. и 28% опрошенных в 2023 г. видели необходимость обратиться к специалисту. Большая часть первокурсников в своих ответах говорила о сохранении психического благополучия даже в условиях военного времени.

Выраженные симптомы депрессии по данным Шкалы Бека наблюдались у 11% респондентов в 2022г и у 14% респондентов в 2023 г., высокий уровень тревоги по данным Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора наблюдался у 18% респондентов 2022 г. и 20% респондентов 2023 г., посттравматический стресс по данным PCL-5 был выражен у 26% респондентов 2022г. и 25% респондентов 2023 г. Несмотря на небольшой рост процентных показателей, значимой динамики выраженности тревоги, депрессии и посттравматического стресса с 2022 г. по 2023 г. выявлено не было ($p > 0,05$). Существует необходимость продолжать исследование влияния военного стресса в разные временные промежутки на психическое здоровье студенческой молодежи.

Е. О. Трошина

ДИНАМИКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ НА РАЗВИТИЕ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ, ТРЕВОГИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ПЕРВОКУРСНИКОВ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк*

Цель работы. Изучение динамики влияния стресса военного времени на развитие симптомов депрессии, тревоги и посттравматического стресса у первокурсников.

Материалы и методы. Первый этап исследования проводился в ноябре-декабре 2022 г. в нем приняло участие 532 студента первого курса всех факультетов, среди них 157 (30%) мужчин и 375 (70%) женщин. Средний возраст респондентов составил 17 лет (Q1-Q3: 17-18). Второй этап исследования проводился в ноябре-декабре 2023г. на базе Лаборатории психического здоровья ДонГМУ им. М. Горького. В нем участвовало 534 студента-первокурсника. Средний возраст также составил 17 лет (Q1-Q3: 17-18). Среди респондентов было 176 (33%) мужчин и 358 (67%) женщин. На каждом из этапов респонденты были разделены на три группы в зависимости от выраженности субъективного стресса, связанного с эскалацией конфликта. В ходе исследования использовались следующие опросники: Шкала депрессии Бека, Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора в варианте Норакидзе. Сравнение выборок проводилось с помощью критерия Kruskal-Wallis и Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных в 2022 г. первокурсников 492 человека (92%) считали, что не имеют проблем с психическим здоровьем, 40 (8%) — что имеют, при этом 393 студента (74%) не видели необходимости обращаться к специалисту, 139 (26%) — видели такую необходимость. В 2023 г. 490 (92%) респондентов считали, что не имеют проблем с психическим здоровьем, 44 (8%) — что имеют такие проблемы, 383 (72%) студентов не видели необходимости обращаться к специалисту, 185 (28%) — хотели бы обратиться к психологу, психиатру или психотерапевту. Показатели тревоги, депрессии и посттравматического стресса, как в 2022 г., так

и в 2023 г. были более выражены у тех групп первокурсников, которые отметили более высокие показатели субъективного стресса в связи с эскалацией военного конфликта. В 2022 г. не было отмечено влияния стресса военного времени на развитие тревоги у первокурсников, но в 2023 г. это влияние стало очевидно. Показатели выраженности симптомов тревоги, депрессии и посттравматического стресса у первокурсников 2022 г. сопоставимы с таковыми у первокурсников 2023 г., динамики за прошедший год не выявлено.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что в 2022 г. 46 % опрошенных студентов, а в 2023 г. 44 % опрошенных студентов оценили свой уровень стресса, связанного с боевыми действиями, как высокий. В ходе исследования было выявлено, что в 2022 г. стресс военного времени оказал влияние на развитие симптомов депрессии и посттравматического стресса у студентов первого курса ($p \leq 0,05$), но не оказал влияние на выраженность тревоги. В то время, как в 2023 г. стресс военного времени оказал влияние на все перечисленные выше симптомы ($p \leq 0,05$). Значимой динамики выраженности тревоги, депрессии и посттравматического стресса с 2022 г. по 2023 г. выявлено не было ($p > 0,05$).

Ключевые слова: стресс, военный конфликт, студенты, депрессия, тревога.

E. O. Troshina

DYNAMICS OF THE INFLUENCE OF WARTIME STRESS ON THE DEVELOPMENT OF SYMPTOMS OF DEPRESSION, ANXIETY AND POST-TRAUMATIC STRESS IN FIRST-YEAR STUDENTS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk*

Aim. To study the dynamics of the effect of wartime stress on the development of symptoms of depression, anxiety and post-traumatic stress in first-year students.

Materials and methods. The first stage of the study was conducted in November-December 2022. 532 first-year students of all faculties took part in it, among them 157 (30 %) men and 375 (70 %) women. The average age of the respondents was 17 years (Q1-Q3: 17-18). The second stage of the study was conducted in November-December 2023 on the basis of the Mental Health Laboratory of M. Gorky Don-GMU. It was attended by 534 first-year students. The average age was also 17 years (Q1-Q3: 17-18). There were 176 (33 %) men and 358 (67 %) women among the respondents. At each stage, the respondents were divided into three groups depending on the severity of the subjective stress associated with the escalation of the conflict. The following questionnaires were used in the course of the study: the Beck Depression Scale, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, the Taylor Personal Anxiety Scale in the Norakidze variant. The samples were compared using the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney criteria.

Results and discussion. Among the first-year students surveyed in 2022, 492 people (92 %) believed that they did not have mental health problems, 40 (8 %) — that they did, while 393 students (74 %) did not see the need to consult a specialist, 139 (26 %) — saw such a need. In 2023, 490 (92 %) of respondents believed that they did not have mental health problems, 44 (8 %) — that they had such problems, 383 (72 %) of students did not see the need to consult a specialist, 185 (28 %) — would like to see a psychologist, psychiatrist or psychotherapist. Indicators of anxiety, depression and post-traumatic stress, both in 2022 and in 2023, were more pronounced in those groups of first-year students who noted higher rates of subjective stress due to the escalation of the military conflict. In 2022, the effect of wartime stress on the development of anxiety in first-year students was not noted, but in 2023 this effect became obvious. Indicators of the severity of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in first-year students in 2022 are comparable to those of first-year students in 2023, dynamics over the past year have not been revealed.

Conclusions. The study revealed that in 2022, 46 % of the students surveyed, and in 2023, 44 % of the students surveyed rated their stress level related to combat operations as high. The study revealed that in 2022, wartime stress had an impact on the development of symptoms of depression and post-traumatic stress in first-year students ($p < 0,05$), but did not affect the severity of anxiety. While in 2023, wartime stress had an impact on all of the above symptoms ($p \leq 0,05$). There was no significant dynamics in the severity of anxiety, depression and post-traumatic stress from 2022 to 2023 ($p < 0,05$).

Keywords: stress, military conflict, students, depression, anxiety.

Литература

1. Кочорова Л. В., Скрипов В. С., Сливка А. С. К вопросу о тревоге и депрессии в молодежной студенческой среде. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2020; 2 (8): 246-253. doi:10.23888/HMJ202082246-253.
2. Филиппова И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде. Смоленский медицинский альманах. 2021; 4: 211-214.
3. Денисов Е. М., Абрамов В. А. Уровень психического напряжения студентов-медиков, находящихся в состоянии хронического. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: 23-26 сентября 2015. Казань; 2015: 286.
4. Farhood L., Dimassi H., Lehtinen T. Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. J Transcult Nurs. 2006; 17(4): 333-340.
5. Qouta S., Punamäki R. L., El Sarraj E. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. Eur Child Adol Psychiatry. 2003; 12(6): 265-272.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001. 268.
7. Тарабрина Н. В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.; 2017. 344.
8. Норакидзе В. Г. Клинико-биографический метод исследования структуры установки личности. Тб.; 1984. 184.

References

1. Kochorova L. V., Skripov V. S., Slivka A. S. K voprosu o trevoge i depressii v molodezhnoi studencheskoi srede [To the question of anxiety and depression among young students]. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). 2020; 2 (8): 246-253 (in Russian).
2. Filippova I. D. Izuchenie riska razvitiya depressivnykh sostoyanii v studencheskoi srede. [The study of the risk of depressive states in the student environment]. Smolenskii meditsinskii al'manakh [Smolensk medical almanac]. 2021; 4: 211-214 (in Russian).
3. Denisov E. M., Abramov V. A. Uroven' psikhicheskogo napryazheniya studentov-medikov, nakhodyashchikhsya v sostoyanii khronicheskogo [The level of mental stress of medical students who are in a state of chronic]. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy» [All-Russian Scientific and Practical conference with international participation «Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects»] 23—26 September 2015. Kazan'; 2015: 286 (in Russian).
4. Farhood L., Dimassi H., Lehtinen T. Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. J Transcult Nurs. 2006; 17(4): 333-340.
5. Qouta S., Punamäki R. L., El Sarraj E. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. Eur Child Adol Psychiatry. 2003; 12(6): 265-272.
6. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter; 2001. 268 (in Russian).
7. Tarabrina N. V. Intensivnyi stress v kontekste psikhologicheskoi bezopasnosti [Intense stress in the context of psychological safety]. Moscow; 2017. 344 (in Russian).
8. Norakidze V. G. Kliniko-biograficheskii metod issledovaniya struktury ustanovki lichnosti [Clinical and biographical method for studying the structure of personality attitude]. Tbilisi; 1984. 184 (in Russian).

Поступила в редакцию 20.12. 2023 г.

УДК: 355.511.341:159.923:616.89-008-06

С. Р. Коваленко, А. А. Альмешкина, К. В. Ковалева

ОСОБЕННОСТИ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО СТРЕССА

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

На сегодняшний день возникновение психических расстройств, обусловленных воздействием стресса чрезвычайных масштабов, в том числе боевого стресса и последствий боевой психической травмы приобретает все большую актуальность, из-за увеличения числа локальных вооружённых конфликтов по всему земному шару. Это определяет актуальность исследований, направленных на изучение начальных проявлений психических расстройств боевой обстановки, механизмы и закономерности перехода донозологических дезадаптивных психологических реакций в клинически оформленные пограничные состояния, которые в свою очередь при определенном сочетании средовых условий, личностной предрасположенности могут с течением времени трансформироваться в посттравматическое стрессовое состояние (ПТСС), классифицируемые в МКБ-10 как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Важность перенесенного боевого стресса определяется распространённостью её отдалённых последствий. Они могут характеризоваться различными клиническими проявлениями, тяжестью психических нарушений, однако, в большинстве случаев, имеют хроническое течение. По данным ряда исследований [1, 2], на этапе отдалённых последствий отмечается возникновение психических нарушений у 75 % и более обследуемых, из них половина приходится на ПТСР, а остальное на разнообразную непсихотическую (пограничную) психопатологическую симптоматику без формирования симптомокомплекса ПТСР. При этом наличие даже отдельных симптомов ПТСР может повлечь за собой существенное снижение социальной адаптации в мирное время со значительными негативными изменениями в жизни: потерей работы, семьи, ухудшением взаимоотношений с окружающими, алкоголизацией [3].

Боевой стресс является не только стрессом катастрофических масштабов, это психическая, физическая, и моральная травма, затрагивающая и личностные и психологические основы индивида, а также социальную и биологическую составляющую человека. Она не ограничивается пределами боевых действий, так как манифестация её клинических проявлений зачастую происходит спустя месяцы и даже годы после возвращения к мирной жизни. Существуют сведения о деструктивном влиянии ПТСР на последующие поколения, это происходит как из-за особых взаимоотношений в семьях, так и в результате возможного генетического унаследования приобретенных патологических изменений [4]. Тем не менее, каждый человек воспринимает чрезвычайный стресс по-разному, большую роль в этом играет субъективное восприятие человека.

Субъективное восприятие зависит от устойчивых убеждений личности. Подобные убеждения и установки закладываются в первые годы жизни и, обычно, функционируют на уровне бессознательных и предсознательных слоев личности. Они формируются в детском возрасте под влиянием родительских посланий, семейных традиций. Подобные установки формируются на основе слов, установок и мнений, высказываемых авторитетными взрослыми, кумирами, значимыми лицами. Их мнения могут восприниматься как истина, не подлежащая оспариванию и переходит в уровень стойкого убеждения. Характеризуя направленность личности, в психологических исследованиях встречаются такие термины как «установка» или «убеждение», разными авторами данные понятия рассматриваются как синонимы. Установка понимается как неосознаваемое состояние, внутренняя характеристика человека, основанная на его предшествующем жизненном опыте. Установка предполагает определенный стиль деятельности, образ мыслей, поступки в определенных

ситуациях, по отношению к определенным лицам. Установка направляет деятельность и активность человека. Имеющиеся у личности установки позволяют ей автоматически реагировать определенным образом на происходящие события, явления, не затрачивая лишних интеллектуальных, духовных, моральных ресурсов.

В течении жизни человек попадает в ситуации, которые способны вызывать негативную психическую реакцию различной интенсивности. Это происходит из-за наличия в нашем мышлении иррациональных установок, которые заставляют испытывать эмоции, несоизмеримые реальному масштабу проблем. Установка — это тенденция к определённой интерпретации происходящего, а от адекватности интерпретации зависит качество адаптации, т.е. качество жизни человека. Иррациональные установки способны вступать в конфронтацию с реальной обстановкой, они противоречат объективно сложившимся условиям жизнедеятельности и приводят к дезадаптации личности.

Иррациональные установки представляют собой жесткие когнитивно-эмоциональные связи. Они имеют характер предписания, требования, приказа, имеют вид жестких требований к себе, другим людям или миру, не имеющих исключений. Иррациональные установки всегда категоричны, формируются на базе идей, к которым человек приходит не самостоятельно, а перенимает из социума, данные качества могут привести к появлению различных невротических реакций.

Наличие иррациональных установок в мышлении заставляет человека испытывать постоянный стресс от несоответствия его ожиданий и реальности происходящего. Они приводят к возникновению негативных эмоций, несоизмеримых значимости событий, и дисфункциональным поведенческим реакциям, что снижает эффективность деятельности человека, приводит к дезадаптации личности и ухудшению качества жизни индивида.

Негативные психические реакции, в большинстве случаев зависят не от самих ситуаций, в которые попадает человек, а от того, как он воспринимает все события и явления в своей жизни. Несмотря на тот факт, что абсолютно рациональных людей не существует, каждый человек способен осознать свои иррациональные установки и избавиться от них, чтобы повысить осознанность и улучшить качество своей жизни.

Иррациональные установки достаточно сложный социально-психологический феномен и до настоящего времени являются малоизученными. Так проблемы областями по данному вопросу являются структура и роль иррациональных установок в социально-пространстве человека, их выявление и проявление в конкретных жизненных ситуациях, а также отсутствие разнообразных средств диагностик. Это позволяет констатировать не разработанность данного феномена.

Изучением феномена иррациональных убеждений занимались различные ученые, такие как А. Эллис, А. Бек, Н. Г. Гаранян и многие другие [5]. А. Эллис считал, что каждый человек рождается с определенным потенциалом, который имеет две стороны: рациональную и иррациональную. Иррациональное поведение ориентировано на достижение целей без предварительной оценки сложившейся ситуации и существующих возможностей. Иррациональность подразумевает под собой необдуманное проявление человека, которое основывается на интуитивном или чувственном порыве. В данном случае иррациональным человеком принято считать того, кто в большинстве случаев воспринимает окружающую действительность и моделирует решения вне логического обоснования преимуществ одних решений по отношению к возможным другим решениям и не ориентируется в своей деятельности на заранее разработанный алгоритм действий.

С точки зрения А. Эллиса, иррациональные убеждения — это жесткие эмоционально-когнитивные связи, которые имеют характер предписания, требования, приказа, носят абсолютистский характер. Именно по этой причине иррациональные убеждения не соответствуют реальности. Отсутствие осуществления иррациональных убеждений приводит к длительным, неадекватным эмоциям. А. Эллис рассматривал негативные эмоции и дисфункциональные поведенческие реакции как результат неверных когнитивных убеждений — иррациональных верований [6, 7].

От этих «верований» (установок, взглядов) зависит, как человек толкует, и, как следствие относиться к происходящим с ним событиям. Это базовые правила, из которых человек, формирует персональную матрицу значений и смыслов. Данные правила срабатывают в момент осознания конкретной ситуации и проявляют себя в виде автоматических мыслей. Автоматические мысли — это мыс-

ли, которые появляются спонтанно и которые запускаются при помощи обстоятельств. Эти мысли проявляются между событием пережитым человеком и его эмоциональными и поведенческими реакциями. Автоматические мысли воспринимаются без критики, без проверки их логичности и реалистичности. Подобные убеждения формируются под воздействием детских впечатлений, могут перениматься от людей, окружающих человека (родителей, сверстников). Иррациональные установки делают мышление стереотипным, ригидным, не способным приспособиться к новым явлениям и подстроиться под изменившуюся ситуацию [8].

Согласно А. Эллису, принято выделять четыре основные иррациональные установки: 1) катастрофические установки; 2) установки обязательного долженствования; 3) установки обязательной реализации своих потребностей; 4) глобальные оценочные установки.

Установка «катастрофизация» отражает восприятие людьми различных неблагоприятных событий как ужасных, невыносимых, боязнь потерпеть неудачу (катастрофу).

«Установки обязательного долженствования» — делают инертным мышление человека и тормозят личностный рост. Проявляется это в трех разных сферах: «Долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других», «долженствование к окружающему миру» и указывают на наличие чрезмерно высоких требований в данных сферах. «Оценочная установка» измеряет склонность оценивать не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом.

В основе установки обязательной реализации своих потребностей лежит иррациональное убеждение в том, что, для того чтобы стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами.

При наличии глобальных оценочных установок оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки, то есть какой-то отдельный аспект человека отождествляется с человеком в целом.

Альберт Эллис выделял одиннадцать установок, которые способствуют развитию невротических расстройств: 1) человек всегда стремится выглядеть положительно в глазах окружающих — данная установка приводит к тому, что человек становится менее самостоятельным и неуверенным в себе; 2) стремление быть компетентным во всех жизненных

вопросах, чтобы вызвать уважение окружающих — это может привести к развитию чувства не полноценности, постоянному чувству страха перед неудачей, и, как следствие, развитию психосоматических расстройств; 3) убежденность в том, что некоторые люди плохие, порочные или подлые и, следовательно, заслуживают наказания; 4) все беды навязаны нам извне — во всем виновны окружающие люди и обстоятельства; 5) преувеличения масштабов проблемы, когда не все в жизни идет «по плану»; 6) опасные или пугающие события являются основанием для сильной тревоги, об их вероятности необходимо постоянно помнить; 7) убежденность в потребности избегать трудности и обязанности, а не справляться с ними; 8) человек должен зависеть от других и должен иметь кого-то более сильного, на кого можно положиться — все мы в той или иной степени зависимы друг от друга, однако, нет причин усиливать эту зависимость; это ведет к потере независимости, индивидуальности и самовыражения; 9) прошлые переживания и события являются определяющими для настоящего поведения, они оставляют неизгладимый «отпечаток», от них нельзя избавиться; 10) на благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом направлении; 11) всегда существует правильное или идеальное решение каждой проблемы и его надо найти, иначе не избежать катастрофы. Данные убеждения широко распространены в нашем обществе, в случае веры в них человек чувствует себя подавленным, агрессивным настроенным — это приводит к эмоциональным нарушениям, а также развитию различных нарушений психики невротического уровня [9, 10].

