

Н. Е. Харламенкова <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>

Д. А. Никитина <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>

Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 17-29-02155)

Для цитирования: Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А. Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 5 (116). С. 110-120. DOI 10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120

Статья посвящена изучению отсроченного (посттравматического) стресса, вызванного разными типами стрессогенных ситуаций (смерть близкого человека, опасные для жизни заболевания, дорожно-транспортные происшествия, ситуации физического и эмоционального насилия) в период ранней взрослости, анализу специфических психологических маркеров его интенсивности. В исследовании приняли участие 509 человек (232 мужчины и 277 женщин) в возрасте от 17 до 35 лет ($Me = 21$; $SD = 4,3$). Методы: Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) в русскоязычной адаптации Н. В. Тарабриной с соавторами для диагностики стрессовых событий и их психологических последствий; список стрессовых ситуаций, содержащийся в опроснике Life Events Checklist (LEC-5) for DSM-5; методика Symptom Check List-90-r-Revised (SCL-90-R) в русскоязычной адаптации Н. В. Тарабриной с соавторами использовалась для оценки психопатологической симптоматики. Показано, что наиболее тяжелый по интенсивности посттравматический стресс вызывают ситуации, которые несут угрозу одновременно физическому и психологическому благополучию человека (насилие и опасное для жизни заболевание). При учете уровня психической травматизации и типа стрессора проведен анализ ряда особенностей психопатологической симптоматики. Результаты исследования позволили выделить маркеры тяжелого посттравматического стресса, которыми стали показатели нарушения контакта с реальностью, выражающиеся в дистанцировании человека от окружающей действительности, недоверии миру, подозрительности, фобической тревожности.

Ключевые слова: посттравматический стресс, смерть близкого человека, опасное для жизни заболевание, дорожно-транспортное происшествие, физическое и эмоциональное насилие, враждебность, фобическая тревожность, психотизм.

N. E. Kharlamenkova, D. A. Nikitina

Psychological consequences of the influence of high-intensity stressors of different types

The article is devoted to the study of delayed (post-traumatic) stress caused by different types of stressful situations (death of a loved one, life-threatening diseases, traffic accidents, situations of physical and emotional violence) during early adulthood, the analysis of specific psychological markers of its intensity. The study involved 509 people (232 men and 277 women) aged 17 to 35 years ($Me = 21$; $SD = 4,3$). Methods: Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) in the Russian-language adaptation by N. V. Tarabrina and co-authors for the diagnosis of stressful events and their psychological consequences; the list of stress situations contained in the Life Events Checklist (LEC-5) for DSM-5; the Symptom Check List-90-r-Revised (SCL-90-R) technique in the Russian-language adaptation by N. V. Tarabrina and co-authors was used to evaluate psychopathological symptoms. It has been shown that the most severe in intensity post-traumatic stress causes situations that pose a threat to the physical and psychological well-being of a person at the same time (violence and life-threatening disease). Taking into account the level of mental trauma and the type of stressor, an analysis of a number of features of psychopathological symptoms was carried out. The results of the study made it possible to identify markers of severe post-traumatic stress, which were indicators of violation of contact with reality, expressed in distancing a person from the surrounding reality, distrust of the world, suspicion, phobic anxiety.

Keywords: post-traumatic stress, death of a loved one, life-threatening disease, traffic accident, physical and emotional violence, hostility, phobic anxiety.

Введение. Посттравматический стресс (ПТС) – один из наиболее сложных для понимания феноменов, который в целом следует рассматривать как комплексную, отсроченную реакцию на ин-

тенсивный стрессор, воздействующий на человека в прошлом. Анализ проблемы посттравматического стресса в контексте изучения методологических вопросов организации и проведения психологического исследования с необходимостью обращает наше внимание на проблему непрерывности, недизъюнктивности психического (А. В. Брушлинский), на более сложную, чем непосредственная и прямая связь физических, социальных процессов (например, влияния стрессора), с одной стороны, и психических (например, отдаленных последствий этого влияния) – с другой.

Исследование посттравматического стресса практически невозможно реализовать вне учета временных границ, то есть вне рассмотрения непрерывной связи прошлого, настоящего и будущего. Значимость этого обстоятельства становится наиболее актуальной в том случае, если от момента воздействия/прекращения влияния стрессора до появления очевидных признаков ПТС проходит несколько лет и даже десятилетий, когда травматическая ситуация раннего детства остается в опыте человека старшего (иногда даже пожилого) возраста в качестве актуально переживаемого события [King, 2015].

В последнее время оказались востребованы исследования посттравматического стресса у людей пожилого и старческого возраста, особенно в связи с оценкой общего физического состояния человека и диагностикой его психического статуса. Исследования, проведенные в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, показали, например, что потеря близкого человека в пожилом возрасте не может быть компенсирована средствами социальной поддержки, которая оказывается неспецифичной для совладания с утратой [Харламенкова, 2016]. Наиболее частым вопросом, обсуждаемым в контексте психологии посттравматического стресса в пожилом возрасте, остается тема опасного для жизни заболевания как стрессора высокой интенсивности и его психологических последствий для личности. Определено, что для совладания с ситуацией угрожающего жизни заболевания немаловажное значение имеют физическое и эмоциональное состояние человека, а также ряд демографических показателей, в том числе возраст [Burton, 2015; Romeo, 2020].

Соотношение уровня посттравматического стресса и возраста часто рассматривается как вполне однозначное: предполагается, что, чем старше человек, тем выше уровень психотравматизации. Этот вывод формулируется на основе

вполне разумного объяснения, согласно которому повышение уровня посттравматического стресса и сопряженных с ним психопатологических симптомов обусловлено жизненным опытом человека, который по мере взросления становится богаче, в том числе и на стрессовые, травматические события. Несмотря на очевидность этого вывода, связь уровня посттравматического стресса и возраста чаще всего прослеживается при изучении психологических последствий лишь некоторых травматических событий [Тарабрина, 2016].

