

УДК 159.94/.95:355.422

DOI: 10.55359/2782-3296.2024.25.29.010

**СИТУАЦИЯ БОЕВОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА:
КОГНИТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ
КЛИНИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ**

Бабура Е.В.

Психиатрическая больница №1 г. Макеевки, ДНР

РЕЗЮМЕ. Статья посвящена важнейшим исследованиям, посвященных изучению процессов преодоления стресса с позиций внутреннего мира человека, в частности, используемых копинг-механизмов. Цель исследования: с помощью комплекса психометрических методик определить влияние уровня субъективных репрезентаций ситуации боевого стресса на интенсивность болезненных переживаний у пациентов с ПТСР, связанных с боевыми действиями. Всего обследовано 85 военнослужащих, в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст – 36 лет), в том числе – контрактники – 6,0%; добровольцы – 11,0%; мобилизованные – 83,0%. Уровень образования: среднее – 14%; специальное – 55,0%; высшее – 31,0%. Социальный статус к моменту службы: рабочие – 47%; служащие – 34,0%; учащиеся – 9,0%; прочие – 10,0%. Наличие предшествующего боевого опыта: имеется – 30,0%; отсутствует – 70,0%. Семейное положение: женат – 68,0%; холост – 28%; разведен – 4,0%. Продолжительность участия в боевых действиях: 1-6 месяцев – 39%; 7-12 месяцев – 16%; более 12 месяцев – 45%. Основным критерием для включения пациентов в исследование являлось наличие у них признаков психического расстройства, связанного с боевым травматическим стрессом.

Ключевые слова: стресс, психометрические методики, боевой травматический стресс

**THE SITUATION OF COMBAT TRAUMATIC STRESS: COGNITIVE
REPRESENTATION AND INTENSITY OF CLINICAL CONSEQUENCES**

Babura E.V.

Psychiatric Hospital No. 1 of Makeevka, DPR

SUMMARY. The article is devoted to the most important studies devoted to the study of stress coping processes from the perspective of the inner world of a person, in particular, the coping mechanisms used. The purpose of the study: using a set of psychometric techniques to determine the effect of the level of subjective representations of the combat stress situation on the intensity of painful experiences in patients with PTSD associated with combat. A total of 85 military personnel aged 18 to 54 years (average age – 36 years) were examined, including contract soldiers – 6.0%; volunteers – 11.0%; mobilized – 83.0%. Education level: secondary – 14%; special – 55.0%; higher – 31.0%. Social status at the time of service: workers – 47%; employees – 34.0%; students – 9.0%; others – 10.0%. Previous combat experience: available – 30.0%; absent – 70.0%. Marital status: married – 68.0%; single – 28%; divorced – 4.0%. Duration of participation in hostilities: 1-6 months – 39%; 7-12 months – 16%; more than 12 months – 45%. The main criterion for the inclusion of patients in the study was the presence of signs of a mental disorder associated with combat traumatic stress.

Keywords: stress, psychometric techniques, combat traumatic stress

АКТУАЛЬНОСТЬ

Травматическая и посттравматическая стрессовая ситуация, связанная с боевым стрессом, не может рассматриваться как стандартная ситуация, к которой применимы стандартные лечебно-диагностические подходы. Это экстремальная ситуация, оказывающая реальное вредоносное воздействие на человека и субъективно воспринимаемая им как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности и благополучию, как самого человека, так и значимых для него окружающих; это универсальная, трудная и длительная жизненная ситуация, когда угрозе подвергаются самые важные для человека ценности и цели.

Для описания трудной ситуации в аспекте стресса предлагается использование, как объективных, так и субъективных характеристик стрессовой ситуации. Жизненная ситуация человека, связанная с боевыми действиями, также представляет собой систему субъективных и объективных элементов, объединяющихся в его деятельности и являющихся единицей познания жизни и развития человека [12].

