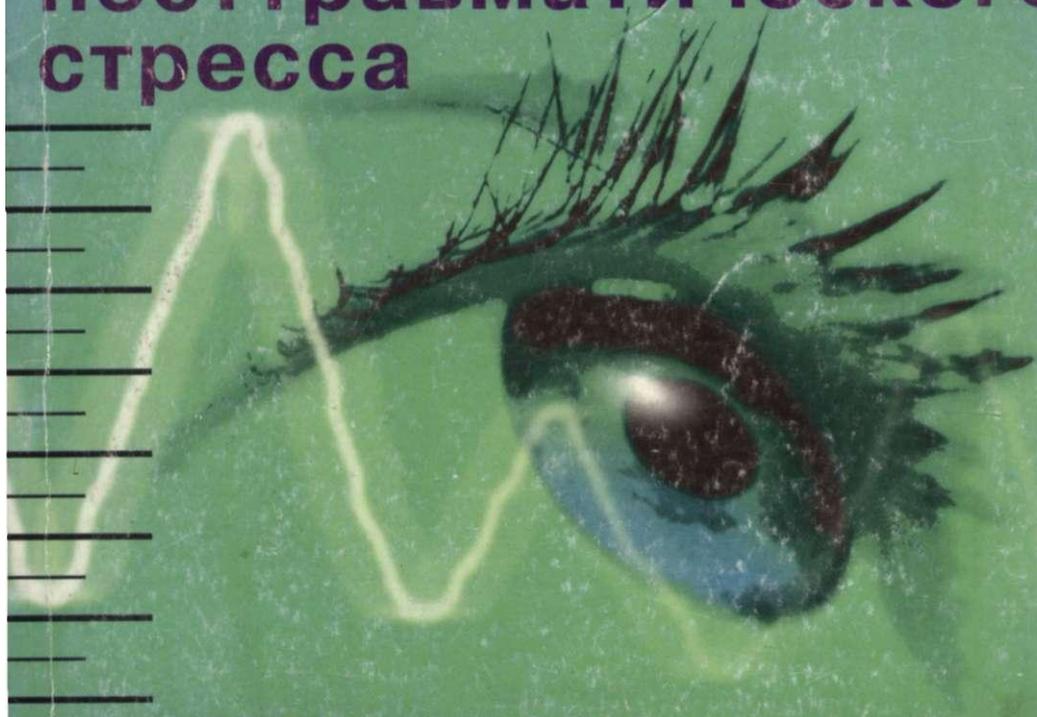


ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ

Н. В. Тарабрина

ПРАКТИКУМ

**по психологии
посттравматического
стресса**



 **ПИТЕР**

Тарабрина Надежда Владимировна
**ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА**

*Серия «Практикум по психологии»**

Главный редактор	<i>В. Усманов</i>
Заведующий психологической редакцией	<i>А. Зайцев</i>
Зам. зав. психологической редакцией	<i>И. Карпова</i>
Ведущий редактор	<i>А. Борт</i>
Художник обложки	<i>К. Радзевич</i>
Корректор	<i>Н. Викторова</i>
Верстка	<i>А. Борт</i>

ББК 53.57+88.4 УДК 616-001.36+615.851

Т19 Тарабрина Н. В.

Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с: ил. — (Серия «Практикум по психологии»).

ISBN 5-272-00399-3

В книге представлены обзоры по истории, теории, клинко-психологической диагностике посттравматического стресса, психотерапии и современному состоянию этой проблемы в отечественной и зарубежной психологии.

Представлены русскоязычные версии психологических методов, наиболее широко используемых в мировой психологической практике изучения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

© Н. В. Тарабрина, 2001

© Издательский дом «Питер». 2001

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 5-272-00399-3

ЗАО «Питер Бук», 196105. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67.

Лицензия ИД № 01940 от 05.06.2000.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 95 3000 — книги и брошюры.

Подписано к печати 18.07.01. Формат 60 * 90/16. Усл. п. л. 17. Тираж 5000 экз. Заказ 2036.

Отпечатано с готовых диапозитивов в АОТ «Типография „Правда“».

191119, С.-Петербург. Социалистическая ул., 14.

Оглавление

Предисловие.....	7
ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА.....	11
Введение.....	12
Глава 1. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий.....	14
Глава 2. Исторический обзор.....	19
Исследования последствий катастроф.....	23
Исследования ПТСР у жертв преступлений.....	24
Исследования ПТСР у жертв сексуального насилия.....	25
Стресс радиационной угрозы и его последствия.....	28
Суицидальное поведение и ПТСР.....	36
Глава 3. Теоретические модели ПТСР.....	43
Глава 4. Критерии диагностики ПТСР.....	49
Диагностические критерии ПТСР в классификациях психических и поведенческих расстройств.....	49
Эпидемиология.....	54
Характеристика психических функций при ПТСР.....	56
Семейный и интерперсональный контекст.....	57
Глава 5. Особенности посттравматического стресса у детей.....	61
События, связанные с военными действиями.....	61
Стихийные бедствия и катастрофы.....	62
Террористические акты.....	63
Тяжелое соматическое заболевание.....	63
Смерть близкого человека.....	63
Психологические последствия насилия у детей.....	64
Особенности проявления ПТСР у детей.....	72

Глава 6. Диссоциация и посттравматический стресс	76
Определение понятия «диссоциация»	76
Диссоциативные феномены	80
Методики для оценки диссоциации	84
Эмпирические исследования диссоциативных феноменов	87
Роль диссоциации в совладании с психической травмой	88
Глава 7. Лечение ПТСР	95
Психофармакологическая терапия	95
Психотерапия ПТСР	95
Заключение	111
ЧАСТЬ II. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	115
Введение	116
Глава 8. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS)	118
Глава 9. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R — IES-R)	125
Краткая история создания шкалы оценки влияния травматического события — ШОВТС	125
Развитие ШОВТС (IES-R)	130
Результаты применения ШОВТС (IES-R) в отечественных исследованиях	131
Глава 10. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций	140
Результаты применения миссисипской шкалы в отечественных исследованиях	141
Глава 11. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R)	146
История создания SCL-90-R	146
Описание методики	147
Проведение методики и ее характеристики	147
Использование методики	148
Основные дефиниции	149

Операциональные определения	
шкал <i>SCL-90-R</i>	149
Подсчет баллов по шкалам <i>SCL-90-R</i>	155
Подсчет в ситуации недостатка данных.....	156
Интерпретация.....	156
Надежность и валидность шкал <i>SCL-90-R</i>	157
Глава 12. Опросник депрессивности Бека	
(<i>Beck Depression Inventory — BDI</i>).....	182
Когнитивно-аффективная субшкала (<i>cognitive—affective, C—A</i>) и	
субшкала соматизации (<i>somatic—perfomance, S—P</i>) опросника	
депрессивности Бека.....	183
Глава 13. Методы диагностики посттравматического	
 стрессового расстройства у детей	191
Полуструктурированное интервью для оценки	
травматических переживаний детей.....	191
Родительская анкета для оценки	
травматических переживаний детей.....	194
Глава 14. Шкала диссоциации	
(<i>Dissociative Experience Scale — DES</i>).....	197
Русскоязычный вариант <i>DES</i>	200
Валидность русской версии <i>DES</i>	202
ПРИЛОЖЕНИЕ (бланки методик)	209
Шкала для клинической диагностики ПТСР	
(<i>Clinical-administered PTSD Scale — CAPS</i>).....	210
Шкала оценки влияния травматического события	
(<i>Impact of Event Scale-R</i>).....	225
Миссисипская шкала (военный вариант).....	228
Миссисипская шкала (гражданский вариант).....	233
Опросник выраженности психопатологической симптоматики	
(<i>Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R</i>).....	238
Опросник депрессивности Бека	
(<i>Beck Depression Inventory — BDI</i>).....	245
Полуструктурированное интервью для оценки	
травматических переживаний детей.....	249

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей.....	254
Опросник перитравматической диссоциации.....	258
Шкала диссоциации (<i>Dissociative Experience Scale — DES</i>).....	261
Шкала оценки интенсивности боевого опыта (<i>Combat Exposure Scale</i>).....	267

Предисловие

Последнее десятилетие в ушедшем веке в Институте психологии Российской академии наук вплотную занялись изучением психологических и психофизиологических проблем посттравматического стресса. Вначале это была группа научных сотрудников, затем — лаборатория, название которой менялось по мере того как расширялся круг изучаемых вопросов, и в настоящем — это лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии. За это время произошло много изменений как в стране, так и в отечественной психологии. Включение проблематики посттравматического стресса в русло академических исследований безусловно можно отнести к числу позитивных. В самом общем смысле речь идет об изучении психологических последствий переживания людьми ситуаций, с которыми человечество сталкивается на протяжении всей истории своего существования. Высокое искусство греческих трагедий — блистательный пример гениального отражения катастроф, драм и коллизий человеческого бытия. И в дальнейшей истории искусства, в его лучших образцах, мы находим воплощение драматических сторон человеческого существования и, что для психологов является главным, тех изменений, позитивных и негативных, которые происходят с человеком ПОСЛЕ. Нельзя сказать, что отечественная психология не занималась проблемами воздействия на психику экстремальных ситуаций. Огромное количество наблюдений, эмпирических и экспериментально-психологических, выполнено в общей, а особенно в авиационной и космической психологии, что было во многом вызвано социальным заказом: необходимостью качественного психолого-профессионального отбора и подготовки людей к деятельности в особых условиях. Поскольку настоящая

книга предназначена в основном молодым специалистам, то представляется не лишним напомнить, что начать исследования негативных последствий пребывания человека в катастрофических для его жизни ситуациях стало возможно только в последнее десятилетие, в эпоху «гласности». И надо сказать, что в настоящее время мы можем наблюдать, как в средствах массовой информации идет явная «сверхакцентуация» на отражении «сверхэкстремальных» ситуаций в нашей жизни. Это можно отметить и в научной психологической жизни: количество научных коллективов, отдельных исследователей, студентов психологических факультетов, занимающихся или интересующихся проблемами посттравматического стресса, стремительно растет. Такое положение вещей и послужило главным мотивом для написания данного практикума. Приступив к изучению вопросов посттравматического стресса и проанализировав состояние этой проблемы в зарубежной и отечественной психологии, пришлось признать, что мы, в отличие от наших зарубежных, в основном американских, коллег практически не располагаем психологическим инструментарием для диагностики посттравматических состояний. Было очевидно, что для начала работы в этом направлении необходимо подготовить русскоязычные версии психологических методик, используемых для измерения посттравматических состояний. Такая работа стала возможной после установления делового контакта с психофизиологической лабораторией *Harvard Medical School* (США), возглавляемой профессором Р. Питмэном, известным исследователем в области посттравматического стресса. Была достигнута договоренность о работе в рамках совместного кросс-культурального проекта, одной из задач которого было сопоставление особенностей посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войн в Афганистане и во Вьетнаме, впоследствии подкрепленная грантами Национального института психического здоровья (США), фондом Сороса и фондом РФФИ. Первым этапом этой работы был перевод и апробация комплекса методик, которые использовались для определения ПТСР у ветеранов Вьетнама. Ситуация во многом напоминала тот этап в развитии нашей психологии, когда в нее стали «проникать» зарубежные методики и тесты, многие из которых успешно адаптированы и так же успешно используются в психологической практике.

По мере того как продвигалось наше исследование и его результаты публиковались в научных изданиях, возрастал интерес к упомянутым или кратко описанным методикам, которые использовались в

работе. Следует также заметить, что до 1994 г. диагноз ПТСР в Международной классификации болезней девятого пересмотра (МКБ-9) отсутствовал, в отличие от Американского классификатора психических болезней. После введения МКБ-10, в котором ПТСР выделено в качестве самостоятельного расстройства, интерес к методам диагностики ПТСР усилился. Несмотря на то что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, психотерапия и психологическая диагностика — все это в большей степени относится к компетенции клинического психолога.

Книга состоит из двух частей: теоретической и практической. В теоретической — представлен обзор работ по проблемам травматического стресса. Сделать его всеобъемлющим не представляется возможным, так как количество публикаций в компьютерной базе данных уже превысило 10 тысяч источников. И данную часть работы правильнее было бы назвать «введение в проблему». Вторая часть — комплекс методик, который был использован в работе лаборатории. Здесь тоже надо отметить, что количество методик, специально разработанных или используемых в психодиагностике ПТСР, уже более 200, но данная батарея относится к числу наиболее часто употребляемых. В приложении приведены бланки методик.

Нельзя сказать, что предлагаемые методики полностью прошли процедуры стандартизации. Представлены результаты их использования на достаточно большом и разнообразном контингенте, и одна из целей их публикации заключается в том, чтобы скоординировать усилия заинтересовавшихся специалистов и в будущем довести эту работу до необходимого психометрического стандарта.

Книга — результат многолетней работы коллектива сотрудников, которая была бы невозможна без активной поддержки дирекции Института психологии и американских партнеров, Р. Питмэна, С. Орра и Н. Ласко, — пользуясь случаем, выражаем им свою искреннюю признательность. Большая работа по переводу и апробации методик, а также анализу литературы была проделана Лазебной Е. О. В сборе материала принимали участие Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Котенев И. О., Леви М. В., Юдева Т. Ю., Петрова Г. А., а также аспиранты и студенты — Андрейчикова О., Дороднева Н. Б., Епутаев Я. Ю., Ермаков Т. В., Захарова Д. М., Иконникова М. В., Киселева Е. В., Соловьева П. В., Цыбина Д. В., которым мы также выражаем глубокую благодарность.

Н. В. Тарабрина

ЧАСТЬ I

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССА**

Введение

В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и «горячих точек» в различных регионах планеты. Мир буквально захлестывает эпидемия тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются прежде всего сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Психологические аспекты переживания травматического стресса и его последствия изучаются, как правило, в контексте общих проблем деятельности человека в экстремальных условиях, исследований адаптационных возможностей человека и его стресс-толерантности. Результаты подобных исследований как бы фокусируют социальные, природные, технологические, индивидуально-психологические, экологические и медицинские аспекты существования человека в современном мире.

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию, отражаться в течении или клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Однако, несмотря на такое (сугубо теоретическое) утверждение, следует подчеркнуть, что, во-первых, ПТСР — это *одно* из возможных психологических последствий

переживания травматического стресса и, во-вторых, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у $1/5$ части лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). Именно эта часть и является объектом изучения специалистов в области травматического стресса. Больные ПТСР могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений, хотя в психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т. д.) несомненно находят отражение. Однако главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызвали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

За последние десятилетия в мировой науке резко возросло количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу. Можно говорить о том, что исследования в области травматического стресса и его последствий для человека выделились в самостоятельную междисциплинарную область науки. В нашей стране, несмотря на высокую актуальность этой проблемы, ее разработка находится на начальной стадии, имеются отдельные научные коллективы психологов и психиатров, которые занимаются ее изучением.

Глава 1

Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий

Исторически исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса. Несмотря на некоторые попытки навести теоретические мосты между «стрессом» и «посттравматическим стрессом», и поныне эти две области имеют мало общего. Центральными положениями в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Гансом Селье (Селье Г., 1992), является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Все агенты, действующие на организм, он подразделил на *специфические* (вирус гриппа вызывает грипп) и *неспецифические* стереотипные эффекты стресса, которые проявляются в виде *общего адаптационного синдрома*. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии: 1) реакцию тревоги; 2) стадию резистентности и 3) стадию истощения. Селье ввел понятие *адаптационной энергии*, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение, по мнению Селье, необратимо и ведет к старению и гибели организма.

Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома присвоено наименование «эмоциональный стресс» — т. е. аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин П. К., 1973, Судачков К. С., 1981), что связано с вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. В слу-

чае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое вкупе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей *стресс может стать причиной серьезных расстройств*. (Исаев Д. Н., 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы.

Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны, и устойчивость к ним у разных людей различна. Стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение (Everly G. S., Rosenfeld R., 1985).

Согласно современным воззрениям, стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают *травматические события* — экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического

стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это *непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.*

Некоторые из известных исследователей стресса, такие как Лазарус, являясь последователями Г. Селье, по большей части игнорируют ПТСР, как и другие расстройства, в качестве возможных последствий стресса, ограничивая поле внимания исследованиями особенностей эмоционального стресса.

Концепции «травматического горя» Линдермана (1944) и «синдрома стрессовой реакции» Горовица (1986) часто приводятся как пример расширения концепции классической теории стресса. Однако эти модели включают понятия о фазе восстановления или ассимиляции, суть которых сводится к пролонгированной борьбе с последствиями экстремального или травматического стресса. Авторы этих концепций указывают, что для перенесших психическую травму характерны переживания психического дискомфорта, дистресса, тревоги и горя в течение этого периода.

Попытки рассматривать эти концепции как разновидность классической теории стресса, видимо, проистекают из обозначения авторами вышеописанных реакций как «стресс» и «хронический стресс». Хронический стресс не ограничен ситуацией воздействия стрессора. Реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни. С теоретической точки зрения было бы более корректно использовать термины «стресс» для обозначения непосредственной реакции на стрессор и «посттравматические психические нарушения» для отсроченных последствий травматического стресса.

Различия между исследованиями в области стресса и травматического стресса носят методологический характер. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также оценке степени травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности. Такие психометрические инструменты, как шкала оценки воздействия травматического события Горовица и Миссиссипская шкала ПТСР Кина (они представлены в ча-

сти II практикума), были разработаны для оценки этих специфических последствий психической травмы.

Исследования в области стресса в основном носят экспериментальный характер с использованием специальных планов эксперимента в контролируемых условиях. Исследования, посвященные проблеме травматического стресса, напротив, носят натуралистический, ретроспективный характер и по большей части могут быть отнесены к наблюдению. Исследователи травматического стресса склонны к измерениям переменных, имеющих концептуальный, категориальный характер результата (измерения развития расстройства). Исследователи в области стресса предпочитают иметь дело с континуальными переменными.

Хобфолл (1988) предложил точку зрения, которая может послужить связующим элементом между концепциями стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражается в идее тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, который заключается в консервации адаптационных ресурсов («притвориться мертвым»). Похожая точка зрения высказана Кристэлом (1978), который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», а также последующие нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия — основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия. Другие термины, описывающие экстремальную реакцию на тотальный стресс, — диссоциация и дезорганизация.

Выражаясь метафорически, два подхода: стресс и травматический стресс — включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и «нормальности», а с другой — разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии.

Список литературы

1. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональной системы // Принципы системной организации функций. — М., 1973.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996.
3. Селье Т. Очерки об адапционном синдроме. — М.: МЕДГИЗ, 1960.
4. Судаков К. В. Системное квантование жизнедеятельности: Системокванты физиологических процессов. — М., 1997. — С. 9-53.

5. *Everly G. S.Jr.* A clinical guide to the treatment of human stress response. - N. Y.: Plenum Press, 1989.
6. *Hobfoll S. E.* The ecology of stress. - N. Y.: Hemisphere, 1988.
7. *Horowitz M.J.* Stress-response syndromes (2nd ed.). — Northvale, NJ: Aronson.
8. *Krystal H.* Trauma and affect // Psychoanalytic study of the child. — 1978.-V. 33.-P. 81-116.
9. *Lazarus R. S.* Psychological stress and the coping process. — N. Y.: McGraw-Hill, 1966.
10. *Lindermann E.* Symptomatology and management of acute grief // American Journal of Psychiatry. — 1944. — V. 101 — P. 141-148.

Глава 2

Исторический обзор

Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложились окончательно к 1980-м гг., однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий. В 1666 г. в дневнике Samuel Pepys сделана запись спустя шесть месяцев после того, как он оказался свидетелем большого пожара в Лондоне: «Это странно, но до сегодняшнего дня не могу проспать и ночи без ужасов пожара; и что этой ночью я не мог уснуть почти до двух часов из-за мыслей о пожаре» (цит. по Daly, 1983, с. 66). Подобные переживания описывал DaCosta в 1871 г. у солдат во время Гражданской войны в Америке. Он называл это состояние «солдатским сердцем», наблюдая вегетативные реакции со стороны сердца.

Эмиль Крепелин, блестящий нозолог XIX в., использовал термин *schreckneurose* («невроз пожара») для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Это состояние наблюдается после серьезных несчастных случаев, особенно пожаров, железнодорожных катастроф или столкновений.

В 1889 г. Х. Оппенгейм (H. Oppenheim) ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Много наблюдений за развивавшимися после участия в боевых действиях психопатологическими состояниями было сделано во время Первой мировой войны.

Психологическими проблемами участников Первой мировой и Гражданской войн в России занимались И. Бехтерев, П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны — Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и многие другие. После Первой мировой войны осталась обширная документация неврологических и психологических последствий военной травмы. Отдельные описания последствий пережитого солдатами военного стресса были даже опубликованы, в них говорилось о навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также о повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др.

Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914-1919» определил отличия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физио-невроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В своей монографии «Человек в условиях стресса» Гринкер и Шпигель (1945) перечислили симптомы, совокупность которых авторы обозначали как «военный невроз», от которых страдали так называемые «возвращенцы» — солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослаб-

ления памяти, гиперактивность симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность.

Подобные типы расстройств наблюдали у узников концентрационных лагерей и военнопленных. Описана эмоциональная адаптация 34 военнопленных, перенесших 3 года японского плена. Плохое питание, болезни, принудительный труд, побои, изощренные виды пыток — таковы были условия жизни этих людей. Из числа обследованных почти 23 % страдали от связанных с войной ночных кошмаров и страхов, притупленности аффекта, ослабления памяти, приступов сильной раздражительности и депрессии. Подобным образом были обследованы 100 норвежских заключенных нацистских лагерей, и выяснилось, что у 85 обследуемых имели место хроническая утомляемость, сниженная способность к концентрации внимания и сильная раздражительность (Ettinger L., Strom A., 1973).

В общих чертах выделенные Кардинером симптомы сохранились и в последующих исследованиях, хотя представление о характере и механизме воздействия факторов боевых действий на человека значительно расширилось, особенно в результате изучения проблем, связанных с окончанием войны во Вьетнаме. В середине 1970-х гг. американское общество вплотную столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов Вьетнама. Так, примерно у 25 % воевавших во Вьетнаме солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности под действием психической травмы. К началу 1990-х гг., по данным статистики, около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство. Около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов. Как уже было сказано выше, ПТСР изучался в основном у лиц, переживших травматический стресс во время участия в военных действиях. При этом показано, что процент ПТСР среди раненых и калек значительно выше (до 42 %), чем среди физически здоровых ветеранов (от 10 до 20 %). Кроме того, было отмечено, что воздействие боевых стрессоров предсказывает более раннюю смерть, независимо от ПТСР: 56 % людей, которые пережили тяжелые боевые действия, умирали или были хронически больны в возрасте до 65 лет (Lee E., LU F., 1989). Длительные наблюдения, описанные в дан-

ном исследовании, делают полученные результаты особенно примечательными, например, отсроченные эффекты травмы могут проявиться только в пожилом возрасте, когда возрастает риск соматических заболеваний. Отечественные исследования ветеранов войны в Афганистане (физически здоровых) подтверждают результаты американских исследований (процент ПТСР среди них такой же).

Выявленные в процессе исследования рост актов насилия, совершаемых этими лицами, количества самоубийств среди них, неблагополучие в сфере семейных и производственных отношений заставили принять необходимые меры по их реабилитации. В рамках государственной программы была создана специальная система исследовательских центров и центров социальной помощи ветеранам Вьетнама (*Veteran Affairs Research Service*). В последующее десятилетие эти работы были продолжены. Их результаты изложены в ряде монографий, в которых проанализированы теоретические и прикладные вопросы, касающиеся проблем развития у ветеранов комплекса неблагоприятных состояний, имеющих стрессогенную природу, а также обобщен накопленный к тому времени опыт по оказанию им психотерапевтической помощи (Card J., 1987; Kulka R. et al., 1988 и др.)

Возвращаясь к обзору работ, отметим, что исследования ПТСР-синдрома в 1980-х гг. стали еще более широкими. В целях развития и уточнения различных аспектов ПТСР в США были выполнены многочисленные исследования. Среди них хочется выделить работы Эгендорфа с соавторами (Egendorf A. et al., 1981) и Боуландера с соавторами (Boulander G. et al., 1986). Первая из них посвящена сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их невоювавших ровесников, а вторая — изучению особенностей их отсроченной реакции на стресс. Результаты этих исследований не утратили своей важности до сих пор. Основные итоги международных исследований были обобщены в коллективной двухтомной монографии «Травма и ее след» (ed. Figley C. R., 1986), где наряду с особенностями развития ПТСР военной этиологии приводятся и результаты изучения последствий стресса у жертв геноцида, других трагических событий или насилия над личностью.

В 1988 г. были также опубликованы данные общенациональных респективных исследований различных аспектов послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны (Kulka R., et al.). Эти работы позволили уточнить многие вопросы, связанные с природой и диагностикой ПТСР.

Исследования последствий катастроф

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и промышленных катастроф, можно отнести к 50-60-м гг. прошедшего века. Полагая, что информация, полученная при изучении «гражданских» катастроф, может быть использована для оценки воздействия катастроф, связанных с войной (например, ядерная катастрофа), Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и иные подобные катастрофы. Например, Блосх, Силбер и Перри (Blosch D., Silber E., Perry S., 1956) взяли интервью у 88 детей, которые пережили ураган в 1953 г. Результаты их исследования ясно продемонстрировали, что травмированные дети, во многом подобно травмированным взрослым, переживают вызванные травмой ночные кошмары, избегающее поведение, реакции испуга, раздражительность и повышенную чувствительность к травматическим стимулам. Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения (Green B. L., 1985; Green B. L. et al., 1989; Allodi F., 1985). Обследование 114 жертв урагана проводилось с помощью расширенной версии симптоматического опросника Хопкинса [*HSC*] (Derogatis, Lipman & Rickles, 1974). Расширенная версия *HSC* была специально разработана для того, чтобы отразить критерий *DSM-III для* ПТСР. Хотя испытуемые заполняли методику через 5 месяцев после катастрофы, 69 человек (59,5 %) соответствовали критерию *DSM-III для* острого ПТСР.

Б. Грин с соавторами (Green B. L. et al., 1990) впоследствии предложили заполнить опросник 120 взрослым жертвам наводнения в Буффало Грик. Несмотря на то что опрос проводился через 14 лет после наводнения, 34 человека (28,3 %) соответствовали критерию для диагноза актуального ПТСР. Примечательно, что авторы смогли установить диагноз ретроспективно на основе данных интервью, проведенного в 1974 г. Впоследствии они установили, что 53 человека (44,2 %) могли бы соответствовать *IXUM-Ш*-критерию для ПТСР в 1974 г.

Исследования ПТСР у жертв преступлений

Д. Килпатрик с соавторами (Kilpatrick D. G. et al. 1985) оценивали представленность ПТСР, вызванного преступными действиями, в репрезентативной группе женщин в Чарльстоне, Южная Калифорния. Группа женщин (391 человек) обследована с помощью вопросника, и результаты этого обследования показали, что в 295 случаях (75 %) респонденты были когда-либо жертвами преступлений. Из них 53 % — жертвы сексуального насилия, 9,7 % — грубого нападения, 5,6 % — ограблений и 45,3% подвергались краже со взломом. На основании этих результатов было установлено, что из всех жертв различных преступлений 27,8 % соответствовали критерию ПТСР в разные моменты своей жизни и что 7,5 % соответствовали критерию для актуального состояния ПТСР. Наибольший процент (57,1 %) жертв изнасилования совпадали с критерием хронического ПТСР, и 16,5 % этих женщин проявляли достаточное число симптомов для постановки диагноза актуального ПТСР. Интересно также отметить, что 28,2 % из тех, кто был жертвами краж со взломом, не содержащих личного насилия, также имели ПТСР и что 6,8 % этих людей не испытывали каких-либо расстройств в период, когда проводилось обследование. Данные, полученные в результате обследования группы детей (31 человек), которые по крайней мере один раз подвергались сексуальному оскорблению [сексуальные оскорбления определялись как «сексуальные прикосновения, сильные или нет, кем-либо, кто на 5 или более лет старше, чем ребенок» (McLeer et al., 1988, p. 65)], выявили, что 15 детей (48,4 %) совпадали с критерием *DSM-III-R* для ПТСР на время обследования. Из этих случаев, 75 % детей подвергались сексуальным домогательствам со стороны родных отцов, 67 % — со стороны незнакомцев и 25 % — со стороны взрослых, которым они были доверены. Интересно, что ни один ребенок из подвергавшихся сексуальному оскорблению со стороны более старших детей не имел диагноза ПТСР.