Наиболее уязвимая часть населения – дети, подростки, пожилые люди, а также представители опасных профессий, в том числе военные, участвующие в боевых действиях, пожарные, спасатели, которые выступают объектом пристального внимания врачей, психологов, социальных работников [Darnell, 2019; DeViva, 2020]. Выборка людей периода ранней и средней взрослости часто исследуется в связи с решением конкретных задач (например, при оценке уровня психотравматизации у военнослужащих), что, по-видимому, объясняется ее разобщенностью и негомогенностью, а также меньшей доступностью, по сравнению с другими выборками. Несмотря на весомость указанных выше причин, приведем несколько аргументов, подтверждающих необходимость обследования людей *периода ранней взрослости* на предмет анализа ранее пережитых ими травматических событий и психологических последствий их воздействия.

Период ранней взрослости выступает своеобразным рубежом между детством, подростковым и юношеским возрастом, с одной стороны, и взрослостью, которая предполагает упрочение самостоятельности человека и его ответственности во всех жизненных сферах – с другой. В этот период жизни ресурсность переживания таких ранее произошедших травматических событий, как утрата близкого, опасное заболевание, стихийное бедствие, экономическая нужда и др., может быть очень низкой и, вследствие этого, недостаточной для преодоления психологических последствий их травматического воздействия. *Потеря близких людей* – родителей, прародителей, супруга/супруги, переживается как утрата опоры, лишение эмоциональной и инструментальной поддержки, как дефицит ресурса, связанного с передачей жизненного опыта. Молодые люди 20-28-летнего возраста, потерявшие родителей до 16 лет, переживают проблемы, связанные с установлением близких отношений, могут остро реагировать на вынужденную разлуку [Нюег, 2018].

Родители людей, находящихся на стадии ранней взрослости, еще могут сохранять социальную и профессиональную активность, оставаться носителями семейных традиций и ценностей, поэтому их уход из жизни способен лишить 20-28-летних людей опыта адаптации к разным социальным обстоятельствам. Следует допустить, что опыт переживания насильственной смерти близкого человека, а также смерти вследствие самоубийства оказывается более тяжелым, по сравнению с утратой родственника или друга по причине естественной смерти, хотя, конечно, в любом случае потеря близкого воспринимается молодым человеком как трагедия [Hamdan, 2020].

Ситуации *физического и эмоционального насилия* в детстве, подростковом и юношеском возрасте рассматриваются в качестве одной из актуальных научных проблем, связанных, прежде всего, с психологическими последствиями влияния этого стрессора на человека, которые характеризуются тотальностью, длительностью и стойкостью проявления [Волкова, 2018; Gershoff, 2018]. Период ранней взрослости – ответственный этап жизни, в течение которого решаются задачи выбора сферы профессиональной деятельности, развития специальных знаний и умений, создания собственной семьи и др. Насилие, совершаемое над ребенком или подростком в детстве, а также в более старшем возрасте, приводит к формированию виктимного поведения, признаков межличностной сензитивности, недоверия, агрессии и враждебности [Бузина, 2019; Казымова, 2019]. Анализ психологических последствий физического и эмоционального насилия, обнаруживаемых в период ранней взрослости, вероятнее всего, выявит систему психопатологических симптомов, высокий уровень посттравматического стресса, которые могут негативно влиять на профессиональный, личностный рост и на доверительность межличностных отношений.

Период ранней взрослости в меньшей степени, чем средняя и поздняя взрослость, ассоциируется с проблемами физического здоровья. Тем не менее *угрожающие жизни заболевания* сопровождают человека всю жизнь; статистика онкологических заболеваний в детстве, подростковом и юношеском возрасте указывает на этот факт со всей очевидностью. В отличие от эмоционального и физического насилия, случаи которого являются антропогенными стрессорами, опасное для жизни заболевание рассматривается человеком через призму влияния негативных не только внешних (нарушение экологии, например), но и внутренних

факторов [Никитина, 2019]. Нередко опасное для жизни заболевание соотносится с чувством вины и самоосуждением, с осознанием факта нарушения норм здоровьесберегающего поведения. Амбивалентность психологических последствий влияния данного стрессора состоит в сосуществовании или чередовании интернальных (аутоагрессии, самообвинения) и экстернальных (враждебность) реакций. Физическое страдание, боль, длительная реабилитация, неспособность полного восстановления после заболевания отражаются на эмоциональном состоянии ребенка, подростка, молодого человека и нередко являются причинами формирования комплекса неполноценности. По сравнению с более старшим возрастом, период ранней взрослости характеризуется интенсивным включением в профессиональную деятельность, поэтому опыт переживания по поводу тяжелого заболевания может влиять на уверенность человека в своей способности сохранять высокий уровень продуктивности и планировать будущее.

Тревожная статистика *дорожно-транспортных происшествий* (ДТП) показывает, что риск стать жертвой автомобильной аварии очень высок в любом возрасте. Устойчивые негативные переживания, связанные с ДТП, могут стать причиной отказа от вождения автомобиля или поездки на нем в качестве пассажира, фактором появления других сопряженных с этим событием тревог и страхов [Thompson, 2014].

Цель исследования состояла в изучении уровня отсроченного стресса, вызванного разными типами стрессогенных ситуаций в период ранней взрослости, и в определении специфических психологических маркеров его интенсивности.

Гипотезы исследования: 1) стрессогенные ситуации, угрожающие одновременно физическому и психологическому благополучию человека, такие как насилие, опасное для жизни заболевание, вызывают, по сравнению с ситуацией, не несущей угрозы физическому здоровью (например, смерть близкого и др.), наиболее тяжелый посттравматический стресс; 2) психологическими маркерами тяжелого посттравматического стресса являются, прежде всего, показатели нарушения контакта с реальностью, недоверие миру (подозрительность, уход от реальности), фобическая тревожность).