Важнейшим направлением в изучении стресса являются исследования, посвященные изучению процессов преодоления стресса с позиций внутреннего мира человека, в частности, используемых копинг-механизмов. В настоящее время существует несколько подходов к толкованию понятия «coping». Первый, наиболее ранний подход (эго-психологическая модель), развиваемый в работах представителя психоаналитического направления N. Haan [16], трактует его в терминах динамики «Эго», как один из способов психологической защиты, используемой для ослабления психического напряжения. Второй подход определяет coping в терминах черт личности

(диспозиционные концепции копинга) – как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом. Ключевой для этого подхода вопрос состоит в том, чтобы выявить степень эффективности диспозиционных тенденций личности, обозначаемых как стили совладания (coping styles), в отношении того, насколько успешно они обеспечивают психологическое благополучие. В рамках данного подхода утверждается тезис о том, что «совладание – это личность, действующая в условиях стресса» [6]. Однако, по мнению критиков диспозиционной концепции, личностные переменные служат слабыми предикторами специфической копинговой активности. Хотя индивид может иметь привычные предпочтения в копинге, экстремальные ситуации обычно реализует лишь узкий круг возможных копинговых ответов [1].

Наконец, согласно третьему подходу, разработанному R. Lazarus и S. Folkman [18], coping понимается как динамический процесс и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (транзакционный или ситуационный подход, связанный с субъективностью переживания ситуации). Понятие когнитивной оценки является центральным для преодоления стресса. Многое, по мнению этих авторов, зависит от когнитивной интерпретации стрессора. Они выделяют первичную и вторичную стадии когнитивной оценки. Первичная оценка стрессорного воздействия (primary appraisal) заключается в вопросе - «что это значит для меня лично?» Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах как масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния. За восприятием

и оценкой стрессора следует нагрузочные эмоции (злость, страх, подавленность, надежда большей или меньшей интенсивности). Вторичная когнитивная оценка (*secondary appraisal*) – это оценка собственных ресурсов и возможностей решить проблему, выражается в постановке следующего вопроса: «что я могу сделать?» Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: цели, ценности и нравственные установки. В результате личность сознательно выбирает и инициирует действия по преодолению стрессового события.

В контексте ситуационного подхода участники стрессовой ситуации рассматриваются не как пассивные «жертвы» воздействия внешних стресс-факторов, а как активные субъекты взаимодействия со структурными элементами ситуации, которые обладают определенной стрессоустойчивостью (потенциальным риском нарушения гомеостаза организма и детерминации последующих стресс-реакций) в зависимости от восприятия и когнитивной оценки ситуации [5]. В этом случае большое значение приобретает субъективный аспект ситуации. По мнению В.В. Знакова [7], для уточнения понятия трудной жизненной ситуации необходимо рассматривать соотношение психологии субъекта и психологии человеческого бытия. Это позволяет понять смысловые и ценностные контексты жизни субъекта и его отношения к жизненным ситуациям. Ситуация приобретает психологическое содержание трудной или легкой в результате того, как человек ее воспринимает, категоризует, понимает и соответственно, как себя в ней ведет.

При рассмотрении ситуации как единицы взаимодействия человека с окружающей средой было показано, что влияние ситуации опосредуется так называемыми воспринимающе-когнитивными системами индивида [10],

что определение ситуации происходит посредством придания личностного значения объективной ситуации [4]. С таким восприятием ситуации перекликаются исследования, оперирующие понятием личностного смысла, введенным А.Н. Леонтьевым и понимаемого как оценка жизненного значения для субъекта объективных обстоятельств.

Е.П. Белинская [2] отмечает, что современные психологические подходы к преодолению трудных жизненных ситуаций рассматривают совладание как динамический процесс, протекание которого определяется не только характеристиками самой ситуации и личностными особенностями субъекта, но и их взаимодействием, которое заключается в формировании комплексной когнитивной оценки, включающей в себя как интерпретацию субъектом ситуации, так и его представления о себе в ней. Учитывая индивидуальные особенности этой оценки, Р.С. Лазарус [8] выделил три типа стрессовых ситуаций. Первый тип — ситуация утраты, представляет собой травмирующую потерю, утрату кого-либо или чего-либо, что имеет большое личное значение (смерть, длительная разлука, потеря работы). Второй тип - ситуации угрозы, требующие от человека больших копинг-усилий, активизации адаптационных возможностей. Третий тип - ситуации вызова, требующие для адаптации сложных и потенциально рискованных стратегий преодоления.

На основании вышеперечисленных данных, можно высказать предположения, что от способа субъективной (когнитивной) оценки ситуации боевого стресса в значительной степени зависит интенсивность клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств, связанных с боевыми действиями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С помощью комплекса психометрических методик определить влияние уровня субъективных репрезентаций ситуации боевого стресса на интенсивность болезненных переживаний у пациентов с ПТСР, связанных с боевыми действиями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в соответствии с клиническими рекомендациями – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023 – 2024 – 2025 (28.02.2023), утвержденных Минздравом РФ.