Л. Вейсет (Weisaeth L., 1989) с помощью опросника *DSM-III-R* провел обследование 13 норвежских моряков, которые были арестованы и подвергались пыткам в Ливии. В течение 67-дневного заключения команда подвергалась многочисленным травматическим испытаниям. Вейсет писал, что «один моряк умер, забитый до смерти. Перед смертью его привозили на корабль для того, чтобы его товарищи могли его видеть» (p. 65). Кроме того, члены команды подвергались оскорбитель-

ным насмешкам, допросам, пыткам, находились в условиях невыносимой жары, отсутствия медицинской помощи, перенесли кишечную инфекцию. Через 6 месяцев после освобождения состояние 7 человек (53,8 % команды) совпадало с критериями для ПТСР.

Исследования ПТСР у жертв сексуального насилия

В 1974 г. Барджес и Холмстром (Burgess A., Holmstrom R., 1974) опубликовали очень важную статью, освещающую «синдром травмы изнасилования». Их данные основаны на результатах ряда интервью, проведенных за более чем годичный период, со 146 жертвами изнасилования. Авторы делают вывод о том, что жертвы изнасилования переживают острые и длительные фазы дистресса. Острая фаза характеризовалась общей физической болью в результате насилия, сильной головной болью, расстройствами сна, ночными кошмарами, болями в брюшной полости, нарушениями в генитальной области, страхом, злобой и виной. Долговременная фаза была связана с касающимися изнасилования ночными кошмарами, мыслями, избегающим поведением (46,6% опрошенных), страхами и сексуальной дисфункцией. Килпатрик и коллеги (Kilpatrick et al., 1979) осуществили сравнительный анализ симптомов болезни в течение периодов времени, следующих за изнасилованием. В процессе исследования авторы предлагали анкету 46 испытуемым, подвергавшимся изнасилованию, и 35 контрольным испытуемым. Тестирование проводилось на 6-10-й день после изнасилования и через 1,3 и 6 месяцев. Анализ результатов показал, что уровень симптоматики для жертв изнасилования (т. е. на 6-10-й дни и через месяц) значительно превосходили данные, полученные для контрольной группы. Несмотря на то что последующие различия совокупных значений анкеты незначимы, анализ несоответствия по всем вопросам показал, что жертвы изнасилования испытывают значительно более сильный страх отдельных, связанных с изнасилованием, стимулов (например, страх незнакомцев, страх находиться одному, страх незнакомых помещений и обнаженного человека). Параллельно исследованиям, изучающим ПТСР в военной популяции, исследователи, занимающиеся изнасилованием, выдвинули предположение, что картина симптомов, появляющихся в результате насилия, также подходит для критерия ПТСР (Kilpatrick, Veronen, Best, 1985). Современные исследования

показали, что жертвы изнасилований испытывают как кратковременные, так и долговременные психологические проблемы, такие как депрессия, страх и тревожность (Kilpatrick et al., 1985), психосоматические симптомы, сексуальная неудовлетворенность, навязчивые мысли, усугубление общей психопатологии. Дополнительное подтверждение ПТСР как диагноза, применимого к жертвам изнасилований, было представлено недавней работой по ПТСР (Amick-McMullan et al., 1989), в которой ПТСР диагностировалось в 28,6 % случаев обследования. Были изучены различные переменные в поисках их потенциального влияния на психопатологию у жертв изнасилований. Проверка взаимосвязи четырех факторов психологической травмы у 326 жертв изнасилований, которые находились под наблюдением Кризисного центра жертв изнасилования, показала, что имеются два значимых компонента сексуального насилия. Первый компонент, «внезапный случай изнасилования», включает запугивание, которое использует нападающий, сопротивление, которое пытается оказать жертва и физические травмы. Вторым компонентом, «фактор жертвы», является сочетание предшествующих изнасилованию жизненных стрессов и уровня социальной поддержки.

Первичными переменными, которые измерялись, были демографические характеристики жертвы, такие как возраст, семейное положение, социоэкономический статус (СЭС), образовательный уровень и предшествующий изнасилованию уровень адаптации и деятельности. Единственные значимые зависимости, обнаруженные в этой категории, были между возрастом, СЭС и психопатологией. При этом возраст и СЭС были факторами, способствующими депрессивной симптоматике, которая появилась через 12 месяцев после нападения, более пожилые и более бедные женщины испытывали большие трудности. Также обнаружено, что проблемы с физическим здоровьем и трудности в сексуальной сфере, предшествующие насилию, увеличивали вероятность появления депрессивной симптоматики через 4 месяца. Проблемы с физическим здоровьем до нападения также связаны с усугублением психопатологии через 12 месяцев после травмы. Обнаружено, что жертвы изнасилований с более низким уровнем СЭС испытывали большие страхи и общий дистресс после нападения, чем жертвы с более высоким уровнем СЭС. В других работах не удалось обнаружить значимых кратковременных или долговременных взаимосвязей между демографическими переменными и психологическими проблемами.

В развитии дистресса, связанного с изнасилованием, значительную роль играют некоторые факты из истории жизни жертвы. Обнаружено, что предшествующие сексуальные оскорбления являются значимым фактором для возникновения дистресса после изнасилования: жертвы, которые ранее подвергались сексуальному насилию более депрессивны и более тревожны после изнасилования, чем жертвы, у которых раньше не было таких случаев.

Список литературы

1. *Allodi F.* Physical and psychiatric effects of torture: two medical studies // *Breaking of Bodies and Minds* / Ed. Stover E. — N. Y., 1985. — P. 58-78.
2. *Amick-McMullan A., Kilpatrick D. G., Veronen L.J., Smith S.* Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study // *J. of Traumatic Study*. - 1989. - V. 2. - P. 21-35.
3. *Blos D., Silber E., Fierry S.* Some factors in the emotional reaction of children to disaster // *American Journal of Psychiatry*. — 1956. — V. 113. — P. 416-422.
4. *Boulanger G., Kadushin C.* The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. - N. Y.: Hillsdale, 1986.
5. *Burgess A., Holmstrom R.* Rape trauma syndrome // *American J. of Psychiatry*. - 1974. - V. 131. - P. 981-985.
6. *Card J.* Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam Veterans // *J. of Clinic Psychol.* - 1987. - № 3. - P. 6-17.
7. *Cassiday K. L., McNally R.J., Zeitlin S. B.* Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder // *Cognitive Therapy and Research*. - 1992. - V. 16. - P. 283-295.
8. *Egendorf A. N.* The postwar healing of Vietnam Veterans. Recent research // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1982. — V. 33. — P. 901-908.
9. *Kardiner A.* The Traumatic Neuroses of WAR. — N. Y., 1941.
10. *Kilpatrick D. G., Veronen L.J., Best C. L.* Factors predicting psychological distress among rape victims // *Trauma and its wake* / Ed. Figley C. R. — N. Y., 1985. - V. 1.
11. *Kulka R., Schlenger W., Fairbank J.A. et al.* National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary Findings from the

- National Survey of the Vietnam Generation. — Executive Summary. — V. A. - Washington, D. C., 1988.
12. *Lee E., Lu F.* Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence // *Journal of Traumatic Stress*. — 1989. — V. 2. — P. 93-120.
 13. *Green B. L., Lindy J. D., Grace M. C., Leonard A. C.* Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic co-morbidity in a disaster sample // *J. Nerv. Mental Disorder*. - 1992. - V. 180. - P. 760-766.
 14. *Grinker R., Spiegel J.* Men Under Stress. — Philadelphia, 1945.
 15. *Ettinger L., Strom. A.* Mortality and Morbidity after Excessive Stress: A Follow-up Investigation of Norwegian Concentration camp Survivors. — N. Y.: Humanities Press, 1973.
 16. *Trauma and Its Wake* / Ed. Figley C. R. - N. Y.: Brunner-Mazel, 1986. - V. 1,2.
 17. *Weisaeth L.* Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects // *Acta Psychiatr Scand Suppl*. — 1989. - V. 355. - P. 63-72.

Стресс радиационной угрозы и его последствия

Как уже говорилось в предыдущих разделах, к числу травматических, т. е. могущих нарушить целостность личности и нанести «душевную рану», относятся события, которые угрожают жизни человека или могут привести к серьезной физической травме или ранению; которые связаны с восприятием ужасающих картин смерти и ранений других людей, имеют отношение к насильственной или внезапной смерти близкого человека; связаны с присутствием при насилии над близким человеком или получением информации об этом, связаны с виной данного человека за смерть или тяжелую травму другого человека. В перечень травматических входят также ситуации, когда человек находится (или находился) под воздействием вредоносных для организма факторов (радиация, отравляющие вещества и т. д.). Отличительной особенностью такого рода травматических ситуаций является то, что человек не воспринимает угрозу такого воздействия непосредственно, с помощью органов чувств. Речь идет о нахождении, например,

в аварийной зоне, в которой существует угроза радиационного поражения и где человек подвергается реальной опасности утратить здоровье или даже жизнь. Последнее и является основанием для включения такого рода ситуаций в перечень травматических, т. е. способных вызывать посттравматические стрессовые состояния. Вопрос о том, возможно ли развитие ПТСР у людей, перенесших стресс радиационной угрозы, остается до сих пор дискуссионным. В отечественной литературе, относящейся к изучению последствий аварии на ЧАЭС, представлены в основном исследования, касающиеся медико-биологических проблем влияния радиации на организм человека. Анализируется прежде всего состояние здоровья рабочих-ликвидаторов: характер и частота выявленных патологий, причины инвалидности и смертности и т. д. (Смирнов Ю. Н., Пескин А. В., 1992) Большое внимание уделяется анализу нервно-психических и психоневрологических расстройств (Краснов В. Н. с соавт., 1993). Получены результаты клинического и компьютерно-томографического исследования головного мозга (Холодов Н. Б. с соавт., 1992). Ряд работ посвящен нейропсихологическому анализу последствий облучения мозга после Чернобыльской аварии (Хомская Е. Д., 1992). Предприняты попытки выявить изменения нейро- и психофизиологических уровней индивидуальности под влиянием радиации разной интенсивности и продолжительности (Базылевич Т. Ф. с соавт., 1992). В значительно меньшей степени затронуты психологические последствия пребывания людей в зоне повышенной радиационной опасности, характер и влияние эмоциональных переживаний на их внутреннее благополучие после возвращения домой. Однако в некоторых работах авторы отмечают, что наблюдаемые ими нервно-психические и психосоматические расстройства нельзя непосредственно и исключительно связывать с воздействием ионизирующей радиации (Краснов В. Н. с соавт., 1993). Это позволяет предположить, что большую роль в возникновении психической дезадаптации в этом случае играет психологическая травма, полученная теми, кто находился в зоне с повышенной радиацией. Очевидно, под угрозой радиоактивного заражения люди испытывали сильный стресс, беспокойство и страх за свое здоровье в будущем. Кроме того, как отмечают исследователи, с течением времени поток жалоб на ухудшающееся самочувствие и отсутствие должного внимания со стороны общества к проблемам участников ликвидационных работ увеличивается (Березин Ф. Б., 1988). В зарубежной литературе работ по этому вопросу также немного. В аналитическом обзоре Vinet

(1988) показано, что у лиц, подвергшихся радиационному облучению или воздействию других «невидимых» факторов среды, возникают ощущения «неопределенности», проблемы с адаптацией, повышенная бдительность, радиофобии и «травматический невроз». Посттравматические синдромы были описаны у жертв радиационного облучения во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island» (Dew & Bromet, 1993); в Гайане (Collins & de Carvalho, 1993; Davidson L. M., Baum A., 1986), и в Чернобыле (Александровский Ю. А. с соавт., 1991; Краснов В. Н. с соавт., 1991), а также у тех американских ветеранов Второй мировой войны (их еще называют «атомные» ветераны), которые были свидетелями испытаний ядерного оружия (Hogowitz M. J. et al., 1979). В работе Коллинса и Карвалахо (Collins D. L., de Carvalho A., 1993) показано, что стресс, связанный с предполагаемым фактом ионизирующего радиационного облучения, имеет ту же интенсивность, что и стресс, полученный в результате реально пережитого факта радиационного облучения.

В комплексном лонгитюдном исследовании жителей региона *Three Mile Island*, показано, что, по сравнению с контрольной группой, у них был более выражен соматический дистресс, повышен уровень тревожности и депрессии, понижена работоспособность (Baum et al., 1983). У жителей районов, пострадавших во время аварии, наблюдались более высокие показатели кровяного давления и повышенное содержание эпинефрина, норэпинефрина и кортизола в моче. Эти проявления хронического стресса сопровождалось такими признаками ПТСР, как навязчивые размышления об аварии, избегание напоминаний о пережитом и повышенная возбудимость. Однако диагностированные у жителей региона *Three Mile Island* симптомы ПТСР были слабо выражены, а симптомов «большой» психопатологии выявлено не было. Аналогичные результаты были получены при изучении лиц, проживающих неподалеку от свалки токсических отходов АЭС. В итоге авторы пришли к выводу о том, что необходимо более углубленное, в том числе и психофизиологическое обследование данного контингента.

Авария на Чернобыльской АЭС в 1986 г. является самым значительным ядерным инцидентом за всю историю и, может быть, самым значительным источником «невидимой» травмы для ее участников.

Согласно данным обследования, проводимого на базе Московского НИИ диагностики и хирургии и Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, основные клинически значимые нарушения или признаки социальной дезадаптации выявились в первые 6 месяцев лишь у 20,9 % обследо-

Глава 2. Исторический обзор

мых после их пребывания в зоне аварии, у остальной части обследованных они проявились гораздо позже. Эти наблюдения позволяют предположить, что психологические последствия у людей, подвергшихся угрозе радиационного поражения, имеют свои особенности, определенные спецификой воздействия пережитого стресса, так как основным стрессогенным фактором в этом случае был информационный фактор. Жертвами Чернобыля, безусловно, стали в первую очередь жители зараженных радиацией регионов (Александровский Ю. А. с соавт., 1991; Антонов В. П., 1987; Моляко В. А., 1992). Кроме того, угрозе радиационного поражения подвергалась большая часть (по разным источникам от 100 до 750 тысяч человек: Морозов А. М., 1992; Чернобыльский след, 1992; Edwards, M., 1994), принимавших участие в ликвидационных работах как на самой станции, так и в 30-километровой зоне, так называемые «ликвидаторы». В процессе этой работы они подвергались воздействию различных доз радиации. Причем зачастую сами ликвидаторы не были информированы о реальной величине полученной ими дозы. Кроме того, они испытывали сопутствующий их пребыванию в зоне аварии интенсивный психологический стресс (Тарабрина с соавт., 1992б, 1994б). В большинстве случаев участие в ликвидационных работах не было добровольным, ликвидаторы при этом не располагали возможностью получить адекватную информацию о существующей опасности. Как правило, они знали о том, что ситуация, в которой они оказались, была опасна, но не знали, насколько велика эта опасность. Обычно в оценке ситуации ликвидаторы полагались на субъективные представления о степени радиационного риска, которому они подвергались. Эту роль могла выполнять как объективная информация о степени радиационного поражения, так и дефицит такой информации. Все это и привело к постановке вопроса о том, насколько велика вероятность того, что относительно «кратковременное» пребывание этой категории лиц в зоне аварии может привести к развитию у части из них психической травмы и посттравматического стрессового расстройства, т. е. являлся ли для них травматическим событием сам факт пребывания в Чернобыле. Эта проблема решалась как часть комплексного исследования ПТСР, выполняемого сотрудниками лаборатории ИП РАН в рамках совместного проекта с психофизиологической лабораторией *Harvard Medical School* (руководитель R. Pitman), США. В 1992-1994 гг. проведено клинико-психологическое обследование ликвидаторов, основными задачами которого являлись: а) диагностика посттравматического стрессового

расстройства и изучение его особенностей у ликвидаторов и б) разработка оригинальной методики, направленной на изучение субъективного восприятия радиационной опасности. Результаты клинико-психологического обследования отражены в публикациях (Тарабрина с соавт., 1992б, 1994б). Основным результатом этого исследования явилось определение ПТСР у 19,2 % выборки, что является не только важным научным, но и социально значимым фактом. Так как известно, что лица, страдающие этим расстройством, более, чем другие, склонны к разным дезадаптивным формам поведения и у них чаще развивается алкоголизм, наркомания и пр., то им требуется особая социальная и медико-психологическая поддержка. О том, что среди ликвидаторов в последнее время начался «всплеск» суицидов, можно судить по публикациям в средствах массовой информации. Так в статье «Рязанский излом» (газета «Московский комсомолец» от 24 августа 1994 г.) приводятся данные о том, что из общего количества смертей среди ликвидаторов суициды составляют 58 %. Это самый высокий показатель по России. При этом средний возраст ликвидаторов, покончивших жизнь самоубийством, — 36-40 лет. Без сомнения можно сказать, что эти люди в большинстве своем страдали именно посттравматическими нарушениями психики, и отсутствие современной диагностики и последующей медико-психологической помощи во многом способствовало принятию ими трагического решения.

Были выделены специфические особенности травматического стресса, испытанного ликвидаторами во время аварийных работ, которые заключаются, на наш взгляд, в следующем: интенсивность переживаний угрозы радиационного поражения обусловлена прежде всего имевшимися в сознании ликвидаторов представлениями о вредоносном действии радиации, а также уровнем информированности о радиационной обстановке в момент выполнения ими аварийных работ; основные стрессогенные факторы были «невидимы», а следовательно, воспринимались, оценивались и осознавались недостаточно; ликвидаторы находились в травматической ситуации достаточно долго (большинство ликвидаторов были в Чернобыле от месяца до двух, небольшая часть до полугода), чтобы могли включиться механизмы кумулятивного действия стресса. Таким образом, детерминирующая роль субъективно-личностного восприятия и оценивания в возникновении этой формы травматического стресса выступила в качестве наиболее актуальной проблемы в изучении психологических последствий воздействия стресса радиационной опасности. Перечисленные факторы, а так-

же другие, зачастую экстремальные, события, которые возникали в процессе выполнения ликвидационных работ в силу специфичности условий в аварийной зоне, могут быть обозначены как первичные стрессогенные факторы. По возвращении из Чернобыля ликвидаторы стали подвергаться действию вторичных стрессогенных факторов. Особо важное место среди них занимает уже упомянутый «информационный» фактор. Кроме этого можно выделить еще ряд вторичных стрессогенных факторов: ухудшение здоровья, которое по механизму формирования постстрессовых состояний субъективно связывается в первую очередь с участием в дезактивационных работах; переживание угрозы развития лучевой болезни и, как следствие, предполагаемого сокращения продолжительности жизни; повышение тревожности в условиях производства в связи с переоценкой возможностей возникновения аварийных ситуаций и значения их последствий; психологические семейные проблемы, связанные с деторождением.

Ликвидаторы, обращаясь за психологической помощью, чаще всего предъявляют жалобы на состояние соматического здоровья: постоянные головные боли, потерю веса, боли в суставах и мышцах и т. д. Их беспокоит также повышенная возбудимость и раздражительность, часто возникающие вспышки гнева, снижение работоспособности и настроения, конфликты в семье и на работе и т. д. Как правило, ухудшение самочувствия они связывают с участием в ликвидационных работах, причем это ухудшение они начинают испытывать спустя 2–3 года после возвращения из Чернобыля. По мере того как в их сознании укрепляется связь признаков внутреннего неблагополучия с их участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, Чернобыль все более и более становится тем событием, которое делит весь жизненный путь на то, что было *до* Чернобыля и то, что *после*.

Уровень осознанности воздействия повышается под влиянием вторичного, информационного, фактора. Это происходит по мере того, как в постсобытийный период ликвидатор расширяет круг рационального знания о действии радиации на организм человека. Расширение знаний не всегда ведет к его адекватности, так как восприятие по-прежнему опосредованно индивидуально-личностными, интеллектуальными и эмоциональными способностями и их качественное своеобразие определяет либо формирование посттравматического стрессового расстройства, либо развитие механизмов защиты.

По результатам медико-психологических обследований ликвидаторов, которые проводились сразу после аварии, риск возникновения

психосоматических расстройств в будущем прогнозировался. Медики констатировали преобладание выраженной астенизации аффективной сферы, психостенических и тревожно-фобических симптомов, пассивно-оборонительной реакции на экстремальную ситуацию, социальной дезадаптации, восприятия себя в качестве «жертвы», на основании чего прогнозируется риск психосоматических и невротических расстройств (Малова Ю. В., 1998; Ушаков И. В., Карпов В. Н., 1997).

Список литературы

1. Александровский Ю. А., Лобастое О. С., Спивак Л. И., Шукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. — М., 1991.
2. Антонов В. П. Радиационная обстановка и ее социально-психологические аспекты. — Киев: Знание, 1987.
3. Базылевич Т. Ф., Асеев В. Г., Бодунов М. В. и др. Проблемы индивидуальности и изменение синдрома неспецифической активности под воздействием малых доз радиации // Чернобыльский след: медико-психологические последствия радиационного воздействия. — М.: МГП «Вотум», 1992. — С. 155-178.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация — Л.: Наука, 1988.
5. Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 1. — С. 5-10.
6. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Воскресенский Б. А. и др. Клиническая характеристика психических нарушений у населения, проживающего в зоне радиационного заражения // Журн. невропатол. и психиатр. — 1992. — Т. 12. — № 5. — С. 69-71.
7. Малова Ю. В. Психологическая диагностика и психологическая коррекция в комплексе мероприятий реабилитации участников ЛПА на ЧАЭС // Результаты™ задачи медицинского наблюдения за состоянием здоровья участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде. Материалы научно-практической конференции. — М., 1998. — С. 72-76.
8. Моляко В. А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // Психол. журн. — 1992. — Т. 13. — № 1. — С. 135-147.

9. *Смирнов Ю. Н., Пескин А. В.* Состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (аналитический обзор / Чернобыльский след: медико-психологические последствия радиационного воздействия. — М.: МГП «Вотум», 1992. — С. 39-65.
10. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психол. журн. — 1992а. — Т. 13. — № 2. — С. 14-29.
11. *Тарабрина Н. В., Петпрухин Е. В.* Психологические особенности восприятия и оценки радиационной опасности // Психол. журн. — 1994а. — Т. 15. — № 1. — С. 27-40.
12. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Петпрухин Е. В. и др.* Посттравматические стрессовые нарушения у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Чернобыльский след: Медико-психологические последствия радиационного воздействия. — М., 1992б. — С. 192-237.
13. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психол. журн. — 1994б. — Т. 15. — № 5. — С. 67-77.
14. *Торубаров Ф. С., Чинкина О. В.* Психологические последствия участия в ликвидации аварии на ЧАЭС // Клиническая медицина. — 1991. — 69: 24-28.
15. *Ушаков И. Б., Карпов В. Н.* Мозг и радиация. — М.: Изд-во ГНИИ АиКЪ, 1997.
16. *Холодов Н. Б., Кривенко Э. В., Зубовский Г. А. и др.* Данные клинического и компьютерно-томографического исследования головного мозга пациентов, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-87 гг. // Чернобыльский след: медико-биологические последствия радиационного воздействия. — М.: МГП «Вотум», 1992. — С. 72-75.
17. *Хомская Е. Д., Ениколопова Е. В., Манелис Н. Г. и др.* Нейропсихологический анализ последствий облучения мозга после Чернобыльской аварии // Чернобыльский след: медико-психологические последствия радиационного воздействия. — М.: МГП «Вотум», 1992. — С. 83-104.

18. Человек в экстремальной производственной ситуации (опыт социологического исследования ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Ред. Е. Д. Головаха. — Киев: Наукова Думка, 1990.
19. Чернобыльский след. — М.: Вотум-пси, 1992.
20. *Baum A., Gatchel R., Schaeffer M.* Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. - 1983. - 51: 565-572.
21. *Collins D. L., de Carvalho A. B.* (1993). Chronic Stress from the Goiania 137Cs radiation accident // *Behavioral Medicine*. - 1993. - 18:149-157.
22. *Davidson L. M., Baum A.* Chronic stress and PTSD // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. - 1986. - 54: 303-308.
23. *Horowitz M.J., Wilner N.J., Alvarez W.* Impact of event scale: A measure of subjective stress // *Psychosom. Med.* - 1979. - 41: 209-218.
24. *Dew M. S., Bromet E.J.* Predictors of temporal patterns of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. — 1993. — 28: 49-55.
25. *Edwards M.* Living with the monster: Chornobyl // *National Geographic*. - 1994. - 186: 100-115.
26. *Tarabrina N., Lazebnaya E., Zelenova M., Petrukhin E. V.* Levels of Subjective-Personal Perception and Experiencing of «Invisible» Stress // *The Humanities in Russia: Soros Laureates*. — М., 1997. — P. 48-56.
27. *Vyner H. M.* The psychological dimensions of health care for patients exposed to radiation and the other invisible environmental contaminants // *Social Science and Medicine*. - 1988. - 27: 1097-1103.

Суицидальное поведение и ПТСР

Актуальность изучения взаимосвязи между признаками ПТСР и суицидальным поведением обусловлена прежде всего статистикой суицидов среди лиц, подвергшихся травматическому воздействию. Так, в исследованиях Килпатрик, Бест и Веронен (Kilpatrick D. G, Best C. L. & Veronen L., 1985) показано, что жертвы сексуального насилия совершают суицид в 8 раз чаще по сравнению с контрольной группой. Обнаружено, что 57 % лиц, побывавших в японском плену во время Второй мировой войны (ВМВ), испытывали суицидальные мысли,

а 7 % находившихся в немецком плену пытались совершить суициды (Miller T. W., Martin W., Spiro K., 1989). Сомасандерем (Somasundaram, 1993) отмечал, что суицидальные мысли встречаются у 38 % из группы ветеранов (160 человек) ВМВ. С момента окончания боевых действий и по 1990 г. покончили жизнь самоубийством более 50 тысяч ветеранов войны во Вьетнаме. Среди ветеранов, боевой опыт которых был связан с повышенным риском для жизни, наблюдается выраженная тенденция любым способом (в основном — алкоголь и наркотики) уйти от переживаний, связанных с войной (Solursh, 1989). В ретроспективных исследованиях Фарбероу с соавторами (Farberow N. L., Kang H. K. & Bullman, 1990) обнаружено, что наличие симптомов ПТСР было значительно выше среди вьетнамских ветеранов, совершивших суициды, чем среди ветеранов, погибших в авткатастрофах. Хендин и Хас (Hendin H., Haas A. P., 1991), изучая возможность прогнозирования суицидов среди ветеранов с ПТСР, предположили, что чувствование вины — наиболее значимый фактор суицидального риска. В последующих исследованиях было показано, что участие в экстремальных формах насилия во время сражения может выступать в роли предиктора как суицидальных попыток, так и развития тяжелых форм ПТСР (Hiley-Young B. et al., 1995). Крамер с коллегами (Kramer T. L. et al., 1994), отмечали, что у вьетнамских ветеранов с диагнозом ПТСР и депрессией наблюдается рост суицидального поведения, по сравнению с пациентами, которые страдают ПТСР или депрессией. Взаимосвязь ПТСР и суицидального поведения обнаружена не только среди ветеранов войн и узников плена, но и среди гражданского населения. Лаффри и соавторы (Loughrey G. C., Curran P. S., Bell P., 1992) изучали жителей Северных островов и показали, что частота суицидальных попыток значительно выше у лиц с признаками ПТСР, чем среди тех, которые таких симптомов не имеют.