Методики: *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5) в русскоязычной адаптации [Тарабрина, 2017]. Методика предназначена для диагностики и выявления интенсивных стрессовых событий и их психологических последствий. Оценивается степень выраженности симптомов пост-

травматического стресса: навязчивое повторение (кластер В), избегание (кластер С), негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере (кластер D), возбудимость (кластер Е), а также общий индекс психотравматизации, который вычисляется путем суммирования баллов по всем пунктам. Для решения исследовательских задач все события объединялись в группы. В качестве вспомогательного инструмента для группировки событий использовался список стрессовых ситуаций, содержащийся в опроснике Life Events Checklist (LEC-5) for DSM-5.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R) в русскоязычной адаптации [Тарабрина, 2007]. Методика направлена на диагностику психопатологических симптомов: соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии, межличностной сензитивности, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма. В настоящем исследовании данный инструмент применен с целью оценки актуального психопатологического статуса респондента, который может возникать при воздействии стрессоров высокой интенсивности. Для получения более полной картины психопатологического статуса респондента дополнительно были вычислены индексы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов, индекс наличного симптоматического дистресса, общее количество симптомов (число утвердительных ответов).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica_10 и включала в себя расчет описательной статистики – нижний (LQ) и верхний (UQ) квартили, частотный анализ, медианный анализ (Me); анализ групповых различий с применением U-критерия Манна – Уитни и H-критерия Краскала – Уоллеса (уровень значимости $p < 0,05$).

Участники исследования: респонденты, проживающие в разных городах России – Архангельске, Астрахани, Костроме, Москве, Чите (Всего 509 человек: 232 мужчины и 277 женщин – в возрасте 17-35 лет; Me = 21; SD = 4,3). По причине недостаточной у авторов статистики об экологической, криминогенной и т. д. обстановке в разных городах России сопоставление результатов респондентов, проживающих в этих регионах, не проводилось.

Результаты исследования и их анализ. В качестве наиболее психотравмирующих событий респонденты указывали стихийные бедствия (n =

18), пожары (n = 22), дорожно-транспортное происшествие, ДТП (n = 70), насилие физическое и эмоциональное (n = 55), нападение с целью ограбления (n = 12), сексуальное насилие (n = 16), опасное заболевание и травмы (n = 46), душевные страдания (n = 18), убийство (n = 12), смерть (потерю) близкого человека (n = 98), известие о самоубийстве (n = 15), смерть близкого человека в результате несчастного случая (n = 41), разрыв связей со значимым человеком (n = 22), пребывание в зоне боевых действий (n = 7), наличие алкогольной или наркотической зависимостей (n = 6), другие события (единичные упоминания отдельных ситуаций, например, экзамен, гибель домашнего животного, отравление химическим веществом, тюремный срок и др. (n = 51).

Для дальнейшего анализа были выбраны наиболее частотные события: ДТП (n = 70), физическое и эмоциональное насилие (n = 55), опасные заболевания и травмы (n = 46), смерть (потеря) близкого человека (n = 98). Вследствие того, что картина психологических последствий такого события, как смерть близкого человека в результате несчастного случая (n = 41), на данном этапе исследования оказалась не совсем ясной, было принято решение не включать полученные результаты в настоящую статью. Такое же решение было принято относительно категории «другие события» (n = 51), в которую были включены разные по своей природе типы стрессоров высокой интенсивности.

Для проверки *первой гипотезы* результаты диагностики признаков и общего уровня посттравматического стресса в группах респондентов, указавших такие события, как физическое и эмоциональное насилие (различия в уровне ПТС, вызванного эмоциональным и физическим насилием, установлены не были; полученный результат позволил объединить разные виды насилия в одну группу событий), опасное для жизни заболевание, смерть (потеря) близкого человека, дорожно-транспортное происшествие, были сопоставлены между собой. Выявлено, что симптомы и общий уровень ПТС, вызванные первыми двумя событиями, не различаются ($p > 0,05$). Психологические последствия потери близкого человека по критериям D (ухудшение когнитивного функционирования и настроения) и E (физиологическая возбудимость) оказались менее выраженными, по сравнению с переживанием насилия (U = 2115, $p = 0,03$; U = 2094, $p = 0,02$ соответственно). Негативные последствия ДТП оказались незначительными, по сравнению с ситуациями насилия (критерии

рий В – U = 1446,5, p = 0,02; критерий С – U = 1375,5, p = 0,004; критерий D – U = 1145,5, p = 0,0001; критерий E – U = 1369, p = 0,005; общий уровень ПТС – U = 1674, p = 0,001) и угрожающе-го жизни заболевания (критерий В – U = 1174, p = 0,01; критерий С – U = 1285, p = 0,052; критерий D – U = 1127,5, p = 0,006; критерий E – U = 1139, p = 0,007; общий уровень ПТС – U = 1138, p = 0,007).

Сравнение психологических последствий таких событий, как утрата близкого и ДТП, выявило, что последний стрессор оказывает на человека самое слабое влияние, естественно, при учете отсутствия вследствие ДТП тяжелых травм и увечий (критерий В – U = 2032, p = 0,0001; критерий С – U = 2638, p = 0,008; критерий D – U = 2630, p = 0,009; общий уровень ПТС – U = 2365, p = 0,001).