Обследовано 85 военнослужащих, в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст – 36 лет), в том числе – контрактники – 6,0%; добровольцы – 11,0%; мобилизованные – 83,0%. Уровень образования: среднее – 14%; специальное – 55,0%; высшее – 31,0%. Социальный статус к моменту службы: рабочие – 47%; служащие – 34,0%; учащиеся – 9,0%; прочие – 10,0%. Наличие предшествующего боевого опыта: имеется – 30,0%; отсутствует – 70,0%. Семейное положение: женат – 68,0%; холост – 28%; разведен – 4,0%.

Продолжительность участия в боевых действиях: 1-6 месяцев – 39%; 7-12 месяцев – 16%; более 12 месяцев – 45%.

Основным критерием для включения пациентов в исследование являлось наличие у них признаков психического расстройства, связанного с боевым травматическим стрессом. Для верификации этого критерия, помимо стандартных аналитических и клинических процедур нами использовались «Шкала интенсивности боевого опыта (Combat exposure scale T.M. Keane et al., 1997)» и «Шкала оценки влияния травматического события ШОВТС».

Шкала оценки интенсивности боевого опыта использовалась для оценки количественных параметров частоты и продолжительности участия

военнослужащих в различных экстремальных ситуациях в условиях боевых действий и установления в анамнезе психической травмы. Опросник состоит из 7 утверждений, каждый из которых оценивается от 0 до 3-х баллов. Интерпретация полученных данных позволяет в условных оценках, выраженных в процентах определить уровень интенсивности боевого опыта: 1-20% - низкий уровень; 21-40% - пониженный уровень; 41-60% - умеренный уровень; 61-80 – повышенный уровень; 81-100% - высокий уровень. Два последних уровня интенсивности боевого опыта рассматривались как косвенные признаки боевого травматического стресса (боевой психической травмы) или повышенного риска формирования ПТСР.

Шкала оценки влияния травматического события – ШОВТС – Horowitz M.S., Wilner N. et. al, 1979 (Impact of Event Scale, IES) – клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности. Опросник состоит из 22 пунктов, включающих симптомы вторжения (интрузии): ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли, склонность заново переживать все случившееся при любом напоминании о травматическом событии (ситуации) с высокой степенью интенсивности. Сосредоточенность мыслей на случившемся, невозможность отвлечься и переключиться на другое. Отдельные картины произошедших событий могут внезапно возникать в сознании личности как бы против ее воли сопровождаясь при этом непереносимо тяжелыми переживаниями, связанными с той ситуацией; симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием,

направленность личности на избегание всего, что могло бы напомнить о случившемся, ни с кем не говорить на эту тему, не думать об этом, вытеснить травмирующие события и переживания из памяти, не позволять себе расстраиваться. Ощущение того, что всего случившегося с ним как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным; симптомы физиологической возбудимости, включающие тенденцию испытывать неприятные физические ощущения (потливость, нарушение дыхания, тошноту, учащение пульса и т. п.) В ситуациях чем-то напоминающих о случившихся событиях. Раздражительность, внутренняя напряженность, затрудненная при необходимости сосредоточить внимание на чем-либо, настороженность, ожидание, что случится что-то плохое. Склонность действовать или чувствовать себя так, как будто бы все еще находишься в той ситуации.

В работе также использовался ряд методик, предназначенных для измерения различных аспектов стрессовых воздействий и интенсивности клинических проявлений посттравматических стрессовых состояний.

Шкала оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Н.Е. Водопьяновой. Шкала построена на основе транзакционной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование (стрессовая динамика) детерминируется первичной и вторичной когнитивной оценкой ситуации. При первичной оценке решается вопрос об угрожающем характере ситуации: в какой мере данная ситуация определяет «потери» или «угрозу потери»? При вторичной оценке — вопрос о ресурсах возможности справиться с ситуацией (копинга): какие есть возможности (внешние и внутренние ресурсы) для избавления от опасности, снижения вероятности

потерь, изменения ситуации или адаптации к ней?