Миграционные процессы во всем мире имеют тенденцию к резкому увеличению, поэтому изучение психологических последствий вынужденного изменения мест проживания стало одной из актуальных проблем как для психологов, так и для клиницистов. Психической травматизации особенно сильно подвержены беженцы из «горячих точек», многие из них побывали в заложниках, находились в зоне военных действий, потеряли своих близких, т. е. пережили травматический стресс. В разных исследованиях показано, сколь значительна распространенность суицидального поведения и суицидальных попыток среди беженцев, подвергшихся травматизации. Вынужденное переселе-

ние вызывает у части беженцев чувство «вины выжившего». Почти у всех нарушаются социальные связи, которые зачастую приводят к полной социальной изоляции, у многих усиливается соматическая патология — все это относится к факторам суицидального риска. Феррада-Ноли с коллегами (Ferrada-Noli et al., 1996) обнаружили, что 50 % из выборки 149 беженцев имеют опыт тяжелой травмы (70 % хотя бы один раз подвергались пыткам). У них отмечается суицидальное поведение (суицидальные мысли, попытки или планы). В изученной выборке ПТСР диагностировано в 79 % из всех случаев, другие психиатрические заболевания составили 16 %, умственная патология — 5 % случаев. Распространенность суицидального поведения значительно выше среди беженцев с ведущим диагнозом ПТСР, чем среди остальных.

Показано, что в Швеции процент суицидов среди эмигрантов и беженцев значительно выше, чем среди тех, кто живет у себя на родине (Ferrada-Noli, 1996, 1997). Данные исследования, выполненного на этих группах беженцев, выявили наличие четкой ковариации между суицидами и статусом эмигрантов, плохим социально-экономическим состоянием и отсутствием психиатрической помощи. Авторы обращают внимание, что психиатрическая помощь эмигрантам, по сравнению с коренными жителями Швеции, пытавшимися покончить жизнь самоубийством, оказывается в меньшей степени и что количество эмигрантов среди суицидентов значительно выше в районах с низкой заработной платой (Ferrada-Noli & Asberg, 1995). Независимо от решающего влияния культурных и соматических «сопутствующих» факторов, идентификация посттравматических психиатрических расстройств, ПТСР, циклической дистимии или общей депрессии, связанной с боевым опытом (Kramer, Lindy, Green, Grace & Leonardo, 1994) и/или другими стрессорами, связанными с пленом, пытками (Ferrada-Noli, 1996b; Ferrada-Noli, Asberg, Lundin, Ormstad & Sundbom, 1996), предполагает сконцентрироваться на проблеме выделения факторов, коррелирующих с суицидальным поведением и ПТСР у беженцев.

Крамер с соавторами (Kramer et al., 1994) и Феррада-Ноли с соавторами (Ferrada-Noli et al., 1996) обнаружили, что среди пациентов с ПТСР, у 56 % испытуемых с суицидальным поведением диагностируется как ПТСР, так и депрессия. У пациентов с ПТСР и депрессией наблюдается высокая частота суицидальных мыслей, тогда как у пациентов с ПТСР, но без депрессии наблюдается увеличение частоты суицидальных попыток. Среди них отмечалась высокая частота аффек-

тивных симптомов, что в целом соответствует результатам исследований Крамера с соавторами (Kramer et. al., 1994), который обнаружил увеличение числа суицидальных мыслей и поведения среди ветеранов, у которых диагностируются ПТСР и депрессия или дистимия. Он предположил, что интенсивность проявления суицидального поведения связана с уровнем депрессивное™. Косвенно эти выводы подтверждают данные о том, что «сопутствующие расстройства», такие как расстройства настроения, панические или тревожные расстройства (включая ПТСР), связаны с высокой способностью к формированию и восприятию суицидальных идей (Rudd, Dahm & Rojab, 1993). При обследовании ливанских беженцев, проживающих в Германии, было обнаружено, что желание совершить суицид или его попытки чаще встречаются среди тех беженцев, кто ранее подвергался пыткам.

Другие ведущие симптомы в группе ПТСР включают ряд клинических параметров, связанных со склонностью к суицидальному поведению: болезненное содержание кошмаров, сокращение или пренебрежение социальными контактами, пессимизм по отношению к будущему и возросшая агрессивность. Перечисленные симптомы, сопряженные с показателями суицидов, были определены как «факторы содействия» (Alley, 1982) и обнаружены среди 10 индокитайских беженцев, проявивших суицидальное поведение. Данные симптомы включают: возвращающуюся депрессию, чувство потери, сильное чувство безнадежности или чувство злости.

Обследована группа (JV= 60, возраст от 18 до 66 лет) беженцев из зон локальных военных конфликтов (Чечня, Таджикистан, Молдавия) и лиц, вынужденно изменивших место проживания под давлением напряженности межнациональных отношений и дискриминации со стороны властей (республики Прибалтики и Средней Азии, Азербайджан). Методический комплекс состоял из миссисипской шкалы ПТСР (гражданский вариант, *Mississippi PTSD Scale, MS*); шкалы оценки тяжести воздействия травматического события (*Impact of Event Scale — Revised, IOES-R*); опросника личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина; опросника депрессивности Бэка (*Beck Depression Inventory, BDI*), опросника выраженности психопатологической симптоматики (*Symptom Check List-90 Revised, SCL-90-R*), опросника тяжести травматического опыта для лиц, вынужденно переселенных (*Trauma Exposure Questionnaire [Refugees]*, Carlson & Rosser-Hogan, 1993). Кроме того, использовался оригинальный «Опросник перитравматической диссоциации». Выраженность текущей диссоциативной

симптоматики изучалась с помощью Диссоциативной шкалы (*Dissociation Experiences Scale, DES*, Bernstein & Putman, 1986). Для диагностики ПТСР использовали структурированное интервью — шкалу *CAPS*, по результатам которого выборка была разделена на группы ПТСР ($N=7, 12\%$) и «норма» ($N=53$). Одним из основных результатов исследования явилось установление того факта, что у 7 испытуемых был диагностирован ПТСР-синдром. Результаты исследования подтверждают результаты аналогичных зарубежных исследований, показавших отнесенность факта вынужденной миграции к числу травматических.

Сравнительный анализ психометрических профилей показал достоверные различия по всем показателям выраженности диссоциации, депрессии, симптомов ПТСР и общей психиатрической симптоматики. Интенсивность диссоциативных феноменов, пережитых во время наиболее тяжелого травматического события, оказалась значимо выше у группы с ПТСР. Данные суицидологии указывают на высокую корреляционную связь между «чувством безнадежности», «невозможностью заглянуть в будущее» и будущим суицидом (Cavanaugh, 1986). Следует заметить, что «утрата жизненной перспективы» относится к числу диагностических симптомов ПТСР — *DSM-IV-M* (APA, 1994). Результаты обследования участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС показывают наличие симптома «утраты жизненной перспективы» у 71 % обследованных индивидов с диагнозом ПТСР и только у 2,5% в группе без диагноза (Тарабрина Н. В с соавт., 1994). Показано, что дети, пережившие аварию на ЧАЭС, предпочитают «не заглядывать в будущее», они называют одно-два события ближайшего месяца или года, а о более отдаленных планах говорят с большим трудом, они недоверчивы, не уверены в своем будущем. Аналогичный факт, но уже на материале военной травмы, отмечается Бентлер и Боннет (Bender P. M., Bonnet D. O., 1980): когда детей, переживших войну, просили сделать рисунки об их жизни до войны, во время войны и в будущем, то многие из них не могли выполнить последнего задания, так как не имели представления о своем будущем. Чувство бесперспективности характеризует также лиц, переживших тяжелую физическую травму.

Список литературы

1. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Петрухин Е. В. и др. Посттравматические стрессовые нарушения у участников ликвидации послед-

- ствий аварии на ЧАЭС // Чернобыльский след: Медико-психологические последствия радиационного воздействия. — М., 1992. — С. 192-237.
2. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. — Психол. журн. — 1994. — Т. 15. - № 5. - С. 67-70.
 3. *Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Хаскельберг М. Г.* Психологические последствия вынужденной миграции // Материалы V Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». Минск, Республика Беларусь, 1998. — Association, 1995.— С. 182.
 4. *Alley J. C.* Life-threatening indicators among the Indochinese refugees // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* — 1982. — № 12. — P. 46-51.
 5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). — Washington, DC, 1994.
 6. *Bentler P. M., Bonnet D. G.* Significance tests and goodness of fit in analysis of covariance structures // *Psychological Bulletin.* — 1980. — V. 4. - P. 561-571.
 7. *Farberow N. L., Kang H. K. & Bullman T. A.* Combat experience and post service psychosocial status as predictor of suicide in Vietnam veterans // *Journal of Nervous and Mental Disease.* - 1990. - V. 178. - P. 32-37.
 8. *Ferrada-Noli M., Asberg M., Ormstad K. & Nordstrom P.* Definite and undetermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* — 1995. — V. 91. — P. 130-135.
 9. *Ferrada-Noli M.* Social-psychological vs. socio-economic hypothesis on the epidemiology of suicide. An empirical study // *Psychological Reports.* - 1996. - V. 79. - P. 707-710.
 10. *Ferrada-Noli M.* Alexithymia as a marker for suicidal behavior in post-traumatic stress disorder // Paper presented at Sixth European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior. Lund, Sweden. 1996. — Abstracts 16:4
 11. *Ferrada-Noli M.* A cross-cultural breakdown of Swedish suicide // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* - 1997. - V. 96. - № 2. - P. 108-117.
 12. *Hendin H., Haas A. -P.* Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans // *American Journal of Psychiatry.* — 1991. — V. 148. - P. 586-591.

13. *Hiley-Young B., Blake D. D., Abueg F. R., Rozynko V. & Gusman F. D.* Warzone violence in Vietnam: an examination of premilitary, military and postmilitary factors in PTSD in-patients // *Journal of Traumatic Stress*. - 1995. - № 8. - P. 125-141.
14. *Kilpatrick D. G., Best C. L. & Veronen L.J.* Mental health correlates of criminal victimization // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. - 1985. - V. 53. - P. 866-873.
15. *Kramer T. L., Lindy J. D., Green B.L., Grace M. & Leonard A* The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidality in Vietnam veterans // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. - 1994. - V. 24. - P. 58-67.
16. *Loughrey G. C.; Curran P. S., Bell P.* Post traumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland // *International handbook of traumatic stress syndromes / J. -P. Wilson & B. Raphael (Eds)*. - N. Y.: Plenum Press, 1992. - P. 377-383.
17. *Miller T. W., Martin W. & Spiro K.* Traumatic stress disorder: Diagnostic and clinical issues in former prisoners of war // *Comprehensive Psychiatry*. - 1989. - V. 30. - P. 139-148.
18. *Rudd M. D., Dahm P. F. & Rajab H.* Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior // *American Journal of Psychiatry*. - 1993. - V. 150. - P. 928-934.
19. *Solursh L. -P.* Combat addiction: Overview and implications in symptom maintenance and treatment planning // *Journal of Traumatic Stress*. - 1989. - № 2. - P. 451-462.
20. *Somasundaram D.* Psychiatric morbidity due to war in Northern Sri Lanka // *International handbook of traumatic stress syndromes / J. -P. Wilson & B. Raphael (Eds)*. - N. Y.: Plenum Press, 1992. - P. 333-348.

Глава 3

Теоретические модели ПТСР

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

К психологическим моделям можно отнести психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни. Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления состояния посттравматического стресса (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и успешностью последующей адаптации. Было установлено, что, возможно, наиболее эффективными являются две стратегии: 1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы; 2) осознание носителем травматического опыта значения травматического события.

Первая из этих стратегий была использована при разработке психодинамических моделей, описывающих процесс развития ПТСР-синдрома и выхода из него как поиск оптимального соотношения между патологической фиксацией на травмирующей ситуации и ее полным вытеснением из сознания. При этом учитывается, что стратегия избе-

гания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания («инкапсуляция травмы»), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду, помогая преодолеть последствия внезапной травмы. При развитии постстрессовых состояний осознание всех аспектов травмы становится неизменным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в часть собственного бытия субъекта.

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР — когнитивная оценка и переоценка травмирующего опыта — отражен в когнитивных психотерапевтических моделях. Авторы этих моделей считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы, страдающей ПТСР, приобретет экстернатальный характер, будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом — восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР.

Наконец, значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих, для успешного преодоления ПТСР-синдрома отражено в моделях, получивших название психосоциальных.

Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом последний фактор влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени.

В ряде отечественных публикаций, связанных с проблемами адаптации афганских ветеранов после возвращения домой, подчеркивалось, насколько сильно мешают ситуации непонимания, отчужденно-

сти, неприятия окружающими возвращению ветеранов Афганистана к мирной жизни.

Выделены следующие стрессоры, связанные с социальным окружением: ненужность обществу человека с боевым опытом; непопулярность войны и ее участников; взаимное непонимание между теми, кто был на войне, и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом. Столкновение с этими, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводили к ухудшению состояния ветеранов войн как Вьетнама, так и Афганистана. Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае отсутствия поддержки и понимания окружающих людей.

До недавнего времени в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения посттравматических стрессовых расстройств, выступала «двухфакторная теория». В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР (по И. П. Павлову). Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями. Они как бы «пробуждают» первичную травму и вызывают соответствующую эмоциональную реакцию (страх, гнев) по условно-рефлекторному типу.

Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома. Согласно этой концепции, если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет все время стремиться к избеганию такого воздействия, что, собственно, и лежит в основе психодинамических моделей ПТСР.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно понять природу ряда присущих только ПТСР симптомов, в частности, относящихся ко второй критериальной группе диагностической методики: «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирую-

щим событием. Это симптомы навязчивых воспоминаний о пережитом, сны и ночные кошмары на тему травмы и, наконец, «флэшбэк»-эффект, т. е. внезапное, без видимых причин, воскрешение в памяти с патологической достоверностью и полным ощущением реальности травмирующего события или его эпизодов. В этом случае оказалось практически невозможным установить, какие именно «условные» стимулы провоцируют проявление этих симптомов, настолько подчас оказывается слабой их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Для объяснения подобных проявлений ПТСР Р. Питмэном была предложена теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей, в основе которой лежит теория Ланга. Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний, — «сеть» — включает три компонента:

- 1) информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления;
- 2) информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции;
- 3) информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе же посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур. Подтверждение этой гипотезы было получено Питмэном, установившим, что включение в схему эксперимента элемента воспроизведения травмирующей ситуации в воображении ведет к значимым различиям между здоровыми и страдающими ПТСР ветеранами вьетнамской войны. У последних наблюдалась интенсивная эмоциональная реакция в процессе переживания в воображении элементов своего боевого опыта, а у здоровых испытуемых такой реакции не отмечалось.

Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития «флэшбэк»-феномена, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары, и в этом случае поддавались объяснению с трудом. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах, протекающих на этом уровне. Результаты

нейрофизиологических и биохимических исследований последних лет стали основой для биологических моделей ПТСР. В соответствии с ними патогенетический механизм ПТСР обусловлен нарушением функций эндокринной системы, вызванным запредельным стрессовым воздействием.

К комплексным моделям патогенеза относятся теоретические разработки, учитывающие и биологические, и психические аспекты развития ПТСР. Этим условиям наиболее соответствует нейропсихологическая гипотеза L. Kolb, который, обобщив данные психофизиологических и биохимических исследований у ветеранов войны во Вьетнаме, указывает на то, что в результате чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стимулирующего воздействия, происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. В первую очередь при этом страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна.

Симптомы ПТСР проявляются, как уже упоминалось, в течение нескольких месяцев с момента травматизации; в первые дни и часы после травмы часто преобладает психологический шок или состояние острого стресса. В значительном количестве случаев затем наступает спонтанное излечение: в течение 12 месяцев после травмы одна треть пострадавших избавляется от симптомов стресса и постстрессового расстройства, а спустя 4 года после травматизации у половины пострадавших наблюдается полное отсутствие жалоб. Эти данные заставляют задаться вопросом: насколько неизбежно развитие ПТСР, каковы факторы, детерминирующие его возникновение? В настоящее время можно выделить три тенденции объяснения формирования ПТСР: а) с точки зрения теорий научения; б) с точки зрения изменения когнитивных схем и дисфункциональных когниций; в) биологический подход.

Эти подходы, объясняющие развитие и функционирование ПТСР, вполне совместимы и успешно дополняют друг друга. Теория научения и когнитивный подход, будучи психологическими концепциями, не дают объяснения симптомам сверхвозбуждения и другим психофизиологическим изменениям при ПТСР, тогда как биологические воззрения на природу посттравматического стресса призваны восполнить этот пробел. Для ответа на вопрос, почему лишь у части людей, подвергшихся травматизации, проявляются психологические симптомы посттравматического стресса, предлагается также этиологическая мультифакторная концепция, разрабатываемая А. Мэркером. Он предлагает

этиологическую мультифакторную концепцию, с помощью которой делает попытку объяснить почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие — нет. В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

- факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;
- защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; так, показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);
- факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

Согласно этой мультифакторной концепции, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению совладающих механизмов. Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ «я»).

Глава 4

Критерии диагностики ПТСР

После анализа обширных наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) было включено в *DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* — классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией). В 1995 г. в США введена новая, четвертая редакция — *DSM-IV*.

До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из *DSM* были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию.

Диагностические критерии ПТСР в классификациях психических и поведенческих расстройств

Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

- А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.
- Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах,

либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

- В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.
- Г. Любое из двух:
1. Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
 2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:
 - а) затруднения засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность или вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышения уровня бодрствования;
 - д) усиленный рефлекс четверохолмия.
- Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести 6 стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Критерии посттравматического стрессового расстройства по *DSM-IV*:

- А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:
1. Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной).
 2. Реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.
Примечание: у детей реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизованным поведением.
- В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.
1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы.

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.
Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.
 3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — «флэшбэк»-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).
Примечание: у детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение.
 4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.
 5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.
- С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и *numbing* — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей.
1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
 2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.
 3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).
 4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.
 5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
 6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).
 7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

- D*, Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию по крайней мере двух из нижеперечисленных симптомов.
1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).
 2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Затруднения с сосредоточением внимания.
 4. Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
 5. Гипертрофированная реакция испуга.
- E*, Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях *B*, *C* и *D*) более чем 1 месяц.
- F*, Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Как видно из описания критерия А, определение травматического события относится к числу первостепенных при диагностике ПТСР.

Травматические ситуации — это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия.

Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые подвергают индивида экстремальному, интенсивному, чрезвычайно воздействию угрозы жизни или здоровью как самого индивида, так и его значимых близких, коренным образом нарушая чувство безопасности индивида. Эти ситуации могут быть либо непродолжительными, но чрезвычайно мощными по силе воздействия (продолжительность этих событий от нескольких минут до нескольких часов), либо длительными или регулярно повторяющимися.

Типы травматических ситуаций

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие

Примеры: сексуальное насилие, естественные катастрофы, ДТП, снайперская стрельба.

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.
2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.

3. Неожиданное, внезапное событие.
4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.
5. С большой степенью вероятности приводят к возникновению типичных симптомов ПТСР: навязчивой мыслительной деятельности, связанной с этим событием, симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.
6. С большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.
7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора — серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие

Примеры: повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия.

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.
2. Наиболее вероятно, ситуация создается по умыслу.
3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.
4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
5. Для воспоминаний о такого рода событиях характерна их неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.
6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение «Я»-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.

8. Диссоциация, отрицание, намбинг, отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами может иметь место в качестве попытки защиты от непереносимых переживаний.
9. Приводит к тому, что иногда обозначают как комплексный ПТСР, или расстройство, обусловленное воздействием экстремального стрессора.

Эпидемиология

Распространенность ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, и т. п. В 90-е гг., показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствовали 1-2 %, то в недавних исследованиях, опубликованных в США, 7,8 %, причем имеются выраженные половые раз-

Таблица 4.1

Частота различных травм и последующего развития ПТСР (без учета половых различий) в репрезентативной американской выборке

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар/стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

личия (10,4 % для женщин, 5,0 % для мужчин). Так, в работе Кесслера с соавторами (Kessler et al., 1995) приведены следующие статистические данные (см. табл. 4.1).

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги-депрессия; склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркозависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы. Данные свидетельствуют о том, что у 50-100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у пациентов с ПТСР особой проблемой представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

Широкое обследование населения обнаружило, что процент распространенности ПТСР колеблется в диапазоне от 1 % до 14 % с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции. Обследование индивидов из группы риска (например, ветеранов Вьетнама, пострадавших от извержений вулкана или криминального насилия) дало очевидное повышение норм распространенности диагноза от 3 % до 58 %. Интенсивность психотравмирующей ситуации является фактором риска возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматическому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, хронический стресс. Необходимо отметить, что довольно часто индивиды с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций других людей, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются люди, перенесшие травму. Негативные реакции проявляются в отрицании самого факта травмы, связи между травмой и страданиями индивида, обвинении и даже поношении жертв, отказе в оказании помощи.

В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира, выводя из-под влияния стрессоров быденной жизни.

Характеристика психических функций при ПТСР

Описывая воспоминания больных о травматических событиях, Шарко назвал их «паразитами ума». У людей с ПТСР драматически нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни, их травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связанных рассказов, а состоят из интенсивных эмоций и тех соматосенсорных элементов, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или подвержен стимулам или ситуациям, напоминающим ему о травме. В силу того, что травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвержены изменениям с течением времени — что составляет природу психической травмы, — жертвы остаются «застывшими» в травме как в актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как нечто, принадлежащее прошлому.

Со временем первые навязчивые мысли о травме могут войти в коммуникацию с реакциями индивида на широкий спектр стимулов и укрепить селективное доминирование травматических сетей памяти. Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания, со временем могут становиться все более и более тонкими и генерализованными, таким образом, иррелевантные стимулы становятся напоминанием о травме. Например, пожарный отказывается носить часы, потому что они напоминают ему об обязанности быстрого реагирования на сигнал тревоги, или у ветерана войны резко ухудшается настроение при шуме дождя, потому что это напоминает ему сезоны муссонов во Вьетнаме. Это контрастирует с более характерными триггерами травматических воспоминаний, которые имеют типичную связь с травматической ситуацией, например такую, как эпизод насилия для жертвы изнасилования, или громкий звук треснувшей головни (ассоциация с выстрелом) для ветерана войны.

Телесные реакции индивидов с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы; они страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Исследования ясно показали, что люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы на связанные с травмой стимулы. Феномены физиологической гипервозбудимости являются сложными психофизиологическими про-

цессами, в которых, как представляется, постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы служит причиной такого, например, симптома, как трудности с концентрацией внимания или сужение круга внимания, которое направлено на источник предполагаемой угрозы.

Одним из последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности. Как известно, с точки зрения адаптации возбуждение вегетативной нервной системы служит очень важной функцией мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально значимой ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция утрачивается в значительной степени: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает для них невозможным положение на свои телесные реакции — систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Устойчивое иррелевантное продуцирование предупредительных сигналов приводит к тому, что физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний и, как следствие, они уже не могут служить в качестве ориентиров при какой-либо активности или деятельности. Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым и угрожающим смыслом. Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида.

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности и с тем, чтобы провести границу между релевантными и иррелевантными стимулами; они не в состоянии игнорировать несущественное и выбрать из контекста то, что является наиболее релевантным, что, в свою очередь, вызывает снижение вовлеченности в повседневную жизнь и усиливает фиксацию на травме. В результате теряется способность гибкого реагирования на изменяющиеся требования окружающей среды, что может проявляться в трудностях в учебной деятельности и серьезно нарушить способность к усвоению новой информации.

Семейный и интерперсональный контекст

ПТСР — это синдром, который появляется по разным причинам, и эти причины обусловлены природой происшедшего события, характеристиками травмированной личности и качеством окружения, влияюще-

го на процесс выздоровления. Важно понимать, что, несмотря на свою болезненность, симптомы могут вносить позитивные изменения в область социальных ролей индивида. Известен случай, когда человек, страдавший от навязчивых воспоминаний войны, стал президентом США. Этот человек — Джон Кеннеди. Как отмечено выше, некоторые люди имеют положительную адаптацию к травме, используя опыт ее переживания как источник мотивации. Для других работа становится методом разрушения и средством ухода от прошлого. Хотя их карьеры могут быть очень успешными, этот успех часто достигается за счет разрушения семьи или межличностных связей. Так эти люди становятся калеками из-за навязчивости прошлого и своей неспособности концентрироваться на настоящем.

Эти социальные последствия возможно лучше всего были проиллюстрированы в исследованиях, описывающих выживших жертв концентрационных лагерей (Эйтиджер и Сторм, 1973). Они имели менее стабильный трудовой стаж, чем контрольная группа, с более частыми сменами работы, места жительства и рода занятий. Они переходили в менее квалифицированные и менее оплачиваемые слои в 25 % случаев, в противоположность 4 % случаев в контрольной группе. Бывшие заключенные из более низких социально-экономических классов с трудом компенсировали свое подорванное здоровье в отличие от более профессиональных групп.

Американские ученые Рейкер и Кармен писали: «Насилие потрясает сами базисные убеждения индивида относительно его самости как неуязвимой и имеющей ценность как таковой, а также относительно мира как безопасного и справедливого. После акта насилия взгляды жертвы на себя и на окружающий мир драматически меняются и уже никогда не будут прежними: воззрения должны быть изменены для того, чтобы появилась возможность интегрировать травматический опыт». Для того чтобы функционировать соответствующим образом, человеку прежде всего необходимо определить свои потребности, быть способным предвидеть, как их удовлетворить, и составить план соответствующих действий. Для того чтобы исполнить это, в первую очередь индивид должен быть в состоянии рассмотреть умозрительно весь спектр своих возможностей до начала каких-либо действий: провести «мысленный эксперимент». Люди с ПТСР, по-видимому, утрачивают эту способность, они испытывают определенные трудности с фантазированием и проигрыванием в воображении различных вариантов. Исследования показали, что когда травмированные люди позволяют

себе фантазировать, то у них появляется тревога относительно разрушения воздвигнутых ими барьеров от всего, что может напомнить о травме. Для того чтобы предотвратить это разрушение барьеров, они организуют свою жизнь так, чтобы не чувствовать и не рассматривать умозрительно различные возможности оптимального реагирования в эмоционально заряженных ситуациях. Такой паттерн сдерживания своих мыслей с тем, чтобы не испытать возбуждения, является существенным вкладом в импульсивное поведение этих индивидов.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать (или заместить) чувства беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля. Парадоксально, но установлено, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет их локусу контроля оставаться интернальным и избежать чувства беспомощности. Компulsive повторное переживание травматических событий — поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, — не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется он в том, что неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые сходны с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации. Например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции; женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними плохо обращается; индивиды, перенесшие в детстве ситуацию сексуального соблазна, повзрослев, занимаются проституцией. Понимание этого на первый взгляд парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения в социальной и интерперсональной сферах. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны поведения повторного переживания травмы, может выступать как в роли жертвы, так и агрессора.

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США, показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. Также показана в высшей степени достоверная связь между детским сексуальным наси-

лием и различными формами самодеструкции вплоть до попытки самоубийства, которые могут возникнуть уже во взрослом возрасте. В литературе описывается феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами.

Преследуемые навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированные индивиды начинают организовывать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими вторжениями. Избегание может принимать разные формы, например дистанцирование от напоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов для того, чтобы вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет взаимосвязи с другими людьми, приводит к их нарушению и как следствие — к снижению адаптивных возможностей.

Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Индивиды с ПТСР, страдая от симптомов заболевания, могут также заявлять о болезненном чувстве вины по поводу того, что они остались живы, в то время как другие погибли, или по поводу того, что они вынуждены были сделать для того, чтобы выжить. Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может интерферировать на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы.

Однако семья, «семейная стабильность» выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи, включающее когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

Глава 5

Особенности посттравматического стресса у детей

Дети, являясь, бесспорно, самой незащищенной и уязвимой частью населения, полностью зависят от взрослых, и при этом они, так же как и взрослые, достаточно часто оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, свидетелями военных действий, они становятся заложниками, а также жертвами физического, сексуального и эмоционального насилия. Также к травматическим ситуациям для детей можно отнести длительные или повторяющиеся госпитализации. Рассмотрим особенности переживания детьми каждой из этих травматических ситуаций более детально.