Основываясь на полученных результатах, можно сказать, что первая гипотеза находит свое подтверждение: психотравмирующие ситуации, непо-

средственно связанные с угрозой физического повреждения и психологического неблагополучия, а именно угроза извне (физическое и эмоциональное насилие) или внутренняя угроза (тяжелое заболевание), нарушают привычное функционирование человека, которое проявляется в фиксации на событии в виде навязчивых мыслей и чувств (H = 20,5, p = 0,0001, где H – критерий Краскала – Уоллиса), избегании напоминаний о событии (H = 10,2, p = 0,02), нарушении когнитивных процессов и настроения (H = 18,3, p = 0,0004), физиологическом возбуждении (H = 12,7, p = 0,005), общем высоком уровне ПТС (H = 16,7, p = 0,0008).

Дополнительным аргументом в пользу подтверждения первой гипотезы являются данные сравнения респондентов разных подгрупп с *высоким уровнем* ПТС. С этой целью рассчитывались нижний (LQ) и верхний (UQ) квартили значений переменной «общий уровень ПТС» (Табл. 1).

Таблица 1

Значения нижнего (LQ) и верхнего (UQ) квартилей переменной «общий уровень ПТС» и количество респондентов с низким, средним и высоким уровнем ПТС в группах, указавших разные типы стрессоров

Типы событий	Квартили		Количество респондентов в подгруппах		
	Нижний (LQ)	Верхний (UQ)	Низкий ПТС (ниже LQ)	Средний ПТС (межквартильное пространство)	Высокий ПТС (выше UQ)
Физическое и эмоциональное насилие (n = 55)	4	34	от 0 до 4 баллов n = 14	от 5 до 33 баллов n = 27	от 34 до 71 балла n = 14
Смерть близкого человека (n = 98)	6	23	от 0 до 6 баллов n = 27	от 7 до 22 баллов n = 46	от 23 до 67 баллов n = 25
Опасное заболевание и травмы (n = 46)	5	28	от 0 до 5 баллов n = 12	от 6 до 27 баллов n = 22	от 28 до 60 баллов n = 12
ДТП (n = 70)	1	16	от 0 до 1 баллов n = 22	от 2 до 15 баллов n = 30	от 16 до 47 баллов n = 18

Различия в уровне ПТС не выявлены в подгруппах наиболее психически травмированных респондентов (значения ПТС выше верхнего квартиля), переживших насилие и тяжелое заболевание (Табл. 2). Сравнение данных этих подгрупп с двумя другими (ДТП и смерть близкого человека) показало, что уровень психотравматизации респондентов, столкнувшихся с насилием или опасным для жизни заболеванием, существенно выше.

Различия в переживании последствий травматических стрессоров можно, по-видимому, объяснить трудностями достижения состояния психоэмоционального благополучия при нарушении базовой потребности в суверенности психологического пространства (СПП). По мнению С. К. Нартовой-Бочавер, первый опыт достижения

и сохранения СПП связан с переживанием ребенком защищенности (то есть суверенности) *границ тела* [Нартова-Бочавер, 2008]. Автор пишет, что на ранних этапах становления суверенности предметом защиты является «удовлетворение физиологических потребностей, что вполне сочетается с давно известными данными о высокой сензитивности дошкольного возраста к возникновению стыдливости и развитию психологических травм, связанных с физическим внедрением» [Нартова-Бочавер, 2017, с. 82–83]. Эмоциональное и физическое насилие, а также угрожающие жизни заболевания переживаются субъектом в качестве опыта потери Самости, утраты чувства безопасности и самосохранения, нарушения психоэмоционального благополучия, связанного со

становлением самых ранних форм идентичности. Можно предположить, что, даже если такие травматические события, как насилие или тяжелое заболевание, произошли не в детстве, а позднее, например, в подростковом возрасте, их интенсив-

ное влияние обуславливает *регресс* к раннему опыту становления личности, к опыту формирования телесности [Александров, 2017].

Таблица 2

Сравнение уровня ПТС в подгруппах с высоким уровнем психотравматизации (значения ПТС выше верхнего квартиля), вызванным влиянием разных стрессоров (U-критерий Манна – Уитни)

Психологические последствия влияния НАСИЛИЯ по сравнению с другими стрессорами		Психологические последствия влияния ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ по сравнению с другими стрессорами		
Опасное заболевание	ДТП	Смерть близкого человека	ДТП	Смерть близкого человека
<i>U = 64,0, p = 0,32</i>	<i>U = 26, p = 0,0002</i>	<i>U = 69,5, p = 0,002</i>	<i>U = 35,5, p = 0,002</i>	<i>U = 90, p = 0,05</i>

Прим.: курсивом выделены значимые различия.

Потеря близкого человека так же травматична, как и рассматриваемые выше ситуации, но отличается от них меньшей интенсивностью и, скорее всего, большими возможностями в совладании с переживанием утраты. По мнению Л. А. Головей с соавторами, состояние психоэмоционального благополучия (ПЭБ) – это «интегральная характеристика внутреннего мира личности, отражающая взаимосвязи эвдемонического и гедонистического благополучия в соотношении с базовыми эмоциональными характеристиками» [Головей, 2019, с. 91]. В структуре ПЭБ выделяются личностные (интегративные компоненты психологического благополучия, предложенные К. Рифф, и направленность на саморазвитие), когнитивно-оценочные (удовлетворенность жизнью и восприятие текущей жизненной ситуации) и эмоционально-аффективные (устойчивые эмоциональные состояния, баланс аффекта и переживание счастья, тревожность) показатели психологического благополучия [Головей, 2019, с. 91]. Нарушение психоэмоционального благополучия, соотносимого человеком с базовыми потребностями – самосохранением и безопасностью, связано с риском развития тяжелого ПТС, корреспондирующего с клинической картиной посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Сопоставляя психологические последствия воздействия на человека разных стрессоров, мы предположили, что развитие тяжелых форм ПТС может быть связано со спецификой стрессора, которая, прежде всего, проявляется в изменении отношения к себе и к окружающим людям. В соответствии со *второй гипотезой* ожидалось, что психологическими маркерами тяжелого посттравматического стресса должны выступать показатели нарушения контакта с реальностью, недоверие к миру (подозрительность, уход от реальности,

фобическая тревожность). С целью проверки гипотезы было проведено сравнение показателей психопатологической симптоматики (методика SCL-90-R) в зависимости от уровня ПТС в каждой группе респондентов (насилие, опасное для жизни заболевание, потеря близкого, ДТП).