Цель работы: изучить особенности иррациональных установок военнослужащих, перенесших находящиеся под воздействием боевого стресса в зависимости от возраста обследуемых, длительности пребывания в зоне боевых действий, а также степени выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 133 военнослужащих мужского пола, мобилизованные в ряды вооруженных сил Донецкой Народной Республики и принимавших непосредственное участие в боевых действиях, которые находились на лечении в Республиканской психоневрологической больнице (РКПБ — МПЦ).

Для разделения пациентов на группы сравнения использовалась специально разработанная индивидуальная карта клинического и социально-демографического анализа. При выделении групп сравнения учитывались следующие особенности: возраст обследуемых (менее 30 лет — 45 человек; 31-40 — 45 человек; 41 и старше — 43 человека), длительность пребывания в зоне боевых действий (до 6 месяцев — 56 человек; более 6 месяцев — 77 человек) и выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Для определения степени выраженности симптомов выраженности симптомов ПТСР использовалась методика Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS, Weathers F.W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993). Применение методики позволяет в процентном соотношении оценить тяжесть текущего состояния 1-20 % — низкий уровень; 21-40 % — пониженный уровень; 41-60 % — умеренный уровень; 61-80 % — повышенный уровень; 81-100 % — высокий уровень [11]. В соответствии с интегральным показателем ПТСР по данным методики CAPS для анализа были выделены две группы сравнения: в группу I вошли пациенты с пониженным и умеренным уровнем (21-60 %) — 40 чел., во II группу — 74 чел. с повышенными и высокими показателями (61-100 %).

Для определения выраженности иррациональных установок обследуемых использовался тест А. Эллиса «Диагностика иррациональных установок». Данная методика состоит из 50 утверждений и 5 оценочных шкал, 4 из которых позволяют оценить основные группы иррациональных установок и еще 1 шкала оценивает стрессоустойчивость и рациональность мышления. Шкала катастрофизации показывает отношение человека к неблагоприятным ситуациям, «долженствование в отношении себя» — завышенные требования к себе, «долженствование в отношении других» — завышенные требования к другим, шкала фрустрационной толерантности — степень стрессоустойчивости и оценочная установка — то, как человек оценивает себя и других. Подсчет производится путем суммирования баллов за каждое утверждение, результат менее 15 баллов по каждой шкале свидетельствует о наличии ярко выраженных иррациональных установок и высокой вероятности развития дистресса, результат от 15 до 22 баллов — средняя выраженности иррациональных установок и вероятности

развития дистресса, более 22 баллов — отсутствие иррациональной установки.

Для расчетов использовались программы «Microsoft Excel», «Statistica 5.5», сравнительный анализ проводился с помощью U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании иррациональных установок у военнослужащих находившихся под воздействием боевого стресса с помощью теста Альберта Эллиса «Диагностика иррациональных установок», в среднем были получены следующие результаты. По шкале «Катастрофизации» испытуемые набрали $18,14 \pm 1,92$ баллов, шкала «Долженствование в отношении себя» — $17,86 \pm 2,46$ баллов, $19,16 \pm 1,99$ баллов по шкале «Долженствование в отношении других», результаты шкалы «Низкая фрустрационная толерантность» составили $18,35 \pm 2,51$ баллов, а шкалы «Самооценка и рациональность мышления» — $19,4 \pm 2,26$. Полученные средние результаты по всем шкалам методики свидетельствовали о наличии иррациональных установок (средняя степень выраженности) у обследуемых и средней вероятности развития дистресса. При количественном анализе результатов по шкале «Катастрофизации» выявлено, что у 12 (9,02 %) человек иррациональная установка отсутствовала, у 107 (80,45 %) человек была выявлена иррациональной установки средней степени выраженности и 14 (10,53 %) человек имели выраженные иррациональные установки. По шкале «Долженствование в отношении себя»: 13 (9,77 %) человек — отсутствие иррациональной установки, 89 (66,92 %) человек — средняя степень выраженности, 31 (23,31 %) человек — выраженная установка. По шкале «Долженствование в отношении других»: 29 (21,8 %) человек — отсутствие иррациональной установки, 95 (71,43 %) человек — средняя степень выраженности, 9 (6,77 %) человек — выраженная установка. По шкале «Низкая фрустрационная толерантность»: 34 (25,56 %) человек — отсутствие иррациональной установки, 89 (66,92 %) человек — средняя степень выраженности, 10 (7,52 %) человек — выраженная установка. По шкале «Самооценка и рациональность мышления»: 25 (18,8 %) человек — отсутствие иррациональной установки, 89 (66,92 %) человек — средняя степень выраженности, 19 (14,28 %) человек — выраженная установка. Данные результаты также свидетельствуют о средней степени выраженности иррациональных установок у обследуемых, однако, следует отметить выраженность

развития иррациональных установок «Должестование в отношении себя» и «Самооценка и рациональность мышления», следовательно, у пациентов имеется тенденция к предъявлению повышенных требований к себе, убежденность в том, они должны добиваться успеха и получать одобрение других, а если этого не происходит, значит, с ними что-то не в порядке. Все это может приводить к депрессии, человек может испытывать тревогу и отчаяние, сомневаться в самом себе. Иррациональные суждения могут проявляться в склонности к преувеличению, упрощению,

чрезмерному обобщению, алогичным предположениям, ошибочным выводам, абсолютизации. Пониженный общий уровень рациональности мышления — это тенденция к формированию жестких связей между информацией о реальности, которую человек воспринял в мире и его отношением к этой реальности типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений.

В таблице 1 представлен сравнительный анализ иррациональных установок в зависимости от длительности пребывания в зоне боевых действий.

Таблица 1

Распределение обследуемых в зависимости от длительности участия в боевых действиях

Группы обследуемых	Катастрофизация	Должестование в отношении себя	Должестование в отношении других	Низкая фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
1 группа (до 6 месяцев) n-56 (42,1 %)	17,86±2,11	17,05±1,99*	18,89±1,88	18,53±2,68	19,36±2,20
2 группа (более 6 месяцев) n-77 (57,9%)	18,35±1,71	18,44±2,73*	19,35±2,06	18,22±2,38	19,43±2,29

* $p \leq 0,05$ — различия на уровне статистической значимости.

В данных группах обследуемые, также продемонстрировали средний уровень выраженности иррациональных установок, однако в установке «Должестование в отношении себя» были найдены различия на уровне статистической значимости — показатели в 1 группе значимо ниже, это свидетельствует о большей выраженности иррациональной установки, следовательно, чем меньше человек находился в зоне боевых действий, тем более требовательным человек был по отношению к себе без объективной на то причины. По остальным шкалам статистически значимых различий обнаружено не было.

В таблице 2 представлены результаты распределения обследуемых в зависимости от их возраста.

Анализируя полученные данные, следует отметить закономерность — чем, младше были обследуемые, тем менее выражена была иррациональная установка. Это подтверждается статистически значимыми различиями во всех установках за исключением установки

«Должестование в отношении себя», однако и тут присутствует схожая тенденция. Следовательно, с возрастом человек переживающий стресс чрезвычайных масштабов в большей степени склонен к формированию иррациональных установок. Средние же результаты групп сравнения были также, на уровне средней выраженности.

В таблице 3 приведены данные, полученные при распределении обследуемых на группы в зависимости от выраженности симптомов ПТСР. Следует отметить, что при распределении на данные группы не учитывались 19 испытуемых, в связи с тем, что они выраженность симптомов ПТСР не достаточна для постановки данного диагноза.

При данном распределении все показатели также, свидетельствовали о среднем уровне развития установок. Были обнаружены различия на уровне статистической значимости касательно самооценки и рациональности мышления. Это значит, что пациентам с более выраженной симптоматикой ПТСР характерно

Таблица 2

Распределение обследуемых в зависимости от возраста

Группы обследуемых	Катастрофизация	Должестование в отношении себя	Должестование в отношении других	Низкая фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
1 группа (до 30 лет) n-45 (33,8 %)	18,78±1,99*	18,16±1,95	19,91±1,78*	19,33±2,25*	20,18±2,25*
2 группа (31-40 лет) n-45 (33,8 %)	17,69±1,75*	17,53±2,59	18,89±2,13	17,36±2,54*	18,93±2,07*
3 группа (41 и старше) n-43 (32,4 %)	17,95±1,86	17,88±2,83	18,65±2,05*	18,37±2,32	19,07±2,12

* $p \leq 0,05$ — различия на уровне статистической значимости.

Таблица 3

Распределение обследуемых по выраженности симптомов ПТСР (методика CAPS)

Группы обследуемых	Катастрофизация	Должестование в отношении себя	Должестование в отношении других	Низкая фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
1 группа (интегральный показатель ПТСР — 21-60 %) — 40 человек	18,30±2,16	17,09±2,12	19,23±2,15	18,48±2,48	20,30±2,25*
2 группа (интегральный показатель ПТСР — 61-100 %) — 74 человека	18,18±1,81	17,70±2,68	19,38±1,89	18,20±2,32	19,12±2,15*

* $p \leq 0,05$ — различия на уровне статистической значимости.

иррациональность мышления и заниженная самооценка.

Выводы:

1. В целом, можно отметить, что у военнослужащих, находившихся под воздействием боевого стресса, показатели выраженности иррациональных установок находились на среднем уровне. Однако в отношении себя практически у 25% обследуемых наблюдалась выраженная иррациональная установка. Это говорит о том, что люди находясь под воздействием боевого стресса относятся к себе

крайне требовательно и категорично в духе дихотомического мышления, что является когнитивным искажением. Таким личностям важно соответствовать общепринятым ценностям и требованиям, которые воспринимаются как первостепенные по отношению к собственным, если таковые имеются, им свойственна ответственность и непомерное чувство долга по отношению к себе. Такая же тенденция определяется и при разделении на группы согласно длительности пребывания в зоне боевых действий. Патологическая тре-

бовательность ко всем своим действиям отмечается у лиц, которые находились в зоне боевых действий меньший срок.

2. При распределении на группы сравнения в зависимости от возраста были выявлены следующие особенности. Можно отметить, что у людей старшего возраста в большей степени сформированы все иррациональные установки. А, следовательно, люди старшего возраста в большей степени, нежели молодые не хотят брать на себя ответственность за новые реалии собственной жизни и наделяют ею свое ближайшее окружение. К ответственности окружению прилагаются еще и ожидания, обязательства и требовательность их исполнения, что также соответствует дихотомическому мышлению. Окружение не всегда оправдывает ожидания личности, что провоцирует негативные эмоции и сложности в отношениях между людьми. Выраженная установка «Катастрофизации» характеризует их как личностей с негативным мышлением: все события и жизненные ситуации они причисляют к разряду фатальных и трагических, у участников эксперимента отсутствует критическая оценка окружающей действительности — они видят делают только неблагоприятные прогнозы исхода событий. Установка фрустрационная толерантность указывает на понижен-

ный уровень стрессоустойчивости личности. Склонность к переживаниям состояния психологического стресса в ситуациях, связанных с невозможностью удовлетворения своих потребностей при наличии реальных или мнимых непреодолимых препятствий на пути к достижению поставленных целей.

3. Анализ полученных данных показал взаимосвязь выраженности симптомов ПТСР с иррациональностью самооценки и мышления. Для обследуемых с выраженной симптоматикой ПТСР (интегральный показатель свыше 60 %) характерны иррациональные суждения. Это проявляется в склонности к преувеличению, упрощению, чрезмерному обобщению, алогичным предположениям, ошибочным выводам, абсолютизации. Пониженный общий уровень рациональности мышления — это тенденция к формированию жестких связей между информацией о реальности, которую человек воспринял в мире и его отношением к этой реальности типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений. Эти иррациональные установки могут не соответствовать реальности как по силе, так и по качеству этого предписания и, если они не реализуются, то приводят к длительным, неадекватным ситуациям эмоциям.

С. Р. Коваленко, А. А. Альмешкина, К. В. Ковалёва

ОСОБЕННОСТИ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО СТРЕССА

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

В статье представлены результаты исследования иррациональных установок у военнослужащих, находившихся под воздействием боевого стресса. Иррациональные установки представляют собой жесткие когнитивно-эмоциональные связи. Они имеют характер предписания, требования, приказа, имеют вид жестких требований к себе, другим людям или миру, не имеющих исключений. Иррациональные установки всегда категоричны, формируются на базе идей, к которым человек приходит не самостоятельно, а перенимает из социума, данные качества могут привести к появлению различных невротических реакций.

Наличие иррациональных установок в мышлении заставляет человека испытывать постоянный стресс от несоответствия его ожиданий и реальности происходящего. Они приводят к возникновению негативных эмоций, несоизмеримых значимости событий, и дисфункциональным поведенческим реакциям, что снижает эффективность деятельности человека, приводит к дезадаптации личности и ухудшению качества жизни индивида.

В данном исследовании ставилась цель изучить особенности иррациональных установок военнослужащих, находившихся под воздействием боевого стресса в зависимости от возраста обследуемых, длительности пребывания в зоне боевых действий, а также степени выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.

В ходе исследования были получены результаты, которые свидетельствуют о наличии у испытуемых иррациональных установок средней степени выраженности. У 25 % обследуемых на-

блюдалась выраженная иррациональная установка в отношении себя, что характеризовалось крайне требовательным и категоричным в духе дихотомического мышления отношением к себе, это в свою очередь является когнитивным искажением. Также, можно отметить, что у людей старшего возраста в большей степени, нежели в молодом сформированы все иррациональные установки. А, следовательно, люди старшего возраста в большей степени, нежели молодые не хотят брать на себя ответственность за новые реалии собственной жизни и наделяют ею свое ближайшее окружение. К ответственности окружению прилагаются еще и ожидания, обязательности и требовательности их исполнения, что также соответствует дихотомическому мышлению. Окружение не всегда оправдывает ожидания личности, что провоцирует негативные эмоции и сложности в отношениях между людьми.

Для обследуемых с выраженной симптоматикой ПТСР (интегральный показатель свыше 60 %) характерны иррациональные суждения. Это проявляется в склонности к преувеличению, упрощению, чрезмерному обобщению, алогичным предположениям, ошибочным выводам, абсолютизации. Эти иррациональные установки могут не соответствовать реальности как по силе, так и по качеству этого предписания и, если они не реализуются, то приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям.

Ключевые слова: *стресс, иррациональные установки, долженствование, катастрофизация.*

S. R. Kovalenko, A. A. Almeshkina, K. V. Kovaleva

FEATURES OF IRRATIONAL ATTITUDES OF MILITARY SERVANTS UNDER CONDITIONS OF COMBAT STRESS

*State educational organization of higher professional education
«Donetsk National University named after M. Gorky», Donetsk, DPR*

The article presents the results of a study of irrational attitudes among military personnel who were under the influence of combat stress. Irrational attitudes are rigid cognitive-emotional connections. They have the nature of a prescription, a demand, an order; they have the form of strict demands on oneself, other people or the world, which have no exceptions. Irrational attitudes are always categorical, formed on the basis of ideas that a person does not come to on his own, but adopts from society; these qualities can lead to the appearance of various neurotic reactions.

The presence of irrational attitudes in thinking causes a person to experience constant stress from the discrepancy between his expectations and the reality of what is happening. They lead to the emergence of negative emotions, incommensurate with the significance of events, and dysfunctional behavioral reactions, which reduces the effectiveness of human activity, leads to maladaptation of the individual and a deterioration in the quality of life of the individual.

This study aimed to study the characteristics of the irrational attitudes of military personnel who were under the influence of combat stress depending on the age of the subjects, the length of stay in the combat zone, and the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder.

During the study, results were obtained that indicate that the subjects had irrational attitudes of moderate severity. 25 % of the subjects had a pronounced irrational attitude towards themselves, which was characterized by an extremely demanding and categorical attitude towards oneself in the spirit of dichotomous thinking, this in turn is a cognitive distortion. It can also be noted that in older people, all irrational attitudes are formed to a greater extent than in young people. And, consequently, older people, to a greater extent than young people, do not want to take responsibility for the new realities of their own lives and give it to their immediate environment. Responsibility to the environment also comes with expectations, obligations and demands for their fulfillment, which also corresponds to dichotomous thinking. The environment does not always meet the individual's expectations, which provokes negative emotions and difficulties in relationships between people.

Those examined with severe symptoms of PTSD (integral indicator over 60 %) are characterized by irrational judgments. This is manifested in a tendency to exaggerate, simplify, over-generalize, illogical assumptions, erroneous conclusions, and absolutization. These irrational attitudes may not correspond to reality both in terms of the strength and quality of this prescription and, if they are not implemented, they lead to long-lasting emotions that are inadequate to the situation.

Keywords: *stress, irrational attitudes, obligation, catastrophization.*

Литература

1. Шамрей В. К., Колов С. А., Дрига Б. В. Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода. Вестник психотерапии. 2011. № 38 (43). 104-111.
2. Грачева Л. В., Сергеев В. А. Социально-психологическая адаптация и психосоматические расстройства у лиц с боевым стрессом в анамнезе. Учёные записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017. Т. 20. № 4. 41-44.
3. Грачева Л. В., Сергеев В. А. Отдалённые последствия боевого стресса и боевой психической травмы — психиатрические и социально-психологические аспекты. Современные проблемы науки и образования. 2019. № 1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28524> (дата обращения: 24.09.2023).
4. Сукиасян С. Г., Солдаткин В. А., Снедков Е. В., Тадевосян М. Я., Косенко В. Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция понятия от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства» Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 2019, т. 119, № 6, 144-151.
5. Ellis A., Bernard M. E. (Eds.). Rational-emotive approaches to the problems of childhood. New York: Plenum 1983. 34-42.
6. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. Ростов-на-Дону, 2008. 157 с.
7. Ремеева А. Ф., Пальчиков И. А. Особенности иррациональных установок девиантных подростков. Журнал «Психология и право» 2013 (2). 1-11.
8. Андриевская С. В., Козлова О. А. Иррациональные установки и индекс жизненной удовлетворённости у студентов. Вестник Псковского государственного университета. 9.2019. 46-56.
9. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб., 2002.
10. Шамяионов Р. М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов: Изд-во Саратовского университета, 2008.
11. Тарабрина, Н. В. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS). Практикум по психологии посттравматического стресса. — Санкт-Петербург: Питер, 2001. 118-124.