События, связанные с военными действиями

Основными травмирующими факторами в этом случае являются: непосредственная угроза жизни и здоровью ребенка и его близких, смерть близких, физические травмы ребенка. У подростков как один из симптомов ПТСР может появляться «вина выжившего».

Для детей дошкольного возраста наиболее типичными последствиями такого рода травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность.

У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии. У подростков также отмечаются различные соматические жалобы, по результатам медицинских осмотров не имеющие органической природы.

При длительной разлуке с родителями во время войны у детей отмечены такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов.

Стихийные бедствия и катастрофы

Основными травмирующими факторами являются те же, что и в ситуации военных действий.

Сразу после травмы у детей обычно появляются следующие симптомы: нарушения сна, ночные кошмары, навязчивые мысли о травматической ситуации, уверенность в том, что травматическая ситуация может повториться, повышенная тревожность, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, психофизиологические нарушения. У младших детей часто проявляются тенденции к регрессивному поведению (энурез, сосание пальца и проявления большей зависимости от родителей). Эти же симптомы могут возникать не сразу после травмы, а спустя довольно продолжительное время (Calvin, 1995).

Дети могут не говорить о своих переживаниях, связанных со стихийными бедствиями, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушений, такие как:

1. Нарушения сна, которые продолжаются дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать.
2. Страх разлуки с родителями, «цепляющееся» поведение.
3. Страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи и т. п.), связанного с травматическим переживанием.
4. Соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье.
5. Повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе, связанная со страхами или фрустрирующими обстоятельствами.

Катастрофы и стихийные бедствия оказывают травмирующее влияние не только на детей, непосредственно в них участвующих, — дети, родившиеся у матерей, переживших такие события, отличаются задержками эмоционального и моторного развития, меньшим весом при рождении, нарушениями сердечной деятельности.

Террористические акты

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние людей наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы.

Тяжелое соматическое заболевание

Тяжелое соматическое заболевание погружает ребенка в новую психологическую реальность, которая является сложной и для ребенка, и для его близких. Болезнь влияет не только на физическое состояние ребенка, но и на его эмоциональное состояние. И наоборот, эмоциональное состояние влияет на течение болезни, поэтому необходимо уделять внимание не только адекватности и качеству медицинского вмешательства, но и психологическому состоянию ребенка.

Тяжелое соматическое заболевание ребенка может приводить к развитию у пациента посттравматического стрессового расстройства.

Стресс является закономерной реакцией на тяжелое заболевание. Однако степень его проявления зависит от некоторых условий: особенностей заболевания, степени его тяжести, возраста и пола ребенка, особенностей семейной ситуации (отношения между членами семьи, наличие в семье других тяжело больных, смерть членов семьи и т. д.).

Основными проявлениями реакции на соматическое заболевание являются: регрессивное поведение (которое в значительной степени затрудняет лечение) и социальная изоляция (связанная с пропусками занятий и тем, что часто здоровые дети избегают больных сверстников). Дополнительным травмирующим фактором при серьезном соматическом заболевании может являться госпитализация.

Смерть близкого человека

Когда любой человек, а особенно ребенок, сталкивается со смертью близкого, она предстает перед ним с двух сторон: во-первых, человек

становится свидетелем смерти близкого человека, а во-вторых, осознает, что он сам смертен.

Впервые страх смерти появляется у ребенка в возрасте примерно 3 лет, он начинает бояться засыпать, по многу раз спрашивать у родителей, не умрут ли они. Затем формируются три базовые иллюзии, позволяющие избегать этого страха. Первая иллюзия — иллюзия собственного бессмертия («все смертны, но не я»). Разрушение этой иллюзии может полностью поменять восприятие окружающего мира не как уютного и безопасного, а как полного опасностей и неожиданностей. Вторая иллюзия — иллюзия справедливости («все получают по заслугам. Если я буду хорошим, со мной ничего не случится»). Разрушение этой иллюзии приводит либо к представлению о том, что мир несправедлив и ужасен, либо к построению новых иллюзий (часто их роль выполняет религия). Третья иллюзия — иллюзия простоты устройства окружающего мира: все делится только на черное и белое (Черепанова, 1997).

Отдельно следует остановиться на ситуациях, когда ребенок является свидетелем причинения вреда родственнику или близкому ребенку человеку (насилие, убийство, самоубийство). Эти ситуации являются наиболее травматичными для детей. Помимо таких факторов, как непосредственная угроза здоровью или жизни близкого и самого ребенка, важным травмирующим обстоятельством является ощущение ребенком своей беспомощности. Детям, перенесшим такую травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР (навязчивое воспроизведение травматической ситуации, избегание мест, связанных с событием, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение функционирования).

Психологические последствия насилия у детей

Проблема психотравмирующего влияния насилия на ребенка столь сложна и актуальна, что ее представляется необходимым рассмотреть отдельно. Она имеет не только психологический, но также социальный и юридический аспекты, однако в России ее изучению пока не уделяется достаточного внимания. Следствием этого является почти полное отсутствие квалифицированных специалистов, способных работать в области психологической реабилитации таких детей.

Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. Они приводят к стойким личностным изменениям, которые препятствуют способности ребенка реализовать себя в будущем.

Насилие может вызывать различные нарушения, такие как нарушения в познавательной сфере, а также расстройства аппетита, сна; злоупотребление наркотиками, алкоголизм; непроизвольное воспроизведение травматических действий в поведении; попытки самокалечения (например, самоистязание); множество соматических жалоб.

Помимо непосредственного влияния насилия, пережитое в детстве, также может приводить к долгосрочным последствиям, зачастую влияющим на всю дальнейшую жизнь. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев. В исследовании психологических историй жизни людей, совершающих действия, травмирующие детей, иногда обнаруживается собственный неразрешенный опыт насилия в детстве.

Существует несколько параметров, по которым классифицируется насилие. Так, насилие может быть явным и скрытым (косвенным) в зависимости от стратегии поведения обидчика. По времени насилие делится на происходящее в настоящем и случившееся в прошлом. По длительности насилие может быть единичным или множественным, длющимся долгие годы. По месту происшествия и окружения насилие бывает: дома — со стороны родственников, в школе — со стороны педагогов или детей, на улице — со стороны детей или со стороны незнакомых взрослых.

Наибольшее распространение получила следующая классификация насилия, которая изложена в руководстве по предупреждению насилия над детьми (1997) под редакцией М. Д. Асановой. Выделяется четыре основных типа насилия:

Физическое насилие — это любое неслучайное нанесение повреждения ребенку в возрасте до 18 лет.

Сексуальное насилие — это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

Пренебрежение — это хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка, не достигшего 18-летнего возраста, в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.

Психологическое насилие — *хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка.*

Как правило, ребенок-жертва страдает одновременно от нескольких форм насилия. Можно сказать, что всякая жертва переживает «много насилий сразу». Так, для детей, страдающих от incestа, неизбежными являются сопутствующие ему разрушение семейных отношений и доверия к семье, манипуляторское отношение, а зачастую и запугивания со стороны родителя-насилыника, квалифицируемые как психологическое насилие. Дети и взрослые — жертвы изнасилования, например, часто переживают и физическое насилие (избиение), и эмоциональное (угрозы убить или покалечить).

Английский исследователь проблемы сексуального насилия в семье П. Дейл полагает, что в основе любой формы насилия, в том числе и сексуального, лежит насилие эмоциональное, депривация, отвержение, которое автор называет «особенно коварным» и «причиняющим значительный ущерб развитию личности и формированию копинговых механизмов».

Наиболее часто жертвами различного рода насилия как со стороны взрослых, так и сверстников, становятся:

- дети, воспитывающиеся в условиях жестких отношений в семье, которые враждебно воспринимают мир и готовы быть жертвами насилия со стороны сильных и сами проявлять насилие к слабым;
- дети, воспитывающиеся в условиях безнадзорности, заброшенности, эмоционального отвержения, не получающие достаточного ухода и эмоционального тепла и часто имеющие отставание психофизического развития, легко внушаемые, не способные оценить степень опасности и сопротивляться насилию;
- дети, предоставленные улице;
- дети, которые воспитываются в обстановке беспрекословного подчинения, не умеющие сказать «нет», с нечеткими внутренними границами, делающими их не способными сопротивляться насилию, боязливые и тревожные;
- дети с психическими аномалиями (психопатии, олигофрении, последствия органических заболеваний ЦНС и ЧМТ), не способные адекватно оценить опасность ситуации;
- маленькие дети в силу их беспомощности;

- недоношенные или с малым весом при рождении (так как такие дети обычно более раздражительны, больше плачут, менее привлекательны).

Физическое насилие — явление достаточно распространенное в нашем обществе. Так, например, только в Волгограде за последние 5 лет родителями убито более 2 тысяч детей. Ежегодно около 100 тысяч детей убегают из дома. Каждый год около 2 тысяч детей пытаются покончить с собой из-за надругательства над ними в семье.

Основными последствиями физического насилия для детей являются отсутствие контроля над своей импульсивностью, снижение способности к самовыражению, отсутствие доверия к людям, депрессии. Непосредственно после травмы могут возникать острые состояния страха (Green, 1995). Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности.

Большинство родителей, жестоко обращающихся с детьми, сами переживали физическое насилие, отвержение, депривацию в детстве. Для большинства из них свойственна низкая самооценка, недостаточный самоконтроль.

Сексуальное насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. Тем не менее до недавнего времени психологи в нашей стране не уделяли этой теме достаточного внимания. Сексуальное насилие в отношении детей включает большее количество действий и дополняется такими из них, как принуждение или поощрение ребенка совершать сексуально окрашенные прикосновения к телу взрослого или ребенка, принуждение ребенка к обнажению, вовлечение в оргии и ритуалы, сопровождаемые сексуальными действиями. Отметим, что не все сексуальные насильственные действия включают раздевание и прикосновения.

Дети, единожды подвергшиеся насилию незнакомцем, и дети, вовлеченные в инцестные отношения в течение многих лет, в равной мере определяются как жертвы насилия. Фактически однолинейная модель детского сексуального насилия не вполне адекватна, поскольку игнорирует важность предшествующего опыта ребенка, семейного контекста, а также сопутствующего эмоционального отвержения или пренебрежения.

Американские исследователи определяют сексуальное насилие над детьми (*Child Sexual Abuse — CSA*) как любой сексуальный опыт между ребенком до 16 лет (по отдельным источникам — до 18) и челове-

ком, по крайней мере, на 5 лет старше него. Сексуальное насилие над детьми определяется также как «вовлечение зависимых, психически и физиологически незрелых детей и подростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они еще не могут полностью понять и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия».

Статистические данные по этому поводу разнородны, но, несмотря на это, они позволяют сделать вывод о распространенности данной проблемы в современном обществе. К сожалению, в нашей стране долгое время тема насилия была закрыта и не существует эпидемиологических данных о распространенности насилия над детьми в России. Подобные исследования проводились только за рубежом, но они могут продемонстрировать распространенность данной проблемы в современном обществе.

- Приблизительно 1 из 4 женщин и 1 из 6 мужчин испытали сексуальное насилие до 18-летнего возраста.
- В Северной Америке сообщается о 150-200 тысячах новых случаев *CSA* за год.
- Несмотря на существующий стереотип, среди всех случаев насилия над детьми 75-90 % (по разным источникам) насильников знакомы детям, и только 10-25 % случаев насилия совершается незнакомыми людьми. В 35-45 % случаев насильником является родственник, а в 30-45 % — более дальний знакомый.
- В то же время только 2 % жертв внутрисемейного и 6 % жертв внесемейного насилия сообщают о случаях насилия властям. Следовательно, в приведенные выше данные входят лишь те случаи насилия, о которых жертвы сами решили рассказать. Реальные же цифры гораздо больше (Meichenbaum D., 1994, с. 81-84).
- В 1994 г., по данным МВД РФ, приводилась следующая цифра: 3110 сексуальных посягательств по отношению к несовершеннолетним. По подсчетам же благотворительного фонда «Защита детей от насилия», подобным посягательствам ежегодно подвергается более 60 000 детей.

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия — инцест, или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку совершается близким родственником. Подобные

сексуальные злоупотребления являются проявлениями нарушенного функционирования семьи.

Бытует мнение, что инцест не является насильственным по отношению к ребенку, поскольку он не всегда включает в себя применение силы или прямое принуждение. Зачастую дети добровольно соглашались на те или иные сексуальные действия. Причин этому много, например доверие и любовь к насильнику, страх потерять его расположение.

Однако специалистам, работающим с детьми, следует учитывать, что ребенок может не осознавать, что над ним совершается насилие, в силу своего возраста или других причин. Чрезвычайно важно понимать, что даже в том случае, когда дети осознают значение производимых с ними действий, они все равно не обладают достаточным опытом, чтобы предвидеть все последствия таких действий для своего психического или физического здоровья.

На начальном этапе развития инцестных отношений они не кажутся ребенку насильственными, поскольку начинается все обычно с физического контакта, такого как прикосновения, поглаживания, и лишь позднее эти действия приобретают все более и более сексуализированный характер.

Маленькие дети могут считать, что такие отношения являются нормальными и приемлемыми между любящими взрослым и ребенком, и именно такое выражение любви встречается в жизни всех детей. Некоторые жертвы рассказывают о том, что они понимали неправильность всего того, что с ними происходило, но они не хотели терять то эмоциональное тепло, которое получали от насильника в обмен на согласие и молчание. Также сохранение ребенком тайны может поддерживаться за счет угроз и дезинформации. Как правило, насильник не применяет физическую силу, но может угрожать побоями или смертью самому ребенку или человеку, которого ребенок любит.

Чаще всего факт насилия раскрывается, когда ребенок сам решается рассказать о нем. Обычно первым человеком, кому ребенок решается рассказать об этом, является другой ребенок — ровесник. Реже дети рассказывают о случившемся родителям и другим взрослым.

В психологии насилия описан такой феномен, как «открытое предупреждение», когда родители непрямыми намеками и двусмысленными фразами дают специалисту понять, что, находясь в доме, их ребенок подвергается опасности. К сожалению, специалисты в большинстве случаев закрывают глаза на эти сигналы опасности.

С другой стороны, родители могут сознательно отрицать наличие насилия над ребенком. Причиной этого может быть то, что они сами вовлечены в ситуацию насилия и могут быть ее прямыми виновниками. Поэтому информация, полученная от родителей, не может считаться достаточной, особенно если она противоречит показаниям ребенка или тем нарушениям в его поведении, которые позволили предположить существование насилия.

Дети могут делать двусмысленные заявления, например о «другом маленьком мальчике, которого я знаю», описывая свою собственную ситуацию относительно этого вымышленного ребенка. Маленькие жертвы могут воспроизводить сексуальные действия в играх со сверстниками. Это также является сигналом опасности, который должен привлечь внимание родителей и специалистов.

Старшие дети, пытаясь разоблачить насилие, делают намеки о происходящем близким друзьям, социальным работникам, учителям, соседям. Подростки могут уходить из дома без видимой на то причины, возможно, надеясь, что кто-нибудь спросит о тяжелых переживаниях, которые заставили их пойти на этот шаг. Все эти проявления стресса могут являться свидетельствами того, что ребенок подвергся сексуальному насилию.

Дети зачастую делают и более прямые заявления о сексуальном насилии, но, к сожалению, далеко не всегда они бывают услышаны взрослым. Такие попытки дети совершают, лишь находясь в комфортном для них состоянии, например готовясь к тому, чтобы лечь спать, или уже лежа в кровати.

Сначала дети обычно рассказывают лишь о небольшой части того, что произошло с ними, чтобы получить представление о том, как взрослый отреагирует на сказанное. Только в том случае, если в ответ ребенок получает любовь и поддержку, он чувствует себя достаточно защищенным для того, чтобы рассказать остальное.

Дети, подвергнутые насилию, могут на довольно продолжительное время забывать с своим травматическом опыте, вспоминая о нем уже будучи взрослыми, часто — в ходе психотерапевтического процесса.

Дети и подростки, пережившие насилие, чувствуют бессилие и замешательство, смущение и стыд. Они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками происшедшего. В глубине души некоторые дети сознают, что это — не их вина, но большинство все-таки считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их поведением, характером или положением в семье.

Иногда их тело (особенно девочкам-подросткам) кажется причиной насилия, поэтому они пытаются сделать его непривлекательным для насильника. Они начинают худеть или, наоборот, много есть, прятать тело под длинной одеждой, для них характерны попытки самоистязания или самонаказания.

Последствия сексуального насилия также затрагивают когнитивную сферу. Это может выражаться в нарушении концентрации внимания, поскольку все мысли ребенка заняты травматическим опытом. Ребенок пристально следит за всем, что происходит вокруг него, словно ему угрожает постоянная опасность, причем опасность не только внешняя, но и внутренняя, которая состоит в том, что нежелательные травматические впечатления прорвутся в сознание.

Дети, пережившие сексуальное насилие, перестают доверять людям, из-за этого круг общения сужается, они становятся замкнутыми и недоверчивыми. Одним из важных психологических последствий у детей, переживших насилие, является неадекватное снижение самооценки.

А. Ровен, Д. Фои, Дж. Гудвин (Rowan A., Foy D., 1992; Goodwin J., 1995) пишут о том, что сексуальное насилие, пережитое в детстве чаще, чем другие травматические ситуации, приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства.

Очень важно рассматривать последствия насилия, пережитого ребенком, учитывая его возрастные особенности. В разные периоды жизни реакция на подобную психологическую травму может проявляться по-разному. Наиболее общими симптомами, в зависимости от возраста ребенка, являются:

- для детей до 3 лет — страхи, спутанность чувств, в поведении отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, сексуальные игры;
- для дошкольников — тревога, боязливость, спутанность чувств, чувство вины, стыда, отвращения, чувство беспомощности, испорченности; в поведении отмечаются регрессия, отстраненность, агрессия, сексуальные игры, мастурбация;
- для детей младшего школьного возраста — амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверия к миру; в поведении отмечаются отстраненность от людей, нарушения сна, аппетита, агрессивное поведение, ощущение «грязного тела», молчаливость либо неожиданная разговорчивость, сексуальные действия с другими детьми;

- для детей 9-13 лет — то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, чувство потери ощущений; в поведении отмечаются изоляция, манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения, противоречивое поведение;
- для подростков 13-18 лет — отвращение, стыд, вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, несформированность социальных ролей и своей роли в семье, чувство собственной ненужности; в поведении отмечаются попытки суицида, уходы из дома, агрессивное поведение, избегание телесной и эмоциональной интимности, непоследовательность и противоречивость поведения.

Последствия *CSA* оказывают влияние в целом на психику ребенка, и эти последствия проявляются во взрослой жизни в форме психосоматических заболеваний, различных злоупотреблений (наркотиками, алкоголем, лекарственными препаратами), различных нарушений, связанных с неприятием своего тела (Мэнделл Д., Дамон Л., 1998). Отмечаются нарушения в сексуальных отношениях с партнером. Есть данные, показывающие, что большинство мужчин, совершающих насилие, сами в детстве подвергались сексуальному насилию. Для многих женщин, переживших *CSA*, характерны повторяющиеся случаи насилия во взрослой жизни (Follette V. M., Polusny M. A. et. al., 1996).

Особенности проявления ПТСР у детей

Проявления и развитие ПТСР у детей имеют ряд особенностей по сравнению со взрослыми, которым был поставлен аналогичный диагноз. Это связано в первую очередь с особенностями детской психики. Так, дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы, что крайне важно при проработке травмы.

Критерий *A DSM-IV* (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) подразумевает «фактическую или угрожающую смерть или серьезное повреждение, или угрозу физической целостности по отношению к себе или другим» в дополнение к опыту «интенсивного страха, беспомощности или ужаса» (или нарушенное или возбужденное поведение детей непосредственно после травматического события). Это определение травмы исключает такие события, как, например, развод

родителей или запугивание в школе без реальной угрозы физического вреда. Однако многие исследователи считают, что дети, пережившие эти события, удовлетворяют требованиям признака.

Навязчивое воспроизведение травматического случая у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживаются тема или аспекты травмы (Черепанова Е. М., 1997). Это особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет игры, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх, как правило, отсутствуют катартические элементы, т. е. дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения.

У детей могут быть сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как постороннему взрослому человеку это очевидно.

Нарушения в познавательной сфере у детей порой достигают такой выраженности, что их успехи в обучении сильно ухудшаются. Отличники становятся двоечниками, очень болезненно переживая это.

Вероятно, у детей имеют место тревожные мысли неосознаваемого содержания, вызванные травматическими переживаниями. Часто ребенок не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети и т. д.

Потрясшие нашу страну за последние годы катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия подтверждают, насколько важно оказание своевременной квалифицированной помощи детям, пережившим травматический опыт. Данные многочисленных, в основном зарубежных, исследований показывают, что неразрешенность этого травматического опыта приводит к отсроченным негативным психологическим последствиям, которые препятствуют способности ребенка реализовать себя социально, профессионально и личностно. Однако нельзя не отметить, что в настоящее время в области изучения ПТСР у детей наметились положительные тенденции. Проводятся исследования, публикуются статьи, посвященные данной проблематике.

На основе интервью, составленного в отделении по изучению и предотвращению детского насилия при Бостонском национальном центре ПТСР (*CSTC National Center for PTSD, Boston DVAMC*), был разработан и в данный момент проходит апробацию диагностический пакет из полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний детей и родительской анкеты для оценки травматических

переживаний детей (Tarabrina N. et al., 1999). При помощи данного пакета обследовано 100 детей — учеников московской школы в возрасте от 7 до 13 лет и их родители. Результаты исследования показывают, что разработанные методики позволяют определить наличие травматического опыта у детей, а также установить интенсивность симптомов ПТСР. Показано также, что хотя родители в основном имеют верное представление о состоянии ребенка, но они стремятся преуменьшить негативные аспекты состояния ребенка, особенно в случаях, если сами родители вовлечены в травматическую ситуацию или являются ее виновниками. Понимание и описание родителями травматической ситуации более адекватно для детей 7-10 лет. В возрастной группе 10-13-летних детей родительские анкеты могут использоваться только в качестве дополнения и уточнения к детским.

В дисгармоничных/неполных семьях дети психологически менее защищены от травматических ситуаций, чем в нормальных семьях. Родители в таких семьях гораздо реже имеют верное представление о травматическом опыте своих детей. Также в дисгармоничных семьях родители чаще пытаются преуменьшить или скрыть травматический опыт своего ребенка.

Список литературы

1. *Мэнделл Дж. Г., Дамон Л.* Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. — М.: Генезис, 1998.
2. Руководство по предотвращению насилия над детьми / Под ред. Н. К. Асановой. — М.: Владос, 1997.
3. *Черепанова Е. М.* Психологический стресс: помощи себе и ребенку. — М: Академия, 1997.
4. *Follette V. M., Polusny M. A., Bechtle A. E., Naugle A. E.* Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse //Journal of Traumatic Stress. — 1996. — V. 9. — № 1. — P. 25-37.
5. *Rowan A. B. Foy D. W.* Post-Traumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse Survivors: A Literature Review //Journal of Traumatic Stress. — 1993. - V. 6. - P. 3-20.
6. *Briere J., Conte J.* Self-Reported Amnesia for Abuse in Adults Molested as Children //Journal of Traumatic Stress. - 1993. - V. 6. - P. 21-73.
7. *Frederick C.J.* Children Traumatized by Catastrophic Situations. — American Psychiatric Association, 1995.

8. *Goodwin J.* Post-Traumatic Symptoms In Incest Victims. — American Psychiatric Association, 1995.
9. *Green A. H.* Children Traumatized by Physical Abuse. — American Psychiatric Association, 1995.
- W.Meichenbaum D.* A Clinical Handbook: Practical Therapist Manual for Assesing and Treating Adults with PTSD. — Ontario: Institute Press, 1994.
11. *Tarabrina N. V., Schepina A. I., Makarchuk A. V.* Assesment post-traumatic reaction among children: pilot study // Proceeding of 6th European Conference on Traumatic Stress, Istanbul, 1999.
12. *Palmer St., McMahon G.* Handbook of counselling. — London, Routledge, 1997.
13. *Benedek E. P.* Children and Psychic Trauma: A Brief Review of Contemporary Thinking. — American Psychiatric Association, 1995.
14. *Mr Y.* Post-Traumatic Stress Disorder In Children with Cancer. — American Psychiatric Association, 1995.

Глава 6

Диссоциация и посттравматический стресс

Определение понятия «диссоциация»

Диссоциация и признаки посттравматического стресса, экстремальным выражением которых являются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тесно связаны между собой. В литературе, посвященной этому вопросу, можно отметить довольно устойчивую тенденцию рассматривать диссоциацию как основной патогенетический механизм возникновения и развития ПТСР (см., например, Вгаун В. Г., 1988). Сторонники этой точки зрения считают все психические последствия травматического стресса диссоциативными по своей природе и предлагают отнести ПТСР к группе диссоциативных расстройств. Эта точка зрения не стала общепринятой, однако до сих пор сохраняет свой вес и имеет сторонников. Диссоциация, являясь существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, по-видимому, играет существенную роль и в развитии симптомов ПТСР, представляя собой один из основных, но не единственный патогенетический механизм ПТСР.

Определение точного значения некоторых, а может быть, большинства, понятий, принятых и активно используемых в психологии, вызывает значительные трудности. Без сомнения, термин «диссоциация» относится к их числу. Отчасти это связано с тем, что изучение диссоциативных феноменов проводилось в рамках разных школ, подходов и направлений. Так, пионером научного подхода к исследованиям диссоциации можно отнести де Пюисегюра (de Puységur), ученика Мессмера, который впервые описал явления сомнамбулизма (Van der Hart O., Horst R., 1989). Фрейд и Брейер, работая у Шарко в Салпетриере, так-

же уделяли много внимания диссоциативным симптомам у пациентов с истерией. Родоначальником систематических исследований диссоциативных феноменов был Пьер Жане (1913), он же и создал концепцию диссоциации. Важный вклад в изучение диссоциации внесли Вильям Джеймс, Мортон Принц, Карл Густав Юнг и другие выдающиеся психологи и психиатры конца XIX — начала XX в.

Изначально диссоциация представляла собой описательный конструкт, в который вошли психологические феномены, имеющие сходные признаки и расположенные на континууме норма—патология. В работах, посвященных исследованию диссоциативных феноменов, прочно утвердилось представление о так называемом «диссоциативном континууме», согласно которому все диссоциативные феномены расположены вдоль гипотетического континуума, на одном полюсе которого располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие как абсорбция, рассеянность, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся «тяжелые» формы диссоциативной психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств. Однако эта идея подвергается сомнениям и некоторые работы предоставляют эмпирические данные, противоречащие этой модели. Так, Валлер и Патнем (Waller N. G., Putnam F. W., 1996), проанализировав довольно значительный массив данных, собранных при помощи *DES (Dissociation Experience Scale)* как на клинических, так и на «нормальной» популяциях, при помощи процедур таксонометрического анализа показали, что так называемая патологическая диссоциация является таксономом, тогда как «нормальная» диссоциация представляет собой континуальную переменную. Другими словами, они показали, что механизмы патологической диссоциации отличны от механизмов «нормальной» диссоциации.

В «Большом толковом психологическом словаре» (Ребер А., 2000, с. 246) диссоциация определяется так: термин, который «обычно используется для характеристики процесса (или его результата), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций становится отделенным от остальной части личности человека и функционирует независимо». Основной чертой патологической диссоциации (APA, 1988, с. 269; APA, 1994, с. 477) является нарушение интегрированных в норме «функций сознания, осознания подлинности своего эго или моторного поведения, в результате которого определенная часть этих функций утрачивается». Ромасенко Л. В. дает такое определение диссоциации в своих комментариях к главе «Диссо-

циативные расстройства» в переводе на русский язык «Пособия по клинической психиатрии» Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок: «Диссоциация — разведение, разобщение связей, бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей...» (Дмитриева Т. Б., 1998, с. 195).