Анализ результатов позволил определить различия в изменении функционирования личности, пережившей разные стрессовые ситуации, в зависимости от уровня посттравматического стресса (низкий, средний, высокий). Наиболее тяжелая картина наблюдается в группе респондентов, имеющих в анамнезе событие, связанное с физическим или эмоциональным насилием. Выявлено, что уже при низком уровне ПТС показатели психопатологической симптоматики – депрессии, тревожности, враждебности и др., оказываются в значительной степени выраженными и остаются такими при среднем и высоком уровне ПТС. Статистически значимые различия между низким, средним и высоким ПТС получены по показателю психотизма и фобической тревожности (Табл. 3), которые на фоне стабильно неблагоприятной картины личностных изменений ухудшаются по мере увеличения уровня ПТС и в совокупности с межличностной сензитивностью и паранойальностью образуют специфический комплекс характеристик. Полученные данные подтверждают вторую гипотезу исследования о том, что при высоком уровне психотравматизации наблюдается, прежде всего, нарушение контакта с реальностью и, дополнительно, искажение представлений о себе. Выявленные нами особенности достаточно хорошо известны [Князев, 2007; Nietlisbach, Maercker, 2009; Ellickson-Larew, 2020], однако их новизна раскрывается при сравнении результатов группы респондентов, переживших насилие, с показателями других групп (Табл. 3).

В настоящем исследовании приведены данные, указывающие на различия в уровне психопатологической симптоматики, полученные в каждой группе отдельно в зависимости от уровня

ПТС. Сравнение между группами проводилось при оценке характера (профиля) изменения данных SCL-90-r на фоне низкого, среднего и высокого уровней ПТС.

Таблица 3

Значимые различия (критерий Крускал-Уоллиса) в выраженности психопатологической симптоматики (по SCL-90-r) в зависимости от уровня ПТС в разных группах респондентов

Шкалы SCL-90-r	Группы респондентов, переживших разные стрессовые ситуации (указано значение критерия Крускала – Уоллиса)			
	Насилие	Смерть близкого	Опасное заболевание	ДТП
Соматизация	0,85	2,8	11,7**	7,5*
Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)	1,55	1,7	13,9**	8,8**
Интерперсональная чувствительность	3,7	2,4	9,1**	11,3**
Депрессия	2,3	2,6	13,6**	8,9**
Тревожность	4	2,4	20,1**	10,4**
Враждебность	3,2	6,7*	13,5**	13,5**
Навязчивые страхи (фобии)	6,1*	7,2*	10,3**	10,3**
Параноидность (паранояльность)	5,7	2,9	7,4*	12**
Психотизм	8,6**	1,6	7*	13,1**
Общий индекс тяжести GSI	17,7**	8,1**	11,4**	13,8**

Прим.: * – различия на уровне значимости $p < 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p < 0,01$

Верификация первой гипотезы показала, что существенно более высокий уровень посттравматического стресса наблюдается при воздействии на человека таких стрессоров, как насилие (эмоциональное, физическое) и опасное для жизни заболевание. Различия между психологическими последствиями воздействия на человека этих двух видов стрессоров становятся заметными при сравнении психопатологической симптоматики на разных уровнях проявления признаков посттравматического стресса (низком, среднем и высоком). В отличие от психологических последствий насилия, о которых говорилось выше, психопатологическая симптоматика при опасных для жизни заболеваниях нарастает постепенно. Высокие показатели по шкалам психотизма, паранойальности и фобической тревожности обнаруживаются только при интенсивном ПТС, что также подтверждает вторую гипотезу исследования. Специфика переживаний состоит в равномерном – от низкого к высокому уровню ПТС, нарастании *депрессии*, *тревожности* и *враждебности*, то есть возникновении преимущественно невротических реакций, которые обычно не связаны с расстройством психической деятельности.

Похожая картина наблюдается при исследовании изменений психопатологической симптоматики в зависимости от уровня ПТС, вызванного событиями, связанными с ДТП. Как и при рассмотренных выше травматических событиях, на высоком уровне ПТС существенно нарастают все психопатологические симптомы, в том числе психо-

тические реакции. Следует отметить особую роль *враждебности*, которая усиливается от низкого к высокому уровню ПТС. Можно предположить, что враждебность (или ненависть) характеризует проявление активности субъекта, направленной на защиту своей суверенности. Так, С. К. Нартова-Бочавер, ссылаясь на мнение психотерапевтов, пишет, что «в поддержании границ существенную роль играет опыт ненависти: человек может сопротивляться побуждению к чему-то, только если он ненавидит того, кто его заставляет, или то, к чему его склоняют. Ненависть с большей вероятностью возникает у людей, травмированных в детстве, физически или морально» [Нартова-Бочавер, 2017, с. 28]. Наряду с этим, автор далее отмечает, что «стимуляция ненавистью приводит к сверхпрочности и ригидности границ; в некоторых жизненных условиях это вполне адаптивное явление, но стратегически скорее ведет к потере» [Нартова-Бочавер, 2017, с. 28].