Первичная и вторичная оценка детерминируют эмоциональные реакции и копинг, которые, в свою очередь, оказывают влияние на динамику изменения последующих когнитивных оценок ситуации — субъективную репрезентацию. Методика содержит три субшкалы первичной когнитивной оценки экстремальных ситуаций соответствующих основным типам стрессовых ситуаций («степень угрозы», «степень утраты/потери», «степень вызова») и пять субшкал вторичной оценки относительно собственных ресурсов: «возможность контроля», «сложность понимания и управления ситуацией», «повторяемость», «осведомленность (опыт)». При обработке результатов и их интерпретации подсчитывался общий показатель стрессогенности боевого опыта как среднее значение всех субшкал и отдельные показатели по каждой из них. Полученные с помощью шкалы ОТНС восемь параметров когнитивной репрезентации использовались для категоризации (таксономии) стрессовых ситуаций, расчетов их комплексной оценки стрессогенности и выявления наиболее сильных ситуационных детерминант боевых стрессов.

В качестве основного психодиагностического инструмента использовалась «Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PRSD Scale – CAPS)- модуль I «ПТСР» (Weathers F.W. et al, 1992)». Данная психометрическая методика позволяет оценить уровень выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. С помощью 5-ти балльной шкалы оценивалась интенсивность 15 базисных симптомов ПТСР, сгруппированных в три диагностических модуля:

1. Постоянно повторяющиеся переживания травматического события:

- повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс;

- интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события;

- ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты);

- повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс);

2. Устойчивое избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, или «блокада общей способности к реагированию»:

- усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме;

- неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия);

- заметная утрата интереса к любимым занятиям;

- чувство отстраненности или отчужденности от окружающих;

- сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви;

- ощущение отсутствия перспектив на будущее, например, не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни.

3. Устойчивые симптомы повышенной возбудимости:

- трудности с засыпанием или сохранением нормального сна;

- раздражительность или приступы гнева;

- трудности с концентрацией внимания;

- преувеличенная реакция испуга («стартовая реакция на внезапный стимул»);

- физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Верификация факта переживания боевого травматического стресса с помощью «Шкалы оценки интенсивности боевого опыта» позволила определить у лиц, включенных в исследование повышенный (38%) и высокий (62%) уровень интенсивности боевого стресса, что служило косвенным подтверждением перенесенного травматического стресса.

Результаты исследования влияния травматического события и выраженности развития посттравматического стрессового расстройства, полученные с помощью методики ШОВТ, свидетельствует о высоком уровне переживаний испытуемых по всем субшкалам методики: субшкала «вторжение» - (IN)

– $31,44 \pm 6,51$; субшкала «избегание» – (AV) – $30,79 \pm 6,37$; субшкала физиологическая возбудимость – (AR) – $28,34 \pm 8,17$; общий балл – (IES-R) – $90,57 \pm 21,05$. Средние значения методики ШОВТ приближается к показателю максимальной интенсивности оцениваемых симптомов (35 баллов), что

позволяет идентифицировать их как проявление ПТСР.

В таблице 1 приведены параметры субъективной репрезентации ситуации накопления боевого травматического опыта у лиц с ПТСР, полученные с помощью оценки трудности и неопределенности ситуации.

Таблица 1 — Параметры субъективной репрезентации ситуации накопления боевого травматического опыта у лиц с ПТСР

Субшкалы	Параметры субъективной репрезентации
Степень угрозы	$6,5 \pm 0,36$
Степень утраты	$6,6 \pm 0,41$
Степень вызова	$6,0 \pm 0,32$
Возможность контроля ситуации	$6,5 \pm 0,28$
Возможность понимания и управления ситуацией	$6,7 \pm 0,29$
Автономность ситуации	$6,1 \pm 0,25$
Повторяемость ситуации	$6,4 \pm 0,21$
Опыт преодоления	$6,3 \pm 0,19$
Общий показатель стрессогенности ситуации	$6,38 \pm 0,34$

Интегральный показатель субъективной репрезентации (когнитивной оценки) ситуации накопления травматического боевого опыта свидетельствует о крайне высоком уровне ее стрессогенности ($6,38 \pm 0,34$ балла при максимальной оценке – 7 баллов). Все показатели, отражающие те или иные аспекты стрессогенной ситуации, оказались крайне высокими. Наибольший вклад в стрессовое реагирование пациентов вносили переживания угрозы утраты («ситуация грозит мне большими потерями»), утраты («ситуация сопряжена с моей огромной потерей (утратой)») и невозможности понимать и управлять ситуацией («подобная ситуация является трудной для понимания и разрешения»). Менее значимыми для пациентов были переживания вызова (диспропорция между собственным вкладом в ситуацию и морально-материальным вознаграждением) и переживание автономности ситуации («вера в позитивную изменчивость»). При этом

когнитивным оценкам (субъективной репрезентации) ситуации, отражающим высокий уровень стрессогенности, сопутствовали низкие показатели ресурсных возможностей личности для избавления от опасности, снижения вероятных потерь, адаптации к ситуации.