Ван дер Колк, ван дер Харт и Мармар относят термин диссоциация, в самом общем виде, к процессам обработки информации и определяют диссоциацию как способ ее организации (Van der Kolk B. A. et al., 1996). Так, одним из аспектов «нормальной» диссоциации Йатс и Нэшби (Yates J. L., Nashby W., 1993) полагают динамичный и гибкий доступ к содержимому памяти. Рэй (Ray W. J., 1996) отмечает, что с теоретической и клинической точек зрения, концепция диссоциации относится к измененным состояниям сознания, которые влекут за собой изменения процессов памяти.

Согласно Людвигу (Ludwig A. M., 1983), диссоциация является процессом, посредством которого определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти.

Вест (West I. J., 1967) определил диссоциацию как психофизиологический процесс, посредством которого потоки входящей и выходящей информации, а так же сохраняемая информация активным образом отклоняются от интеграции при помощи образования обычных или ожидаемых ассоциативных связей. Характеристиками диссоциативных состояний (Ludwig A. M., 1966) являются:

- а) такие изменения мышления, при которых доминируют архаические формы;
- б) нарушение чувства времени;
- в) чувство потери контроля над поведением;
- г) изменения в эмоциональной экспрессии;
- д) изменения образа тела;
- е) нарушения восприятия;
- ж) изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом;
- з) чувство «омоложения» или возрастной регрессии;
- и) высокая восприимчивость к суггестии.

Райкрофт в «Критическом словаре психоанализа» (Райкрофт Ч., 1995, с. 42) определяет диссоциацию как:

- 1) «такое состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными.
- 2) защитный процесс, ведущий к состоянию 1».

Необходимо отметить, что термин «диссоциация» описывает круг феноменов, который до некоторой степени перекрывается с семантическими полями терминов, принятых в других областях психологии и психиатрии. Например, термины «диссоциация», «схизм» и «сплиттинг» имеют почти одинаковый эквивалент в русском языке и переводятся как: «расщепление, разделение», что не может не приводить к определенным трудностям в употреблении и различении этих терминов.

Термин расщепление (см., например, Мур Э., Файн Д., 2000) принят в теории объектных отношений и служит для обозначения как определенного защитного механизма, так и общего необходимого этапа развития, который вытекает из фундаментальной природы нормальных агрессивных и либидозных импульсов. Расщепление образов (или их части) матери и самого себя на плохую и хорошую мать, плохого и хорошего себя является защитным маневром и обусловлено таким интрапсихическим состоянием, которое характеризуется амбивалентными чувствами любви и ненависти по отношению к матери или тому, кто замещает ее.

Что же касается термина «схизм», то этот термин из области психиатрии описывает механизм шизофрении. Так, говоря о расщеплении личности при шизофрении, можно сказать, что схизм прежде всего выражается в потере единства, цельности личности, ее распаде на отдельные фрагменты вследствие отсутствия координации между отдельными функциями, переживаниями и, наконец, в нарушении ядра личности — самосознания (см. например, Шизофрения, 1975). При шизофрении имеет место все более углубляющийся процесс фрагментации личности и отдельных психических функций. При диссоциации же сохраняются основные системообразующие связи между отдельными элементами диссоциированного «домена» психики. Представляется, что диссоциированный «домен» сохраняет основные элементы, паттерны связей подобно тому, как в части голографического изображения содержится информация о всем изображении. В качестве иллюстрации различий между схизмом (шизофреническим процессом) и диссоциа-

цией приведем следующую метафору Лэнга (Лэнг Р., 1995, с. 212): «Жане различал диссоциацию, или расщепление, молярное и молекулярное. Истерическое (диссоциативное) расщепление личности — молярное. Шизофрения состоит из молекулярных расщеплений».

Диссоциативные феномены

Рассмотрение феноменов, которые, по сложившейся традиции, называют диссоциативными, показывает, что и здесь нет общепринятых утвердившихся взглядов. Так, Шпигель (Spiegel D., 1990) отдельно рассматривает диссоциацию и абсорбцию, видимо следуя традициям Жане (1913), который, развивая концепцию диссоциации, акцентировал внимание в основном на патологических формах диссоциации. Авторы *DES* включили в этот опросник, наряду с пунктами, описывающими состояния абсорбции, также и пункты, касающиеся рассеянности, проблем с памятью (амнезии), деперсонализации/дереализации, нарушения личностной идентичности, анальгезии.

Абсорбция. Различные состояния внимания специфицируются особыми состояниями сознания — напряженностью, усилением, интересом, удивлением, чувствами активности и поглощенности деятельностью. Однонаправленность, высокая степень и узкий объем внимания характеризуют состояния концентрации и абсорбции. Однако Куорик так проясняет различие между ними:

«Концентрация является сознанием будничным; абсорбция же — необыкновенным. Концентрация — это работа; абсорбция — игра и развлечение. Концентрация включает в себя интенсивную умственную деятельность: когнитивную переработку, анализ и размышление. Абсорбция означает временное прекращение любой внутренне иницируемой деятельности. Концентрация подразумевает взаимодействие, участие эго и усилие; она нацелена на получение практических результатов. Абсорбция же реактивна, внушаема, снимает напряжение и растворяет эго, гармонично захватывает посредством какого-то очарования. [При концентрации] ... налично строгое разделение субъекта и объекта — чувство «моего», противопоставленного чему-то внешнему. Абсорбция же — это единый контроль внимания, приводящий к тотальному недифференцированному состоянию тотального внимания; это переживание слияния с внешним объектом. Мы концентрируемся, когда чем-то обеспокоены... Мы поглощены, когда наслаждаемся...» (цит. по: *Дормашев Ю. Б., Романов В. Я. Психология внимания.* — М.: Триволта, 1999. — С. 14):

Рассеянность. В контексте диссоциации имеется в виду такие состояния рассеянности, когда человек находится в состоянии мечтательности или грез наяву, а также и другой тип рассеянности: «пустой взор», примером такой рассеянности может послужить блуждание мысли при чтении, когда через какое-то время читатель вдруг осознает, что пролистал несколько страниц и при этом совершенно игнорировал смысл текста, не помнит прочитанного. Как правило, читатель довольно точно определяет то место, с которого он стал рассеянным. Дорожный транс (гипноз), или временной провал, являются феноменами, родственными состоянию пустого взора.

При характеристике рассеянности подразумевают глобальное невнимание у большей части содержаний сознательного опыта.

Явление **деперсонализации** у больных неврозами впервые было описано Р. Кристабером в 1873 г. (Меграбян А. А., 1978). Субъекты, находящиеся в состоянии деперсонализации, говорят о своеобразной двойственности этого переживания: им кажется, что они потеряли чувственность и реальность ощущения своего тела, не испытывают чувства реальности в восприятии внешнего мира; они говорят о потере своих эмоций, об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте своей психики. Им кажется, что они переживают исчезновение своего «я», что они обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы. Тем не менее объективное исследование показывает относительную сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и разумность мыслительного процесса.

Тэн (Меграбян А. А., 1978) дает такое образное сравнение состояния деперсонализации: он сравнивает субъекта, находящегося в состоянии деперсонализации, с гусеницей, которая, сохранив свои гусеничные понятия и воспоминания, превратилась в бабочку с чувствами и ощущениями бабочки. Между старым и новым — между «я» гусеницы и «я» бабочки — зияет глубокая пропасть.

«Сознание "я" наличествует во всех событиях психической жизни. В форме "я мысль" оно сопровождает все восприятия, представления и мысли... Вся психическая жизнь включает в себя переживание единственной и фундаментальной активности. Любое проявление психического... несет в себе этот особый аспект принадлежности "мне"; данное качество психики мы называем персонализацией. Когда... проявления психического сопровождаются осознанием того, что они не принадлежат мне, чужды, автоматичны, существуют сами по себе, приходят извне, мы имеем дело с феноменом деперсонализации» (Ясперс К., 1997, с. 159-160).

Объединяя феномены деперсонализации и дереализации в один ряд, Ясперс приводит следующие основные черты этих переживаний: изменение осознания собственного наличного бытия, сознание потери чувства собственного «я»; изменение осознания принадлежности «мне» тех или иных проявлений психического. Говоря о деперсонализации, часто употребляют выражение Фромма о диссоциации между наблюдающим и переживающим эго (см. van der Kolk, van der Hart, Margraf, 1996).

Диссоциативные изменения идентичности. Диссоциация может приводить и к изменениям идентичности, которые, как и другие диссоциативные феномены, расположены вдоль континуума «норма-патология» и выражаются либо в транзиторных, скоропереходящих состояниях, либо в тяжелых формах психопатологии, например, в расстройстве диссоциированной личностной идентичности.

«Переживание фундаментального единства "я" может подвергаться заметным изменениям. Например, иногда во время разговора мы замечаем, что говорим словно автоматически; мы можем наблюдать за самими собой и слушать себя как бы со стороны. Если такое раздвоение длится достаточно долго, обычное течение мыслей нарушается; но за короткий промежуток времени мы переживаем "раздвоенность" собственной личности без каких бы то ни было расстройств» (Ясперс К., 1997, с. 163).

Ясперс подчеркивает, что в данном случае речь идет не о конфликте мотивов, страстей и моральных установок и т. п., и не о случаях множественной личности (раздвоение личности, представляющее собой «объективную данность при альтернирующем состоянии сознания»).

«Переживание раздвоенности... возникает..., когда характер развертывания двух рядов событий психической жизни позволяет говорить о двух отдельных, абсолютно независимых друг от друга личностях, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации в сфере чувств» (там же).

Амнезии. Этим термином обозначаются расстройства памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени, о котором ничего (или почти ничего) не удастся вспомнить; кроме того, под «амнезией» понимаются менее жестко привязанные к определенному времени переживания. Возможны следующие случаи: 1) никакого расстройства памяти вообще нет; есть состояние глубоко расстроенного сознания, совершенно не способного к апперцепции (способности к охвату целостного содержания) и соответственно к запоминанию;

никакое содержание не получает выхода в память; соответственно ничто не вспоминается; 2) апперцепция становится возможна на какой-то ограниченный промежуток времени, но способность к запоминанию серьезно нарушена, вследствие чего никакое содержание не удерживается в памяти; 3) в условиях аномального состояния возможно мимолетное, едва заметное воспоминание, но материал, отложившийся в памяти, разрушается под воздействием органического процесса; наиболее отчетливо это наблюдается при ретроградных амнезиях, например после травм головы, когда все, что было пережито в течение последних часов или дней перед получением травмы, совершенно угасает; 4) имеет место расстройство способности вспоминать. Содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена; успешное воспроизведение этого содержания становится возможным под действием гипноза. Амнезии этого последнего типа были исследованы Жане. Индивиды не могут вспомнить некоторые переживания (систематическая амнезия), или какие-то определенные периоды своей жизни (локализованная амнезия), или свою жизнь в целом (общая амнезия). Такие индивиды не кажутся субъективно пораженными амнезией. В конце концов, амнезия может исчезнуть — либо сама собой (нередко она периодически исчезает и появляется вновь), либо под влиянием гипноза.

Различаются два вида спонтанных воспоминаний:

- 1) суммарное воспоминание: смутное, не детализированное воспоминание о самом существенном;
- 2) воспоминание о массе разрозненных, мелких, несущественных подробностей, при котором ни их взаимоотношение во времени, ни их контекст не выявляются» (Ясперс К., 1997, с. 220-221).

Методы, среди которых наиболее поразительным является гипноз, позволяющие выявлять целостные систематические контексты, целостные комплексы переживаний, подходят, главным образом, к истерическим амнезиям и амнезиям, наступающим после особо сильных аффектов (Ясперс К., 1997, с. 489).

Подвергшийся расщеплению (диссоциации) материал сохраняет определенную связь с сознательной психической жизнью: он влияет на осознанные действия и тем самым, так сказать, возвышается до уровня сознания. Ясперс полагает, что для диссоциативных явлений метафорическое обозначение «расщепление психических комплексов» было бы весьма удачным. Он говорит о том, что это всего лишь мета-

фора, теоретическое построение, со всей тщательностью разработанное Жане для описания определенного рода случаев, но вовсе не обязательно применимое к психической жизни в целом. «Тем не менее предполагается существование единого механизма, служащего основой для значительного числа истерических (в данном контексте — диссоциативных) явлений.... Последние проистекают из определенных шокирующих переживаний — психических травм» (Ясперс К., 1997, с. 491).

Методики для оценки диссоциации

Для измерения различных аспектов диссоциации разработан психометрический инструментарий, который можно разделить на два основных класса: опросники и структурированные интервью.

Опросники деперсонализации. До 1980-х гг. было разработано большое количество опросников, предназначенных исключительно для измерения деперсонализации на популяциях студентов колледжей (Dixon J. C., 1963), психиатрической популяции (Brauer R., и др., 1970), лиц, перенесших тяжелое травматическое событие (Noyes R., Klettli R., 1977).

Шкала диссоциации [*Dissociation Experiences Scale, DES* (Bernstein E. M., Putnam, F. W., 1986)] является наиболее часто используемым инструментом для оценки выраженности диссоциативных феноменов как на клинической, так и на нормальной популяциях. *DES* переведена на многие языки, в том числе русский (Agarkov V. и др., 1997; Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1998; ТагаҒіпаҚидр., 1997), с использованием этой методики проведено более тысячи исследовательских работ. (Подробнее см.: гл. 14, часть II настоящего пособия.)

Шкала оценки измененности восприятия [*Perceptual Alteration Scale, PAS* (Sanders S., 1986)] позволяет оценивать выраженность диссоциативных феноменов при помощи пунктов, заимствованных из опросника *MMPI*, отбор которых производили исходя из недиссоциативной концепции Хилгарда (Hilgard E. R., 1978).

Опросник диссоциативных переживаний [*Questionnaire of Experiences of Dissociation, QED* (Riley K. C. 1988)] содержит 26 вопросов в дихотомическом «да—нет» формате, касающихся широкого спектра диссоциативных феноменов.

Опросник перитравматической диссоциации (ОПД). В основу опросника ОПД (Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1998) легла секция модуля *PTSD* [СКИД для *DSM-III-R* (Spitzer R. L. и др., 1990)], вопросы которой касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие. Испытуемым предлагается ответить на 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, как дереализация, деперсонализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы Ликерта.

При помощи ОПД обследованы следующие выборки популяции, подвергшейся психической травматизации: беженцы и лица, вынужденно переменившие место жительства ($N=60$) из различных регионов России и республик бывшего СССР (Чечня, Азербайджан, Туркмения, Киргизия, Таджикистан, республики Прибалтики и др.); пожарные г. Москвы ($N=120$); сотрудники МВД, принимавшие участие в военных действиях в Чечне ($N=33$). Кроме ОПД в батарею методик входили: опросник депрессивности Бека (*BDP*), опросник выраженности общей психопатологической симптоматики (*SCL-90-R*), опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина (ЛТ, СТ), шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС), шкала диссоциации (ШД), Миссиссипская шкала ПТСР (гражданский и военный варианты). Кроме того, для оценки наличия и выраженности симптомов ПТСР, а также постановки диагноза ПТСР, среди беженцев проводили структурированное интервью с помощью клинической шкалы ПТСР (*Clinical administered posttraumatic scale, CAPS*). Согласно полученным данным, ОПД обладает хорошими показателями надежности: коэффициент α Кронбаха — 0,81, внутренняя согласованность — 0,83. Значения коэффициентов корреляции Спирмена между значением по каждому пункту и общему баллу ОПД находятся в интервале 0,43-0,70; среднее значение коэффициента корреляции — 0,58. Значения коэффициентов корреляции Спирмена с показателями методик составили: ШОВТС - 0,52; *BDI* - 0,34; ШД - 0,36; *GSI(SCL-90-R)* - 0,40; Миссиссипская шкала - 0,35; ЛТ - 0,34; СТ - 0,38 (опросник Спилбергера—Ханина); все коэффициенты корреляции значимы при $p < 0,001$. Среднее значения ОПД для группы беженцев с ПТСР ($N=7$) составило 19,4 ($SD=7,63$); для группы норма — 8,35 ($SD=7,15$), $t^*T=3,82$, $p < 0,001$. Результаты исследований не противоречат гипотезе, согласно которой высокая интенсивность диссоциатив-

ных переживаний, которые испытывает индивид, подвергающийся потенциально психотравмирующей ситуации, является одним из важных факторов, обуславливающих возникновение ПТСР.

Опросник ОПД включен в батарею экспресс-диагностики последствий психической травматизации у сотрудников Государственной пожарной службы (ГПС) при выполнении служебных обязанностей (Марьин М. И. и др., 1999). При помощи ОПД определяются те сотрудники ГПС, которые находятся в группе риска возникновения отсроченной реакции на травматический стресс.

Интервью для диагностики диссоциативных расстройств [*Dissociative Disorders Interview Schedule, DDIS* (Ross C. A. et al., 1989)] является жестко структурированным интервью, предназначенным для диагностики как диссоциативных расстройств, так и депрессии, пограничного расстройства личности и др. Ограниченность этого инструмента обусловлена его жесткой структурированностью: каждому критерию диссоциативных расстройств соответствует только один пункт интервью. Кроме того, в интервью включены множество пунктов, относящихся к диагностике недиссоциативных расстройств, которые могут быть достаточно надежно и достоверно диагностированы при помощи Структурированного клинического интервью [*Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (Spitzer R. L. et al., 1990)].

Структурированное клиническое интервью для диссоциативных расстройств в соответствии с классификацией DSM-IV [*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, SCID-D* (Steinberg M., 1993, 1994)] разработано как для оценки отдельных диссоциативных симптомов, так и для диагностики диссоциативных расстройств. В лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН разрабатывается русская версия этого инструмента: интервью переведено на русский язык и проведена апробация интервью на пациентах психиатрической клиники (Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1999). *SCID-D* позволяет систематически оценить присутствие и выраженность пяти основных диссоциативных симптомов: амнезия, деперсонализация, дереализация, нарушения личностной идентичности и изменение личностной идентичности. Она также позволяет интервьюеру диагностировать диссоциативную амнезию, диссоциативную фугу, расстройство деперсонализации, расстройство диссоциированной личностной идентичности (расстройство множественной личности), диссоциативное расстройство, никак более не классифицированное (*Dissociative Disorders Not Otherwise Specified, DDNOS*) в соответствии с критериями *DSM-IV*. При помощи *SCID-D* могут быть оценены дис-

социативные синдромы в рамках других расстройств, таких, например, как острое стрессовое расстройство (*Acute Stress Disorder*) или трансное расстройство одержимости (*Possession Trance Disorder*).

Эмпирические исследования диссоциативных феноменов

Начиная с середины 1970-х гг., в США отмечается рост интереса к проблеме диссоциации, который обусловлен тремя основными факторами. Во-первых, американское общество столкнулось с проблемой дезадаптивных форм поведения ветеранов войны во Вьетнаме, которые во многом являлись последствиями пережитого ветеранами военного стресса. Во-вторых, к этому времени появляются публикации исследований, посвященных проблеме детского сексуального и физического насилия, согласно которым это явление является не таким уж редким в американском обществе, как это считалось раньше. В-третьих, возросло число публикаций, посвященных описанию случаев расстройства множественной личности, характеризующегося тем, что в одном индивиде могут существовать две или более личностные структуры или личностных состояния, которые могут функционировать с той или иной степенью независимости друг от друга, время от времени беря контроль над поведением индивида. Согласно этим публикациям, пациенты с расстройством множественной личности часто имели историю длительной тяжелой травмы в раннем детстве. К наиболее значимым с точки зрения общественного резонанса можно отнести книги «Три лица Евы» (Thigpen B. W., Cleckley H., 1957) и «Сибил» (Schreiber F. R., 1973), в которых документально описаны истории жизни пациентов с расстройством множественной личности.

Исследования диссоциации у участников боевых действий (Branscomb L., 1991; и другие исследования) с использованием *DES* показали, что балл *DES* положительно коррелирует с выраженностью симптомов ПТСР, а степень диссоциативности, измеряемая *DES*, значимо выше у ветеранов с ПТСР. Анализ факторной структуры посттравматических симптомов у участников боевых действий, предпринятый в ряде исследований (Davidson J. и др., 1989) показал, что диссоциативные феномены являются одной из доминирующих черт посттравматических состояний. Ретроспективные исследования диссоциативных феноменов во время военной травмы показали, что интенсивность

пережитых в момент травмы диссоциативных феноменов у ветеранов с ПТСР была значимо выше. Аналогичные результаты были получены в комплексном исследовании психологических последствий травматического стресса у беженцев и лиц, вынужденно переселенных из различных регионов России и республик бывшего СССР (Тарабрина Н. В. и др., 1998).

Несколько исследований были посвящены взаимосвязи между выраженностью диссоциативности и ПТСР, пограничного расстройства личности и диссоциативными расстройствами у психиатрических пациентов, имеющих в анамнезе истории физического и/или сексуального насилия в детстве (Coons et al., 1989; и другие исследования).

В исследованиях последствий детского психотравмирующего опыта показано, что балл *DES* у пациенток с историей детского насилия был значимо выше по сравнению с пациентками не пережившими в детстве насилие. Тем не менее, величина балла *DES* не была связана с диагнозами ПТСР или диссоциативных расстройств на этой выборке, что отличается от результатов, полученных Кунсом (Coons et al., 1989).

В ряде исследований обнаружена значимая достоверная связь между тяжестью травматического опыта у лиц, переживших в детстве психотравмирующие ситуации, связанные с физическим и/или сексуальным насилием, тяжестью симптомов ПТСР и наличием диагноза пограничного расстройства личности. У пациентов с диагнозом пограничное расстройство личности балл *DES* был значимо выше, чем у пациентов без такого диагноза.

В других работах, где использовалось Структурированное клиническое интервью для диагностики диссоциативных расстройств (*SCID-D*), показана высокая распространенность историй детского насилия среди пациентов с диагнозами диссоциативных расстройств и расстройств личности.

Эти исследования убедительно демонстрируют, что диссоциация играет важную роль в развитии психопатологии, связанной с травмой (Spiegel D., Cardena E., 1991; Marmar C. R. и др., 1994; Tarabrina N. и др., 1997).

Роль диссоциации в совладании с психической травмой

Согласно современным представлениям, переживание травматической ситуации сопровождается возникновением трех разных феноменов,

которые имеют характерные отличительные особенности, но тем не менее связаны друг с другом.

Так, непосредственно в первые мгновения травматического события многие индивиды не в состоянии воспринять целостную картину происходящего. В этом случае сенсорные и эмоциональные элементы события не могут быть интегрированы в рамках единой личностной системы памяти и идентичности и остаются изолированными от обыденного сознания. Переживание травматической ситуации оказывается разделенным на изолированные соматосенсорные элементы (Van der Kolk B. A., Fislser R., 1995). Фрагментация травматического опыта сопровождается эго-состояниями, которые отличны от обыденного состояния сознания. Этот феномен обозначают как *первичную диссоциацию*. Первичная диссоциация во многом обуславливает развитие ПТСР, симптомы которого (навязчивые воспоминания, ночные кошмары и флэшбэк-эффекты) можно интерпретировать как драматичное выражение диссоциированных воспоминаний, связанных с травмой.

Индивид, находящийся в «травматическом» (диссоциированном) ментальном состоянии, испытывает дальнейшую дезинтеграцию элементов травматического переживания перед лицом непрекращающейся угрозы. *Вторичная, или перитравматическая, диссоциация* часто имеет место у индивидов, переживающих травматическую ситуацию (Magrag C. R. и др., 1994), и включает феномены выхода из тела, дереализации, анальгезии и др. Она позволяет дистанцироваться от непереносимой ситуации, уменьшить уровень боли и дистресса и, в конечном счете, защитить себя от осознания всей меры воздействия травматической ситуации. Вторичная диссоциация оказывает своего рода анестезирующее действие, выводя индивида из соприкосновения с чувствами и эмоциями, связанными с травмой, в то время как первичная диссоциация ограничивает когнитивную переработку травматического переживания таким образом, что это позволяет индивиду, который находится в ситуации, выходящей за рамки его обыденного опыта, действовать, игнорируя некоторые аспекты или всю психотравмирующую ситуацию.

В том случае, когда имеет место развитие характерных эго-состояний, которые содержат в себе травматические переживания и состоят из сложных личностных идентичностей, обладающих характерными когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами, — говорят о *третичной диссоциации*. Некоторые из этих эго-состояний могут содержать боль, страх или ярость и гнев, связанные с конкретной

травматической ситуацией, в то время как другие эго-состояния остаются в неведении относительно травмы и позволяют индивиду успешно выполнять повседневные рутинные обязанности. Примером крайнего выражения третичной диссоциации является расстройство множественной личности.

В заключение необходимо отметить, что диссоциация является, по видимому, фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при «нормальном» функционировании психики, так и во многих видах психопатологии. Множество форм диссоциативных состояний, а так же их распространенность, дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям окружающей среды. Этим обстоятельством можно объяснить лавинообразный рост числа исследовательских работ, посвященных изучению различных аспектов диссоциации, за рубежом за последние 30 лет. Накоплен и постоянно пополняется огромный эмпирический материал, в который вошли результаты опросов, экспериментов и клинических наблюдений. Однако с теоретических позиций еще далеко не все ясно как в отношении самой концепции диссоциации, так и отдельных диссоциативных феноменов. Возвращение к исследованиям диссоциации после многих лет забвения (в середине XX в.), интерес, который проявляют к этой проблеме психологи самых разных специализаций, — все это, видимо, указывает на то, что тема диссоциации затрагивает какие-то существенные, базовые аспекты психики человека, стимулируя исследователей к активному поиску.

Список литературы

1. Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Опросник перитравматической диссоциации // Материалы III научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». — Пермь, 1998.
2. Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации *DSM-IV* // Материалы IV научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации».

- ции участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». — Пермь, 1999.
3. *Дормашев Ю. Б., Романов В. Я.* Психология внимания // М.: Триволта, 1999.
- А.Жане П.* Психический автоматизм. — М.: Начало, 1913.
- Б.Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия: В 2-х т. — М.: Медицина, 1994. .
6. Клиническая психиатрия / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Гэ-тар медицина, 1998.
- Т.ЛэнгР.* Расколотое «Я». — СПб.: «Белый Кролик», 1995.
8. *Марьин М. И., Ловчан С. И., Леви М. В., и др.* Диагностика, профилактика и коррекция стрессовых расстройств среди сотрудников Государственной противопожарной службы МВД России. Методическое пособие. - М.: ВНИИПО, 1999.
9. *Меграбян А. А.* Личность и сознание (в норме и патологии). — М.: «Медицина», 1978.
10. Психоаналитические термины и понятия: Словарь / Под ред. Э. Мур, Д. Файн. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
11. *Райкрофт Ч.* Критический словарь психоанализа. — СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 1995.
12. *Ребер А.* Большой толковый психологический словарь. — М.: Вече, АСТ; 2000.
13. *Тарабрина Н. В, Агарков В. А, Хаскельберг М. Г.* Психометрический профиль лиц, переживших травму // Тезисы доклада IV Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». — Минск, Республика Беларусь, 1998.
14. Шизофрения(диагностика, соматические изменения, патоморфоз) / Под ред. Л. Л. Рохлина и С. Ф. Семенова. — М., 1975.
15. *Ясперс К.* Общая психопатология. — М.: Практика, 1997.
16. *Agarkov V. A., Tarabrina, N. V., Lasko N. B.* The Russian Version of the DES: The Pilot Study. Presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. — Montreal, Quebec, Canada, 1997.