У респондентов, указавших в качестве психотравмирующего события смерть близкого человека, наиболее выраженная динамика наблюдается по показателям *фобической тревожности* и *враждебности*. Чем выше уровень ПТС, тем сильнее обе отмеченные особенности. Смерть близкого вызывает немотивированное чувство тревоги, смещенное с утраченного объекта привязанности на другие объекты, приобретающее иррациональный характер и выражающееся в неадекватном отношении к объекту. Невозможность справиться с нарастающей тревогой сопровожда-

ется усилением негативных аффективных состояний – агрессии, раздражительности, гнева, негодования. В отличие от других стрессоров, которые при высоком уровне посттравматического стресса, начинают проявлять себя в виде психотических и паранойяльных реакций, стрессор, связанный с утратой объекта привязанности, существенно влияет на уровень тревоги и враждебности. Последняя, как нам думается, имеет неадаптивный характер.

Обсуждение результатов. Стрессоры высокой интенсивности образуют группу факторов, которые с большой вероятностью нарушают привычное функционирование человека. Специфика влияния этих стрессоров состоит не только в кратковременном, но и в долговременном, отсроченном воздействии на психику человека. Нами показано, что ряд травматических событий – *ДТП, опасное заболевание*, несмотря на различия между ними в уровне посттравматического стресса, отсроченно переживаются в виде постепенно (в зависимости от уровня ПТС) нарастающего комплекса психопатологических симптомов, который при высоком уровне ПТС, корреспондирующем с клинической картиной ПТСР, включает в себя и психотические симптомы. Выявлено, что уже при среднем уровне ПТС существенно возрастает уровень тревожности, а в случае тяжелого заболевания – и депрессивности. Указанные признаки относятся к невротической симптоматике, но могут нести выраженный негативный характер при сопутствующем им уровне враждебности.

Анализ современных исследований показывает, что враждебность часто рассматривается в качестве личностного фактора тревожных и депрессивных расстройств, однако мнения относительно того, является враждебность устойчивой личностной особенностью пациентов с депрессивными расстройствами или выступает вторичной реакцией на болезнь, до сих пор высказываются как оппонентные суждения [Гаранян, 2011]. Ссылаясь на работы А. Б. Холмогоровой, которой была предложена многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, Н. Г. Гаранян отмечает, что в соответствии с данной моделью враждебность рассматривается в качестве личностной переменной, которая входит в комплекс психологических характеристик депрессивных и тревожных расстройств. Подчеркивается важнейшая роль семейных отношений в формировании недоверия другим людям, вызванного «жестоким обращением в семье», и в дальнейшем становления «враждебности как индивидуальной характе-

ристики, во взрослом возрасте объединяющей ресурсы социальной поддержки больного» [Гаранян, 2011].

При исследовании психологических последствий *утраты близкого человека* враждебность оказалась сопряженной с высоким уровнем посттравматического стресса. Нами показано, что при повышении ПТС сначала (то есть при средних значениях стресса) наблюдается увеличение показателей фобической тревожности, вызванной смещением тревоги с объекта утраты на другие объекты. Можно предположить, что иррациональная тревога потери близкого связана с тревогой сепарации и деформирующим чувством одиночества. При высоком уровне ПТС существенно меняется не только уровень фобической тревожности, но и уровень враждебности, которые демонстрируют проявление страха и гнева в ответ на фрустрацию потребности в помощи и поддержке.

Враждебность может принимать разные формы: как невротическая она возникает реактивно, в ответ на потерю доверия миру, который вследствие утраты близкого перестал быть для человека стабильным и предсказуемым; психотический вариант враждебности, которому сопутствуют фобическая тревога и паранойяльность, выражается чувством потери безопасности, подозрительностью, ощущением угрозы, исходящей от мира.

Психотический вариант враждебности выявлен нами при исследовании психологических последствий воздействия таких стрессоров, как *эмоциональное и физическое насилие*, которые в определенной мере можно сравнить с ситуацией потери близкого. Различия, однако, состоят в том, что смерть близкого воспринимается как непреднамеренное событие, а насилие – как осознанное и целенаправленное воздействие. Скорее всего, именно из-за недоброжелательного и агрессивного отношения со стороны близких людей психологические последствия эмоционального и физического насилия оказываются наиболее драматическими: профиль психопатологических симптомов превышает показатели остальных респондентов уже при низком уровне ПТС, а при его высоких значениях симптомы паранойяльности, фобической тревожности, межличностной сензитивности, психотизма выступают психологическими маркерами нарушения контакта с реальностью, недоверия миру (подозрительности, ухода от реальности и др.).

Завершая исследование психологических последствий влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа, можно было бы сделать вывод

о том, что специфика самого стрессора определяет особенности посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. Придерживаясь взглядов С. Л. Рубинштейна и его учеников, мы полагаем, что в общих тенденциях, выявленных нами, действительно отражаются особенности травмирующей ситуации, однако от того, какие именно личностные особенности, прошлый опыт, актуальное эмоциональное состояние личности и какой ресурс социальной поддержки имеет человек, зависит его психоэмоциональное благополучие в настоящем и в будущем, его возможности преодоления трудных жизненных ситуаций.

Выводы

1. Показано, что стрессогенные ситуации, угрожающие одновременно физическому и психологическому благополучию человека, такие как насилие, опасное для жизни заболевание, вызывают, по сравнению с ситуацией, не несущей угрозы физическому здоровью (например, смертью близкого и др.), наиболее тяжелый посттравматический стресс.

2. Выявлено, что психологическими маркерами тяжелого посттравматического стресса являются, прежде всего, показатели нарушения контакта с реальностью, недоверие миру (подозрительность, уход от реальности, фобическая тревожность).

3. В зависимости от уровня посттравматического стресса и типа стрессора проведен анализ особенностей психопатологической симптоматики и определена роль различных симптомов, в том числе враждебности, фобической тревожности, психотизма и др., в переживании последствий воздействия стрессоров высокой интенсивности.