References:

1. Shamrej V. K., Kolov S. A., Driga B. V. Otdalennyye posledstviya boevogo stressa s pozicii biopsihosocial'nogo podhoda [Long-term consequences of combat stress from the perspective of a biopsychosocial approach]. Vestnik psihoterapii. 2011. № 38 (43). 104-111.
2. Gracheva L. V., Sergeev V. A. Social'no-psihologicheskaya adaptatsiya i psihosomaticheskie rasstrojstva u lic s boevym stressom v anamneze [Socio-psychological adaptation and psychosomatic disorders in persons with a history of combat stress]. Uchjonye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova. 2017. T. 20. № 4. 41-44.
3. Gracheva L. V., Sergeev V. A. Otdaljonnye posledstviya boevogo stressa i boevoy psihicheskoy travmy — psihiatricheskie i social'no-psihologicheskie aspekty. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya [Long-term consequences of combat stress and combat mental trauma — psychiatric and socio-psychological aspects. Modern problems of science and education]. 2019. № 1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28524> (data obrashheniya: 24.09.2023).
4. Sukiasjan S. G., Soldatkin V. A., Snedkov E. V., Tadevosjan M. Ja., Kosenko V. G. Boevoe posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: jevoljucija ponjatija ot «sindroma razdrazhennogo serdca» do «psihogenno-organicheskogo rasstrojstva» [Combat post-traumatic stress disorder: the evolution of the concept from “irritable heart syndrome” to “psychogenic-organic disorder”]. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova 2019, t. 119, № 6, 144-151.
5. Ellis A., Bernard M. E. (Eds.). Rational-emotive approaches to the problems of childhood. New York: Plenum 1983. 34-42.
6. Jellis A., Maklaren K. Racional'no-jemocional'naja povedencheskaja terapija [Rational-emotional behavioral therapy]. Rostov-na-Donu, 2008. 157 s.
7. Remeeva A. F., Pal'chikov I. A. Osobennosti irracional'nyh ustanovok deviantnyh podrostkov [Features of irrational attitudes of deviant adolescents]. Zhurnal «Psihologija i pravo» 2013 (2). 1-11.
8. Andrievskaja S. V., Kozlova O. A. Irracional'nye ustanovki i indeks zhiznennoj udovletvorjonnosti u studentov [Irrational attitudes and life satisfaction index among students]. Vestnik Pskovskogo gosudarstvennogo universiteta. 9.2019. 46-56.
9. Jellis A., Drajden U. Praktika racional'no-jemocional'noj povedencheskoy terapii [The practice of rational-emotional behavior therapy.]. SPb., 2002.

10. Shamionov R. M. Sub#ektivnoe blagopoluchie lichnosti: psihologicheskaja kartina i factory [Subjective well-being of an individual: psychological picture and factors]. Saratov: Izd-vo Saratovskogo universiteta, 2008.
11. Tarabrina N.V. Shkala dlja klinicheskoy diagnostiki PTSR [Scale for clinical diagnosis of PTSD] (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS) . Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. — Sankt-Peterburg: Piter, 2001. 118-124.

Поступила в редакцию 24.10.2023 г.

УДК 159.9.072

С. А. Вильдгрубе, Г. М. Фирсова

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ СФЕРА ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ СИТУАЦИЮ ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗЫ В ХОДЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

ФГБОУ ВО ДОННМУ им. М. Горького, кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк, ДНР

Одним из наиболее значимых факторов, оказывающих негативное влияние на психическое состояние, качество жизни и психологическое благополучие людей, проживающих в настоящее время в Донецкой народной республике, является ситуация витальной угрозы. В первую очередь, она затрагивает тех, кто учится, работает или живет в зоне боевых действий, кто попадал под артобстрел, был свидетелем ранения или гибели людей, разрушения городских построек.

Ситуация витальной угрозы является экстремальной по способу воздействия на психику человека. Существует множество психологических исследований, посвященных различным экстремальным ситуациям (стихийным бедствиям, авариям, транспортным катастрофам), влиянию боевых действий на личность военнослужащих. Но работ, которые бы изучали данные ситуации с точки зрения воздействия на мирных жителей, мало.

Личность человека под влиянием ситуации витальной угрозы может претерпевать изменения. Наиболее изученной сферой в этом отношении является эмоционально-волевая. В данном исследовании нас интересует ценностно-смысловая сфера личности мирных граждан, переживших экстремальную ситуацию, связанную с угрозой жизни. Мы предполагаем, что у данных лиц можно диагностировать особенности мотивационной структуры личности, жизненных ценностей, смысловых ориентаций в зависимости от степени вредоносности последствий военных действий для психики, которые будут отражаться на уровне социально-психологической адаптации и наличии или отсутствии симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Целью нашего исследования выступает изучение особенностей ценностно-смысловой сферы у гражданских лиц с различным уровнем

социально-психологической адаптации и наличием или отсутствием ПТСР, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий.

Объектом данного исследования является ценностно-смысловая сфера личности.

Предметом — ценностно-смысловая сфера лиц, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий.

В ходе исследования нами была выдвинута следующая гипотеза: у лиц, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий, ценностно-смысловая сфера личности будет иметь особенности, связанные с интенсивностью перенесенной угрозы, уровнем социально-психологической адаптации и наличием или отсутствием посттравматического стрессового расстройства.

Теоретико-методологическую основу нашего исследования составили концепция ценностно-мотивационной сферы личности (Л. И. Божович, К. М. Гуревич, Б. Ф. Ломов, В. С. Мерлин, С. Л. Рубинштейн, Д. И. Фельдштейн), теории влияния экстремальных и кризисных ситуаций на психику и личность человека (В. В. Знаков, Е. В. Снедков, Л. К. Хохлов, Н. В. Тарабрина), теории психической травмы у мирного населения и беженцев в военных конфликтах (Н. В. Исмаилов, В. Н. Краснов, Г. У. Солдатова, Б. Д. Цыганков, И. В. Щербинин), теория социально-психологической адаптации (Г. М. Андреева, Н. Д. Левитов, А. А. Налчаджян).

В данной работе были использованы следующие методы: 1. Теоретический анализ, обобщение и систематизация научных знаний. 2. Эмпирические методы: анкетирование; анкета А. В. Цымбал; «Морфологический тест жизненных ценностей» (МТЖЦ) В. Ф. Сопова, Л. В. Карпушиной; Методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун,

А. В. Котельниковой; «Диагностика структуры ценностных ориентаций личности» С. С. Бубновой; Диагностика смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева; Методика диагностики уровня социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда; Миссисипская шкала для оценки ПТСР у гражданского населения Н. В. Тарабриной. 3. Статистические методы обработки данных (корреляционный анализ, χ^2 Пирсона, t-критерий Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ).

Эмпирическую базу исследования составили 62 человека, из них 40 женщин и 22 мужчин в возрасте 18–65 лет, жителей Киевского, Кировского и Куйбышевского районов г. Донецка. Выборка подбиралась по критерию переживания ситуации угрозы жизни в ходе военных действий 2014–2023 гг. Испытуемые проходили предварительное анкетирование с целью выяснения данного критерия (по А. В. Цымбал).

Все респонденты являются постоянными мирными жителями районов, подвергавшихся артобстрелам в ходе военных действий. Большая часть выборки переживала ситуации угрозы жизни неоднократно. Для рандомизации экстремальности ситуации переживания витальной угрозы нами были выбраны респонденты, не принимавшие активного участия в боевых действиях. Психодиагностика была добровольной и анонимной.

Уровень и особенности социально-психологической адаптации личности были диагностированы в выборке испытуемых с помощью методики «Методика диагностики уровня социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда». Для анализа и интерпретации мы оставили две шкалы: «Адаптация» (главный интегральный показатель социально-психологической адаптации) и «Эмоциональный комфорт» (эмоциональный компонент адаптации, эмоциональное отношение человека к окружающей действительности и событиям, происходящим с ним).

У испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы, результаты диагностики социально-психологической адаптации распределились следующим образом. Низкий уровень адаптации (т. е. дезадаптация) был выявлен у 9,7 % выборки (6 человек). Это свидетельствует о том, что уровень приспособления человека к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами, — низкий. Наличие

или отсутствие симптомов посттравматического стрессового расстройства у испытуемых мы диагностировали с помощью опросника «Миссисипская шкала для оценки ПТСР у гражданского населения Н. В. Тарабриной». У 72,6 % респондентов (45 человек) был выявлен средний уровень социально-психологической адаптации. Такой показатель является нормативным для человека. Он указывает, на достаточный уровень приспособления к существованию в обществе по требованиям, предъявляемым к личности нормами и правилами данного общества. И у 17,7 % испытуемых (11 человек) был выявлен высокий уровень социально-психологической адаптации, что свидетельствует об успешном приспособлении к обществу и его требованиям и нормам. Высокий уровень адаптации является также показателем психологического благополучия личности в социальной сфере.

Таким образом, по результатам диагностики уровня социально-психологической адаптации было выявлено, что преобладающее большинство лиц, переживших ситуацию витальной угрозы, не имеет признаков социально-психологической дезадаптации. И сама по себе данная ситуация, в большинстве случаев, не приводит к нарушениям социально-психологической адаптации у таких людей.

По шкале «Эмоциональный комфорт» результаты распределились следующим образом. У 19,4 % испытуемых (12 человек) был выявлен низкий уровень данного признака. Это свидетельствует о том, что данные люди негативно относятся к окружающей действительности и ситуациям, в которых находятся. Они испытывают неуверенность, подавленность и вялость в собственной жизненной ситуации. У 59,7 % респондентов (37 испытуемых) был выявлен средний уровень эмоционального комфорта. Это говорит о том, что данные люди не испытывают острых негативных эмоций по поводу своей жизненной ситуации и окружающих событий и явлений. Данный уровень является нормативным для личности.

У 20,9 % испытуемых (13 человек) был определен высокий уровень эмоционального комфорта. Такие люди, даже несмотря на пережитую ими ситуацию витальной угрозы, испытывают преимущественно позитивные эмоции в отношении своей жизненной ситуации и окружающих событий. Мы можем предположить, что либо ситуация не повлияла на данных людей в силу их личностных особенностей, либо стала точкой личностно-

го роста и переосмысления жизни. Для этого нам необходимы данные диагностики ценностно-смысловой сферы, которые будут рассмотрены далее.

Таким образом, в результате диагностики уровня эмоционального комфорта как компонента социально-психологической адаптации, мы выявили, что в выборке лиц, переживших ситуацию витальной угрозы, преобладает средний уровень данного признака.

Все испытуемые нашей выборки проходили анкетирование по методике *А. В. Цымбал «Анкета для выявления факторов, указывающих на экстремальность ситуации»* для выявления факторов, усиливающих негативное влияние ситуации витальной угрозы на человека. Рассмотрим, как же распределились результаты диагностики уровня социально-психологической адаптации у респондентов, испытавших влияние большего количества негативных факторов угрожающей экстремальной ситуации, и испытуемых, на которых действовало меньше данных факторов. Автор выделяет два типа ситуаций: средней интенсивности и высокой интенсивности.

При разделении выборки на две части по условной интенсивности ситуации угрозы жизни результаты диагностики социально-психологической адаптации выглядят следующим образом. Низкий уровень социально-психологической адаптации был выявлен только в группе с высокой интенсивностью пережитой угрозы. Средний уровень адаптации преобладает в обеих группах, но в группе со средней интенсивностью пережитой угрозы он чаще распространен. И высокий уровень социально-психологической адаптации, в основном, представлен в группе со средней интенсивностью пережитой витальной угрозы. Сравнив частоту распространенности данных уровней социально-психологической адаптации в двух группах испытуемых с помощью критерия χ^2 Пирсона, мы получили следующие результаты. Были выявлены значимые различия между группой испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, и группой испытуемых, переживших ситуацию угрозы высокой интенсивности, по распространенности низкого и высокого уровней социально-психологической адаптации (χ^2 эмп = 13,247; $p \leq 0,01$). Также при разделении выборки на две части по условной интенсивности ситуации угрозы жизни результаты диагностики уровня эмоционального комфорта были следующими.

Низкий уровень эмоционального комфорта был выявлен у 6,5 % испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности и у 56,3 % испытуемых после угрозы высокой интенсивности. Средний уровень эмоционального комфорта был зафиксирован у 67,4 % респондентов выборки после ситуаций угрозы средней интенсивности и у 37,5 % выборки после ситуаций высокой интенсивности. Высокий уровень эмоционального комфорта был отмечен у 26,1 % испытуемых из группы, пережившей ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, и только у 6,2 % испытуемых из группы, переживших ситуацию высокой интенсивности. Сравнив частоту распространенности данных уровней эмоционального комфорта в двух группах испытуемых с помощью критерия χ^2 Пирсона, мы получили следующие результаты. Были выявлены значимые различия между группой испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, и группой испытуемых, переживших ситуацию угрозы высокой интенсивности, по частоте встречаемости низкого и высокого уровней эмоционального комфорта (χ^2 эмп = 11,779; $p \leq 0,01$). Так как процентное соотношение количества испытуемых — показатель относительный, зависящий, в том числе, от объема выборки, сравним значения статистических показателей по данным признакам. По результатам первичной статистики среднее по уровню социально-психологической адаптации различается в двух группах значительно в сторону снижения в выборке испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы высокой интенсивности. Значения стандартного отклонения в двух подгруппах практически не различаются. Среднее по уровню эмоционального комфорта также различается в двух группах значительно в сторону снижения в выборке испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы высокой интенсивности. Значения стандартного отклонения в двух подгруппах практически не различаются.

Таким образом, в результате диагностики мы выявили уровни социально-психологической адаптации и эмоционального комфорта в общей выборке испытуемых и в двух подгруппах с разным уровнем витальной угрозы. Были выявлены значимые различия между группой испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, и группой испытуемых, переживших ситуа-

цию угрозы высокой интенсивности, по частоте встречаемости низкого и высокого уровней социально-психологической адаптации и эмоционального комфорта.

Наличие или отсутствие симптомов посттравматического стрессового расстройства у испытуемых мы диагностировали с помощью опросника «Миссисипская шкала для оценки ПТСР у гражданского населения Н. В. Тарабриной». В общей выборке испытуемых посттравматическое стрессовое расстройство по результатам диагностики было выявлено у 30,6 % респондентов (19 человек), отдельные симптомы расстройства присутствуют у 33,9 % респондентов (21 человек), расстройство отсутствует у 35,5 % испытуемых (35,5 % человек). Таким образом, выборка разделилась по результатам исследования практически равномерно на три группы. Также мы можем сказать, что не все люди, перенесшие ситуацию витальной угрозы, впоследствии получили посттравматическое стрессовое расстройство.

Рассмотрим, как же изменятся результаты, если выборку разделить на людей, перенесших угрожающую ситуацию разной интенсивности. Посттравматическое стрессовое расстройство было выявлено у 81,3 % испытуемых, переживших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, и у 13,1 % испытуемых, столкнувшихся с ситуациями угрозы жизни средней интенсивности. Отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства были выявлены у 18,7 % испытуемых, переживших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, и у 39,1 % испытуемых, столкнувшихся с ситуациями угрозы жизни средней интенсивности. Посттравматическое стрессовое расстройство отсутствует у 47,8 % испытуемых, переживших ситуации витальной угрозы средней интенсивности, а в группе людей, столкнувшихся с ситуациями угрозы жизни высокой интенсивности, не было обнаружено ни одного испытуемого без симптомов ПТСР.

Сравнив частоту распространенности наличия или отсутствия ПТСР в двух группах испытуемых с помощью критерия χ^2 Пирсона, мы получили следующие результаты. Были выявлены значимые различия между группой испытуемых, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, и группой испытуемых, переживших ситуацию угрозы высокой интенсивности, по распространенности наличия или отсутствия ПТСР (χ^2 эмп = 22,041; $p \leq 0,01$). Сравним статисти-

ческие данные по посттравматическому стрессовому расстройству в двух группах испытуемых: переживших ситуации витальной угрозы средней и высокой интенсивности. Среднее по ПТСР в группе испытуемых, переживших ситуации витальной угрозы средней интенсивности, ниже, чем у испытуемых группы, переживших ситуации высокой интенсивности.

Проведя корреляционный анализ между уровнем интенсивности витальной угрозы в экстремальной ситуации, уровнем социально-психологической адаптации, эмоционального комфорта и уровнем ПТСР, нами были обнаружены следующие закономерности: была обнаружена прямая связь между уровнем социально-психологической адаптации и эмоционального комфорта ($r=0,89$; $p \leq 0,01$). Также была обнаружена прямая связь между уровнем посттравматического стрессового расстройства и интенсивностью витальной угрозы в пережитой испытуемыми ситуации ($r=0,58$; $p \leq 0,01$). Данная связь указывает на то, что чем выше была интенсивность витальной угрозы, тем выше уровень посттравматического стрессового расстройства будет обнаружен у человека, ее пережившего, впоследствии. Кроме того, были обнаружены обратные связи между уровнем социально-психологической адаптации и уровнем посттравматического стрессового расстройства ($r=-0,33$; $p \leq 0,01$), уровнем социально-психологической адаптации и интенсивностью витальной угрозы в пережитой испытуемыми ситуации ($r=-0,39$; $p \leq 0,01$), уровнем эмоционального комфорта и посттравматического стрессового расстройства ($r=-0,36$; $p \leq 0,01$), уровнем эмоционального комфорта и интенсивностью витальной угрозы в пережитой испытуемыми ситуации ($r=-0,33$; $p \leq 0,01$).

Таким образом, чем выше была интенсивность витальной угрозы в пережитой испытуемыми ситуации, а также уровень посттравматического стрессового расстройства впоследствии, тем ниже будет уровень социально-психологической адаптации и эмоционального комфорта.

Особенности ценностно-смысловой сферы лиц, переживших ситуацию витальной угрозы, мы диагностировали с помощью следующих методик: «Морфологический тест жизненных ценностей» (МТЖЦ) В. Ф. Сопова, Л. В. Карпушиной; Методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой; «Диагностика структуры ценностных ориен-

таций личности» С. С. Бубновой; *Диагностика смысложизненных ориентаций* Д. А. Леонтьева. Рассмотрим каждую из них в отдельности.

В результате диагностики с помощью методики «Морфологический тест жизненных ценностей» (МТЖЦ) В. Ф. Сопова, Л. В. Карпушиной были выявлены преобладающие ценности в выборке людей, перенесших ситуацию витальной угрозы. Рассматривая результаты выборки в целом, необходимо отметить, что большинство ценностей имеют средний уровень выраженности. Такие результаты свидетельствуют о том, что выборка этих людей не отличается по структуре жизненных ценностей от всей совокупности людей. Но если разделить выборку на группы по интенсивности витальной угрозы, результаты будут более выразительными.