- II. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., revised). — Author, Washington, D. C, 1987.
18. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd ed.). — Author, Washington, D. C, 1994.
19. *Bernstein E. M, Putnam F. W.* Development, reliability, and validity of a dissociation scale // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1986. — V. 174, № 12. — P. 727-735.
20. *Branscomb L.* Dissociation in combat-related posttraumatic stress disorder // *Dissociation*. — 1991. — V. 4, № 1. — P. 13-20.
21. *Brauer R., Harrow M., Tucker G.* Depersonalization phenomena in psychiatric patients // *British Journal of Psychiatry*. — 1970. — V. 117. — P. 509-515.
22. *Braun B. G.* The BASK model of dissociation // *Dissociation*. — 1988. — V. 1, № 1. — P. 4-23.
23. *Coons P. M. et al.* Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest // *Psychiatr. Clin. North. Am.* — 1989. — V. 12 — P. 325-335.
24. *Davidson J., Smith R, Kudler H.* Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder // *Journal of Nervous & Mental Disease*. — 1989. — V. 177. — P. 336-341.
25. *Dixon J. C.* Depersonalization phenomena in a sample population of college students // *British journal of Psychiatry*. — 1963. — V. 109 — P. 371-375.
26. *Hilgard E. R.* A neodissociation theory of divided consciousness // *Бессознательное: природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Басейна.* — Тбилиси: Мецниереба, 1978. — Т. 3. — С. 574-586.
27. *Kessler R. C, Sonnega A., Bromet E. et al.* Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch, of Gen. Psychiatry*. — 1995. — V. 92. — P. 1048-1060.
28. *Ludwig A. M.* Altered states of consciousness // *Archives of General Psychiatry*. — 1966. — V. 15. — P. 225-234.
29. *Ludwig A. M.* The psychological functions of dissociation // *American Journal of Clinical Hypnosis*. — 1983. — V. 26. — P. 93-99.
30. *Marmar C. R.; Weiss D. S., Schlenger W. E., et al.* Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans // *American Journal of Psychiatry*. — 1994. — V. 151, № 6. — P. 902-907.

31. *Noyes R., Klettli R.* Depersonalization in response to life-threatening danger // *Comprehensive Psychiatry*. - 1977. - V. 18. - P. 375-384.
32. *Ray W.J.* Dissociation in normal populations // *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* / Ed by L. K. Michelson & W.J. Ray. — N. Y. & London: Plenum Press, 1996.
33. *Riley K. C.* Measurement of dissociation // *Journal of Nervous and Mental Disease*. - 1988. - V. 176. - P. 449-450.
34. *Ross C.A., Hebe, S., Norton G. R. et al.* The Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview // *Dissociation*. — 1989. — V. 2, № 3. — P. 169-189.
35. *Sanders S.* The perceptual alteration scale: A scale measuring dissociation // *American Journal of Clinical Hypnosis*. — 1986. — V. 29. — P. 95-102.
36. *Schreiber F. R.* Sybil. — Chicago, IL: Henry Regnery, 1973.
37. *Spiegel D., Cardena E.* Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1991. — V. 100, № 3. - P. 366-378.
38. *Spiegel D.* Hypnosis, dissociation, and trauma: Hidden and overt observers // *Repression and dissociation* / Ed by J. L. Singer. — Chicago: University of Chicago Press, 1990. - P. 121-142.
39. *Spitzer R. L., Williams J. B., Gibbon M., First M. B.* The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
40. *Steinberg M.* Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R). — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
41. *Steinberg M.* The structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
42. *Tarabrina N., Levy M., Maryin M. et al.* Trauma responses among Moscow firefighters // *Proceedings XIV annual ISTSS conference*. — Washington, DC, 1998.
43. *Tarabrina N. V., Agarkov V. A., Lasko N. B.* Relationship Between Peritraumatic Dissociation and Severity of the Long-term Psychopathology // *Proceeding for the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. — Montreal, Quebec, Canada, 1997.



44. *Thigpen B. W., Cleckley H.* The three faces of Eve. — N. Y.: McGraw-Hill, 1957.
45. *Van der Kolk B. A., Finkelhor R.* Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study // *Journal of Traumatic Stress*. - 1995. - V. 8, № 4. - P. 505-527.
46. *Van der Hart O., Horst R.* The dissociation theory of Pierre Janet // *Journal of Traumatic Stress*. - 1989. - V. 2, № 4. - P. 397-412.
47. *Van der Kolk B. A.; Van der Hart O.; Marmar C. R.* Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / Ed. by B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth. — N. Y.: Guilford Press, 1996. - P. 303-327.
48. *Waller N. G., Putnam F. W.* Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences // *Psychological Methods*. - 1996. - V. 1, № 3. - P. 300-323.
49. *West I.J.* Dissociative reactions // *Comprehensive textbook of Psychiatry* / Ed. by A. M. Freeman & H. I. Kaplan. — Baltimore: Williams & Wilkin, 1967.
50. *Yates, J. L., Nashby, W.* Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal // *Journal of Traumatic Stress*. — 1993. — V. 6. - P. 3.

Глава 7

Лечение ПТСР

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результат лечения. Одни исследователи считают, что ПТСР — излечимое расстройство, другие — что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: лечение ПТСР — процесс длительный и может продолжаться несколько лет. В этом процессе можно выделить психотерапевтический, психофармакологический и реабилитационный аспекты.

Психофармакологическая терапия

Определяется особенностями клинической картины, ведущими в данный момент психопатологическими симптомами. Устраняя наиболее острые из них, психофармакотерапия облегчает проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий. Последние предполагают наличие социальной поддержки со стороны общества, в первую очередь наиболее близких людей, восстановление прежнего социального статуса, возможность обеспечения себе прочного материального положения.

Психотерапия ПТСР

Лечение ПТСР психотерапевтическими методами представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, поскольку необходимо осуществить реинтеграцию нарушенной вследствие трав-

мы психической деятельности. При этом психотерапия направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными пациентами, эффективность которых поддается объективной оценке. Важно, однако, своевременно и верно диагностировать наличие у пациента ПТСР. В связи с этим в психотерапевтической практике большое внимание уделяется симптоматике в целом и непосредственным проявлениям разнообразных психических расстройств при ПТСР, их взаимосвязи с преморбидными структурами.

Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ «я») (Van der Kolk B. A., Ducey C. P., 1989). Иными словами, психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом отмечается, что терапевтические отношения с пациентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта — недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть — имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает и интенсивные эмоциональные реакции у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

Групповая психотерапия ПТСР

Групповая терапия — наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Часто она проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций относительно того, какой

вид групповой терапии является более предпочтительным. Предлагаются отличные друг от друга направления: 1) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); 2) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе Allen A. и Bloom S. L. (1994).

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение определенных терапевтических целей:

- разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс);
- снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;
- работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
- обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание;
- прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;
- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект;
- возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства);
- развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом;

- преодоление чувства собственной неценности — «мне нечего предложить другому»;
- возможность узнать о жизни других членов группы и смещение, таким образом, фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;
- уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю;
- возможность работы с «секретом» — делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста);
- укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений;
- принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом;
- получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) психотерапия ПТСР

Центральное место в этой форме психотерапии посттравматического стресса отводится конфронтации пациента с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения. Существует несколько вариантов применения поведенческой терапии для лечения ПТСР. Наиболее известными на сегодня являются техники «вскрывающих интервенций» (*Exposure-Based Interventions, EBI*) и десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движений глаз (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR*), призванные помочь пациенту справиться с ситуациями, вызывающими страх; а также тренинг преодоления тревоги (*Anxiety Management Training, AMT*), в ходе которого он учится контролировать свое чувство тревоги с помощью специальных навыков.

Техника вскрывающих интервенций (EBI)

Основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Из этого эле-

дует, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям (в воображении или непосредственно) должно приносить терапевтический эффект. Таким образом, метод заключается в том, чтобы помочь пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать. *EVI* снижают уровень дистресса и физиологической реактивности, навязчивые воспоминания. Эффективность данного вида терапии убедительно продемонстрирована в работе с ветеранами войн, жертвами изнасилования и детьми, находящимися в зоне военных действий (Blake D. D. et al., 1993). Метод необходим для снятия таких симптомов ПТСР, как психофизиологическая активация (*arousal*) и реакция испуга (*startle*), навязчивые мысли, ночные кошмары и агрессивность. Эффективность метода для снятия таких симптомов, как эмоциональная глухота, отчужденность и ограниченность аффекта, не очевидна.

Разные авторы, например А. Аллен, Б. Литц с соавт., Р. Питмэн с соавт., С. Соломон (Allen A., 1994; Litz V. T. et al., 1990; Pitman et al., 1991; Solomon S. D. et al., 1992) отмечают, что данная терапия противопоказана клиентам со следующими особенностями:

- отсутствие флэшбэков;
- злоупотребление наркотическими препаратами и алкоголем;
- кризисные состояния (например, при риске суицида);
- имеющийся неэффективный опыт прохождения данной терапии;
- выгода от заболевания;
- неумение «включать» свое воображение;
- отсутствие повторяющихся симптомов;
- неспособность выдерживать реакцию сильного возбуждения;
- психотические расстройства.

При проведении этой терапии подчеркивается важность мотивации на лечение. Пациенту следует оказывать интенсивное содействие психотерапевту, а терапевт должен быть уверен в том, что лечение безопасно для пациента и он имеет достаточный ресурс для успешного «погружения» в терапевтическую работу.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR)

Метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г. (Шапиро Ф., 1998), в настоящее время вызывает наибольшее число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности достигалось улучшение состояния в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, та-

ких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов. Сама же Шапиро предостерегает от завышенных оценок степени эффективности метода.

EMDR — это вариант техники «вскрывающих интервенций» (*EBI*), дополненной движениями глаз пациента. Терапия состоит из следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (общее для *EMDR* и *EBI*) и направляемых терапевтом саккадических движений (специфичное для *EMDR*). Пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например: «Я беспомощен» или «Я ничего не контролирую» и т. д.). Затем пациента просят представить травматическую сцену в более «сжатом» виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущимся на расстоянии 30–35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания. Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например: «Я сделал лучшее из того, что мог», «Все в прошлом» и т. д.). Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса (*Subjective Units of Distress scale, SUD*), после чего принимает решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура повторяется до тех пор, пока балл по *SUD* не опустится до 1 или 2.

Несмотря на сообщения об успешных случаях лечения ПТСР методом *EMDR*, эти результаты считаются довольно субъективными, поскольку многие авторы не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно было бы измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур (Acierno R. et al., 1994; Boudewyns P. A. et al., 1993; Jensen J. A., 1994; Lohr J. M. et al., 1993). Более того, проведено экспериментальное исследование, в котором показано, что само по себе движение глаз вообще никакого значения не имеет. Результаты двух групп испытуемых, в одной из которых испытуемых просили следить за движущимся пальцем, а в другой — за неподвижным, оказались сходными (Boudewyns P. A. et al., 1993). Наконец, данные работы М. Маклина с соавторами (Macklin

et al., 1998) показали, что среди ветеранов вьетнамской войны, прошедших терапию *EMDR*, по истечении пяти лет наблюдались отчетливые изменения состояния, проявившиеся не только в усилении симптоматики ПТСР, но и в общем ухудшении их психопатологического статуса по сравнению с аналогичной выборкой ветеранов, не подвергавшихся такой терапии.

Тренинг преодоления тревоги (АМТ)

Включает множество разнообразных процедур, в том числе технику «биологической обратной связи» (*biofeedback*), релаксационные методы, когнитивное переструктурирование и т. д. Последнее служит, помимо прочего, для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений; сюда относятся: 1) тренировка приостановки мыслей в случае настойчиво возникающих воспоминаний; 2) опознание иррациональных мыслей; 3) заучивание адекватной модели поведения; 4) когнитивное переструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов.

Психодинамическая психотерапия ПТСР

В своих теоретических основаниях восходит к концепции психической травмы З. Фрейда, которая представлена в его относительно поздних работах. Согласно этой концепции, помимо невыносимых травматических внешних воздействий, следует выделять неприемлемые и невыносимо интенсивные побуждения и желания, т. е. внутренние травмирующие факторы. При этом травма становится неотъемлемой составной частью истории жизни как истории развития побуждений и жизненных целей. Фрейд предлагал различать два случая: травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имевшуюся в преморбиде невротическую структуру; травма детерминирует возникновение и содержание симптома. При этом повторение травматических переживаний, постоянно возвращающиеся ночные кошмары, расстройство сна и т. п. можно понять как попытки «связать» травму, отреагировать ее.

В последующие десятилетия психоаналитическая концепция травмы претерпевает ряд изменений. Так, в работах А. Фрейд (1989, 1995), Д. Винникота (1998) и др. подчеркивается роль отношений между матерью и ребенком и радикально пересматривается характер и смысл понятия психической травмы. Дальнейшее развитие эти взгляды получили в трудах английского психоаналитика М. Хана (1974), пред-

ложившего понятие «кумулятивная травма». Он рассматривал роль матери в психическом развитии ребенка с точки зрения ее защитной функции — «щита» — и утверждал, что кумулятивная травма возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении этой функции. Данное утверждение, считает он, справедливо на протяжении всего развития ребенка — от его рождения до подросткового возраста в тех сферах жизни, где он нуждается в этом «щите» для поддержания своего еще неустойчивого и незрелого «я». Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения могут и не иметь еще травматического характера, однако, накапливаясь, они превращаются в психическую травму. В оптимальном случае неизбежные промахи матери корректируются или преодолеваются в сложном процессе созревания и развития; если же они происходят слишком часто, то возможно постепенное формирование у ребенка психосоматического расстройства, которое затем становится ядром последующего патогенного поведения.

Таким образом, в русле психодинамического понимания травмы можно выделить три различные интерпретации самого термина:

- 1) психическая травма как экстремальное событие, ограниченное во времени (т. е. имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта;
- 2) «кумулятивная травма», возникающая в онтогенезе из множества незначительных психотравматических событий;
- 3) психическая травма развития как результат неизбежных фрустраций потребностей и влечений субъекта. В рамках данной работы мы будем иметь в виду первое значение термина и обращаться лишь к тем работам, которые оперируют с понятием травмы в данном значении.

В настоящее время новое истолкование в русле психодинамического подхода получают предложенные когда-то Фрейдом «энергетические» представления о травме: современные авторы предлагают заменить понятие «энергия» на понятие «информация». Последнее обозначает как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (Horowitz M. J., 1998; Lazarus R. S., 1966). Благодаря этому происходит сближение когнитивно-информационного и психодинамического взглядов на травму. Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает

человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Информация, будучи подверженной воздействию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом синдроме принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

Вследствие травматического опыта у человека актуализируется конфликт между старым и новым образами «я», который порождает сильные негативные эмоции; чтобы избавиться от них, он пытается не думать о травме и ее реальных и возможных последствиях, в результате травматические восприятия оказываются недостаточно переработанными. Тем не менее вся информация сохраняется в памяти, причем в достаточно активном состоянии, вызывая произвольные воспоминания. Однако, как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти (Horowitz M. J., 1986).

Эта теория концентрируется на таких симптомах ПТСР, как отчуждение и ощущение «укороченного» будущего. Кроме того, данный подход предлагает объяснение флэшбэков и симптомов избегания. Под когнитивной схемой здесь понимается сохраняемый в памяти информационный паттерн, который регулирует и организует восприятие и поведение. В клинической психологии такой паттерн обозначается термином «схема "я"», которая распадается на различные составляющие (схемы, образы «я», роли); сюда же относятся и схемы значимого другого/значимых других и мира в целом (мировоззрение). Измененные когнитивные схемы связаны с так называемыми дисфункциональными когнициями, т. е. измененными установками или «ошибками мышления», ведущими к искаженной переработке информации. Под воздействием травмы эти схемы могут изменяться, в первую очередь — схемы «я» и схемы ролей (Horowitz M. J., 1986;).

После травмы изменяется образ «Я» и образы значимых других; эти измененные схемы остаются в памяти до тех пор, пока восприятие и переработка дальнейшей информации не приводят к интеграции измененных схем в состав старых, оставшихся незатронутыми травмой. Например, прежде уверенный в себе активный человек в результате травмы внезапно ощущает себя слабым и беспомощным. Его представление о себе после травмы можно сформулировать так: «Я — слабый

и ранимый». Это представление вступает в конфликт с его прежним образом «я»: «я — компетентный и стабильный». Травматически измененные схемы будут оставаться в активном состоянии до тех пор, пока человек не окажется в состоянии принять тот факт, что он временами может быть также слабым и ранимым. Пока активированные измененные схемы не интегрированы в образ «я», они порождают флэшбэки и сильное эмоциональное напряжение. Для снижения его включаются в действие, согласно Горовицу, процессы защиты и когнитивного контроля, например в форме избегания, отрицания или эмоциональной глухоты. Всякий раз, когда когнитивный контроль не срабатывает в полной мере, травма переживается заново как вторжение (флэшбэк), что, в свою очередь, ведет к эмоциональному напряжению и к новому избеганию или отрицанию. Восстановление после травмы, по мнению Горовица, происходит лишь вследствие интенсивной переработки травматически измененных когнитивных схем.

Эмпирические исследования достаточно убедительно свидетельствуют в пользу теории М. Горовица. Так, методом контент-анализа категорий, встречающихся в высказываниях пациентов — жертв дорожно-транспортных происшествий и криминальных действий, — были выявлены наиболее частотные темы: фрустрация по поводу собственной уязвимости, самообвинения, страх перед будущей потерей контроля над чувствами (Kupnick J. L., Horowitz M. J., 1981). Была обследована группа женщин, подвергшиеся изнасилованию — их высказывания удалось сгруппировать следующим образом: измененный образ другого; измененный образ себя; изменившиеся близкие отношения; изменившееся чувство уверенности; самообвинения (Resick P. A., Schnicke M. K., 1991).

Интенсивность постстрессового синдрома, согласно Горовицу, определяется тем, насколько сильно выражена, во-первых, тенденция к вторжению произвольных воспоминаний, во-вторых, тенденция к избеганию и отрицанию. Основная задача психотерапии заключается в том, чтобы снизить чрезмерную интенсивность обоих этих процессов. Сначала необходимо подчинить контролю возникшее после травматизации экстремальное психическое состояние, а затем встает задача интегрировать травматический опыт в целостную систему представлений о себе и мире, тем самым уменьшится острота конфликта между старыми и новыми представлениями. Общая цель терапии — не осуществление всеобъемлющего изменения личности пациента с ПТСР, а достижение когнитивной и эмоциональной интеграции об-

разов «я» и мира, позволяющей редуцировать постстрессовое состояние.

Практические шаги психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР прослежены по данным табл. 7.1 (Horowitz M. J., 1998).

Особенности психотерапии ПТСР

Психотерапия посттравматического расстройства независимо от конкретно избранного метода лечения характеризуется рядом особенностей. Прежде всего следует иметь в виду высокие показатели «обрыва» терапии с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). Для пациентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия пациента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь еще раз быть травмированным (Janoff-Bulman R., 1995). Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению. Чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к пациенту. Пациенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для пациентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием ими на себя роли реципиента психотерапевтической помощи. Перечислим причины, обуславливающие эти трудности:

- Пациенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». Это стремление также стимулируют и ожидания окружающих, которые считают, что пациенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако это предположение пациентов, естественно, не оправдывается.
- Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: пациенты остаются убежденными в том, что есть внешняя причина травмы (наильник, виновник ДТП и т. д.), и последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.
- Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но пациент не знает того, что

Таблица 7.1

Последовательные цели психотерапии в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние в результате травматического события	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь пациенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения)
Проявление невыносимых состояний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помочь пациенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь пациенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с пациентом обеспечить дальнейшую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать и воспоминания и переживания	Помочь пациенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа «Я» и образов других людей. Помочь пациенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом «Я» и планами на будущее
Способность к независимой переработке мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).

- Некоторые пациенты борются за получение правовой и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого права на нее.

Исходя из этого, психотерапевту уже при самом первом контакте с пациентом, страдающим ПТСР, следует стремиться к достижению следующих целей: созданию доверительного и надежного контакта; информированию пациента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовке пациента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности к необходимости вернуться вновь к болезненным травматическим переживаниям.

Д. Хаммонд (Hammond D. C., 1990) предлагает использовать метафору «выправление перелома» или «дезинфицирование раны», чтобы подготовить пациента к болезненному столкновению с травматическим опытом. Вот что он говорит: «Работа, которую нам предстоит проделать на следующих сеансах, похожа на то, что происходит, когда ребенок сломал ногу или взрослый получил болезненную инфицированную рану, требующую антисептической обработки. Врач не хочет причинять пациенту боль. Однако он знает, что, если он не выправит перелом или не дезинфицирует рану, пациент будет в конечном итоге дольше страдать от боли, станет инвалидом и никогда больше не сможет нормально передвигаться. Врач тоже испытывает боль, причиняя больному страдания, когда он составляет переломанную кость или прочищает рану. Но эти необходимые действия врача — проявление заботы о больном, без которой невозможно излечение. Точно так же воспроизведение пережитого при травме может быть очень болезненным, подобно дезинфицированию раны. Но после этого боль станет меньше и может прийти выздоровление» (Maercker A., 1998).

Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность пациента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается пациентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению усилий со стороны пациента бороться за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет пациента к рассказу об ужасных событиях, не отвлекаясь и не соскальзывая на побочные темы, не бу-

равя пациента удивленным или испуганным взглядом и не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значения спонтанно возникших тем и не отклоняет разговор в те области, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у пациента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и он будет чувствовать себя непонятым.

Терапевтические отношения с пациентом, у которого имеется ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

- Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.
- Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).
- Создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии.
- Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности пациента в безопасности.
- До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
- Обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента.

Фундаментальное правило терапии ПТСР — принимать тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку зачастую именно они поддерживают избегающие стратегии поведения пациентов с ПТСР.

Наиболее разрушено доверие у жертв насилия или злоупотребления (насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти пациенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно и соразмерно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые пациентом; терапевт в любом случае должен сначала за-

служить доверие пациента. Сильно травмированные пациенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты). Терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходимы потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение состояния, достоверно связанное с новым опытом понимания происшедшего и новыми возможностями совладания с травматическим опытом.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с пациентами, страдающими ПТСР, — это психологические трудности, которые испытывает психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего он должен интеллектуально и эмоционально быть готовым столкнуться со злом и трагедийностью мира. Здесь можно выделить две негативные стратегии поведения психотерапевтов — избегание (обесценивание) и сверхидентификация (см. табл. 7.2).

Первая крайняя реакция со стороны терапевта — *избегание* или *обесценивание*; «Нет, такого пациента я не вынесу!» Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ пациента, возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний. Таким образом, его защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных пациентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой мора-

Таблица 7.2

Стратегии поведения психотерапевтов

Избегание, обесценивание	Следствия
Отсутствующее выражение лица, нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Дистанцирование	Дефензивное поведение, нежелание расспрашивать пациента. Участие в «заговоре молчания»
Сверхидентификация	Следствия
Неконтролируемые аффекты, фантазии о мести или о спасении. Принятие роли «товарища по несчастью». Напряжение в ходе терапевтического сеанса	Утрата границ терапевтических отношений с пациентом. Симптомы «психического сгорания» (<i>burn-out</i>)

ли) биографических фактов жизни пациента лишь усиливает «заговор молчания» вокруг последнего, что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация — другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за пределы профессионального общения с пациентом. Принимая на себя роль товарища по несчастью или борьбе, он существенно ограничивает свои возможности стимулировать у пациента корректирующий эмоциональный опыт. Опасность такого «перенапряжения» состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения, когда цели и правила терапевтического контракта нарушаются.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасениями усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию пациента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда пациент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ пациента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля над эмоциями: он не в состоянии собраться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У пациента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не может вынести его рассказа. Однако большинство пациентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей роли утешителя; слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.

Работа с травмированными пациентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства — вторичного ПТСР (У. Danieli, 1994) в результате того, что он постоянно является как бы свидетелем всех этих несчастных случаев, катастроф и т. п. Вторичное ПТСР проявляется в форме флэшбэков, депрессий, чувства беспомощности, отчуждения, регрессии, цинизма. Высок также риск возникновения психосоматических нарушений, усталости, расстройств сна, сверхвозбуждения и неконтролируемых прорывов чувств. Общее правило для терапевтов, работающих с ПТСР, — дружелюбное отношение к самому себе. Разрешение переживать радость и удовольствие являются необходимым усло-

вием работы в данной области, без которых невозможно выполнение профессиональных обязанностей.

Факторы преодоления вторичной травматизации терапевтов по Ю. Даниелю (Y. Danieli, 1994):

- Выявление собственных реакций: внимательное отношение к телесным сигналам: бессоннице, головным болям, потению, и т. д.
- Попытки найти словесное выражение собственным чувствам и переживаниям.
- Ограничение собственных реакций.
- Нахождение оптимального уровня комфорта, в рамках которого возможна открытость, терпимость, готовность выслушать пациента.
- Знание о том, что у всякого чувства есть начало, середина и конец.
- Умение смягчать охватившее чувство без соскальзывания в дефензивное состояние, открытость к собственному процессу созревания.
- Принятие того факта, что все меняется и прежнего не вернешь.
- В случае, когда сильно задеты собственные чувства, способность взять «таймаут», чтобы их воспринять, успокоить и исцелить, прежде чем продолжать работу.
- Использование имеющихся контактов с коллегами.
- Создание профессионального сообщества терапевтов, работающих с травмой.
- Использование и развитие собственных возможностей расслабления и отдыха

Заключение

Общий анализ исследований ПТСР показывает, что развитие ПТСР и его проявления у людей значительно различаются, зависят от смыслового содержания травматических событий и контекста, в котором эти события происходят. Окончательные ответы на все вопросы, которые еще существуют, будут даны в будущих исследованиях, направленных на изучение взаимодействия между эффектами травматических событий и других факторов, таких как ранимость, влияющих на начало и ход психиатрических расстройств в других ситуациях. Важ-

ность проблемы подчеркивает и то, что оба типа последствий и их длительность широко варьирует. Также важно ответить на вопрос, как личностные черты руководят уменьшением симптомов после длительного влияния травмы. Приоритетной является проблема демонстрации эффективности предупреждающих мер, так как хроническое влияние травмы имеет большое значение для здоровья нации.

Список литературы

1. *Х. Винникот Д. В.* Маленькие дети и их матери. — М.: Класс, 1998.
2. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1989.
3. *Фрейд А.* Введение в детский психоанализ. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995.
4. *Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
5. *Acierno R., Hersen M., Van Hasselt V. B., Tremont G., Meuser K. T.* Review of the validation and dissemination of eye movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma // *Clinical Psychological Review*. - 1994. - № 14. - P. 287-299.
6. *Allen A., Bloom S. L.* Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // *The Psychiatric Clinics of North America* / Ed. D. A. Tomb. — 1994. - V. 8. - P. 425-438.
7. *Blake D. D., Abweg F. R., Woodward S. H., Keane T. M.* Treatment efficacy in post-traumatic stress disorder // *Handbook of effective psychotherapy* / Ed. T. R. Giles. - N. Y.: Plenum Press, 1993.
8. *Boudewyns P. A., Stwertka S. A., Hyer L. A. et al.* Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study // *The Behavior Therapist*. - 1993. - V. 16. - P. 29-33.
9. *Danieli Y.* As survivors age: Part H // *NCP Clinical Quarterly*. — 1994. — V. 4. - P. 20-24.
10. *Horowitz M.J.* Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie // *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* / Hrsg. A. Maercker. — Heidelberg, 1998.
11. *Horowitz M.J.* Stress response syndromes. 2nd ed. — North vale, NJ: Aronson, 1986.

12. *Hammond D. C.* Handbook of hypnotic suggestion and metaphors. — N. Y.: W. W. Norton, 1990.
13. *Horowitz M.J., Becker S. S.* Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // *Psychoanalysis and contemporary science* / Eds. R. Holt, E. Peterfreund. — N. Y.: Macmillan, 1972. — V. 1.
- ii. *Janoff-Bulman R.* -Victims of violence // *Psychotraumatology* / Eds. G. S. Kr. Everly, J. M. bating. - N. Y.: Plenum Press, 1995.
- \5. *Jensen J. A.* An investigation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans // *Behavior Therapy*. - 1994. - V. 25. - P. 311-325.
16. *Khan M. M. R.* The concept of cumulative trauma // *The privacy of self* / Ed. Khan M. M. R. - Hogarth, 1974.
17. *Krupnick J. L., Horowitz M.J.* Stress response syndromes // *Arch, of Gen. Psychiatry*. - 1981. - V. 38. - P. 428-435.
18. *Lazarus R. S.* Psychological stress and the coping process. — N. Y.: McGraw-Hill, 1966.
19. *Litz B. T., Blake D. D., Gerardi R. G., Keane T. M.* Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder // *The Behavior Therapist*. — 1990. — V. 13. - P. 91-93.
20. *Lohr J. M., Kleinknecht R.A., Conley A. T. et. al.* A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD) // *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. — 1993. — V. 23. — P. 159-167.
21. *Macklin M. L., Metzger L.J., Lasko N. B. et. al.* Five-year follow-up of EMDR treatment for combat-related PTSD // *XIY Annual Meeting ISSTS*. - Washington, 1998.
22. *Maercker A.* Therapie der posttraumatischen Belastungstoerung.— Heidelberg, 1998.
23. *Pitman R. K., Altman B., Greenwald et al.* Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // *J. of Clinical Psychiatry*. - 1991. - V. 52. - P. 17-20.