Таким образом, и при первичной, и при вторичной когнитивной оценке ситуации, связанной с боевыми действиями, она характеризуется высокими показателями стрессогенности и низким уровнем внутренних и внешних ресурсов, направленных на преодоление стресса или адаптации к нему.

Высокая интенсивность симптомов ПТСР у большинства лиц с этим диагнозом побуждает к выявлению факторов, влияющих на выраженность болезненных переживаний травматического стресса. Изучение таких факторов в ходе настоящего исследования и интервьюирования пациента, а также анализа

представленных в научной литературе данных позволило выделить ряд факторов, оказывающих потенциально негативное влияние на переживание личностью боевого стресса, способствующее значительной его интенсивности.

1. В период молодости и зрелости военнослужащие более адаптивны и менее подвержены стрессу и его значительной выраженности, чем лица старшего поколения, у которых наблюдается более высокие показатели суммарного стресса, более выраженная боязнь нового опыта, хотя имеются и свои резервы совладания со стрессом [14, 13, 9].

2. Выраженность травматического восприятия стресса и реагирования на него связана с такими конституциональными факторами как интроверсия, ригидность, эмоциональная нестабильность, слабость процессов возбуждения [15, 21]

3. Важнейшими факторами, влияющими на интенсивность переживания личностного травматического стресса. Является снижение (невозможность) контролируемости событий и, как следствие, их неуправляемость и неэффективность действий в трудной жизненной ситуации [20, 23], что способствует формированию состояния «выученной беспомощности» [11]. Когнитивная оценка ситуации, является той переменной, которая опосредует воздействие стрессоров на характер стрессового реагирования и формирование адаптивного поведения человека.

4. Неблагоприятное влияние на выраженность переживания стресса оказывают такие личностные качества человека, как низкий уровень поисковой активности в ситуации с недостаточной определенностью, преобладание мотивов избегания неудач, над мотивацией достижений, ригидность,

недоверчивость, фатализм, препятствующие осознанию и мобилизации личностных ресурсов [3, 22], а также отсутствие значимых целей и смысла в своей жизни, ответственности в выполнении своих обязанностей [19]. Фактором, опосредующим все взаимосвязи личностных переменных с показателями выраженности боевого стресса, является показатель общей самоэффективности личности [15].

В качестве альтернативных возможностей, связанных с позитивной субъективной репрезентацией (когнитивной оценкой) ситуации, смягчающем интенсивность болезненных переживаний, можно выделить качества, необходимые для позитивного реагирования на стресс [19].

- «vigor» — аффективный ответ на требования среды, связанный с ощущением физической силы, эмоциональной энергии,

- «hardiness» — обязательность и упорство в выполнении взятой на себя задачи, несмотря на действие стрессоров;

- «independence» — способность устанавливать безопасные взаимоотношения с людьми, сохраняя внутреннее спокойствие несмотря ни на какие поступки окружающих.

На следующем этапе исследования с использованием методики CAPS был проведен анализ интенсивности травматических стрессовых переживаний. В контексте патокинетических характеристик боевой психической травмы и ее последствий были выделены три группы больных с различной тяжестью симптоматики, которая рассматривалась одновременно и как стадии единого травматического процесса, и как отрицательные диагностические категории психических расстройств, ассоциированных со стрессом (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение больных с ПТСР, связанных с боевыми действиями, в зависимости от интенсивности травматических переживаний