Согласно полученным данным, наиболее приоритетными ценностями в обеих группах являются достижение, высокое материальное положение и развитие себя. При чем, в группе, пережившей ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, приоритет данные ценностей выше, чем в группе, столкнувшейся с витальной угрозой средней интенсивности. Преобладание ценности «Достижения» свидетельствует о стремлении человека к достижению конкретных и ощутимых результатов в различные периоды жизни. Такие люди, как правило, тщательно планируют свою жизнь, ставя конкретные цели на каждом ее этапе и считая, что главное – добиться этих целей. Часто большое количество жизненных достижений служит для таких людей основанием для высокой самооценки. Стремление добиться как конкретного результата своего образовательного процесса, так и других жизненных целей, достижение которых зависит от уровня образования. Стремление все тщательно спланировать на каждом этапе, повысить свою самооценку. Стремление к значимому результату, планируя заранее свою деятельность в сфере физической активности. Заинтересованность в информации, какие успехи имеют другие, и стремление приумножить свои. Преобладание ценности «Высокое материальное положение» говорит о стремлении человека к возможно более высокому уровню своего материального благосостояния, убежденность в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия. Высокий уровень материального благосостояния для таких людей часто оказывается основанием для развития чувства соб-

ственной значимости и повышенной самооценки. Стремление достичь такого уровня образования, который позволит иметь высокую зарплату и другие виды материальных благ. Стремление добиться материальной выгоды из своих занятий в любой сфере. Преобладание ценности «Развитие себя» свидетельствует о стремлении испытуемых изучать особенности своего характера, способностей, личности, самосовершенствоваться, считая при этом, что потенциальные возможности человека могут быть неограниченными и что в первую очередь в жизни необходимо добиться наиболее полной их реализации. Наблюдается серьезное отношение к своим обязанностям, компетентность в делах, снисходительность к людям и их недостаткам и требовательность к себе. Также это говорит о заинтересованности в информации о своих профессиональных способностях и возможностях их развития. Критическая самооценка своего физического и психологического состояния. При этом в группе испытуемых, пережившей ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, несколько снижается уровень таких ценностей, как креативность, активные социальные контакты и духовное удовлетворение. Снижение значимости ценности «Креативность» свидетельствуют о том, что у испытуемых наблюдается подавленность творческих склонностей, стереотипность поведения и деятельности. Консерватизм, следование уже устоявшимся нормам и ценностям. Их может раздражать отсутствие привычного образа жизни или деятельности, распорядка дня. Возможна ностальгия по прежним временам. Снижение значимости ценности «Активные социальные контакты» указывает на нерешительность в общении с людьми, отсутствие спонтанности в высказываниях, недоверие другим людям, нежелание быть открытым. Снижение значимости ценности «Духовное удовлетворение» говорит о поиске конкретной выгоды от взаимных отношений, результатов деятельности. Может наблюдаться циничность, пренебрежение общественным мнением, общественными нормами.

Сравнение средних в двух группах с использованием математико-статистических методов получения выводов не показало значимых различий в ценностях между выборками. Корреляционный анализ также не обнаружил значимых связей между показателями интенсивности угрозы, уровня ПТСР, социально-психологической адаптации и жизненными

ценностями, диагностированными по данной методике. Была обнаружена только одна прямая значимая связь между возрастом и приоритетом ценности «Духовное удовлетворение» ($r=0,37$; $p\leq 0,01$).

В результате диагностики с помощью методики «*Диагностика структуры ценностных ориентаций личности*» С. С. Бубновой были выявлены преобладающие ценности в выборке людей, перенесших ситуацию витальной угрозы. Рассматривая результаты выборки в целом, необходимо отметить, что большинство ценностных ориентаций имеют средний уровень выраженности. Такие результаты свидетельствуют о том, что выборка этих людей не отличается по структуре ценностных ориентаций от всей совокупности людей. Но если разделить выборку на группы по интенсивности витальной угрозы, результаты будут более выразительными. Согласно полученным данным, наиболее приоритетными ценностными ориентациями в обеих группах являются высокое материальное благосостояние, высокий социальный статус и здоровье. При чем, в группе, пережившей ситуацию витальной угрозы высокой интенсивности, приоритет данные ценностей выше, чем в группе, столкнувшейся с витальной угрозой средней интенсивности. Преобладание ценностной ориентации «Высокое материальное благосостояние» говорит о направленности испытуемых к возможно более высокому уровню своего материального благосостояния, убежденность в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия. Высокий уровень материального благосостояния для таких людей часто оказывается основанием для развития чувства собственной значимости и повышенной самооценки. Направленность на достижение такого уровня образования, который позволит иметь высокую зарплату и другие виды материальных благ. Преобладание ценностной ориентации «Здоровье» свидетельствует о направленности испытуемых на поддержание и укрепление своего здоровья. Такие люди стараются заботиться о собственном самочувствии, выполнять медицинские предписания и профилактировать заболевания. Их характеризует направленность на заботу о себе. Преобладание ценностной ориентации «Высокий социальный статус» свидетельствует о стремлении таких людей к его достижению. Приоритет таких ценностных ориентаций, как наслаждение прекрасным, любовь, познание нового, сни-

жается у испытуемых, перенесших ситуацию витальной угрозы высокой интенсивности.

Сравнение средних в двух группах с использованием математико-статистических методов получения выводов показало значимые различия в ценностной ориентации «Здоровье» между выборками ($r=2,25$; $p\leq 0,05$). В группе переживших более интенсивную угрозу жизни, ценность здоровья значительно увеличивается.

Корреляционный анализ также обнаружил значимую связь между ценностью «Здоровье» и интенсивностью угрозы ($r=0,25$; $p\leq 0,05$). Были также выявлены обратные связи между показателями социально-психологической адаптации ($r=-0,27$; $p\leq 0,05$), эмоционального комфорта ($r=-0,31$; $p\leq 0,05$) и жизненной ценностью «Помощь и милосердие к людям». Мы можем предположить, что данная ценность тем приоритетнее, чем острее человек ощущает собственную незащищенность и беду. Свои проблемы и лишения заставляют его компенсировать их помощью другим людям.

В результате диагностики по методике исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун, А. В. Котельниковой были получены следующие результаты.

1. *Убеждение в доброжелательности окружающего мира.* В выборке испытуемых, перенесших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, 13 % респондентов имеют низкий уровень данного убеждения, 50 % — средний уровень и 37 % — высокий уровень убеждения в доброжелательности окружающего мира. В группе людей, испытавших ситуацию угрозы высокой интенсивности, 37,5 % испытуемых имеют низкий уровень данного убеждения, 56,3 % — средний уровень и только 8,2 % — высокий уровень убеждения в доброжелательности окружающего мира. Данная шкала отражает убежденность человека в безопасной возможности доверять окружающему миру. Низкий уровень показателя свидетельствует о наличии убежденности во враждебности и недоброжелательности окружающей действительности, которой нельзя доверять. По результатам можно заметить, что высокий уровень данного убеждения присутствует у большего количества испытуемых, перенесших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности.

2. *Убежденность в справедливости окружающего мира.* В выборке испытуемых, пере-

несших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, 10,9 % респондентов имеют низкий уровень данного убеждения, 57,8 % — средний уровень и 41,3 % — высокий уровень убеждения в справедливости окружающего мира. В группе людей, испытавших ситуацию угрозы высокой интенсивности, 18,7 % испытуемых имеют низкий уровень данного убеждения, 31,3 % — средний уровень и 50 % — высокий уровень убеждения в справедливости окружающего мира. Этот показатель характеризует убеждения человека о принципах распределения вознаграждения и наказания в зависимости от поступков человека. Низкий уровень свидетельствует об убежденности, что мир хаотичен и несправедлив. Хорошие поступки и поведение не вознаграждаются. Несчастья носят случайный характер и могут поразить любого человека, вне зависимости от его заслуг. Высокий уровень свидетельствует об убежденности в справедливости окружающего мира. В результате за плохое поведение мы рано или поздно получим наказание, за хорошее — вознаграждение. Как видно из результатов диагностики, в выборке испытуемых преобладает средний и высокий уровень по данному показателю. Мы можем предположить, что ситуации витальной угрозы не повлияли на данное базовое убеждение личности.

3. Убежденность в ценности и значимости собственного Образа Я. В выборке испытуемых, перенесших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, 32,6 % респондентов имеют низкий уровень данного убеждения, 41,3 % — средний уровень и 26,1 % — высокий уровень убеждения в ценности и значимости собственного Образа Я. В группе людей, испытавших ситуацию угрозы высокой интенсивности, 75 % испытуемых имеют низкий уровень данного убеждения, 25 % — средний уровень и 0 % — высокий уровень убеждения в ценности и значимости собственного Образа Я. Данный показатель характеризует убеждения человека относительно его собственного Образа Я. Низкий уровень свидетельствует об убежденности в низкой ценности и малой значимости собственных личностных качеств, умений, взглядов, интересов. Высокий уровень — об убежденности в значимости собственной личности и ее составляющих. В обеих выборках преобладает низкий уровень данного показателя.

4. Убежденность в собственной удачливости. В выборке испытуемых, перенесших

ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, 9,5 % респондентов имеют низкий уровень данного убеждения, 43,5 % — средний уровень и 37 % — высокий уровень убеждения в собственной удачливости. В группе людей, испытавших ситуацию угрозы высокой интенсивности, 56,3 % испытуемых имеют низкий уровень данного убеждения, 25 % — средний уровень и 18,7 % — высокий уровень убеждения в собственной удачливости. Этот показатель характеризует убежденность человека в собственной удачливости, т.е. везении, умении находить благоприятные возможности и реализовывать их. Низкий уровень по шкале свидетельствует об убежденности в невезучести, неблагоприятных обстоятельствах, преследующих человека, независимости жизни от собственных решений и воли. Согласно результатам, мы видим различия в распределении уровней данного убеждения у испытуемых, перенесших ситуации витальной угрозы разной интенсивности.

5. Убежденность о контроле. В выборке испытуемых, перенесших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, 26,1 % респондентов имеют низкий уровень данного убеждения, 32,6 % — средний уровень и 41,3 % — высокий уровень убеждения в контроле. В группе людей, испытавших ситуацию угрозы высокой интенсивности, 75,4 % испытуемых имеют низкий уровень данного убеждения, 8,2 % — средний уровень и 16,4 % — высокий уровень убеждения в контроле. Этот показатель свидетельствует о наличии убеждений о возможностях человека контролировать течение собственной жизни с помощью собственных действий и поступков. Низкий уровень предполагает наличие убежденности в неконтролируемости жизненных событий человеком, наличии судьбы и рока, неосознанности причинно-следственных связей между собственным поведением и жизненными событиями. Согласно результатам, мы видим различия в распределении уровней данного убеждения у испытуемых, перенесших ситуации витальной угрозы разной интенсивности.

В результате корреляционного анализа были выявлены значимые связи между уровнями базисных убеждений личности и другими показателями, которые были диагностированы в ходе исследования. Так, была выявлена прямая связь между базовым убеждением о справедливости окружающего мира и возрастом испытуемых ($r=0,24$; $p \leq 0,05$). Мы можем предположить, что возрастание

убежденности о справедливости мира является одной из особенностей возрастного развития личности.

Также были выявлены обратные связи между интенсивностью пережитой витальной угрозы и убежденностью в ценности своего Образа Я ($r = -0,35$; $p \leq 0,01$), собственной удачливости ($r = -0,39$; $p \leq 0,01$), контроле собственной жизни ($r = -0,45$; $p \leq 0,01$). Чем выше интенсивность пережитой человеком витальной угрозы, тем ниже его убежденность в ценности собственного Образа Я, своей удачливости и способности контролировать свою жизнь.

Были выявлены обратные связи между наличием ПТСР и убежденностью в ценности своего Образа Я ($r = -0,43$; $p \leq 0,01$), доброжелательности окружающего мира ($r = -0,25$; $p \leq 0,05$), собственной удачливости ($r = -0,58$; $p \leq 0,01$), контроле собственной жизни ($r = -0,52$; $p \leq 0,01$). Чем выше уровень посттравматического стрессового расстройства у человека, тем ниже его убежденность в ценности собственного Образа Я, своей удачливости и способности контролировать свою жизнь, а также в доброжелательности окружающего мира.

Была выявлена прямая связь между убежденностью в ценности собственного Образа Я и уровнем социально-психологической адаптации ($r = 0,24$; $p \leq 0,05$), эмоционального комфорта ($r = 0,27$; $p \leq 0,05$). Чем выше социально-психологическая адаптация и эмоциональный комфорт, тем выше уровень убежденности человека в ценности собственного Образа Я.

Используя метод сравнения средних с помощью t -критерия Стьюдента, проанализируем показатели базовых убеждений личности у испытуемых, перенесших ситуации витальной угрозы разной интенсивности. По показателям убежденности в доброжелательности и справедливости окружающего мира значимых различий между испытуемыми, пережившими ситуации витальной угрозы разной интенсивности, выявлено не было. По уровню убежденности в ценности и значимости собственного Образа Я были выявлены значимые различия между испытуемыми, пережившими ситуации витальной угрозы разной интенсивности ($t = 5,05$; $p \leq 0,01$). У людей, перенесших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, убежденность в ценности и значимости собственного Образа Я значимо ниже. По уровню убежденности в собственной удач-

ливости были выявлены значимые различия между испытуемыми, пережившими ситуации витальной угрозы разной интенсивности ($t = 3,14$; $p \leq 0,05$). У людей, перенесших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, убежденность в собственной удачливости значимо ниже. По уровню убежденности в способности контролировать собственную жизнь были выявлены значимые различия между испытуемыми, пережившими ситуации витальной угрозы разной интенсивности ($t = 3,46$; $p \leq 0,05$). У людей, перенесших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, убежденность в способности контролировать течение собственной жизни значимо ниже.

Лица, пережившие ситуацию витальной угрозы высокой интенсивности, имеют следующие особенности базовых убеждений личности:

1) имеют убежденность в справедливости окружающего мира, согласно которому за плохое поведение мы рано или поздно получим наказание, за хорошее — вознаграждение;

2) убеждения по поводу доброжелательности окружающей действительности разнообразны — от уверенности в доброжелательности и безопасности до враждебности и опасности;

3) имеют убежденность в небольшой ценности и малой значимости собственных личностных качеств, навыков, взглядов, интересов;

4) характеризуются убежденностью в невезучести, неблагоприятных обстоятельствах, преследующих человека, независимости жизни от собственных решений и воли;

5) показывают убежденность в неконтролируемости жизненных событий человеком, наличии судьбы и рока, неосознанности причинно-следственных связей между собственным поведением и жизненными событиями.

Таким образом, результаты сравнения двух групп по базовым убеждениям личности позволили подтвердить нашу гипотезу о том, что у лиц, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий, ценностно-смысловая сфера личности будет иметь особенности, связанные с интенсивностью перенесенной угрозы.

Для диагностики ценностно-смысловой сферы личности нами также была использована методика «Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева». По результатам

диагностики смысловых ориентаций у лиц, переживших ситуацию витальной угрозы средней интенсивности, не было выявлено значительного преобладания той или иной ориентации. В выборке испытуемых представлены все три. Мы можем предположить, что ситуации витальной угрозы средней интенсивности не повлияли на смысловые ориентации испытуемых. В группе лиц, переживших ситуации витальной угрозы высокой интенсивности, преобладает ориентация на процесс жизни. Она свидетельствует о восприятии процесса жизни как интересного, увлекательного процесса, ценного самого по себе. Их отношение к текущей жизни эмоционально насыщено и наделено смыслом.

В результате сравнения средних с помощью *t*-критерия Стьюдента были выявлены значимые различия между испытуемыми, пережившими ситуации витальной угрозы разной интенсивности, по общему показателю смысловых ориентаций — осмысленности жизни ($t=2,06$; $p \leq 0,05$). В группе лиц, перенесших ситуации высокой интенсивности, данный показатель выше. По отдельным смысловым ориентациям значимых различий между двумя группами выявлено не было.

Обработав и проанализировав результаты диагностики по методикам, использованным в данном исследовании, сравним ценностно-смысловую сферу лиц, переживших ситуации витальной угрозы, и имеющих различные уровни социально-психологической адаптации и посттравматического стрессового расстройства.

В результате корреляционного анализа были выявлены значимые связи между уровнем социально-психологической адаптации и:

- 1) ценностной ориентацией «Милосердие и помощь людям» ($r=-0,27$; $p \leq 0,05$);
- 2) смысловой ориентацией на процесс жизни ($r=-0,25$; $p \leq 0,05$);
- 3) базовым убеждением о ценности и значимости собственного Образа Я ($r=0,24$; $p \leq 0,05$).

Проведенный однофакторный дисперсионный анализ по фактору социально-психологической адаптации показал значимые результаты: в группе испытуемых с высоким его уровнем $F_{\text{эмп}}=164,16$; $p \leq 0,01$.

Таким образом, лица, пережившие ситуации витальной угрозы, обладающие высоким уровнем социально-психологической адаптации, будут иметь более высокий уровень ба-

зового убеждения о ценности и значимости собственного Образа Я, но будут менее ориентированы на процесс жизни, помощь и милосердие к людям, чем те, кто имеет низкий данный показатель. Мы предполагаем, что снижение социально-психологической адаптации отражается на особенностях ценностно-смысловой сферы личности испытуемых. Возможен и обратный вариант, что особенности ценностно-смысловой сферы личности будут располагать к снижению социально-психологической адаптации после перенесенной ситуации витальной угрозы.

В результате корреляционного анализа были выявлены значимые связи между уровнем посттравматического стрессового расстройства и:

- 1) базовым убеждением в ценности своего Образа Я ($r=-0,43$; $p \leq 0,01$);
- 2) базовым убеждением о доброжелательности окружающего мира ($r=-0,25$; $p \leq 0,05$);
- 3) базовым убеждением о собственной удачливости ($r=-0,58$; $p \leq 0,01$);
- 4) базовым убеждением о контроле течения собственной жизни ($r=-0,52$; $p \leq 0,01$).

Проведенный однофакторный дисперсионный анализ по фактору посттравматического стрессового расстройства показал значимые результаты: в группе испытуемых с высоким его уровнем $F_{\text{эмп}}=233,03$; $p \leq 0,01$. Таким образом, лица, пережившие ситуации витальной угрозы, имеющие посттравматическое стрессовое расстройство, будут иметь более низкий уровень убежденности в доброжелательности окружающей действительности, небольшой ценности и малой значимости собственных личностных качеств, навыков, взглядов, интересов; в невезучести, неблагоприятных обстоятельствах, преследующих человека, независимости жизни от собственных решений и воли; в неконтролируемости жизненных событий человеком, наличии судьбы и рока, неосознанности причинно-следственных связей между собственным поведением и жизненными событиями.