24. *Resick P. A., Schnicke M. K.* Cognitive processing therapy for sexual assault victims // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. — 1991. — V. 60. - P. 748-756.
25. *Solomon S. D., Gerrity E. T., & Muff A. M.* Efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: An empirical review // *J. of the American Medical Association*. - 1992. - V. 268. - P. 633-638.
26. *Van derKolk B. A., Ducey C. P.* The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD // *J. of Traumatic Stress*. — 1989. - V. 2. - P. 259-274.

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Введение

Особенности психодиагностики посттравматического стрессового расстройства

Необходимость широкого и детального обсуждения вопросов, связанных со всеми уровнями (клиническим, клинико-психологическим и психометрическим) диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) обусловлена рядом причин.

Во-первых, высокой теоретической актуальностью и практической значимостью проблем психологических последствий пребывания человека в сверхэкстремальных ситуациях.

Во-вторых, введение ПТСР в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы ставит перед клиническими психологами как задачу теоретического освоения критериев диагностики ПТСР, так и задачу практического применения психологического инструментария для психологической диагностики признаков ПТСР. Исследования по психологической и психофизиологической диагностике ПТСР, проведенные в рамках российско-американского проекта с психофизиологической лабораторией (*Harvard Medical School*, руководитель — профессор Р. Питмэн) показали сопоставимость процента ПТСР среди ветеранов Афганистана и Вьетнама, а также сходность психологической картины постстрессовых нарушений на изученных выборках. «Побочным» результатом этого кросс-культурального исследования явилась апробация и адаптация комплекса клинико-психологических и психометрических методик, с помощью которых это исследование выполнялось (Тарабрина Н. В. с соавт., 1992, 1994, 1996, 2000 и др.).

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью — СКИД (*SCID — Structured Clinical Interview for DSM*) и клиническая диагностическая шкала (*CAPS — Clinical-administered PTSD Scale*). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям Д5М-/У (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки

окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

Комплекс методик, апробированных в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН, относится к числу наиболее часто используемых в мировой практике. Это шкала оценки тяжести воздействия травматического события (*Impact of Event Scale-Revised, IOES-R*); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник депрессивности Бека; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики *SCL-90-R* (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из *MMPI*; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была разработана на основе критериев *DSM-III-R* и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя, — Опросник травматического стресса (ОТС) (Котенев И. О., 1996).

В-третьих, необходимо учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами — ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами — носителями данной группы психических нарушений.

ГЛАВА 8

Шкала для клинической диагностики ПТСР (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*)

Шкала клинической диагностики *CAPS* разработана в двух вариантах (Weathers F. W. et al., 1992; Weathers F. W., 1993). Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант *CAPS* предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение методики не только дает возможность оценить по пятибалльной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Шкала *CAPS* применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers F. W., Litz B. T., 1994; Blake D. D., 1995).

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Если возможно, желательно использовать шкалу *CAPS-1* в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими). Необходимо помнить, что время рас-

смотрения проявлений каждого симптома — 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Формулировки ключевых моментов шкалы оценки могут быть зачитаны пациенту (как при определении частоты, так и интенсивности симптома). Это позволит получить максимально корректные оценки. Оценка частоты > 1 и оценка интенсивности > 2 , отражая реальные проблемы, связанные с данным симптомом, могут служить основанием для заключения о его наличии. Важно подчеркнуть, что критерии *C, DnE* требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен уточнить, что у пациента манифестация симптомов *C, DHE* произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период. *CAPS-1* был переведен в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии РАН, он применялся в комплексном исследовании ПТСР на разном контингенте, полученные данные приводятся ниже (Тарабрина Н. В. и др., 1995, 1996).

Таблица 8.1

Демографические данные групп, обследованных *CAPS*

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	5»	<i>N</i>
Беженцы «норма» (40)*	39,26	13,86	53	13,54	2,15	53
Беженцы с ПТСР (41)	45,00	15,61	7	12,86	2,54	7
Ликвидаторы «норма» (ПО)	40,62	7,97	95	12,26	2,63	86
Ликвидаторы с ПТСР (111)	37,14	6,66	22	12,00	2,45	14
Ветераны Афганистана «норма» (120)	31,45	6,25	83	11,35	3,04	83
Ветераны Афганистана с ПТСР (121)	32,76	6,15	17	11,18	2,94	17
Все группы	36,96	9,89	277	12,16	2,79	260

Обозначения: * — цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

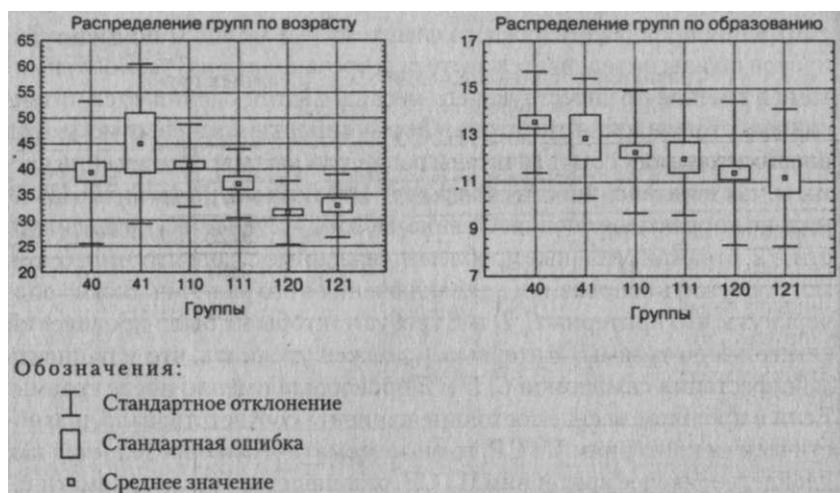


Таблица 8.2

Средние значения показателей CAPS

Обследованные группы	F			I			Г		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
Беженцы, «норма» (40)*	9,53	8,23	53	9,15	6,95	53	18,68	14,95	53
Беженцы, ПТСР (41)	30,00	9,71	7	31,29	9,41	7	61,29	18,79	7
Ликвидаторы, «норма» (НО)	11,36	9,83	101	11,42	9,50	101	22,77	19,20	101
Ликвидаторы, ПТСР (111)	23,07	7,78	28	23,82	8,75	28	46,89	16,29	28
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	6,60	6,11	86	7,51	6,80	86	14,12	12,78	86
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	27,41	8,52	17	29,88	7,78	17	57,29	15,51	17
Все группы	12,13	10,54	292	12,60	10,66	292	24,73	21,03	292

Обозначения: * — цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, SD — стандартное отклонение, N — количество обследованных в группе.

Таблица 8.3

Сравнение средних значений обследованных групп по возрасту (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}
	M=39,3	M=45,0	M=40,6	M=37,1	M=31,4	M=32,8
Беженцы, «норма» (40)		0,7781	0,9790	0,9728	0,0003**	0,2519
Беженцы, ПТСР (41)	0,7781		0,9093	0,5484	0,0144*	0,1101
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,9790	0,9093		0,7532	0,0000**	0,0571
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,9728	0,5484	0,7532		0,2331	0,8145
Ветераны Афганистана, «норма»(120)	0,0003**=*	0,0144*	0,0000**	0,2331		0,9976
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,2519	0,1101	0,0571	0,8145	0,9976	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 8.4

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале «частота симптомов» (F) (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}
	M=9,53	M=30,00	M=11,36	M=23,07	M=6,60	M=27,41
Беженцы, «норма» (40)		0,0000**	0,8902	0,0000**	0,5408	0,0000**
Беженцы, ПТСР (41)	0,0000**		0,0000**	0,5646	0,0000**	0,9927
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,8902	0,0000**		0,0000**	0,0108*	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0000**	0,5646	0,0000**		0,0000**	0,7166
Ветераны Афганистана, «норма»(120)	0,5408	0,0000**	0,0108*	0,0000**		0,0000**
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,0000**	0,9927	0,0000**	0,7166	0,0000**	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Часть II. Методы диагностики ПТСР

Таблица 8.5

Сравнение средних значений средних значений обследованных групп по шкале «интенсивность»- (I) (тест *Scheffe*)

группы	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}
	M=9,15	M=31,29	M=11,42	M=23,82	M=7,51	M=29,88
Цы, а» (40)		0,0000"	0,7493	0,0000"	0,9321	0,0000**
Цы, (41)	0,0000"		0,0000"	0,4572	0,0000**	0,9996
даторы, а» (ПО)	0,7493	0,0000"		0,0000"	0,0624	0,0000**
[даторы, (111)	0,0000"	0,4572	0,0000"		0,0000**	0,3255
ты Афгани- «норма» (120)	0,9321	0,0000"	0,0624	0,0000*1		0,0000**
шы Афгани- ПТСР (121)	0,0000"	0,9996	0,0000"	0,3255	0,0000*^	

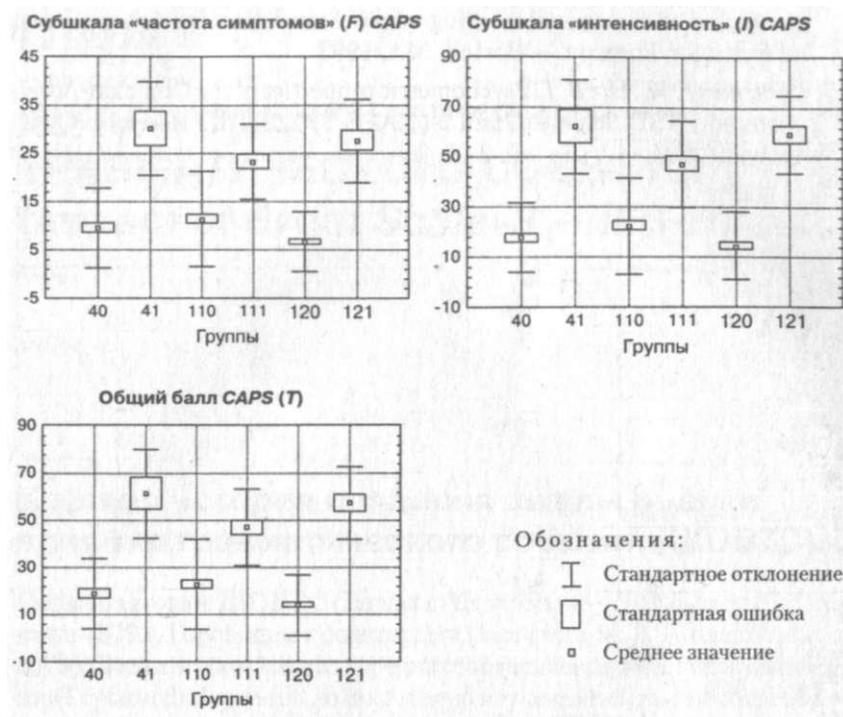
значения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 8.6

Сравнение значений общего балла (Г) по обследованным группам (тест *Scheffe*)

группы	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}
	M=18,68	M=61,29	M=22,77	M=46,89	M=14,12	M=57,29
Цы, а» (40)		0,0000**	0,8196	0,0000**	0,7632	0,0000**
Цы, > (41)	0,0000**		0,0000**	0,4957	0,0000**	0,9976
даторы, а» (110)	0,8196	0,0000**		0,0000**	0,0238*	0,0000**
даторы, ' (111)	0,0000**	0,4957	0,0000**		0,0000**	0,5037
аны Афгани-, «норма» (120)	0,7632	0,0000**	0,0238*	0,0000**		0,0000**
аны Афгани-, ПТСР (121)	0,0000**	0,9976	0,0000**	0,5037	0,0000**	

значения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.



Список литературы

1. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М. Е., Петрухин Е. В. Посттравматический стресс у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС //Труды института психологии РАН, Т. 1. Книга 1. — М., 1995. - С. 66-99.
2. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. — 1996. — Т. 17, № 2. — С. 30-45.
3. Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G. et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale //Journal of Traumatic Stress. - 1995. — № 8. — P. 75-90.
4. Weathers F. W., Blake D. D., Krinsley K. E. et al. The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity. Paper

presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. — Boston, MA, 1992.

5. *Weathers F. W., Litz B. T.* Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale - Form 1 (CAPS-1) // PTSD Research Quarterly. - 1994. - V. 5. - P. 2-6.

ГЛАВА 9

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (*Impact of Event Scale-R — IES-R*)

Краткая история создания шкалы оценки влияния травматического события (ШОВТС)

Первый вариант ШОВТС (*Impact of Event Scale — IES*) был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавторами (Horowitz M. J., Wilner N. et al., 1979). Созданию этой шкалы предшествовали эмпирические исследования Горовица. Первое было посвящено изучению взаимосвязи воображения и стрессовых расстройств, которое показало, что навязчивые образы сопутствуют травматическому опыту. Второе его исследование было направлено на анализ симптомов и поведенческих характеристик для поиска стратегий индивидуального лечения в зависимости от различных стрессоров, таких как болезнь, несчастный случай, утрата любимого человека. Эта работа привела к созданию опросника *IES (Impact of Event Scale)*.

Опросник состоит из 15 пунктов, основан на самоотчете и выявляет преобладание тенденции избегания или вторжения (навязчивого воспроизведения) травматического события. Следующий этап исследований заключался в выявлении, клиническом описании и проверке противостояния этих двух тенденций в процессе краткой терапии. Результаты исследований привели Горовица к теоретическим представлениям о существовании двух наиболее общепринятых специфических категорий переживаний, возникающих в ответ на воздействие травматических событий.

К первой категории относятся симптомы вторжения — термин «вторжение» (*intrusion* — англ.) иногда переводится как «навязывание» — включающие ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли. Ко второй категории относятся симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности. Основываясь на своих взглядах по поводу реагирования на травматические стрессоры, Горовиц (Horowitz M. J., 1976) определил реакции, которые входят в сферу вторжения и избегания. Эти симптомы являлись первоначальной областью измерений *IES*. Анализируя связи между травматическими жизненными событиями и последующими психологическими симптомами, которые могли проявляться в течение долгого времени, Горовиц с соавторами отметили, что зачастую изучение этих реакций смешивалось либо с экспериментальными физиологическими измерениями, либо с самоотчетом по более общим показателям тревожности, определяемым, например, с помощью шкалы тревоги, разработанной Тейлор (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) (Taylor J. A., 1953).

Преимущество *IES*, представленного Горовицем, состояло в том, что содержание самоотчета было привязано к специфическим жизненным событиям, а также в специфике измеряемых показателей. Необходимо отметить, что публикация *IES* предшествовала изданию 3-й редакции Американского диагностического стандарта для психических нарушений (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-III; APA, 1980*) и официальному принятию «посттравматического стрессового расстройства» (ПТСР) в качестве самостоятельной нозологической единицы. Можно сказать, что данные, собранные при помощи *IES*, определенным образом подтвердили выделение ПТСР как диагностической категории. По сути, *IES* выявлял *B T A C* критерии диагностики ПТСР. В первоначально полученных данных (Horowitz et al., 1979), был проведен кластерный анализ ответов 66 человек, находящихся на амбулаторном лечении, связанном с их реакцией на стресс, вызванный тем или иным травматическим событием.

Полученные данные подтверждают существование гомогенных кластеров пунктов, характеризуемых при помощи вторжения и избегания (α -Кронбаха для вторжения = 0,79, для избегания = 0,82). Тест-ретестовая надежность в данном исследовании была удовлетворительная, с коэффициентами 0,87 для вторжения и 0,79 для избегания.

Чувствительность к изменению была подтверждена показателями изменения в популяции, а также и тем, что были выявлены различия в реакции на травматические стимулы разной степени тяжести. В 1982 г. Н. Зильбергс соавторами (Zilberg N. J., Weiss D. S., Horowitz M. J., 1982) провели тщательную проверку воспроизводимости и кросс-культурную валидизацию психометрических характеристик *IES*. Они изучили 35 амбулаторных пациентов с патологическим горем и сравнили их с 37 испытуемыми-добровольцами, которые также пережили смерть родителя, но не проходили специального лечения (Horowitz et al, 1984). Обе группы оценивались три раза. Пациенты: 1) в начале исследования перед началом курса лечения; 2) через 4 месяца после окончания лечения; 3) через 12 месяцев после окончания ограниченной по времени психотерапии. Группа добровольцев оценивались сходным образом: 1) перед началом исследования, которое проводилось по прошествии 2 месяцев после утраты; 2) через 7 месяцев после события; 3) через 13 месяцев после события. Результаты этого исследования продемонстрировали то, что все пункты часто подтверждались, в пределах от 44 % до 89 % в общей выборке. Ранговый порядок пунктов основывался на частоте подтверждений в группе пациентов, потерявших родителей. Затем его сравнили с ранговым порядком, описанным в первой публикации *IES*. Был получен коэффициент ранговой корреляции Спирмана = 0,86 ($p < 0,001$). Этот результат предполагает, что содержание переживаний, следующих за травматическими событиями, как представлено в общих пунктах *IES*, было схоже как у пациентов, так и у добровольцев.

Оценка валидности распределений пунктов по субшкалам вторжения и избегания проводилась с помощью факторного анализа, который показал наличие двух факторов. Вопросы из субшкалы избегания вошли в 1-й фактор с нагрузками от 0,39 до 0,86, а пункты из субшкалы вторжения имели коэффициенты от 0,09 до 0,34. Во 2-й фактор вошли вопросы из субшкалы вторжения с нагрузками от 0,58 до 0,75, в то время как пункты из субшкалы избегания имели коэффициенты от 0,11 до 0,35. Когда проверялись все вопросы, то нагрузка на гипотетический фактор была выше, чем на другой фактор, что можно рассматривать как высокий уровень согласованности между распределениями пунктов двух субшкал. Проверка шкалы на надежность показала, что коэффициенты внутренней консистентностиTM (согласованности), полученные для обеих субшкал в трех измерениях для двух групп, как отдельно, так и комбинированно, располагаются в интервалах от 0,79 до 0,92.

Н. Зильберг с соавторами (Zilberg N. J., 1982) также проверяли чувствительность *IES* к различиям между пациентами и контрольной группой. 11 из 15 пунктов показали значительные различия в средних значениях между группами при первом измерении. В группе пациентов отмечались значительно более высокие величины реакций на обе субшкалы и все пункты, хотя только 11 человек продемонстрировали достаточно высокий результат. Другой индекс чувствительности — это способность субшкал выявлять изменения в клиническом статусе по прошествии некоторого времени. Была выявлена *T*— тестовая корреляционная связь, что показало чувствительность *IES* к изменению не только в период между первым и третьим измерением, но также и в более короткий период между первым и вторым оцениванием, а также вторым и третьим периодами. Эти изменения были присущи испытуемым из обеих групп, что говорит о наличии некоторых параллельных процессов в протекании реакций на травматический стресс как в патологическом, так и в нормальном контексте (Weiss D. S., 1993).

IES получила широкое распространение, и в многочисленных работах продемонстрировано достоинство этого инструмента. Так, было проведено исследование по моделированию /£5 (Lees-Halev P. R., 1990; Perkins D. V., Tebes J. A., 1984), серии исследований, которые проводились на ветеранах Вьетнама (Schwarzwald J. et al., 1987; Solomon Z., 1989) и смешанных выборках (Neal L. et al., 1994), а также на жертвах стихийных катастроф, в частности, при исследованиях последствий землетрясений (Anderson K. M., Manuel G., 1994; Carr V. J. et al., 1992; Kaltreider N. B. et al., 1992; Lundin T., Bodegard M., 1993; Paton D., 1990), пожаров (Koorman G., et al., 1994; Maida C. A., 1989; McFarlane A. C., 1988), наводнений (Green B. L. et al., 1994) и ураганов (Waters K. A., 1992), в которых получены убедительные выводы о пригодности *IES* для определения реакции на травмирующие жизненные события, для частичного предсказания того, кто будет переживать дистресс через определенное время, и определения динамики реакций на травматические события по прошествии времени.

Существуют также данные использования *IES* при изучении жертв преступлений и катастроф — железнодорожных, транспортных и других. В. Ял и О. Удвин (Yule W., Udwin O., 1991), например, изучили реакцию 24 девушек после кораблекрушения и обнаружили, что тестирование с помощью *IES*, проведенное через 10 дней после катастрофы, может прогнозировать обращение за помощью в последующие месяцы.

/£5 была использована во многих исследованиях, посвященных криминальной виктимизации (Arata C. M., 1991). С. Гирелли с соавторами (Girelli S. A. et al., 1986) изучали реакции жертв преступления, используя среди других методик и *IES*. Они обнаружили, что субшкала избегания была важной переменной в тех моделях, которые они проверяли.

При изучении взрослых, которые в детстве подверглись насилию (Alexander P., 1993; Murphy S. M. et al., 1988), и взрослых, чьи дети подверглись насилию (Kelley S. J., 1990), также использовался *IES*.

С помощью *IES* изучались психологические реакции у больных раком (Cella D. F. et al., 1990), которые показали, что травматичность возникновения рецидива ниже, чем влияние первоначального диагноза. *IES* также использовалась для измерения результатов лечения. Д. Давидсон с соавт. (Davidson J. R., 1993) проверяли реакцию на антидепрессанты (амитриптилин), используя *IES* наряду с другими методиками. При оценке результатов проведения групповой бихевиоральной терапии с жертвами сексуального насилия /£5 была одной из нескольких результирующих переменных (Resick P. A. et al., 1988). С использованием *IES* проводилось изучение влияния травматических событий на работников служб быстрого реагирования. К. Фулerton (Fullerton C. S. et al., 1992) использовали *IES* для того, чтобы лучше понять факторы, которые смягчали реакции, переживаемые пожарными. МакКерролл с соавторами (McCarrroll J. E. et al., 1995) использовали *IES* для того, чтобы показать, что у тех лиц, кто воевал в Персидском заливе, в течение года могут возникнуть симптомы посттравматического стресса.

Таким образом, существуют многочисленные данные, полученные с помощью *IES*, свидетельствующие о целесообразности ее использования, валидности, надежности и универсальности. Это важно для исследователя, заинтересованного в изучении проявления психологической реакции на травматические события.

Однако, несмотря на это, Д. Вейс с коллегами (Weiss D. S., Marmar C. R., Metzler T., 1995) пришли к выводу, что *IES* может быть более полезной, если она будет способна диагностировать не только такие симптомы ПТСР, как вторжение и избегание, но и симптомы гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий *DSM-IV* и являются составной частью психологической реакции на травматические события. Таким образом, была предпринята попытка пересмотра оригинальной *IES*.

Развитие ШОВТС (*IES-R*)

Несмотря на полезность первой версии *IES*, для полного оценивания реагирования на травматические события требуется проанализировать характер реакций в области симптомов гиперторможения. Для лонгитюдного исследования реакций на травматические события персонала служб быстрого реагирования после землетрясения в *Loma Prieta* (Magmar C. R. et al., 1996; Weiss D. S. et al., 1995) было создано семь дополнительных пунктов, 6 из которых относятся к критерию *D* «гиперторможения» из *DSM-IV* и один вопрос добавлен на выявление флэшбэков. Один вопрос — «У меня есть трудности с засыпанием и пробуждением» — был разделен на два независимых пункта. Первое утверждение — «У меня есть трудности с пробуждением» — имеет высокую корреляцию с пунктами субшкалы «вторжение», поэтому он был отнесен к пунктам этой субшкалы. Другое утверждение — «У меня есть трудности с засыпанием» — вошло в новую субшкалу «гиперторможение», так как оно сильно коррелирует с пунктами этой субшкалы и слабо с пунктами субшкалы «вторжение». Эти дополнительные пункты были случайным образом распределены между 7 пунктами вторжения и 8 избегания первой версии *IES*, и таким образом «Шкала оценки влияния травматического события — пересмотренная» (*IES-R*) стала содержать 22 пункта.

Важной задачей при создании *IES-R* являлось сохранение сопоставимости с *IES*, поэтому не был изменен недельный период, упоминаемый в инструкции, а также схема баллов, предложенная Горовицем в первой версии: 0, 1, 3 и 5 для ответов «нет», «совсем редко», «иногда», «часто». За исключением этих минимальных изменений и добавления пункта, выявляющего флэшбэки, субшкалы «избегание» и «вторжение» опросника *IES-R* соответствуют таким же субшкалам *IES*.

Внесение данных изменений позволяет исследователям, использующим *IES-R*, сравнить результаты субшкал вторжения и избегания с *IES*. Предполагается, что пересмотр порядка пунктов, разделение пункта, связанного с проблемами сна, добавление 6 пунктов «гиперторможения» и одного пункта «вторжения», окажет минимальное несущественное влияние на ответы по этим 15 пунктам.

Целью добавления новых 6 пунктов «гиперторможения» является описание следующих областей: злость и раздражительность; гиперторможенная реакция испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями, бессонница. Один новый пункт вторжения выявляет переживаемые заново состояния, схожие с диссоциативными.

Ключи к обработке

Субшкала «вторжение»: сумма баллов пунктов 1,2, 3, 6, 9,16,20.

Субшкала «избегание»: сумма баллов пунктов 5,7,8,11,12,13,17,22.

Субшкала «физиологическая возбудимость»: сумма баллов пунктов 4, 10,14,15,18, 19,21.

Результаты применения ШОВТС (IES-R) в отечественных исследованиях

Шкала оценки влияния травматического события получила распространение в нашей стране в начале 1990-х гг. в ряде исследований, посвященных изучению психологических последствий аварии на ЧАЭС, а также проведенных на контингенте ветеранов войны в Афганистане. Так, ШОВТС входила в комплекс психодиагностических методик, используемых в рамках русско-американского проекта по изучению психологических и психофизиологических аспектов посттравматического стрессового расстройства, где были показаны хорошие дифференциально-диагностические возможности методики. В последующем был выполнен целый ряд исследований с использованием ШОВТС на различных контингентах испытуемых. Полученные в этих работах данные приводятся ниже.

Таблица 9.1

Демографические данные групп, обследованных ШОВТС (IES-R)

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1) *	29,29	5,63	87	11,13	1,10	88
Студенты (3)	21,00	2,65	271	13,11	1,02	270
Спасатели (5)	29,60	7,08	43	12,53	2,58	43
Сотрудники МВД (6)	27,82	4,99	34	13,33	1,78	33
Военнослужащие СКВО (10)	32,92	6,45	83	14,72	0,91	87
Беженцы, «норма» (40)	39,26	13,86	53	13,54	2,15	53
Беженцы, ПТСР (41)	45,00	15,61	7	12,86	2,54	7
Ликвидаторы, «норма» (ПО)	45,59	9,59	103	12,51	2,79	94
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	46,00	2,83	2	10,00	0,00	1
Все группы	29,83	11,25	683	12,98	1,91	676

Обозначения: * — цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

Таблица 9.2

Средние значения показателей методики ШОВТС (IES-R)

Обследованные группы	IN			AV			AR			IES-R		
	M	SD	n	M	SD	я	M	SD	я	M	SD	я
Пожарные (1)*	5,76	5,71	90	7,26	6,73	90	3,63	3,99	90	16,64	14,75	90
Студенты (3)	10,20	8,22	271	12,17	8,79	271	7,23	7,46	271	29,61	21,76	271
Спасатели (5)	5,95	3,93	43	5,09	5,47	43	3,35	3,63	43	14,40	11,05	43
Сотрудники МВД (6)	7,65	6,31	34	9,26	6,08	34	5,50	6,18	34	22,41	17,33	34
Военнослужащие СКВО (10)	8,89	8,03	95	9,48	7,77	95	6,40	6,40	95	24,78	20,38	95
Беженцы, «норма» (40)	14,58	10,83	52	14,94	9,90	52	11,27	9,87	52	40,79	28,19	52
Беженцы, ПТСР(41)	27,43	6,00	7	27,43	5,91	7	22,57	8,06	7	77,43	14,25	7
Ликвидаторы, «норма» (ПО)	14,68	8,96	105	14,38	9,30	105	13,33	8,81	105	42,39	24,94	105
Ликвидаторы, ПТСР(Ш)	24,33	9,07	3	20,67	5,03	3	23,33	2,89	3	68,33	8,02	3
Все группы	10,30	8,67	700	11,33	8,86	700	7,77	7,98	700	29,39	23,35	700

Обозначения: * — цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, SD — стандартное отклонение, n — количество обследованных в группе.