Библиографический список

1. Александров Ю. И. Регрессия как этап развития / Ю. И. Александров и др. Москва : Когито-Центр, 2017.
2. Бузина А. А. Виктимность и ее связь с переживанием оскорбления в период средней зрелости // Психология – наука будущего : материалы VIII Международной конференции молодых ученых (19-20 ноября 2019 г., Москва) / отв. ред. Е. А. Сергиенко, Н. Е. Харламенкова. Москва : Институт психологии РАН, 2019. С. 58-61.
3. Волкова Е. Н. Опыт насилия, пережитого в детстве, и психологическое благополучие студентов / Е. Н. Волкова, И. В. Волкова, А. В. Правделова // XIV Научно-практическая конференция «Психология образования: вызовы и риски современного детства» : сб. материалов конференции. Москва : МГППУ, 2018. С. 35-39.
4. Гаранян Н. Г. Теоретические модели и эмпирические исследования враждебности при депрессивных

и тревожных расстройствах // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2011. № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Дата обращения: 09.07.2020).

5. Казымова Н. Н. Психотравмирующие последствия переживания эмоционального насилия женщинами раннего взрослого возраста / Н. Н. Казымова, Ю. В. Быховец, Е. Н. Дымова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. № 4. С. 78-83.

6. Князев Г. Г. Экстраверсия, психотизм и чувствительность к награде: нейрофизиологические основы двух личностных конструктов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2007. Т. 4. № 1. С. 47-78.

7. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. Санкт-Петербург : Питер, 2008.

8. Нартова-Бочавер С. К. Психология суверенности: десять лет спустя. Москва : Смысл, 2017.

9. Никитина Д. А. Особенности жизненной перспективы у пациентов в диагнозом «менингиома» // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. № 3. С. 108-111.

10. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. Москва : Когито-центр, 2007. 208 с.

11. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды зрелости / Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, Ю. В. Быховец, Л. Ш. Мустафина, О. А. Ворона, Н. Н. Казымова, Е. Н. Дымова, Н. Е. Шаталова // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 6. С. 94-108.

12. Тарабрина Н. В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Н. В. Тарабрина и др. Москва : Институт психологии РАН, 2017.

13. Харламенкова Н. Е. Переживание утраты в пожилом возрасте // Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы / отв. ред. М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н. Е. Харламенкова. Москва : Институт психологии РАН, 2016. С. 169-191.

14. Burton C. L., Galatzer-Levy I. R., Bonanno G. A. Treatment type and demographic characteristics as predictors for cancer adjustment: Prospective trajectories of depressive symptoms in a population sample // Health Psychology. 2015. 34(6). P. 602-609.

15. Darnell D., Flaster A., Hendricks K., Kerbrat A., Comtois K. A. Adolescent clinical populations and associations between trauma and behavioral and emotional problems // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2019. 11(3). P. 266-273.

16. DeViva J. C., Rosen M. I., Cooney N. L., Black A. C. Ecological momentary assessment of sleep and PTSD symptoms in a veteran sample // Psychological

Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. 12(2). P. 186-192.

17. Ellickson-Larew S., Stasik-O'Brien S. M., Stanton K., Watson D. Dissociation as a multidimensional transdiagnostic symptom // Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. 2020. 7(2). P. 126-150.

18. Gershoff E. T., Goodman G. S., Miller-Perrin C. L., Holden G. W., Jackson Y., Kazdin A. E. The strength of the causal evidence against physical punishment of children and its implications for parents, psychologists, and policymakers // American Psychologist. 2018. 73(5). P. 626-638.

19. Hamdan S., Berkman N., Lavi N., Levy S., Brent D. The effect of sudden death bereavement on the risk for suicide: The role of suicide bereavement // Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2020. 41(3). P. 214-224.

20. Høeg B. L., Johansen C., Christensen J., Frederiksen K., Dalton S. O., Dyregrov A., Bøge P., Dencker A., Bidstrup P. E. Early parental loss and intimate relationships in adulthood: A nationwide study // Developmental Psychology. 2018. 54(5). P. 963-974.

21. King D. B., Cappeliez P., Carmel S., Bachner Y. G., O'Rourke N. Remembering genocide: The effects of early life trauma on reminiscence functions among Israeli Holocaust survivors // Traumatology. 2015. 21(3). P. 145-152.

22. Nietlisbach G., Maercker A. Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2009. Vol 1(4). Dec. P. 323-331.

23. Romeo A., Di Tella M., Ghiggia A., Tesio V., Torta R., Castelli L. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Are depressive symptoms really negative predictors? // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. 12(3). P. 244-250.

24. Thompson J., O'Donnell M., Stafford L., Nordfjaern T., Berk M. Association between attributions of responsibility for motor vehicle crashes, depressive symptoms, and return to work // Rehabilitation Psychology. 2014. 59(4). P. 376-385.

Reference list

1. Aleksandrov Ju. I. Regressija kak jetap razvitija = Regression as a development stage / Ju. I. Aleksandrov i dr. Moskva : Kogito-Centr, 2017.

2. Buzina A. A. Viktimnost' i ee svjaz' s perezhivaniem oskorblenija v period srednej vzroslosti = Victimhood and its relationship to experiencing insult in middle adulthood // Psihologija – nauka budushhego : materialy VIII Mezhdunarodnoj konferencii molodyh uchenyh (19-20 nojabrja 2019 g., Moskva) / otv. red. E. A. Sergienko, N. E. Harlamenkova. Moskva : Institut psihologii RAN, 2019. S. 58-61.

3. Volkova E. N. Opyt nasilija, perezhitogo v detstve, i psihologicheskoe blagopoluchie studentov = Experiences of childhood violence and student psychological well-being / E. N. Volkova, I. V. Volkova, A. V. Pravodelova // XIV Nauchno-prakticheskaja konferencija «Psihologija

obrazovaniya: vyzovy i riski sovremennogo detstva» : sb. materialov konferencii. Moskva : MGPPU, 2018. S. 35-39.