Таким образом, гипотеза, сформулированная в начале нашего исследования, была подтверждена эмпирическими данными. У лиц, переживших ситуацию витальной угрозы в ходе военных действий, ценностно-смысловая сфера личности будет иметь особенности, связанные с уровнем социально-психологической адаптации и наличием или отсутствием посттравматического стрессового расстройства.

С. А. Вильдгрубе, Г. М. Фирсова

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ СФЕРА ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ СИТУАЦИЮ ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗЫ В ХОДЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

ФГБОУ ВО ДОННМУ им. М. Горького, кафедра психиатрии, медицинской психологии,
психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья.

ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака»
Минздрава России, г. Донецк, ДНР.

В данной работе представлены данные исследования ценностно-смысловой сферы лиц, переживших ситуацию витальной угрозы. Полученные эмпирические данные свидетельствуют о том, что ценностно-смысловая сфера личности будет иметь особенности, связанные с интенсивностью витальной угрозы, уровнем социально-психологической адаптации и наличием или отсутствием ПТСР. Данные будут необходимы для оказания адресной психологической помощи данной категории лиц.

Ключевые слова: ценностно-смысловая сфера, витальная угроза, ПТСР, личность.

S. A. Wildgrube, G. M. Firsova

THE VALUE-SEMANTIC SPHERE OF PERSONS WHO EXPERIENCED A SITUATION OF VITAL THREAT DURING MILITARY OPERATIONS

Gorky State Medical University, Department of Psychiatry, Medical Psychology,
Psychosomatics and Psychotherapy with the Laboratory of Mental Health.

Federal State Budgetary Institution «V. K. Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery»
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, DPR.

This paper presents data from a study of the value-semantic sphere of people who have experienced a situation of vital threat. The empirical data obtained indicate that the value-semantic sphere of a personality will have features related to the intensity of the vital threat, the level of socio-psychological adaptation and the presence or absence of PTSD. The data will be necessary to provide targeted psychological assistance to this category of persons.

Keywords: value-semantic sphere, vital threat, PTSD, personality.

Литература

1. Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии. Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. 2010; 12 (1): 9-16.
2. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема ПТСР. Международный медицинский журнал. — 2000; 3: 31-34.
3. Карпова Э. Б. Методологические проблемы психодиагностики экстремальных и кризисных состояний. Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. 2010. — 12(1): 17-23.
4. Трошина Е. О., Ряполова Т. Л. Изучение вопроса комбинированного стресса, как стресса психоэмоционального потрясения у студенческой молодежи, в контексте ситуации на Донбассе. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 3 (59): 59-66.
5. Weiss D. S., Marmar C. R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1995; 63: 361-368.

References

1. Bocharov V. V., Karpova E. B., Chulkova V. A., Yalov A. M. Ekstremal'nye i krizisnye situatsii s pozitsii klinicheskoi psikhologii. Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2010; 12 (1): 9 16.
2. Voloshin P. V., Shestopalova L. F. Mediko-psikhologicheskie aspekty ekstremal'nykh sobytii i problema PTSR. Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal. — 2000; 3: 31 34.
3. Karpova E. B. Metodologicheskie problemy psikhodiagnostiki ekstremal'nykh i krizisnykh sostoyanii. Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2010. — 12(1): 17 23.
4. Troshina E. O., Ryapolova T. L. Izuchenie voprosa kombinirovannogo stressa, kak stressa psikhoeemotsional'nogo potryaseniya u studencheskoi molodezhi, v kontekste situatsii na Donbasse. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2022; 3 (59): 59-66.
5. Weiss D. S., Marmar C. R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1995; 63: 361 368.

Поступила в редакцию 27.10.2023 г.

УДК 616.896

И. А. Синявская^{1,2}

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ТРЕВОЖНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, РФ

² Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж» г. Горловка, РФ

Вступление. По данным ВОЗ, 1 ребенок из 160 страдает расстройством аутистического спектра (РАС). Высокая частота встречаемости, разнообразие клинической картины и сложность коррекционной работы делают РАС актуальной проблемой, привлекающей внимание специалистов различных отраслей научного знания. Как известно, РАС возникают вследствие атипичного развития головного мозга, что приводит к нарушениям в социально-коммуникационной сфере, а также ограниченности интересов и повторяющимся стереотипным действиям [1].

В 1999 году Susan H. Spence и Ron Rapee разработали шкалу для оценки тревожности у дошкольников (Preschool Anxiety Scale, PAS), адаптировав оригинальную шкалу SCAS (Spence Children's Anxiety Scale), диагностирующую детскую тревожность [2]. В основе данной разработки лежала оценка родителями большой выборки дошкольников в возрасте от 2,5 до 6,5 лет частоты, с которой их дети испытывали широкий спектр проявлений тревоги. Были выявлены пять коррелирующих факторов, отражающих области социальной фобии, тревоги разлуки, генерализованной тревоги, обсессивно-компульсивного расстройства и страха получения физической травмы, в целом соответствующих диагностическим категориям DSM-IV. Между данными факторами обнаружен высокий уровень ковариации, что представлялось возможным объяснить единой, более высокого порядка, моделью, в которой факторы подтипов тревоги первого порядка нагружают фактор тревоги в целом [2].

Целью работы был сравнительный анализ тревожности детей в условиях воздействия

психосоциального стресса при расстройствах аутистического спектра, отсутствии психических расстройств и тревожно-фобической патологии невротического уровня с использованием шкалы тревожности у дошкольников.

Материалы и методы исследования. Шкала тревожности у дошкольников (Preschool Anxiety Scale, PAS) применялась для сравнительного исследования тревожности трех групп обследуемых в возрасте от 3 до 8 лет, постоянно проживающих в условиях психосоциального стресса — ведения боевых действий в Донбассе. Группа 1 включала 100 детей с расстройствами спектра аутизма (исследуемая группа). Группа 2 — это 30 здоровых детей (контрольная группа). Группа 3 — 30 детей с тревожно-фобическими расстройствами (группа сравнения). Контрольная группа и группа сравнения использовались для уточнения отличий характера тревожных проявлений у детей в условиях воздействия психосоциального стресса при РАС, психологических (здоровых) и невротических, с возникновением тревожно-фобической симптоматики, формах психогенного реагирования.

PAS разрабатывалась для помощи в клинической оценке и не является диагностическим инструментом, если использовать ее самостоятельно. Она может дать понимание, проявляют ли дети повышенный уровень тревожности, и должна использоваться в сочетании с клиническим диагностическим интервью, если требуется диагноз. Данная шкала также применима для оценки изменений со временем в ответ на лечение или использование программы профилактики, а также для выявления детей с риском появления тревожных проблем, которым может

помочь раннее вмешательство. PAS состоит из 28 вопросов. Родитель должен заполнить шкалу, следуя инструкциям на распечатанной форме, его просят оценить по пятибалльной шкале от 0 «нет, никогда не бывает» до 4 «да, почти всегда», насколько каждое утверждение соответствует его ребенку. Нет определенного временного периода, в течение которого нужно делать оценку. Ответ осуществляется путем индикации соответствующего слова. Шкала тревожности дошкольников предназначена для оценки количества и тяжести симптомов тревожности, испытываемых маленькими детьми. Она не предназначена для использования в качестве диагностического инструмента изолированно, хотя предоставляет важную информацию о процессе оценки. Если требуется клинический диагноз, шкалу следует использовать в качестве дополнения к клиническому интервью. PAS может также использоваться для выявления маленьких детей, у которых есть повышенные симптомы тревожности, и для которых рекомендуется дальнейшая оценка, чтобы определить необходимость вмешательства. Также шкала дает понимание реакции на лечение, её можно применять для выявления детей, для которых необходимо раннее вмешательство или профилактика на основе того, что усиленные симптомы тревожности являются фактором риска развития будущих эмоциональных и психических проблем [2].

При оценке тревожности авторами PAS выделяется отдельно общий бал тревожности и оценка по субшкалам генерализованной тревоги, социальной тревожности, обсессивно-компульсивного расстройства, страха перед телесными повреждениями и сепарационной тревоги.

Результаты исследования и их обсуждение. Общий бал тревожности шкалы PAS оценивает наличие тревожности в целом. Основным признаком тревожных расстройств является избегание. В большинстве случаев это проявляется как чрезмерное избегание определенных ситуаций, мест или раздражителей, но иногда избегание может быть менее очевидным, таким как неопределенность, неуверенность, замкнутость или ритуальные действия. Эти формы поведения типичны для всех тревожных расстройств, но их отличие заключается в том, что вызвало такое избегание. Избегание часто сопровождается аффективными проявлениями, такими как боязнь, дистресс или застенчивость. Некоторые дети,

особенно маленькие, могут иметь трудности с выражением этих эмоций словами. Тревожность связана с ожиданием опасного или негативного события, угрозы. Поэтому важно понять, что вызывает избегание у тревожного ребенка. Например, два ребенка могут не хотеть идти в детский сад по разным причинам. Первый ребенок, возможно, просто предпочитает проводить время с друзьями, а второй — боится, что над ним подшучивают другие дети. Во всех случаях тревоги будет присутствовать чувство угрозы, вариантами проявления которой являются беспокойство, навязчивые мысли, избегание или негативные мысли. Различия между расстройствами заключаются в содержании убеждений. Тревожные дети также могут жаловаться на физические симптомы, такие как головные боли, боли в животе, тошнота, рвота, диарея и мышечное напряжение, хотя эти симптомы редко специфичны для определенного расстройства. Также у таких детей могут быть проблемы со сном, особенно у тех, кто очень беспокоен [3].

Нами установлено, что среднее значение общего балла тревожности в исследуемой группе составило 24,08 ($SD = 11,62$), а в группе 2 — 34,9 ($SD = 14,47$) (в ней уровень тревожности оказался достоверно ($p < 0,001$) выше). Визуально данные приводятся в таблице 1. Общий бал тревожности у детей группы 3 составил 57,0 ($SD = 14,48$) что достоверно выше чем у группы 1 ($p < 0,001$) и группы 2 ($p < 0,001$). Таким образом, экспериментально-психологически определён факт наличия большей тревожности у здоровых детей, в сравнении с больными аутизмом, в условиях переживаемого хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, а дети с тревожно-фобическими проявлениями демонстрируют достоверно более высокие показатели общей тревожности по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми исследуемой группы с РАС.

Шкала PAS оценивает генерализованную тревогу, основными признаками которой является склонность к беспокойству из-за широкого диапазона негативных вероятностей, что произойдет нечто плохое. Ассоциированные признаки генерализованной тревоги: повторяющееся и всеохватывающее беспокойство в нескольких областях, таких как семейный бюджет, дружба, школьная успеваемость, достижения в спорте, здоровье (собственное и других членов семьи), а также мелкие ежедневные проблемы, склонность постоянно до-

бываться от родителей и других людей успокоения собственных страхов, избегание новизны, негативных новостей, неопределенных ситуаций и совершения ошибок, физические симптомы, бессонница и раздражительность при тревоге [3]. Из полученных результатов видно, что генерализованная тревога в первой группе составила 5,73 ($SD=3,57$), во второй и третьей группах — 5,67 ($SD=2,51$) и 6,17 ($SD=2,51$) соответственно. Достоверных различий в группах обнаружено не было. Таким образом, можно отметить, что генерализованная тревога у детей с РАС находится примерно на таком же уровне, как и у здоровых детей и детей с тревожно-фобическими расстройствами при воздействии хронического психосоциального стресса. Повышение общего балла тревожности у здоровых детей и группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса не происходит за счет увеличения генерализованной тревожности.

К основным признакам социальной тревоги Ronald M. Rapee относит страх и избегание социального взаимодействия или социально ориентированных проектов из-за убеждения, что другие люди оценят ребенка негативно. К ассоциированным признакам социальной тревоги причисляют: избегание целого ряда социальных занятий или ситуаций, включая произнесение речи или выступление перед другими людьми, встречу с незнакомыми детьми, разговор с авторитетными лицами, такими как учителя, а также любых возможностей попасть в центр внимания, беспокойство по поводу негативной оценки окружающими, в том числе, убеждение ребенка в том, что другие подумают, будто он непривлекателен, глуп, неприятен, заносчив или странен, ограниченное число друзей и проблемы с приобретением новых друзей, высокая степень самосознания или концентрации внимания на собственной личности [3]. Среднее значение социальной тревожности у исследуемой группы было 4,74 ($SD=3,60$), что достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у группы здоровых детей, где показатель социальной тревожности соответствовал значению 7,73 ($SD=3,58$). В группе 3 среднее значение социальной тревожности составило 9,13 ($SD=1,59$). Значение социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у детей с тревожно-фобическими проявлениями. Сравнение социальной тревожности у группы 2 и группы 3 не продемонстрировало достоверных различий.

Дети исследуемой группы не боятся опоздать в детский сад, не боятся получить негативную оценку окружающих. Для них не существует правил, авторитетов, идеальных образов, которым они хотели бы подражать, хотели бы соответствовать.

Разработчики шкалы PAS отмечают, что дети с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) испытывают периодические навязчивые мысли, образы и побуждения, часто сопровождающиеся стереотипными действиями или ритуалами, чтобы снизить тревогу. Психологические аспекты обычно связаны с ощущением опасности или угрозы, однако у некоторых пациентов с данным расстройством может отсутствовать чувство угрозы, а вместо этого сосредотачиваются на чувстве отвращения. Ритуалы обычно направлены на предотвращение ожидаемой опасности. Дети, особенно младшего возраста, могут испытывать трудности в описании своих убеждений и мотиваций. Распространенными ритуалами у детей с обсессивно-компульсивным расстройством являются мытье из-за страха заражения, проверка и упорядочивание вещей из-за страха катастрофы при невыполнении определенных действий [3]. Субшкала по определению обсессивно-компульсивных расстройств показала следующие результаты: среднее значение для группы 1 составило 2,38 ($SD=3,26$), для группы 2 — 2,43 ($SD=2,11$), для группы 3 — 2,73 ($SD=1,77$). Из полученных результатов видно, что при исследовании наличия данных о развитии ОКР в целом в изучаемых выборках не получено достоверных различий.

Страх телесных повреждений по определению шкалы PAS является одним из симптомов детской тревожности, проявляющимся через боязнь получения физических повреждений или травмы. Дети с этим видом тревожности могут испытывать страх ситуаций, которые чреваты травмами или повреждениями их тела, такими как попадание в аварию, получение ушибов или переломов [4]. Нами установлено, что среднее значение показателя субшкалы страха телесных повреждений в исследуемой группе составило 3,44 ($SD=2,72$). В группе 2 данное значение было 11,03 ($SD=5,24$), а в группе 3 — 22,67 ($SD=1,88$). Страх телесных повреждений в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у здоровых детей и достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у детей с тревожно-фобическими расстрой-

ствами. Дети с расстройствами спектра аутизма воспринимают полученный ранее опыт при встрече с опасными явлениями, не фиксируя его. Прошлый жизненный опыт не трансформируется в приспособительную защитную реакцию страха, которая охраняет организм от опасных ситуаций. При попадании в дальнейшем в подобную опасную ситуацию у детей с РАС отсутствует «чувство края». Такой ребенок может выбегать на проезжую часть дороги, хотя ранее сталкивался с ситуацией, в которой он мог попасть под колеса автомобиля. Или же он не опасается высоты, находясь на детской горке, хотя ранее падал с нее. Также у группы 3 страх телесных повреждений достоверно выше, чем у группы 2 ($p < 0,001$). Таким образом, можно констатировать, что в группе детей с тревожно-фобическими проявлениями, находящихся в условиях хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, достоверно выше страх телесных повреждений в сравнении с группой здоровых детей. Что объяснимо тем, что наиболее частым триггером появления жалоб на тревожно-фобические состояния у таких детей являлось попадание в условия, угрожающие их жизни (попадание под обстрелы или наблюдение разрывов снарядов вблизи их места нахождения), что можно классифицировать как аналог посттравматического стрессового расстройства.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра присутствует определение вызванного разлукой тревожного расстройства у детей, или, по-другому, сепарационной тревоги у детей. К основным признакам сепарационной тревоги относят страх или беспокойство по поводу того, что произойдет нечто плохое с ребенком или человеком, к которому он привязан (чаще всего с кем-либо из родителей), при разлуке с ним. В результате такого убеждения ребенок избегает разлуки с субъектом привязанности. К ассоциированным признакам относят: сны или кошмары о разлуке; отказ столкнуться лицом к лицу с ситуациями, требующими разлуки, включая ночёвку вне дома, посещение школы, визиты к друзьям или родственникам, необходимость остаться дома самому или с воспитателем; беспокойство по поводу последствий разлуки, включая страхи ребенка о том, что его могут похитить или травмировать, либо что его субъект привязанности может быть травмирован или убит, пока они не вместе; физические симптомы в моменты,

когда ожидается разлука, включая рвоту, диарею и боли в животе [5].

Среднее значение сепарационной тревоги в исследуемой группе составляло 8,11 ($SD=5,3$), что не отличалось достоверно от группы здоровых детей, в которой это значение было 7,8 ($SD=5,57$). Однако нами получены достоверные ($p < 0,001$) данные, репрезентирующие более высокое значение сепарационной тревоги у группы 3, где среднее значение составило 14,73 ($SD=1,08$), по сравнению с группой 2. Таким образом, сепарационная тревога у группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса выше, чем у группы здоровых детей. Также тревога, вызванная разлукой, у группы с РАС достоверно ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p < 0,001$).

Для интерпретации результатов шкалы PAS имеет значение не только количественное значение показателей тревожности (общее и по субшкалам), но и сравнение их с значениями стандартных выборок по возрастам. Так, в случае получения значения (для одной из субшкал или общего балла) на 0,5 стандартных отклонения выше среднего репрезентируется повышенный, но не клинический уровень тревоги. А превышение на 1 или более стандартного отклонения, свидетельствует о клинически выраженной тревоге и возможном формировании невроза. Поэтому нами была проведена оценка уровня тревожности, определенной по этой шкале. Данные представлены в таблице 2. Оценка уровня тревожности уточняет результаты, полученные при анализе значений тревожности, приведенных в таблице 1.

Среднее значение общего уровня тревожности в группе 1 составило 0,85 ($SD=0,88$), что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе 2, где этот показатель равен 1,3 ($SD=0,95$). При сравнении общего уровня тревожности группы 2 с группой 3 (где среднее значение составило 2,0 ($SD=0$)), получены данные, достоверно ($p < 0,001$) свидетельствующие, что общий уровень тревожности у детей с тревожно-фобическими расстройствами больше, чем у группы здоровых детей. И общий уровень тревожности у детей с РАС был достоверно меньше, чем у группы с тревожно-фобическими расстройствами ($p < 0,001$).