Критерии CAPS	1 группа N=16 M±SD	2 группа N=69 M±SD	p
интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, напоминающих различные аспекты травматического события	2,63 ± 0,125	2,96 ± 0,091	0,099
ощущение, как будто травматическое событие происходило снова	2,63 ± 0,155	2,78 ± 0,077	0,374
усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме	2,19 ± 0,187	2,61 ± 0,106	0,080
неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)	2,94 ± 0,232	2,62 ± 0,097	0,176
заметная утрата интереса к любимым занятиям	2,38 ± 0,18	2,77 ± 0,106	0,100
сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви	2,44 ± 0,182	2,88 ± 0,104	0,060
ощущение отсутствия перспектив на будущее, например не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни	2,56 ± 0,182	2,64 ± 0,09	0,722
трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна	2,69 ± 0,237	2,61 ± 0,013	0,764
раздражительность или приступы гнева	2,69 ± 0,198	2,9 ± 0,093	0,329
трудности с концентрацией внимания	2,38 ± 0,202	2,43 ± 0,098	0,791
увеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)	2,63 ± 0,18	2,81 ± 0,104	0,425
физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события	2,5 ± 0,204	2,81 ± 0,088	0,138
Средний показатель	2,33 ± 0,716	2,73 ± 0,813	0,216
повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс	Средний ранг по U Манна-Уитни 28,25	Средний ранг по U Манна-Уитни 46,42	0,005
повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)	Средний ранг по U Манна-Уитни 27,81	Средний ранг по U Манна-Уитни 46,52	0,004
чувство отстраненности или отчужденности от окружающих	Средний ранг по U Манна-Уитни 30,50	Средний ранг по U Манна-Уитни 45,90	0,015
Средний показатель	28,8	46,28	0,005

1. Первая стадия (средние показатели по методике CAPS– 2,33±0,716 баллов; 28,8 баллов) – соответствует присутствующему, но еще посттравматическому дистрессу и некоторым усилиям по совладанию с ним.

Эта стадия характеризуется умеренным уровнем проявления стресс-симптомов – описанием субъективных репрезентаций отдельных стресс-факторов или стресс-ситуаций, воспринимаемых субъектом как отягчающих или незначительно

затрагивающих жизнедеятельность и сферу душевного комфорта. Она клинически соответствует стресс-реакции или расстройству адаптации (F43.2 по МКБ-10 и 6B43 по МКБ-11). Первая стадия травматического стрессового процесса наблюдалась у 16 обследованных (18.8%).

2. Вторая стадия (средние показатели по методике CAPS – 2.73 ± 0.813 баллов; 46,28 баллов) соответствует выраженной интенсивности дистресса: симптомы переживаются в виде острых кратковременных, пролонгированных и хронических стрессовых и пост-стрессовых состояний – стресс – синдромов. Эти симптомы обнаруживаются во всех сферах психики. В эмоциональной сфере важнейшие феномены - чувство тревоги, переживание значимости текущей ситуации. В когнитивной - восприятие угрозы, опасности, оценка ситуации как неопределенной. В мотивационной - мобилизация сил или, напротив, капитуляция; может произойти подъем, но может появиться и торможение, сопровождаемое чувством усталости, ощущениями вялости и потерей интереса. В поведенческой сфере - изменение активности, привычных темпов деятельности, появление скованности в движениях или в общении.

Вторая стадия травматического стрессового процесса клинически соответствует уровню стресс-синдромов или посттравматическому стрессовому расстройству (F43.1 по МКБ-10; 6B40 – по МКБ-11). Она наблюдалась у 69 обследованных – 81.2%. В клинической картине преобладала следующая симптоматика:

- повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены;

- избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое

избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение);

- чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, сверхнастороженность, повышенная реакция испуга);

Симптомы возникали в течение 6 месяцев после травматического события. В некоторых случаях между действием стрессора и возникновением клинических проявлений наблюдался латентный период.

3. Третья стадия (средние показатели по методике CAPS превышают соответственно 3 и 47 баллов) соответствует переживаниям очень высокой интенсивности и проявляется симптомами устойчивых личностных и поведенческих деформаций. Клинически эта стадия соответствует диагнозу «хронические изменения личности после переживания катастрофы» (F62.0 в МКБ-10) или диагнозу клиническое посттравматическое стрессовое расстройство (6B41 в МКБ-11). Этот диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

1. Стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний).

2. Поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

3. Изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые сопровождаются глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

4. Нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений).

Следует отметить, что пациенты с третьей стадией посттравматического стрессового процесса среди обследованного контингента не встречались. По-видимому, это связано с небольшим промежутком времени (до 6 месяцев), прошедшем после травматического воздействия.