4. Garanjan N. G. Teoreticheskie modeli i jempiricheskie issledovanija vrazhdebnosti pri depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstvah = Theoretical models and empirical researches of hostility at depressive and anxiety disorders // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal. 2011. № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Data obrashhenija: 09.07.2020).

5. Kazymova N. N. Psihotravmirujushhie posledstvija perezhivaniya jemocional'nogo nasilija zhenshhinami ranego vzroslogo vozrasta = Psycho-traumatic consequences of experiencing emotional violence in early adulthood women / N. N. Kazymova, Ju. V. Byhovec, E. N. Dymova // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Pedagogika. Psihologija. Sociokinetika. 2019. № 4. S. 78-83.

6. Knjazev G. G. Jekstraversija, psihotizm i chustvitel'nost' k nagrade: nejrofiziologicheskie osnovy dvuh lichnostnyh konstruktov = Extroversion, psychotism and reward sensitivity: neurophysiological foundations of two personal constructs // Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki. 2007. T. 4. № 1. S. 47-78.

7. Nartova-Bochaver S. K. Chelovek suverennyj: psihologicheskoe issledovanie sub#ekta v ego bytii = Sovereign man: psychological study of a subject in his existence Sankt-Peterburg : Piter, 2008.

8. Nartova-Bochaver S. K. Psihologija suverennosti: desjat' let spustja = Psychology of sovereignty: ten years later. Moskva : Smysl, 2017.

9. Nikitina D. A. Osobennosti zhiznennoj perspektivy u pacientov s diagnozom «meningioma» = Features of life perspective in patients diagnosed with «meningioma» // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Pedagogika. Psihologija. Sociokinetika. 2019. № 3. S. 108-111.

10. Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttraumaticeskogo stressa. Ch. 1. Teorija i metody = A practical guide to the psychology of post-traumatic stress. P. 1. Theory and methods / N. V. Tarabrina, V. A. Agarkov, Ju. V. Byhovec i dr. Moskva : Kogito-centr, 2007. 208 s.

11. Tarabrina N. V. Posttraumaticeskij stress i kartina travmaticheskikh sobytij v raznye periody vzroslosti = Post-traumatic stress and the pattern of traumatic events in different periods of adulthood / N. V. Tarabrina, N. E. Harlamenkova, Ju. V. Byhovec, L. Sh. Mustafina, O. A. Vorona, N. N. Kazymova, E. N. Dymova, N. E. Shatalova // Psihologicheskij zhurnal. 2016. T. 37. № 6. S. 94-108.

12. Tarabrina N. V. Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoy bezopasnosti = Intense stress in the context of psychological safety / N. V. Tarabrina i dr. Moskva : Institut psihologii RAN, 2017.

13. Harlamenkova N. E. Perezhivanie utraty v pozhiplom vozraste = Experiencing loss in old age // Psihologicheskie issledovanija lichnosti: istorija, sovremennoe

sostojanie, perspektivy / otv. red. M. I. Volovikova, A. L. Zhuravlev, N. E. Harlamenkova. Moskva : Institut psihologii RAN, 2016. S. 169-191.

14. Burton C. L., Galatzer-Levy I. R., Bonanno G. A. Treatment type and demographic characteristics as predictors for cancer adjustment: Prospective trajectories of depressive symptoms in a population sample // *Health Psychology*. 2015. 34(6). P. 602-609.

15. Darnell D., Flaster A., Hendricks K., Kerbrat A., Comtois K. A. Adolescent clinical populations and associations between trauma and behavioral and emotional problems // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019. 11(3). P. 266-273.

16. DeViva J. C., Rosen M. I., Cooney N. L., Black A. C. Ecological momentary assessment of sleep and PTSD symptoms in a veteran sample // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020. 12(2). P. 186-192.

17. Ellickson-Larew S., Stasik-O'Brien S. M., Stanton K., Watson D. Dissociation as a multidimensional transdiagnostic symptom // *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2020. 7(2). P. 126-150.

18. Gershoff E. T., Goodman G. S., Miller-Perrin C. L., Holden G. W., Jackson Y., Kazdin A. E. The strength of the causal evidence against physical punishment of children and its implications for parents, psychologists, and policymakers // *American Psychologist*. 2018. 73(5). P. 626-638.

19. Hamdan S., Berkman N., Lavi N., Levy S., Brent D. The effect of sudden death bereavement on the risk for suicide: The role of suicide bereavement // *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2020. 41(3). P. 214-224.

20. Høeg B. L., Johansen C., Christensen J., Frederiksen K., Dalton S. O., Dyregrov A., Bøge P., Dencker A., Bidstrup P. E. Early parental loss and intimate relationships in adulthood: A nationwide study // *Developmental Psychology*. 2018. 54(5). P. 963-974.

21. King D. B., Cappeliez P., Carmel S., Bachner Y. G., O'Rourke N. Remembering genocide: The effects of early life trauma on reminiscence functions among Israeli Holocaust survivors // *Traumatology*. 2015. 21(3). P. 145-152.

22. Nietlisbach G., Maercker A. Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2009. Vol 1(4). Dec. P. 323-331.

23. Romeo A., Di Tella M., Ghiggia A., Tesio V., Torta R., Castelli L. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Are depressive symptoms really negative predictors? // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020. 12(3). P. 244-250.

24. Thompson J., O'Donnell M., Stafford L., Nordfjaern T., Berk M. Association between attributions of responsibility for motor vehicle crashes, depressive symptoms, and return to work // *Rehabilitation Psychology*. 2014. 59(4). P. 376-385.