Уровень генерализованной тревожности достоверно меньше ($p < 0,05$) при сравнении группы 1 ($M=1,28$, $SD=0,93$), с группой 3

Таблица 1

Показатели шкалы Preschool Anxiety Scale (PAS) (баллы)

№ п/п	Показатели	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Достоверность статистических различий
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
1	Общий балл	24,08000	11,62606	34,90000	14,47554	57,00000	6,340891	$p^1=0,000047^*$
2	Генерализованная тревога	5,730000	3,567120	5,666667	2,5097511	6,166667	1,782740	$p^1=0,927926$ $p^2=0,377355$ $p^3=0,519778$
3	Социальная тревожность	4,740000	3,603085	7,733333	3,580920	9,133333	1,591645	$p^1=0,00010^*$
4	Обсессивно-компульсивное расстройство	2,380000	3,262211	2,433333	2,112089	2,733333	1,779836	$p^1=0,932967$ $p^2=0,55421$ $p^3=0,571431$
5	Страх перед телесными повреждениями	3,440000	2,716653	11,03333	5,248864	22,66667	1,881550	$p^1=0,000000^*$
6	Сепарационная тревога	8,110000	5,302744	7,800000	5,573336	14,73333	1,080655	$p^1=0,78179$ $p^2=0,00000^*$

p^1 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^2 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^3 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Таблица 2

Показатели шкалы Preschool Anxiety Scale (PAS) (уровень тревожности)

№ п/п	Показатели	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Достоверность статистических различий
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
1	Общий балл	0,850000	0,880484	1,300000	0,952311	2,000000	0,00	$p^1=0,017409^*$
2	Генерализованная тревога	1,280000	0,932900	1,433333	0,858360	1,733333	0,639684	$p^1=0,423083$ $p^2=0,13023$ $p^3=0,014112^*$
3	Социальная тревожность	0,420000	0,727247	1,133333	0,899553	1,633333	0,490133	$p^1=0,00018^*$
4	Обсессивно-компульсивное расстройство	0,460000	0,845905	0,700000	0,952311	1,033333	0,889918	$p^1=0,188046$ $p^2=0,166615$ $p^3=0,001639^*$
5	Страх перед телесными повреждениями	0,050000	0,219043	1,200000	0,996546	2,000000	0,00	$p^1=0,00000^*$
6	Сепарационная тревога	1,190000	0,960797	1,333333	0,958927	2,000000	0,00	$p^1=0,474704$ $p^2=0,00034^*$

p^1 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^2 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^3 — достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

($M=1,73$, $SD=0,63$). При сравнении других групп между собой не было найдено достоверных различий. Таким образом, уровень генерализованной тревоги у детей с РАС оказался достоверно ниже, чем уровень генерализованной тревоги у детей с тревожно-фобическими расстройствами, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса.

Среднее значение уровня социальной тревожности у исследуемой группы было 0,42 ($SD=0,72$), что достоверно ниже ($p<0,001$), чем у группы здоровых детей, где показатель уровня социальной тревожности соответствовал значению 1,13 ($SD=0,99$). В группе 3 среднее значение социальной тревожности составило 1,63 ($SD=0,49$). Среднее значение уровня социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у детей с тревожно-фобическими проявлениями. При сравнении уровня социальной тревожности у группы 2 и группы 3 оказалось, что уровень социальной тревожности достоверно больше ($p<0,05$) у детей с тревожно-фобическими проявлениями, чем у детей с РАС.

Уровень тревожности субшкалы, определяющей ОКР, продемонстрировал следующие результаты: среднее значение для группы 1 составило 0,46 ($SD=0,85$), для группы 2 — 0,7 ($SD=0,95$), для группы 3 — 1,03 ($SD=0,89$). Из полученных результатов видно, что при исследовании наличия данных о развитии ОКР в целом в представленных выборках не получено достоверных различий, кроме сравнения группы 2 и группы 3. Уровень тревожности субшкалы ОКР у детей с тревожно-фобическими расстройствами достоверно выше ($p<0,05$), чем у здоровых детей.

В результате исследования установлено, что среднее значение уровня тревожности субшкалы страха телесных повреждений в исследуемой группе составило 0,05 ($SD=0,22$). В группе 2 данное значение было 1,2 ($SD=0,99$), а в группе 3 — 2,0 ($SD=0$). Уровень страха телесных повреждений в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно меньше ($p<0,001$), чем у здоровых детей и достоверно меньше ($p<0,001$), чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами, а также уровень страха телесных повреждений в группе здоровых детей достоверно меньше, чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

Среднее значение уровня сепарационной тревоги в исследуемой группе составляло

1,19 ($SD=0,96$), что не отличалось достоверно от группы здоровых детей, в которой это значение равно 1,33 ($SD=0,96$). Однако были получены достоверные данные ($p<0,001$), репрезентирующие более высокое значение уровня сепарационной тревоги у группы 3, где среднее значение составило 2,0 ($SD=0$), по сравнению с группой 2. Таким образом, уровень сепарационной тревоги у группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса выше, чем у группы здоровых детей. Также уровень тревоги, вызванной разлукой, у группы с РАС достоверно ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

Заключение. Шкала для оценки тревожности у дошкольников *Preschool Anxiety Scale (PAS)* продемонстрировала достоверно меньшее значение тревожности у детей с РАС (как общего значения, так и по субшкалам) по сравнению с контрольной группой и группой сравнения (здоровых детей и детей с невротическими проявлениями тревоги) при постоянном проживании в условиях хронического психосоциального стресса. Таким образом, можно сделать вывод, что интенсификация факторов психосоциального стресса (боевые действия на Донбассе) у детей с атипичным развитием не оказывает усиливающего тревогу воздействия. Страхи и тревога детей с расстройствами спектра аутизма имеют особый характер и происхождение. Такие страхи манифестируют аутохтонно, без связи с внешней, психологически понятной причиной.

Общий уровень тревожности у здоровых детей оказался достоверно выше, чем у группы детей с расстройствами спектра аутизма, хотя они не проявляли жалоб на наличие тревоги. Можно предположить, что это связано с постоянным проживанием данных обследованных в условиях хронического психосоциального стресса, осознанием опасности, в которой они находятся, при адекватном к ней отношении. Группа детей с невротическими тревожно-фобическими расстройствами продемонстрировала тревожность достоверно выше, чем группа здоровых детей. В большей степени это определялось страхом телесных повреждений, что является понятным из-за полученного жизненного опыта в условиях постоянных боевых действий, при наличии невротического уровня реагирования на такой опыт.

И. А. Синявская^{1,2}

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ТРЕВОЖНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, РФ

² Государственное профессиональное образовательное учреждение
«Горловский медицинский колледж» г. Горловка, РФ

По данным ВОЗ, 1 ребенок из 160 страдает расстройством аутистического спектра. Высокая частота встречаемости, разнообразие клинической картины и сложность коррекционной работы делают расстройство аутистического спектра актуальной проблемой, привлекающей внимание специалистов различных отраслей научного знания. Как известно, расстройством аутистического спектра возникают вследствие атипичного развития головного мозга, что приводит к нарушениям в социально-коммуникационной сфере, а также ограниченности интересов и повторяющимся стереотипным действиям.

Целью работы был сравнительный анализ тревожности детей в условиях воздействия психосоциального стресса при расстройствах аутистического спектра, отсутствии психических расстройств и тревожно-фобической патологии невротического уровня с использованием шкалы тревожности у дошкольников.

Материалы и методы исследования. Шкала тревожности у дошкольников *Preschool Anxiety Scale (PAS)* применялась для сравнительного исследования тревожности трех групп обследуемых в возрасте от 3 до 8 лет, постоянно проживающих в условиях психосоциального стресса — ведения боевых действий в Донбассе. Группа 1 включала 100 детей с расстройствами спектра аутизма (исследуемая группа). Группа 2 — это 30 здоровых детей (контрольная группа). Группа 3 — 30 детей с тревожно-фобическими расстройствами (группа сравнения). Контрольная группа и группа сравнения использовались для уточнения отличий характера тревожных проявлений у детей в условиях воздействия психосоциального стресса при расстройствах аутистического спектра, психологических (здоровых) и невротических, с возникновением тревожно-фобической симптоматики, формах психогенного реагирования.

Заключение. Шкала для оценки тревожности у дошкольников *Preschool Anxiety Scale (PAS)* продемонстрировала достоверно меньшее значение тревожности у детей с расстройством аутистического спектра (как общего значения, так и по субшкалам) по сравнению с контрольной группой и группой сравнения (здоровых детей и детей с невротическими проявлениями тревоги) при постоянном проживании в условиях хронического психосоциального стресса. Таким образом можно сделать вывод, что усиление факторов тревоги психосоциального стресса (боевые действия на Донбассе) для детей с атипичным развитием не оказывает усиливающего тревогу воздействия. Страхи и тревога детей с расстройствами спектра аутизма имеют особый характер и происхождение. Такие страхи манифестируют аутохтонно, без связи с внешней, психологически понятной причиной.

Общий уровень тревожности у здоровых детей оказался достоверно выше, чем у группы детей с расстройствами спектра аутизма, хотя они не проявляли жалоб на наличие тревоги. Можно предположить, что это связано с постоянным проживанием данных обследованных в условиях хронического психосоциального стресса, осознанием опасности, в которой они находятся, при адекватном к ней отношении. Группа детей с невротическими тревожно-фобическими расстройствами продемонстрировала тревожность достоверно выше, чем группа здоровых детей. В большей степени это определялось страхом телесных повреждений, что является понятным из-за полученного жизненного опыта в условиях постоянных боевых действий, при наличии невротического уровня реагирования на такой опыт.

Ключевые слова: детский аутизм, тревога, детская психиатрия.

I. A. Synyavskaya^{1,2}

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF USING THE ANXIETY SCALE IN PRESCHOOLERS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS UNDER THE INFLUENCE OF PSYCHOSOCIAL STRESS

¹ Federal State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «Donetsk State Medical University named after M. Gorky» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, RF

² State Professional Education Institution «Gorlovka Medical College», Gorlovka, RF

According to WHO, 1 child from 160 suffers from autism spectrum disorder. The high frequency of occurrence, the diversity of the clinical picture and the complexity of correctional work make an autistic spectrum disorder of an urgent problem that attracts the attention of specialists in various fields of scientific knowledge. As is known, autism spectrum disorders arise as a result of atypical brain development, which leads to disturbances in the social and communication sphere, as well as limited interests and repetitive stereotypical actions.

The purpose of the work: a comparative analysis of children's anxiety under the influence of psychosocial stress in autism spectrum disorders, the absence of mental disorders and anxiety-phobic pathology of a neurotic level using an anxiety scale in preschoolers.

Materials and methods of research. The Preschool Anxiety Scale (PAS) for preschoolers was used for a comparative study of the anxiety of three groups of subjects aged 3 to 8 years, constantly living in conditions of psychosocial stress — fighting in the Donbass. Group 1 included 100 children with autism spectrum disorder (study group). Group 2 — 30 healthy children (control group). Group 3 — 30 children with anxiety-phobic disorders (comparison group). Control group and comparison group were used to clarify the differences in the nature of anxiety manifestations in children under the influence of psychosocial stress with autism spectrum disorders, psychological (healthy) and neurotic, with the emergence of anxiety-phobic symptoms, forms of psychogenic response.

Conclusion. The Preschool Anxiety Scale (PAS) scale for assessing anxiety in preschoolers demonstrated a significantly lower level of anxiety in children with autism spectrum disorder (both overall value and on subscales) compared to the control group and the comparison group (healthy children and children with neurotic manifestations of anxiety) when living permanently in chronic psychosocial stress. Thus, we can conclude that the increase in anxiety factors of psychosocial stress (fighting in the Donbass) for children with atypical development does not have an anxiety-increasing effect. The fears and anxiety of children with autism spectrum disorders have a special nature and origin. Such fears manifest autochthonous, without connection with an external, psychologically understandable cause.

The overall level of anxiety in healthy children turned out to be reliably higher than that of a group of children with autism spectrum disorders, although they did not show complaints of anxiety. It can be assumed that this is due to the constant residence of these examined persons in the conditions of chronic psychosocial stress, the awareness of the danger in which they are, with an adequate attitude towards it. The group of children with neurotic anxious and phobic disorders demonstrated anxiety significantly higher than the group of healthy children. To a greater extent, this was determined by the fear of bodily harm, which is understandable due to the life experience gained in conditions of constant hostilities, in the presence of a neurotic level of response to such experience.

Keywords: childhood autism, anxiety, child psychiatry.

Литература

1. Кунникова К. И., Котюсов А. И., Львова О. А. Особенности зрительного восприятия у младенцев с семейным риском расстройств аутистического спектра. Вестник офтальмологии. 2017;133(6):83-89. <https://doi.org/10.17116/oftalma2017133683-89> (дата обращения 24.10.2023).
2. Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316.
3. Ronald M Rapee ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS NATURE, DEVELOPMENT, TREATMENT AND PREVENTION 2018 edition URL: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/dcdfa875541149469ff8dda50fe3c5c249bb99c8/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf (дата обращения 24.10.2023).

4. Ronald M Rapee ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS NATURE, DEVELOPMENT, TREATMENT AND PREVENTION 2018 edition 7967(00)00098-X Behaviour Research and Therapy Volume 39, Issue 11, November 2001, Pages 1293-1316 <https://doi.org/10.1016/S0005->(дата обращения 24.10.2023)
5. Кочетова Ю.А. Зарубежные исследования сепарационной тревоги Электронный журнал «Современная зарубежная психология» 2022. Том 11. № 1. С. 39-47. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110104> (дата обращения 24.10.2023).

References

1. Kunnikova KI, Kotyusov AI, L'vova OA. Specifics of visual perception in infants with familial risk of autism spectrum disorders. Vestnik Oftalmologii. 2017;133(6):83-89. (In Russian). URL: <https://doi.org/10.17116/oftalma2017133683-89> (Accessed: 24.10.2023).
2. Spence, S.H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. Behaviour Research and Therapy, 39, 1293 — 1316. (Accessed: 24.10.2023).
3. Ronald M Rapee ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS NATURE, DEVELOPMENT, TREATMENT AND PREVENTION 2018 edition URL: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/dcdfa875541149469ff8dda50fe3c5c249bb99c8/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf (Accessed: 24.10.2023).
4. Ronald M Rapee ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS NATURE, DEVELOPMENT, TREATMENT AND PREVENTION 2018 edition 7967(00)00098-X Behaviour Research and Therapy Volume 39, Issue 11, November 2001, Pages 1293-1316 URL:<https://doi.org/10.1016/S0005->(Accessed: 24.10.2023).
5. Kochetova Yu.A. Zarubezhnye issledovaniya separatsionnoi trevogi Elektronnyi zhurnal «Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya» 2022. Tom. № 1. P. 39-47. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110104> (Accessed: 24.10.2023) (In Russian).

Поступила в редакцию 30.10.2023 г.

УДК 616.89-007

А. И. Мелёхин

ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ФОРМЫ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СФОКУСИРОВАННЫХ НА КОЖЕ: СПЕЦИФИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

Введение. За последние несколько лет наблюдается увеличение количества обращений пациентов с жалобами на специфический по ощущениям кожный зуд, повторяющееся выдергивание (трихотилломанией) и/или поеданием волос (трихофагией) с разных частей тела, ковырянием, расчёсыванием кожи (психогенная экскориация) в различных участках тела, кусанием щек, губ, ногтей, поеданием кутикул, кожи на пальцах (онихофагия, дерматодаксия или «волчий укус»). Данные пациенты могут жаловаться на зуд, жжение, боль, выделения и кровотечение. Например, «давялю кожу перед зеркалом»¹, «выдавливаю шарик с выделениями и мне становится эмоционально легче», «когда расчесываю до крови себя, становится спокойнее, и получаю какое-то странное удовольствие». Могут жаловаться на то, что симптомы не дают им спать по ночам, и именно поэтому они становятся такими «уставшими» и «лишенными» сна. Состояние зуда, *специфического дискомфорта* часто усиливается у пациентов вечером перед сном, когда обостряется ощущение «недостаточного дня», «неэффективности», «неудовлетворенности». Некоторые пациенты указывают на то, что их симптомы постоянно присутствуют в их мыслях и что очень трудно игнорировать симптомы и желание поковырять кожу, присутствует стыд. Другие пациенты (довольно часто) говорят, что они обнаруживают, что ковыряют свою кожу неосознанно, и что, когда они осознают, что ковыряли (или друг или родственник указывает им на это), они уже довольно сильно повредили свою кожу. Затем это приводит к *чувству стыда* и *потере чувства контроля* [2].

Размеры поражений могут варьироваться от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Могут поражать любую часть

тела, но чаще встречаются на лице и видимых участках кожи (руки, бедра, живот, грудь). Иногда пораженная часть тела может иметь значение (например, грудь и гениталии у пациентов, подвергшихся сексуальному насилию). И иногда доминирующая рука пациента может иметь значение (например, левая сторона тела может быть более активно задействована у правой, а середина спины может быть обойдена вниманием из-за ее относительной недоступности) [4]. Морфология варьируется от поверхностных эрозий до глубоких изъязвлений и даже изменений лицевых и других структур кожи (см. рис. 1).

Можно увидеть рубцы, поствоспалительную или гиперпигментацию и все стадии процесса заживления. Характерным признаком может быть повреждение кожных придатков с облысением и потерей потливости. Рубцы могут быть обширными, и пациенты могут обнаружить, что у них сильно изменилась кожа и есть очень четкие видимые различия. Данное поведение приводит к специфическому для пациента удовольствию, которые им трудно сравнить с чем-то, самоуспокоению, собранности («быть внимательной», минимизации «скуки», «возвращению к реальности от мыслей», также является индикатором повышенной гипербдительности [1].

В зарубежной психиатрии и клинической психологии эти проявления получили общее название *повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело* (body-focused repetitive behaviors, BFR [3]) или *расстройство ковыряния кожи* (skin picking disorders) как гетерогенное заболевание сопровождающееся большим спектром часто рецидивирующих, деструктивных, нефункциональных форм поведения (см. рис. 2), которые могут быть одиночными или

¹ *Примечание.* В кавычках приведены примеры высказываний о собственном состоянии пациентами с повторяющимся травмирующим поведением, направленным (сфокусированным) на тело (body-focused repetitive behaviors) или расстройством ковыряния кожи.