В целом, симптомами стрессового реагирования является количество воспринимаемых внешних стресс-факторов, степень адекватности когнитивной оценки их «разрушающей силы» («вредности»), а также динамика изменения значимости эффективного взаимодействия с трудными ситуациями боевой обстановки. При этом интенсивность посттравматических симптомов непосредственно связана с успешностью/неуспешностью совладания со стрессом, в том числе с особенностями когнитивной оценки экстремальной ситуации, связанной с боевыми действиями.

ВЫВОДЫ

Таким образом, субъективные характеристики ситуации, связанной с боевыми действиями, являются важными параметрами ее стрессогенности, влияющими на интенсивность клинических проявлений ПТСР. В сочетании с объективными показателями стрессогенности, экстремальная ситуация понимается как многоуровневый и многокомпонентный феномен, как единица анализа взаимодействия человека со стрессовыми обстоятельствами чрезвычайного характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. М. СПб. Речь. 2004. 166.

2. Белинская Е.П. Идентичность личности в условиях социальных изменений. Автореф. ...докт. психол. наук. М., 2006.

3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267.

4. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. - М., 1998.

5. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. Питер. 2009. 329.

6. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб. Изд-во СПбГУ. 1999. 1023.

7. Знаков В. В. Психология человеческого бытия и трудные жизненные ситуации / Психология совладающего поведения//Материалы Международной научно-практической конференции. - Кострома, 16-18 мая 2007 г.

8. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Психологические факторы на работе и охрана здоровья. 1989. 121-126.

9. Луцевская О. В. Жизнестойкость и стресс жизни у молодых и пожилых женщин // Тюменский медицинский журнал. 2016. № 2. 8-11.

10. Мангуссон Д. Требуется: психология ситуаций. Психология социальных ситуаций. 2001. 153-159.

11. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии). Ереван, 1988. 263.

12. Снедков Е.В. Комбатанты. Посттравматическое стрессовое расстройство. Ростов н/Д. Изд-во РостГМУ. 2015. 109-142.

13. Фирсова Н. Г. Стресс-преодолевающее поведение людей пожилого возраста // Вестник университета. 2014. № 5. 271-273.

14. Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Евдокимова А. А. (2014), Посттравматический стресс / совладающее

поведение в пожилом возрасте // Научный диалог. 3 (27). 92-105.

15. Ebstrup J.F., Eplov L.F., Pisinger Ch. & Jorgensen T. (2011), "Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?", *Anxiety. Stress. Coping*, no 24 (4), pp. 407-419. DOI: 10.1080/10615806.2010.540012.

16. Haan N. The adolescent antecedents of an ego model of coping and defense and comparisons with Q-sorted ideal personalities. *Genet Psychol Monogr.* 1974 May;89(2):274-306. PMID: 4836293.

17. Lazarus R.S. Cognitive and coping processes in emotion. *Stress and coping. An anthology: collective monograph.* New York, Columbia University Press. 1977. P.146-158

18. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping. *Eur J. Pers.* 1987. V.1. 141-169.

19. Nelson D. & Cooper C. (2005), "Stress and health: A positive direction", *Stress and health*, vol. 21, no 2, 73-75.

20. Seligman M. (1975), "Helplessness. On depression, development, and death", Freeman and company, San-Francisco, 250.

21. Tornroos M., Elovainio M., Hintikka T., Hintsanen M., Pulkki-Raback L., Jokela M., Lehtimäki T., Olli T., Raitakari K., Keltikangas-Järvinen L. (2018), "Personality traits and perceptions of organisational justice", *International journal of psychology*, vol. 54, no. 3, pp. 414-422. DOI: 10.1002/ijop. 12472.

22. Wheaton B.A. (1982), "Comparison of the moderating effects of personal coping resources on the impact of exposure to stress in two groups", *Journal of community psychology*, vol. 10, no. 4, 293-311.

23. Zhou X., Wu X., Li X. & Zhen R. (2018), "The role of posttraumatic fear and social support in the relationship between trauma severity and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Yaan earthquake", *International journal of*

psychology, vol. 53, no 2, pp. 150-156. DOI: 10.1002/ijop. 12281. (Scopus).

REFERENCES

1. Ababkov V.A. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, and therapy]. M. SPB. Rech. 2004. 166.

2. Belinskaya E.P. Identichnost lichnosti v usloviyah socialnyh izmenenij [Personal identity in the context of social change]. Avtoref. ...dokt. psihol. nauk. M., 2006.