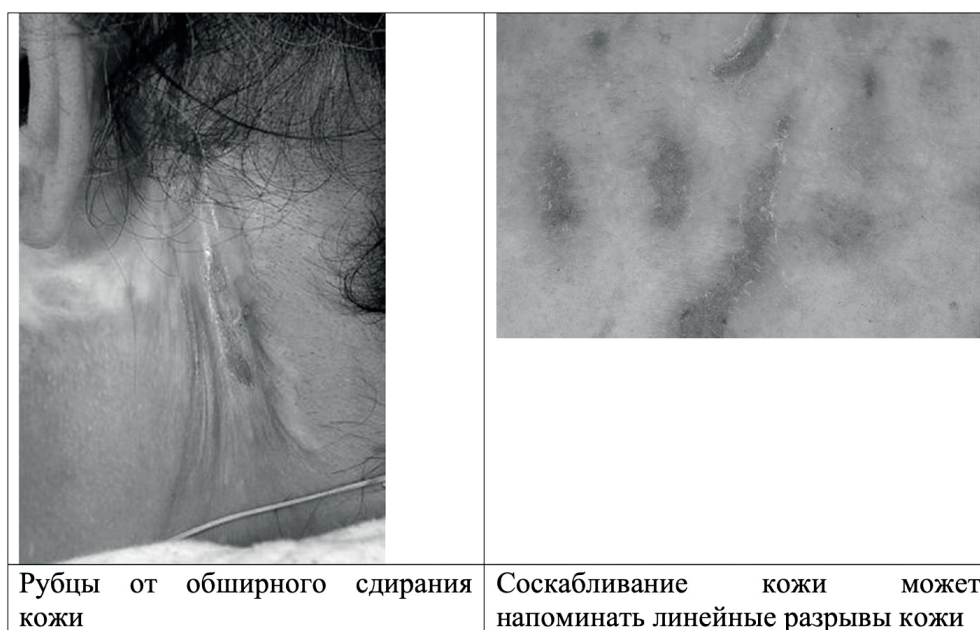


Рис. 1. Клинические проявления повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело



Рис. 2. Спектр форм повторяющегося травмирующего поведения направленного на тело

смешанными (multiple BFRR [2]), часто предназначены для «удаления чего-то» и/или «избавления от ...», являются индикатором сбоев в эмоциональной регуляции у пациента («интенсивные эмоции», «страсти», «совершила ошибку»), а также присутствия режима высокой придирчивости к себе («нужно быть хорошей», «нравиться», «ответственной», «нормальной»), пунитивности («какого фига ты не работала сегодня»), самопожертвования (не говорю, не выражаю), поиска точки опоры («дает мне связь с реальностью»). Выступает маркером «эмоциональной затопленности» или «сгорания» [1; 5; 7; 8].

Повторяющиеся формы травмирующего поведения, сфокусированные на теле, часто характеризуются:

- чувством напряжения, беспокойства или скуки перед совершением поведения. Например, вид или ощущение предпочтительного типа волос или несовершенства («неровность») вызывает эпизоды данного поведения;
- наличием специфической *сенсорно-тактильной чувствительности* у пациента (склонность к высокой тактильной стимуляции), при котором сорванные или вырванные кусочки волос, кожи и ногтей подвергаются манипуляциям (например, перекачиваются между пальцами, гладятся по губам) или проглатываются (нюхаются). Стоит отметить, что у некоторых пациентов присутствует опыт ПАВ, постоянный поиск впечатлений;
- присутствует склонность к поиску интенсивных впечатлений сенсорных, например просмотр извращений, фильмов с интенсивными страстями
- часто данное поведение пациенты оберегают, защищают, скрывают, пробуют маскировать одеждой и косметическими средствами;
- высокими проявлениями жестких стандартов по отношению к себе и другим людям, стыда, перфекционизма и алекситимии (отсутствие эмоциональной ясности). Часто сосредотачиваются на определенных типах дефектов кожи (неровности, выпуклости и др.);
- удовлетворением или облегчением во время поведения и 3) последующим чувством раскаяния или вины. Приводит к пагубным последствиям, таким

как проплешины, язвы, раны, инфекции в пораженных областях, переживания стыда и психосоциальные нарушения (спектр избегающего, перестраховочного косметического поведения);

- присутствует нечувствительность к боли.

Повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, рассматривается как часть континуума *обсессивно-компульсивного спектра расстройств* (по DSM-V) [8], а также похоже на тик и может быть частью спектра *тиковых расстройств*. Оба действия являются частично произвольными, демонстрируют сходные *триггерные поведенческие профили* у пациента, приносят облегчение от ощущений и включают *сенсорную стимуляцию*. При обоих расстройствах наблюдается сенсомоторная активация и аналогичные профили метакогнитивных триггеров оценки ситуации [1].

Однако при повторяющемся травмирующем поведении, направленного (сфокусированного) на тело присутствует проблема многослойности триггера и выявление «корневого» триггера. Все дело в том, что то, что зарождается как триггер, может превратиться в симптом и наоборот.

Следует учитывать:

- триггеры могут проявляться очень медленно;
- существуют опасные и непредсказуемые триггеры (например, провоцирующие люди, «не знакомые люди»);
- триггеры могут быть непосредственными и предсказуемыми;
- триггеры меняются;
- *серьезные триггеры* — это стрессы, связанные с работой, учебой, смертью или болезнью значимого человека, обязательства, которые необходимо выполнять в сжатые сроки, напряженные личные отношения, переезд, вступление в брак, повышение, рождение ребенка, общественная жизнь

Любые попытки обуздать желание не ковырять, расчесывать могут привести у пациента к усилению психологического напряжения, спровоцировав компульсивный акт. *Синдром компульсивного сдиранья кожи* — это повторяющееся, иногда «ритуальное» поведение, возникающее через регулярные промежутки времени в течение дня в течение длительного периода времени. Пациенты чувствуют побуждение действовать и находят облегчение в этой

деятельности. Попытки контролировать это желание приводят к росту дискомфорта [2].

Импульсивное поведение (в психодерматологии [7]) состоит из изолированных или повторяющихся актов неконтролируемого стремления манипулировать (феномен «что-то делать», «что-то поправить») кожей, иногда без навязчивого компонента, и быстрого, но непродолжительного облегчения. Контролируемое осознание своего поведения может варьироваться, но пациенты могут заниматься этим типом травматизации в *диссоциативных состояниях* [5], когда впоследствии у них может не быть полного осознания или воспоминаний о своем поведении. Также могут быть обнаружены другие факторы, такие как злоупотребление психоактивными веществами, рискованное поведение и расстройства пищевого поведения. Импульсивные формы расстройства с повреждением кожи можно назвать «несуицидальным самоповреждением», когда нет сознательного суицидального намерения. Это может включать в себя укусы, порезы, царапины, удары и ожоги. Однако «умеренные» и «тяжелые» формы могут быть связаны с суицидальными мыслями и суицидальными попытками. Импульсивная форма этого состояния может не подпадать под категорию обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и может возникать в контексте расстройств личности, например, эмоционально неустойчивого расстройства личности. Классификация DSM-5 относит самоиндуцированные дерматозы к диагностической группе, называемой: «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства». В рамках этой системы классификации импульсивная форма расстройства собирания кожи отделена от компульсивной формы.

Следует отметить, что повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, немного отличаются от ОКР тем, что когнитивный (мыслительный) компонент редко предшествует им, но вместо этого может предшествовать сенсорным переживаниям (ощущение дискомфорта, зуда, стянутости). Эпизоды часто носят идиосинкретический характер и следуют определенной поведенческой последовательности. Например, одна из наших пациенток вырывала себе волосы, когда ждала кого-то или «чувствовала, что тратит время по выходным впустую». Она смогла определить разочарование и нетерпение как доминирующие эмоции, присутствующие во время данного травмирующего по-

ведения, и определить триггерные дисфункциональные мысли, такие как «Я недостаточно быстро делаю» и «Я плохо справляюсь». Эти мысли увеличивали уровень ее напряжения и провоцировали травмирующее поведение, направленное на тело [1].

Специфика психологического обследования пациентов. На рисунке 3 представлен нами диагностический алгоритм психологического обследования.

Мы предлагаем три вопроса (см. рис. 3), которые помогают специалисту правильно классифицировать дисфункциональное поведение, приводящее к повреждению кожи:

- Отрицается ли пациентом поведение, ответственное за соматический ущерб, или оно держится «в секрете», «утаивается», скрывается?
- Если ответ на первый вопрос «Да», существуют ли какие-либо внешние со знаваемые провоцирующие стимулы?
- Если ответ на первый вопрос «Нет», то является ли поведение? компульсивным или импульсивным?

Оценка психосоциальных факторов (см. рис. 4), таких как стрессовые жизненные события и психологические травмы, важна, поскольку было доказано, что эти факторы оказывают прямое влияние на барьерную функцию кожи и иммунные реакции. Простое лечение кожных поражений не устраняет психологических страданий.

Существует множество шкал, которые могут быть специфичными для оценки данного расстройства (специфика стресса, воздействия на кожу), например, Generic BFRB Scale-8 и Skin Picking Scale [6], мы предлагаем применять следующий диагностический алгоритм (см. рис. 5).

Говоря про особенности коммуникации с данной группой пациентов, то неосведомленность пациентов о психологических причинах, ответственных за их симптомы, может стать проблемой при ведении пациентов. Упрощенное обсуждение стрессовых реакций кожи и активации кожных нервов было бы хорошей отправной точкой для того, чтобы заставить пациента рассмотреть системный, клинико-психологический подход к лечению. Рекомендуются четкое заявление о сложности, а не о трудностях, с которыми сталкивается пациент. Также может быть полезно объяснить, что, хотя фактическая причина их симптомов до конца не ясна, существуют когнитивно-поведенческие стратегии, которые могут быть

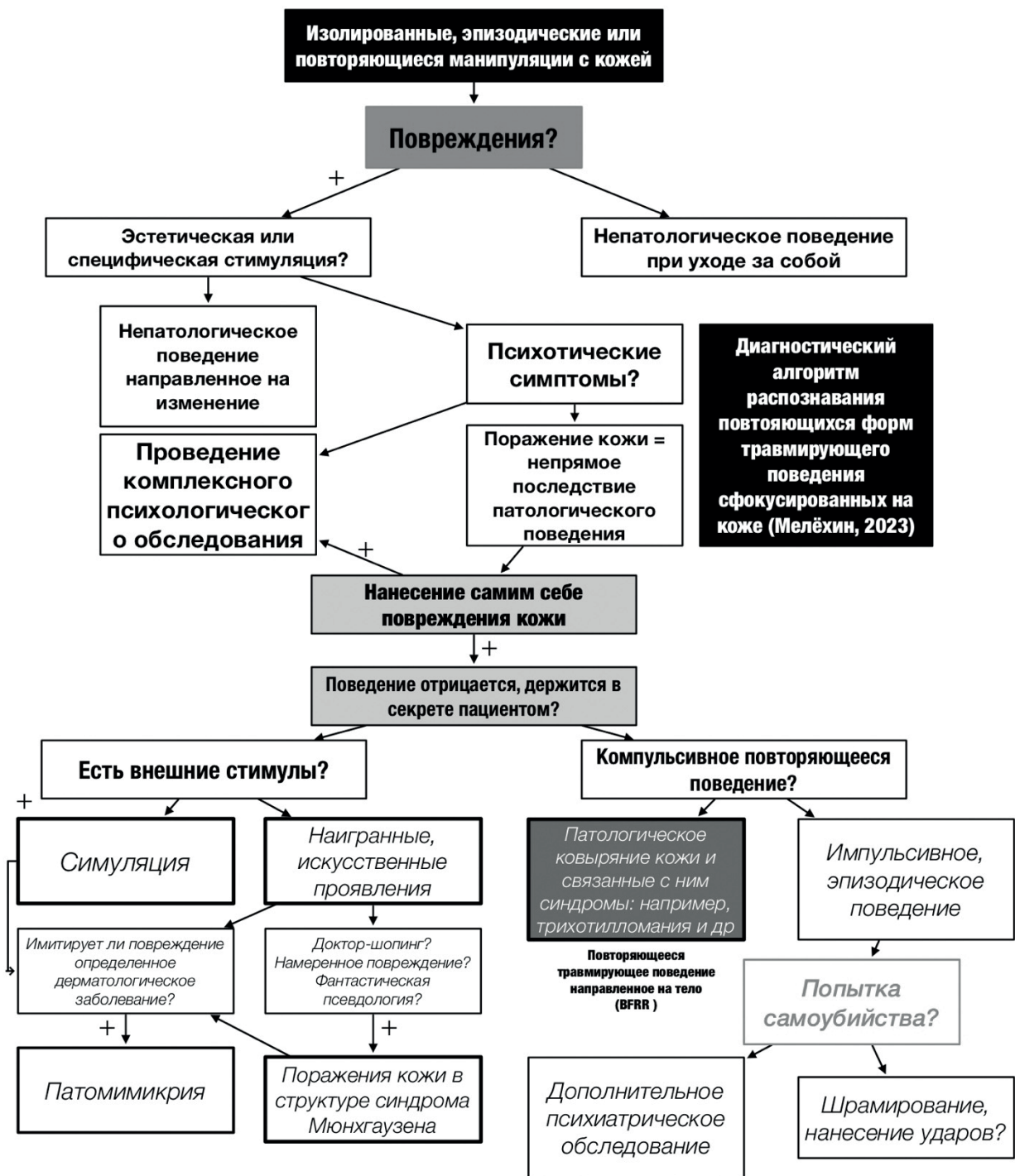


Рис. 3. Диагностический алгоритм распознавания повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело или расстройства ковыряния кожи



Рис. 4. Психологический подход к оценке и начальному лечению психосоциальных стрессоров у пациентов в дерматологической практике



Рис. 5. Специфика психологического обследования пациента с повторяющимся травмирующим поведением, направленным на тело

Примечание: дополнительно можно применять Massachusetts General Hospital Hair-Pulling Scale (MGH-HPS), National Institute of Mental Health Trichotillomania Impairment Scale (NIMH-TIS)

использованы и которые могут изменить способ обработки кожей и мозгом поступающих сигналов. Как и при всех психодерматологических состояниях, с пациентами следует обращаться неконфронтационно. Вряд ли будет полезно, если пациентам скажут просто прекратить вредное для кожи поведение, поскольку они часто уже пытались сопротивляться этому поведению. Членам семьи следует посоветовать не пытаться просто прекратить такое поведение, если пациент и семья не пришли к соглашению по этому поводу.

Тактика лечения. Следует учитывать:

- лечить кожу и психологические заболевания, сопутствующие психологическое проблемы одновременно;
- лечить психиатрический и психологический компонент данного расстройства нефармакологическими и фармакологическими подходами одновременно, где это уместно и приемлемо пациенту, поскольку комбинация может привести к более эффективному лечению.

Лечение основывается на *степени тяжести симптомов*. Например, если возникает зуд, могут быть полезны препараты, содержащие ментол, смягчающие средства или 5 %-ный доксепиновый крем. Прохладные компрессы могут быть полезны для удаления корки и успокоения кожи. Также могут быть предложены смягчающие средства (следует учитывать предпочтения пациента) с антисептиками или без них для улучшения увлажнения и, таким образом, уменьшения ощущения зуда. Здесь следует отметить, что принятие «позитивного подхода» к решению проблем с кожей это чрезвычайно помогает, поскольку пациенты неизменно расстраиваются, если упускается из виду кожный компонент их состояния. Местные/интраоперационные стероиды / тейп для устранения воспалительного компонента существующих поражений могут использоваться в качестве дополнения при хронических или незаживающих поражениях. Комбинации антибиотиков и глюкокортикоидов также могут применяться в уменьшающейся дозе в течение нескольких дней или недель [2].

Обсессивно-компульсивные симптомы, наблюдаемые при расстройствах, связанных с расчесыванием кожи, были связаны с нервными путями, опосредованными серотонином. Антидепрессанты, избирательно блокирующие поглощение серотонина (СИОЗС),

могут быть полезны пациентам с этой проблемой. Обычно используемые СИОЗС включают Циталопрам, Сертралин и флуоксетин. Миртазапин, норадренергический и специфический серотонинергический антидепрессант, используется в основном при лечении депрессии и обладает анксиолитическим и седативным действием. Миртазапин занимает такое место на терапевтической лестнице, где либо пациент не переносит СИОЗС, либо ключевым признаком является бессонница. Могут быть использованы антидепрессанты, например, доксепин, обычно используемый при этом заболевании трициклический препарат, обладающий мощной *антигистаминной активностью* [7; 8].

Нейролептики «второго» и «третьего» поколений, такие как рисперидон, оланзапин и арипипразол, иногда используются при тяжелом обсессивно-компульсивном расстройстве, связанном с нанесением себе повреждений кожи, под наблюдением врача-психиатра. Противосудорожные препараты, такие как литий, карбамазепин, вальпроат и другие, обычно используются при биполярном расстройстве в психиатрии. Они могут быть полезны при определенных состояниях, связанных с нанесенными самому себе повреждениями кожи, когда поведение вызвано быстрой сменой настроения, но потребуются также участие врача-психиатра. Налтрексон, обычно применяемый при опиоидной токсичности, может быть полезен при кожных заболеваниях, связанных с сильным зудом. Бензодиазепины могут очень редко применяться у пациентов с тревожностью, но побочные эффекты и зависимость означают, что эти препараты часто используются только в качестве «последнего» или крайнего средства или в особых обстоятельствах (обычно при проблемах с зависимостью). Топирамат применялся с эпизодическим успехом [8]. В то время как в некоторых обзорах рекомендуются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) или N-ацетилцистеин для лечения данного расстройства, однако сегодняшний день ни одно лекарство не было одобрено управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) [2]. В связи с этим за последние несколько лет «золотым стандартом» психотерапевтического лечения повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело, является *когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)*, которая основывается на комплексной поведенческой

модели (A Comprehensive Model for Behavioral Treatment, ComB, Mansueto, Stemberger, 1997), модели дисрегуляции эмоций (Shusterman et al., 2009) и модели изменений в регуляции восприятия стимулов (Stimulus regulation model, Penzel, 2002) [9].

Целью КППТ при данном расстройстве является уменьшение повышенной сенсомоторной активности, повышение гибкости в перфекционистских убеждениях по отношению к себе, другим людям и лежащего в их основе стиля чрезмерного планирования действий.

Протокол включает в себя *от 8 до 10 сессий*, 1 раз в неделю, по 60 минут, перед и в конце психотерапии проводится психологическое обследование пациент

«Классическая» тактика КППТ первоначально делает акцент на изменение (угашение) *поведенческих привычек* (Habit Reversal Training [11]). Включает в себя несколько этапов — осознание (повышение осведомленности), поведенческое снижение гипермобилизации, обучение гибким поведенческим реакциям на случай непредвиденных обстоятельств (контроль стимулов с метафорой «лежащего полицейского») и позитивное подкрепление — и является ключевым элементом отработки *конкурентной антагонистической реакции* (обучение замене нежелательного поведения несовместимой реакцией, такой как сжатие рук в кулаки, намазать кремом руки). Также делается акцент на принятие без негативных оценок (ярлыков) позывов к выдергиванию, кусанию. Данная тактика на начальных этапах эффективна при трихотилломании, ковырянии кожи и грызении ногтей. В основе данного подхода лежит АВС-модель изменения привычек при расчесывании кожи (A-B-C Model of Habit Reversal for Skin Picking) [10]:

- А — регуляция аффекта и эмоций;
- В — поведенческая зависимость;
- С — когнитивная гибкость и контроль.

На основе *комплексной поведенческой модели* (ComM, Mansueto, Stemberger, 1997) исследуются мультимодальные триггеры и факсилитаторы-ингибиторы, предшествующие выполнению привычек, усиливающие последствия на повседневное функционирование. Пациенты сообщают, что желание ковырять, тянуть или кусать возникает чаще при определенных условиях и что различные внешние или внутренние сигналы вызывают это поведение:

- *внешние триггеры* для эпизодов включают инструменты (например, расче-

ску, пинцет) и обстановку (например, спальню);

- *сенсорные триггеры* включают в себя физические ощущения, такие как ощущение грубых волос между пальцами, текстура твердого струпья или грубый край заусеницы;
- *двигательные триггеры* относятся к такому поведению, как вождение автомобиля или разговор по телефону;
- *когнитивные и метакогнитивные триггеры* — это мысли или убеждения, которые провоцируют желание тянуть, кусать или ковырять (например, «Почему у меня такие густые брови?» и «Я никогда не смогу перестать грызть ногти, так зачем пытаться»);
- *аффективные триггеры* — разочарование, депрессия, скука, тревога или напряжение;
- *эмоции* могут непосредственно спровоцировать эпизод травмирования тела. Альтернативно, побуждение участвовать в поведении может быть вызвано внешним сигналом или сигналом окружающей среды, а усилие контролировать побуждение (т.е. не ковырять, кусать или тянуть) может спровоцировать дальнейшие сложные эмоции, создавая порочный круг эмоций и травмирующего поведения;
- *факсилитаторы и ингибиторы* — это объекты, места, люди, мысли и эмоции, которые соответственно поощряют или препятствуют эпизоду травмирования тела. Например, наличие зеркала, экрана телефона.

Как только у пациента возникает эпизод травматизации тела, положительное и отрицательное подкрепление увеличивают вероятность продолжения вытягивания, кусания или ковыряния. Удовольствие или облегчение сразу после этого поведения обеспечивают сенсорное положительное подкрепление, а удовлетворение и чувство достижения, полученные от удаления определенного типа волос (например, кудрявых, секущихся, неправильного цвета), кожи (например, грубой или покрытой струпьями) или ногтей (например, сломанных, грубых, слишком длинных) обеспечивают аффективное и когнитивное подкрепление. Удовольствие или удовлетворение, которые следуют за выдернутым волосом, или выковыриванием струпа или ногтя, также могут вызвать облегчение от негативных эмоций.

Облегчение является мощным негативным подкреплением, и травмирование тела может постоянно использоваться для сдерживания негативных эмоций у пациента.

В ходе психотерапии выделяются ситуации с «высоким» риском возникновения травмирующего поведения, направленного на тело, включают действия и контексты, в которых пациент чувствует осуждение, стеснение, разочарование или неудовлетворенность, в то время как ситуации с «низким» риском выявляют существующие сильные стороны для перехода в ситуации с «высоким» риском, чтобы предотвратить возникновение поведения. Следует делать акцент на понимание различий в том, как сам пациент оценивает ситуации «высокого» и «низкого» риска и гибко в плане реакций подходит к ним.

Нами на рис. 6 показано, что тактика психотерапевтического лечения носит *мультимодальный характер*. «Классический» про-

токол КПТ является недостаточным методом лечения, т. к. не в состоянии помочь пациенту справиться с внутренними переживаниями, такими как эмоции и эмоциональная дисрегуляция. Учитывая когнитивно-психофизиологическую модель лечения травмирующего поведения, направленного на тело (cognitive psychophysiological treatment model, CoPs, Roberts, O'Connor, 2015 [9]) делается акцент на метакогнитивные особенности восприятия ситуации, регуляции импульсивности, дезадаптивном перфекционизме, которые часто вызывают напряжение и негативные эмоции, с которым пациенту трудно совладать.

Следует учитывать, что неадаптивное поведение, ориентированное на тело, может использоваться для предотвращения или изменения неприятных психологических переживаний, таких как болезненные мысли, эмоции или побуждения. Использование неадаптив-

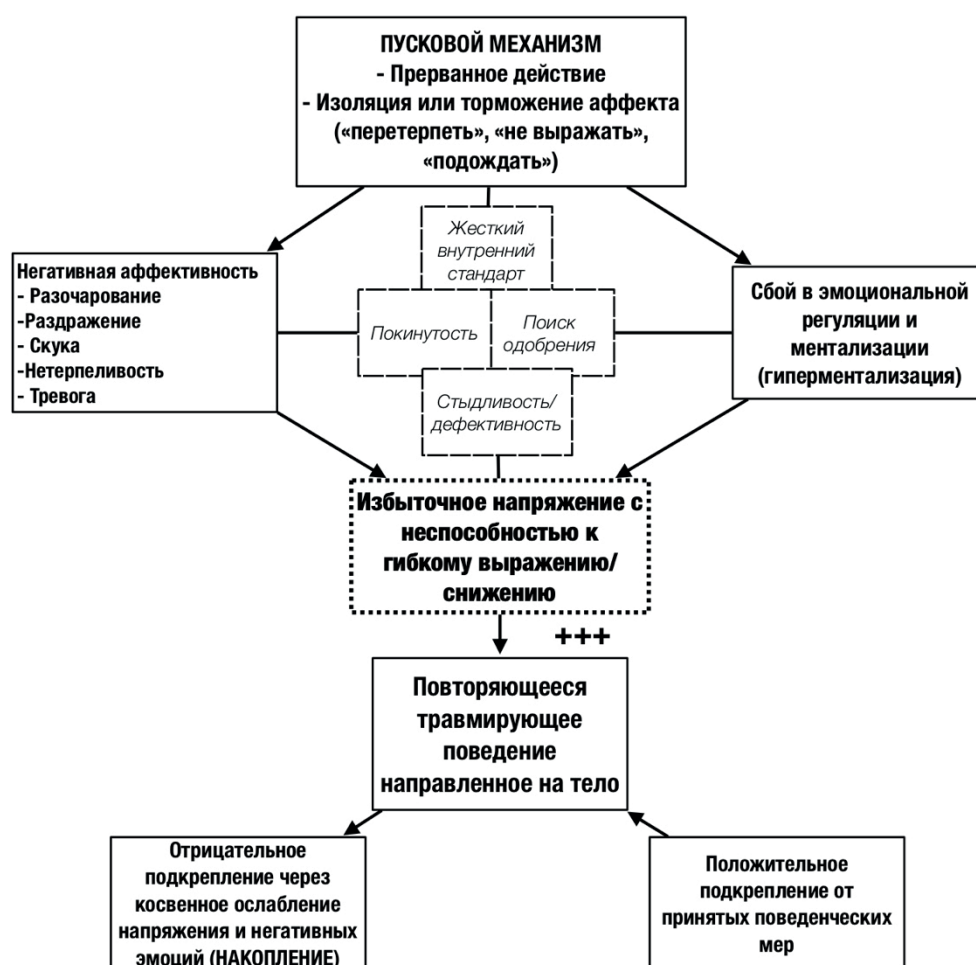


Рис. 6. Специфика проведения когнитивно-поведенческой терапии повторяющегося травмирующего поведения направленного на тело

ного поведения для избегания сложных лич- ных событий является основной мишенью, известной как *эмпирическое избегание* (см. так- тiku обследования выше), которое следует ми- нимизировать в ходе психотерапии, с акцен- том на пересмотр когнитивных схем (жесткий внутренний стандарт, поиск одобрения, поки- нутость, стыдливость, дефектность) и личных ценностей.

Имеющиеся исследования показывают, что КПТ оказывает наибольшее влияние на травмирующее поведение по направленном на тело по сравнению с кломипрамином и се- лективными ингибиторами обратного захва- та серотонина. Ряд пациентов демонстриру- ют значительное улучшение после лечения, но только 35-40 % сохраняют результаты при длительном наблюдении (в среднем, 3,9 года спустя). Таким образом КПТ обладает потен-

циалом для эффективного лечения данного расстройства, но для улучшения поддержа- ния эффекта требуются дополнения или из- менения в протоколах с большим акцентом на специфику повышения навыков эмоцио- нальной регуляции и персонификацию под каждую форму данного расстройства.

Прогноз. Зависит от нескольких факто- ров. Возможно, потребуется обратить внима- ние на *предрасполагающие факторы*, напри- мер тревогу, депрессию, зависимости от ПАВ и другие сопутствующие психические заболе- вания. Возможно, потребуется устранить дру- гие *провоцирующие факторы*, такие как стрес- совые жизненные события. Сообщается, что средняя продолжительность болезни состав- ляет около 5-8 лет с рецидивами и ремиссия- ми, которые происходят параллельно стрес- совым ситуациям.

А. И. Мелёхин

ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ФОРМЫ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СФОКУСИРОВАННЫХ НА КОЖЕ: СПЕЦИФИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

В статье описаны клинические проявления повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело или расстройство ковыряния кожи. Детализирован спектр форм повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело. Предложен диагностический алгоритм и психологический подход к оценке и начальному лечению психосо- циальных стрессоров у данной группы пациентов. Представлена общая тактика лечения, и сде- лан акцент на специфике проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при повторя- ющемся травмирующем поведении, направленным на собственное тело, а также ее эффектив- ность и ограничения. Показано, «классический» протокол КПТ (например, тренинг изменения привычек, габитуация, управление вниманием, контроль стимулов) является недостаточной тактикой психотерапевтического лечения, т.к. не в состоянии помочь пациенту справиться с вну- тренними переживаниями и эмоциональной дисрегуляцией. В связи с этим рекомендуется при- менять мультимодальный протокол с акцентом на метакогнитивные особенности восприятия ситуации, регуляции импульсивности, дезадаптивном перфекционизме и минимизации эмпи- рического избегания собственных переживаний

Ключевые слова: психодерматология, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия, по- вторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, трихофагия, онихофагия, трихотил- ломания, зуд, расчесывание, кожа, расстройство ковыряния кожи, экскориации

А. I. Melehin

BODY-FOCUSED REPETITIVE BEHAVIORS: THE SPECIFICS OF THE EXAMINATION AND TACTICS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin, Moscow, Russian Federation

The article describes clinical manifestations of repetitive traumatic behavior directed (focused) on the body or skin picking disorder. The spectrum of forms of repetitive traumatic behavior directed at the body is detailed. A diagnostic algorithm and a psychological approach to the assessment and initial treatment of psychosocial stressors in this group of patients are proposed. The general tactics of treatment are presented, and emphasis is placed on the specifics of cognitive behavioral therapy (CBT) for repetitive

traumatic behavior directed at one's own body, as well as its effectiveness and limitations. It is shown that the «classical» CBT protocol (for example, habit change training, habituation, attention management, stimulus control) is an insufficient tactic of psychotherapeutic treatment, because it is unable to help the patient cope with internal experiences and emotional dysregulation. In this regard, it is recommended to use a multimodal protocol with an emphasis on metacognitive features of perception of the situation, regulation of impulsivity, maladaptive perfectionism and minimization of empirical avoidance of one's own experiences

Keywords: *psychodermatology, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, repetitive traumatic behavior directed at the body, trichophagy, onychophagy, trichotillomania, itching, combing, skin, skin picking disorder, excoriation.*

Литература

1. Alexander J. R., Houghton DC, Bauer CC. Emotion regulation deficits in persons with body-focused repetitive behavior disorders. // J Affect Disord. 2018 . Vol. 227. P. 463-470. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.035.
2. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F, Szepietowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification — a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). // Acta Derm Venereol. 2013;93(1). P. 4-12.
3. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Chamberlain SR. Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. Psychiatry Res. 2016;23.P. 68-71.
4. Gupta MA, Gupta AK. Self-induced dermatoses: a great imitator. Clin Dermatol. 2019;37(3). P. 268-77.
5. Gupta MA, Vujcic B, Gupta AK. Dissociation and conversion symptoms in dermatology. Clin Dermatol. 2017;35(3). P. 267-72.
6. Kalin Ned H., Treatment Issues Related to the Use of Psychedelics, Trichotillomania, Social Anxiety Disorder, Schizophrenia, and Opioid Use Disorder // American Journal of Psychiatry, 2023. Vol. 180(5), P. 21-39.
7. Madan SK, Davidson J, Gong H. Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. Clin Dermatol. 2023 Jan-Feb;41(1). P.49-55. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.004.
8. Najera, Deanna Bridge MPAS, PA-C. Body-focused repetitive behaviors: Beyond bad habits. // JAAPA. 2022. Vol. 35. № 2. P. 28-33 doi: 10.1097/01.JAA.0000817812.38558.1a
9. O'Connor K, Lavoie M, Desaulniers B, Audet JS. Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults: An open trial. // J Clin Psychol. 2018. Vol. 74. № 3. P. 273-285. doi: 10.1002/jclp.22501.
10. Okumuş HG, Akdemir D. Body Focused Repetitive Behavior Disorders: Behavioral Models and Neurobiological Mechanisms. Turk Psikiyatri Derg. 2023 Spring;34(1). P. 50-59. doi: 10.5080/u26213.
11. Skurya J, Jafferany M, Everett GJ. Habit reversal therapy in the management of body focused repetitive behavior disorders. Dermatol Ther. 2020 Nov;33(6). P. 13-25. doi: 10.1111/dth.13811.

Поступила в редакцию 21.08.2023 г.

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word, формат файлов *.doc, *.docx или *.rtf. Файл статьи называется по Фамилии первого автора (первых трех авторов), например, «Ivanov.doc» или «Ivanov-Pavlov-Petrov.doc». Число авторов статьи не должно превышать пяти человек.

Текст рукописи должен быть подготовлен в строгом соответствии с настоящими требованиями и тщательно выверен автором. В случае обнаружения значительного количества технических дефектов оформления статей редакция возвращает статью автору для доработки. Небольшие погрешности редакция может исправить сама без согласования с автором. Редакция оставляет за собой право на литературное редактирование статей.

Форматирование: лист — 210×297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 12 пт, межстрочный интервал одинарный, абзацный отступ 12 мм.

Структура статьи:

- Индекс УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Текст статьи
- Список литературных источников (Литература)

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Вступление
- Цель работы
- Материал и методы исследования
- Результаты исследования и их обсуждение
- Выводы или Заключение

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей — не более 15 страниц, наблюдений из практики и рецензий — не более 3 страниц.

Научные исследования, требующие применения экспериментальных животных, необходимо проводить с соблюдением законов и правил лабораторной практики, принятых в Российской Федерации. Научные проекты с участием людей должны соответствовать «Правилам клинической практики в Российской Федерации» и Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы должны иметь заголовки и сквозную в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках — (табл. 1). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку — (см. табл.).

Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают после текста статьи и списка процитированной литературы.

Весь иллюстративный материал (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300–600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках — (рис. 1). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку — (см. рис.).

Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и, при необходимости, условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс — время, прошедшее после психотравмирующей ситуации, сут., по оси ординат — показатели шкалы общей интернальности, стены).

Список процитированной литературы (Литература). Для удобства авторов и стилистического единообразия оформление библиографии как отечественных, так и зарубежных источников, должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии АМА (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>). Все работы в списке перечисляются в порядке их цитирования, каждый источник с новой строки под порядковым номером с указанием DOI (если таковой имеется). Оформление цитирования и ссылок в стиле АМА возможно в режиме онлайн по адресу <https://www.citethisforme.com/american-medical-association>.

В оригинальных статьях желательно цитировать не более 20 источников, в обзорах литературы — не более 60, в других материалах — до 10. Допускается не более 3 самоцитирований.

Каждый использованный литературный источник должен быть отражен в тексте статьи. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Если источников несколько, то ссылку оформляют следующим образом: [1, 3, 5-9, 25].

Автор несет полную ответственность за точность данных, приведенных в пристатейном списке литературы. В списке литературы ссылки на неопубликованные или находящиеся в печати работы не допускаются.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

Транслитерируются фамилии авторов и русскоязычные названия источников. Выходные данные транслитерируются. Если цитируемая русскоязычная статья имеет резюме на английском языке (abstract), то фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они описаны в резюме. При наличии у отечественного журнала оригинальной англоязычной версии названия, в библиографическом описании необходимо указывать именно ее. Если отечественный журнал индексируется в MedLine, то его название следует приводить в соответствие с каталогом этой базы данных. В конце указывается (in Russian). Список литературы на латинице должен готовиться с помощью системы транслитерации на сайте <https://translit.net/bsi>.

При наличии цифрового идентификатора публикации (DOI — Digital Object Identifier) его размещают в конце библиографической записи. Проверить наличие DOI статьи можно на сайтах <https://search.crossref.org> и <https://www.citethisforme.com>.

Кроме текста статьи авторы обязательно предоставляют структурированное резюме на русском и английском языках объемом 250–400 слов. В аннотацию должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения. Аннотация должна отражать структуру статьи и содержать такие же разделы (цель исследования, материал и методы, результаты, заключение или выводы). В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры).

Авторская аннотация к статье является основным источником информации для отечественных и зарубежных информационных систем и баз данных, индексирующих журнал. Аннотация должно излагать только существенные факты работы. Читателю должна быть понятна суть исследования и необходимость обращения к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации.

При написании обзора, лекции, описании клинического случая или серии наблюдений предлагается неструктурированная аннотация. Однако и в этом случае, авторам следует придерживаться порядка повествования, следуя от постановки вопроса к средствам и результатам его решения. Объем неструктурированного резюме не должен превышать 150 слов.

После каждого резюме приводят 3–7 ключевых слов в именительном падеже.

Сведения об авторах оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

- 1) Ф. И. О. (полностью);
- 2) место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
- 3) ученая степень;
- 4) ученое звание;
- 5) почтовый адрес (с указанием индекса);
- 6) e-mail;
- 7) телефон (для связи).

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Все научные статьи проходят процедуру рецензирования. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления статьи, включая изменение стиля, но не содержания работы.

Сайт:

<http://journal.dnmu.ru/index.php/Psychiatry/index>