3. Berezin F. B. Psihicheskaya i psihofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of a person]. L.: Nauka, 1988. 267.

4. Burlachuk L. F., Korzhova E. Yu. Psihologiya zhiznennyh situacij [Psychology of life situations]. - M., 1998.

5. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of stress]. Piter. 2009. 329.

6. Gurvich I.N. Socialnaya psihologiya zdorovya [Social psychology of health]. SPB. Izd-vo SPBGU. 1999. 1023.

7. Znakov V. V. Psihologiya chelovecheskogo bytiya i trudnye zhiznennye situacii [Psychology of human existence and difficult life situations] / Psihologiya sovladayushego povedeniya/Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. - Kostroma, 16-18 maya 2007 g.

8. Lazarus R.S. Individualnaya chuvstvitelnost i ustojchivost k psihologicheskomu stress [Individual sensitivity and resistance to psychological stress]. Psihologicheskie faktory na rabote i ohrana zdorovya. 1989. 121-126.

9. Lushevskaya O. V. Zhiznestojkost i stress zhizni u molodyh i pozhilyh zhenshin [Жизнестойкость и стресс жизни у молодых и пожилых женщин] // Tyumenskij medicinskij zhurnal. 2016. № 2. 8-11.

10. Mangusson D. Trebuetsya: psihologiya situacij. Psihologiya socialnyh situacij [Required: psychology of situations.

Psychology of social situations]. 2001. 153-159.

11. Nalchadzhyan A. A. Socialno-psihicheskaya adaptaciya lichnosti: (Formy, mehanizmy i strategii) [Socio-psychological adaptation of personality: (Forms, mechanisms and strategies)]. Erevan, 1988. 263.

12. Snedkov E.V. Kombatanty. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo [Post-traumatic stress disorder]. Rostov n/D. Izd-vo RostGMU. 2015. 109-142.

13. Firsova N. G. Stress-preodolevayushee povedenie lyudej pozhilogo vozrasta [Stress-overcoming behavior of elderly people] // Vestnik universiteta. 2014. № 5. 271-273.

14. Harlamenkova N. E., Byhovec Yu. V., Evdokimova A. A. (2014), Posttravmaticheskij stress [Post-traumatic stress / coping behavior in old age] / sovladayushee povedenie v pozhilom vozraste // Nauchnyj dialog. 3 (27). 92-105.

15. Ebstrup J.F., Eplov L.F., Pisinger Ch. & Jorgensen T. (2011), "Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?", Anxiety. Stress.Coping, no24 (4), pp. 407-419. DOI: 10.1080/10615806.2010.540012.

16. Haan N. The adolescent antecedents of an ego model of coping and defense and comparisons with Q-sorted ideal personalities. Genet Psychol Monogr. 1974 May;89(2):274-306. PMID: 4836293.

17. Lazarus R.S. Cognitive and coping processes in emotion. Stress and coping. An anthology: collective monograph. New York, Columbia University Press. 1977. P.146-158

18. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping. Eur J. Pers. 1987. V.1. 141-169.

19. Nelson D. & Coper C. (2005), "Stress and health: A positive digrection", Stress and health, vol. 21, no 2, 73-75.

20. Seligman M. (1975), "Helplessness. On depression,

development, and death", Freeman and company, San-Francisco, 250.

21. Tornroos M., Elovainie M., Hintea T., Hintsanen M., Pulkki-Raback L., Jokela M., Lehtimäki T., Olli T., Raitakari & Keltikangas-Järvinen L. (2018), "Personality traits and perceptions of organisational justice", International journal of psychology, vol. 54, no. 3, pp. 414-422. DOI: 10.1002/ijop. 12472.

22. Wheaton B.A. (1982), "Comparison of the moderating effects of x personal coping resources on the impact of exposure to stress in two groups", Journal of community psychology, vol. 10, no. 4, 293-311.

23. Zhou X., Wu X., Li X. & Zhen R. (2018), "The role of posttraumatic fear and social support in the relationship between trauma severity and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Yaan earthquake", International journal of psychology, vol. 53, no 2, pp. 150-156. DOI: 10.1002/ijop. 12281. (Scopus).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бабура Е.В.

- Психиатрическая больница №1
г. Макеевки, ДНР