IN — субшкала «вторжение», AV — субшкала «избегание», AR — субшкала «физиологическая возбудимость».

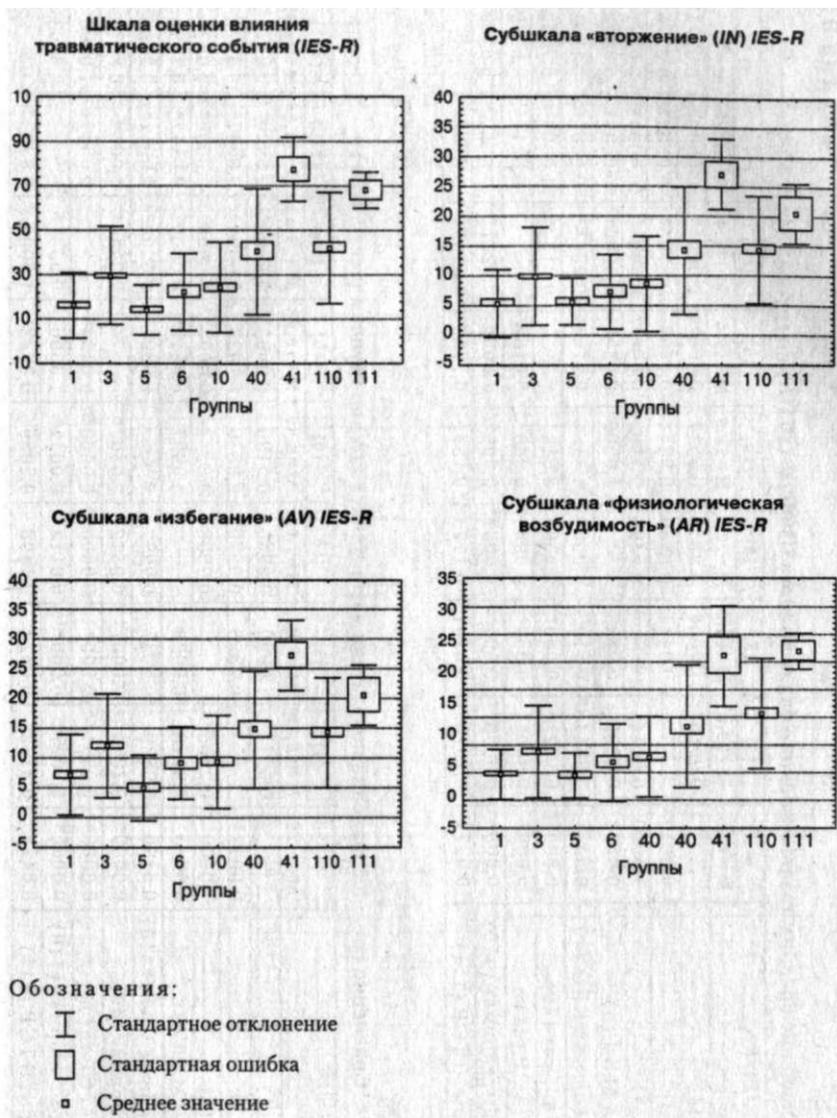


Таблица 9.3

Сравнение средних значений общего балла по тесту ШОВТС (*IES-R*) по группам (тест *Sheffe*)

<i>IES-R</i>	{1}	{3}	{5}	{6}	{10}	{40}	{41}	{110}	{111}
	M=16,6	M=29,6	M=14,4	M=22,4	M=24,8	M=40,8	M=77,4	M=42,4	M=68,3
Пожарные (1)		0,0015*	1,0000	0,9853	0,5517	0,000**	0,000**	0,000**	0,0274*
Студенты (3)	0,0015*		0,0144*	0,8980	0,8844	0,1427	0,000**	0,0006**	0,2676
Спасатели (5)	1,0000	0,0144		0,9493	0,5195	0,000**	0,000**	0,000**	0,0201*
Сотрудники МВД (6)	0,9853	0,8980	0,9493		1,0000	0,0505	0,0000**	0,0037*	0,1123
Военнослужащие СКВО (10)	0,5517	0,8844	0,5195	1,0000		0,0141*	0,000**	0,000**	0,1371
Беженцы, «норма» (40)	0,000**	0,1427	0,000**	0,0505	0,0141*		0,0182*	1,0000	0,7750
Беженцы, ПТСР (41)	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,0182*		0,0217*	0,9999
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,000**	0,0006**	0,000**	0,0037*	0,000**	1,0000	0,0217*		0,8182
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0274	0,2676	0,0201*	0,1123	0,1371	0,7750	0,9999	0,8182	

Таблица 9.4

Сравнение средних значений показателя «вторжение» (*IN*) по группам (тест *Sheffe*)

<i>IN</i>	{1}	{3}	{5}	{6}	{10}	{40}	{41}	{110}	{111}
	M=5,76	M=10,20	M=5,95	M=7,65	M=8,89	M=14,58	M=27,43	M=14,68	M=24,33
Пожарные (1)		0,0077*	1,0000	0,9943	0,5190	0,000**	0,000**	0,0000**	0,0474*
Студенты (3)	0,0077*		0,2306	0,9270	0,9839	0,1093	0,0001**	0,0027*	0,3172
Спасатели (5)	1,0000	0,2306		0,9990	0,8537	0,0007**	0,0000**	0,0000**	0,0627
Сотрудники МВД (6)	0,9943	0,9270	0,9990		0,9997	0,0512*	0,0000**	0,0112*	0,1498
Военнослужащие СКВО (10)	0,5190	0,9839	0,8537	0,9997		0,0307*	0,0000**	0,0011*	0,2089
Беженцы, «норма» (40)	0,0000**	0,1093	0,0007**	0,0512	0,0307*		0,0434*	1,0000	0,8333
Беженцы, ПТСР (41)	0,0000**	0,0001**	0,000**	0,0000**	0,0000**	0,0434*		0,0337*	1,0000
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0027*	0,000**	0,0112*	0,0011*	1,0000	0,0337*		0,8303
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0474*	0,3172	0,0627	0,1498	0,2089	0,8333	1,0000	0,8303	

Таблица 9.5

Сравнение средних значений показателя «избегание» (AV) по группам (тест *Sheffe*)

AV	{1}	{3}	{5}	{6}	{10}	{40}	{41}	{110}	{111}
	M=7,26	M=12,12	M=5,09	M=9,26	M=9,48	M=14,94	M=27,43	M=14,38	M=20,67
Пожарные (1)		0,0027*	0,9812	0,9933	0,9097	0,0005**	0,0000**	0,0000**	0,4713
Студенты (3)	0,0027*		0,0008*	0,8797	0,4915	0,7691	0,0035**	0,7151	0,9257
Спасатели (5)	0,9812	0,0008**		0,7753	0,4023	0,0001**	0,0000**	0,0000**	0,2714
Сотрудники МВД (6)	0,9933	0,8797	0,7753		1,0000	0,2899	0,0006**	0,2796	0,7317
Военнослужащие СКВО (10)	0,9097	0,4915	0,4023	1,0000		0,0688	0,0002**	0,0268*	0,7233
Беженцы, «норма» (40)	0,0005**	0,7691	0,0001**	0,2899	0,0688		0,0824	1,0000	0,9948
Беженцы, ПТСР (41)	0,0000**	0,0035*	0,0000**	0,0006*	0,0002**	0,0824		0,0395*	0,9941
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,7151	0,0000**	0,2796	0,0268*	1,0000	0,0395*		0,9891
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,4713	0,9257	0,2714	0,7317	0,7233	0,9948	0,9941	0,9891	

Таблица 9.6

Сравнение средних значений показателя «физиологическая возбудимость» (AR) по группам (тест *Sheffe*)

AR	{1}	{3}	{5}	{6}	{10}	{40}	{41}	{110}	{111}
	M=3,63	M=7,23	M=3,35	M=5,50	M=6,40	M=11,27	M=22,57	M=13,33	M=23,33
Пожарные (1)		0,0318*	1,0000	0,9894	0,5507	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0056*
Студенты (3)	0,0318*		0,2122	0,9875	0,9986	0,0881	0,0002**	0,0000**	0,0619
Спасатели (5)	1,0000	0,2122		0,9886	0,7187	0,0004**	0,0000**	0,0000**	0,0059*
Сотрудники МВД (6)	0,9894	0,9875	0,9886		0,9999	0,1042	0,0001**	0,0002**	0,0311**
Военнослужащие СКВО (10)	0,5507	0,9986	0,7187	0,9999		0,0522	0,0001**	0,0000**	0,0411*
Беженцы, «норма» (40)	0,0000**	0,0881	0,0004**	0,1042	0,0522		0,0551	0,9413	0,4324
Беженцы, ПТСР (41)	0,0000**	0,0002**	0,0000**	0,0001**	0,0001**	0,0551		0,2106	1,0000
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0002**	0,0000**	0,9413	0,2106		0,6842
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0056*	0,0619	0,0059*	0,0311*	0,0411*	0,4324	1,0000	0,6842	

Обозначения: * – вероятность ошибки $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$; M – среднее по группе.

Таблица 9.7

**Коэффициенты корреляции показателей теста ШОВТС
с возрастом и образованием**

	<i>IN</i>	<i>AV</i>	<i>AR</i>	<i>IES-R</i>
Возраст	0,27*	0,16*	0,29*	0,26*
Образование	0,06	0,00	-0,01	0,02

Обозначения: * — значимые коэффициенты корреляции ($p < 0,05$).

Количество обследованных N = 668.

Для определения показателей надежности Шкалы оценки влияния травматического события (*IES-R*) и ее субшкал использовали весь массив данных, полученных на выборках нормальной популяции, профессионалов, род деятельности которых связан с постоянным риском для здоровья и жизни, а также популяции, подвергшейся воздействию потенциально психотравмирующих событий (ветераны войны в Афганистане, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, беженцы). Надежность методики определялась по показателям α -Кронбаха, стандартизованная α , а также методом расщепления теста пополам (табл. 9.8). Как видно из результатов, представленных в таблице, русскоязычная версия Шкалы оценки влияния травматического события обладает достаточно хорошей надежностью.

Таблица 9.8

Показатели надежности методики ШОВТС (*IES-R*)

	<i>AR</i>	<i>AV</i>	<i>IN</i>	<i>IES-R</i>
α -Кронбаха	0,87	0,81	0,88	0,94
Стандартизованная α	0,87	0,81	0,88	0,94
Надежность (<i>split-half</i>)	0,87	0,85	0,90	0,95
<i>Guttman split-half</i>	0,86	0,85	0,89	0,95

Список литературы

1. Alexander P. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse // Journal of Interpersonal Violence. - 1993. - V. 8. - P. 346-362.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). — Washington, DC: Author, 1980.

3. *Anderson K. M., Manuel G.* Gender differences in reported stress response to the Loma Prieta earthquake // *Sex Roles*. — 1994. — V. 30. — P. 725-733.
- A. Arata C. M., Saunders B. E., Kilpatrick D. G.* Concurrent validity of a crime related post-traumatic stress disorder scale for women with the Symptom Checklist-90-Revised // *Violence and Victims*. — 1991. — V. 6. — P. 191-199.
5. *Can V.J., Lewin T.J., Carter G. L., Webster R. A.* Patterns of service utilization following the 1989 Newcastle earthquake: Findings from Phase 1 of the Quake Impact study // *Australian Journal of Public Health*. — 1992. — V. 16. — P. 360-369.
6. *Cella D. F., Mahon S. M., Donovan M. I.* Cancer recurrence as a traumatic event // *Behavioral Medicine*. — 1990. — V. 16. — P. 15-22.
7. *Davidson J. R., Kudler H. S., Saunders W. B. et al.* Predicting the response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder // *American Journal of Psychiatry*. — 1993. — V. 150. — P. 1024-1029.
8. *Fullerton C. S., McCarroll J. E., Ursano R.J., Wright K. M.* Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma // *American Journal of Ortho-psychiatry*. — 1992. — V. 62. — P. 371-378.
9. *Girelli S. A., Resick P. A., Marhoefer-Dvorak S., Hutter C. K.* Subjective distress and violence during rape: Their effects on long-term fear // *Violence and Victims*. — 1986. — V. 1. — P. 35-46.
10. *Green B. L., Grace M. G., Vary M. G. et al.* Children of disaster in the second decade: A 17-year follow-up of Buffalo Greek survivors // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 1994. — V. 33. — P. 71-79.
11. *Horowitz M.J., Weiss D. S., Kaltreider N.B. et al.* Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1984. — V. 172. — P. 383-392.
12. *Kaltreider N. B., Grade G., LeBreck D.* The psychological impact of the Bay Area earthquake on health professionals // *Journal of the American Medical Women's Association*. — 1992. — V. 47. — P. 21-24.
13. *Kelley S.J.* Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers // *Nursing Research*. — 1990. — V. 39. — P. 25-29.
14. *Koopman G., Glassen G., Spiegel D.* Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland (Berkeley, Calif., firestorm) // *American Journal of Psychiatry*. — 1994. — V. 151. — P. 888-894.

15. *Lees-Haley P. R.* Malingering mental disorder on the Impact of Event Scale (IES): Toxic exposure and cancerphobia // *Journal of Traumatic Stress*. - 1990. - V. 3. - P. 315-321.
16. *Lundin T., Bodegard M.* The psychological impact of an earthquake on rescue workers: A follow-up study of the Swedish group of rescue workers in Armenia, 1988 // *Journal of Traumatic Stress*. — 1993. — V 6. — P. 129-139.
17. *Maida C.A., Gordon N. S., Steinberg A., Cordon G.* Psychosocial impact of disasters: Victims of the Baldwin Hills fire // *Journal of Traumatic Stress*. - 1989. - V. 2. - P. 37-48.
18. *Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T., Ronfeldt H., Foreman C.* Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents // *Journal of Traumatic Stress*. - 1996. - V. 9. - P. 63-85.
19. *McCarroll J.E., Ursano R.J., Fullerton C.S.* Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15-month follow-up // *American Journal of Psychiatry*. - 1995. - V. 152. - P. 939-41.
20. *McFarlane A. C.* Relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress // *Psychological Medicine*. — 1988. — V. 18. - P. 129-139.
21. *Murphy S. M., Kilpatrick D. G., Amick-McMullan A., Veronen L.J.* Current psychological functioning of child sexual assault survivors: A community study // *Journal of Interpersonal Violence*. — 1988. — V. 3. — P. 55-79.
22. *Neal L. A., Busuttil W., Rollins J. et al.* Convergent validity of measures of post-traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population // *Journal of Traumatic Stress*. — 1994. — V. 7. — P. 447-455.
23. *Paton D.* Assessing the impact of disasters on helpers // *Counseling Psychology Quarterly*. - 1990. - V. 3. - P. 149-152.
24. *Perkins D. V., Tebes J. A.* Genuine versus simulated responses on the Impact of Event scale // *Psychological Reports*. — 1984. — V. 5. — P. 575-578.
25. *Resick P. A., Jordan G. C., Girelli S. A., Flutter G. K.* A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims // *Behavior Therapy*. - 1988. - V. 19. - P. 385-401.
26. *Schwarzwald J., Solomon Z., Weisenberg M., Mikulincer M.* Validation of the Impact of Event Scale for psychological sequelae of combat // *Jour-*

- наï of Consulting and Clinical Psychology. - 1987. — V. 55. — P. 251-256.
27. *Solomon Z.* Psychological sequelae of war: A 3-year prospective study of Israeli combat stress reactions // *Journal of Nervous and Mental Disease.* - 1989. - V. 177. - P. 342-346.
 28. *Taylor J. A.* A personality scale of manifest anxiety // *Journal of Abnormal and Social Psychology.* - 1953. - V. 48. - P. 285-290.
 29. *Waters K. A., Selander J., Stuart G. W.* Psychological adaptation of nurses post-disaster // *Issues in Mental Health Nursing.* — 1992. — V. 13. — P. 177-190.
 30. *Weiss D. S.* Psychological processes in traumatic stress // *Journal of Social Behavior and Personality.* - 1993. - V. 8. - P. 3-28.
 31. *Weiss D. S., Marmar C. R., Metzler T., Ronfeldt H.* Predicting symptomatic distress in emergency services personnel // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* - 1995. - V. 63. - P. 361-368.
 32. *Yule W., Udwin O.* Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: Experiences from the «Jupiter» sinking // *British Journal of Clinical Psychology.* - 1991. - V. 30. - P. 131-138.
 33. *Zilberg N.J., Weiss D. S., Horowitz M.J.* Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* - 1982. - V. 50. - P. 407-414.

ГЛАВА 10

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane T. M., et al., 1987, 1988). В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликкерта. Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соотносятся с критериями *DSM*: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 — избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ, который состоял из 39 вопросов. В 1995 г. были опубликованы (Vreven D. et al.) психометрические данные, полученные на 668 гражданских лицах, где было показано, что разработанная гражданская форма МШ обладает высокой внутренней согласованностью (0,86), хотя и несколько более низкой, чем военный вариант (0,94). Гражданский вариант МШ использовали в исследовании психиатрических пациентов, в котором были показаны чувствительность 87 % и специфичность 63 % при диагностировании травмированных субъектов (Hovens J., van der Ploeg M., 1993).

Ключи к обработке*

Сумма баллов по пунктам с прямой шкалой (£1):

1,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21,23,25,26,28,29,31,32,33,35,36,37,38, 39.

Сумма баллов по пунктам с обратной шкалой (22):

2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Общий балл: £1 + £2

*Примечание: здесь приводятся ключи для гражданского варианта МШ. При оценке военного варианта соответственно XI вычисляется как сумма баллов по пунктам: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35; сумма £2 вычисляется аналогично.

Результаты применения Миссисипской шкалы в отечественных исследованиях

Миссисипская шкала получила распространение в нашей стране в начале 1990-х гг. в ряде исследований, посвященных изучению психологических последствий аварии на ЧАЭС, а также проведенных на контингенте ветеранов войны в Афганистане. Миссисипская шкала входила в комплекс психодиагностических методик, используемых в рамках русско-американского проекта по изучению психологических и психофизиологических аспектов посттравматического стрессового расстройства, где были показаны хорошие дифференциально-диагностические возможности методики (Тарабрина Н. В. с соавт., 1992, 1994, 1996, 1997). В последующем был выполнен целый ряд исследований с использованием методики «Миссисипская шкала» на различных контингентах испытуемых. Полученные в этих работах данные приводятся ниже.

Таблица 10.1

Демографические данные групп, обследованных Миссисипской шкалой (военный вариант)

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Сотрудники МВД (6)*	27,82	34,00	4,99	13,33	33	1,78
Военнослужащие СКВО (10)	33,06	85,00	6,53	14,73	89	0,90
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	31,44	102,0	5,61	11,56	101	3,05
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	34,12	17,00	8,68	11,19	16	3,04
Все группы	31,69	238,0	6,35	12,96	239	2,73

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *n* — количество обследованных в группе.

Таблица 10.2

**Сравнение средних значений общего балла Миссисипской шкалы
(военный вариант) по группам (тест *Sheffe*)**

Обследованные группы	(6)	(10)	(120)	(121)
	M = 64,65	M = 73,76	M = 70,18	M = 92,00
Сотрудники МВД (6)*		0,0449	0,3818	0,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,0449		0,4694	0,0004
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,3818	0,4694		0,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,0000	0,0004	0,0000	

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы. M — среднее по группе.

Таблица 10.3

**Демографические данные групп, обследованных Миссисипской шкалой
(гражданский вариант, n = 360)**

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	M	\	SD	M	N	SD
Пожарные (1)*	29,32	97	5,59	11,14	95	1,12
Спасатели (5)	29,36	47	6,89	12,64	47	2,57
Беженцы, «норма» (40)	39,26	53	13,86	13,54	53	2,15
Беженцы, ПТСР (41)	45,00	7	15,61	12,86	7	2,54
Ликвидаторы «норма» (100)	42,98	158	9,69	12,49	145	2,72
Ликвидаторы, ПТСР (111)	36,48	21	6,04	11,77	13	2,39
Все группы	37,02	383	11,09	12,29	360	2,39

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

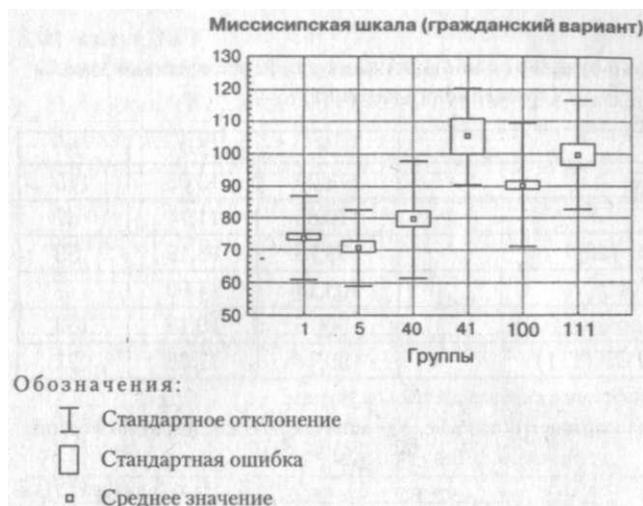
M — средние, SD — стандартное отклонение, N — количество обследованных в группе.

Таблица 10.4

**Сравнение средних значений общего балла Миссисипской шкалы
(гражданский вариант) по группам (тест *Sheffe*)**

	M = 73,79	(5)	(40)	{41}	(5)	{111}
		M = 70,86	M = 79,70	M = 105,14	M = 90,15	M = 99,44
Пожарные (1)*	0,9581	0,4662	0,0003	0,0000	0,0000	0,0000
Спасатели (5)	0,9581	0,2156	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000
Беженцы, «норма» (40)	0,4662	0,2156	0,0134	0,0079	0,0002	
Беженцы, ПТСР (41)	0,0003	0,0001	0,0134		0,3599	0,9851
Ликвидаторы, «норма» (100)	0,0000	0,0000	0,0079	0,3599		0,2022
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000	0,0000	0,0002	0,9851	0,2022	

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы. M — среднее по группе.



Для определения показателей надежности Миссисипской шкалы (как гражданского, так и военного варианта) использовали весь массив данных, полученных на выборках нормальной популяции, профессионалов, род деятельности которых связан с постоянным риском для здоровья и жизни, а также популяции, подвергшейся воздействию потенциально психотравмирующих событий (ветераны войны в Афганистане, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, беженцы). Надежность методики определялась по показателям гх-Кронбаха, стандартизованная α , а также методом расщепления теста пополам (табл. 10.5). Как видно из результатов, представленных в таблице, значения показателей надежности русскоязычной версии Миссисипской шкалы совпадают с таковыми для оригинальной версии этой методики.

Таблица 10.5

Параметры надежности опросника Миссисипская шкала

	МШ (гражданский вариант)	МШ (военный вариант)
<i>N</i>	412	254
гх-Кронбаха	0,76	0,69
стандартизованная α	0,81	0,76
надежность (<i>split-half</i>)	0,82	0,79
<i>Guttman split-half</i>	0,82	0,78

Таблица 10.6

**Средние значения и стандартные отклонения для Миссисипской шкалы
(гражданский вариант)**

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1) *	73,79	13,05	115
Спасатели (5)	70,85	11,74	47
Беженцы, «норма» (40)	79,70	18,19	53
Беженцы, ПТСР (41)	105,14	14,90	7
Ликвидаторы, «норма» (100)	90,15	19,18	163
Ликвидаторы, ПТСР (111)	99,44	17,06	27

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

Таблица 10.7

**Средние значения и стандартные отклонения для Миссисипской шкалы
(военный вариант)**

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Сотрудники МВД (6) *	64,65	16,13	34
Военнослужащие СКВО (10)	73,76	19,64	97
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	70,18	11,76	106
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	92,00	15,55	17

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

Список литературы

1. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. — 1992. — Т. 13, № 2. — С. 14-29.
2. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на Ч АЭС // Психологический журнал. — 1996. — Т. 17, №2. — С. 30-45.
3. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Петпрухин Е. В. Уровни субъективно-личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Материалы Всероссийского конкурса научно-исследователь-

ских проектов в области гуманитарных наук 1994г. Психология, философия. - М., 1996. - С. 213-220.

4. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др.* Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. - М, 1997. - С. 254-262.
5. *Hovens J., & van der Ploeg M.* Posttraumatic stress disorder in Dutch psychiatric in-patients // Journal of Traumatic Stress. — 1993. — № 6. — P. 91-102.
6. *Keane T. M., Wolfe J., Taylor K. L.* PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // J. Clin. Psychol. — 1987. - V. 43. - P. 32-43.
7. *Keane N M., Caddell J. M., Taylor K. L.* Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // J. Consulting and Clin. Psychol. - 1988. - V. 56, № 1. - P. 85-90.
8. *Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L.A., & King D. W.* The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation // Journal of Traumatic Stress. - 1995. - V. 8. - P. 91-109.

ГЛАВА 11

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (*Symptom Check List-90-Revised* — *SCL-90-R*)

История создания **SCL-90-R**

Методика *SCL-90-R* создана Дерогатис (Derogatis et. al., 1974, *a, b*) на основе *Hopkins Symptom Checklist (HSCl)* — методики, ведущей свою историю от *Cornell Medical Index* (Wider, 1948), которая, в свою очередь, опиралась на «Шкалу дискомфорта» разработанную Parloff с соавторами (1953). Опыт работы Дерогатис с *HSCl* показал, что, несмотря на хорошие результаты, полученные при проверке надежности и валидности шкалы, имел место ряд серьезных ограничений при ее использовании. Во-первых, методика *HSCl* разрабатывалась как исследовательский инструмент, не предназначенный для работы с больными. Во-вторых, пять первоначально выделенных симптоматических категорий хотя и хорошо работали в тех областях, на которые они были направлены, не охватывали других важных областей симптоматики. И в-третьих, значительное количество вопросов не имело отношения к измерению пяти основных симптоматических конструктов, а были просто «шумом». Наконец, в *HSCl* не существовало сравнительной клинической шкалы, которая могла бы позволить сравнивать показатели психологического статуса пациентов с клиническими данными. Эти соображения были учтены при создании *SCL-90-R*. Взяв за основу пункты *HSCl* для пяти симптоматических категорий, определен-

ных ранее (Derogatis et al., 1971, 1972), авторы опустили некоторое количество старых вопросов и добавили 45 новых, составивших 4 категории. Все это в целом и образовало методику *SCL-90-R*, которая исторически связана с *HSC L*, но отлична от нее.

Описание методики

Шкала *SCL* содержит 90 пунктов, и ее назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Первоначальная версия шкалы, предложенная Дерогатисом и его коллегами (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) на основании клинической практики и психометрического анализа, затем была модифицирована и валидизирована в настоящем варианте (Derogatis, Rickels & Rock, 1976). Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации — *Somatization (SOM)*, обсессивности—компульсивности — *Obsessive—Compulsive (O—C)*, межличностной сензитивности — *Interpersonal Sensitivity (INT)*, депрессии — *Depression (DEP)*, тревожности — *Anxiety (ANX)*, враждебности — *Hostility (HOS)*, фобической тревожности — *Phobic Anxiety (PHOB)*, паранойяльных тенденций — *Paranoid Ideation (PAR)*, психотизма — *Psychoticism (PSY)* и по 3 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (*GST*), индекс наличного симптоматического дистресса (*PTSD*), общее число утвердительных ответов (*PST*). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента.

Проведение методики и ее характеристики

Инструкция к тесту приведена на бланке, однако важно понимать, что установки человека, предлагающего пациенту тест, также имеют большое значение и влияют на качество ответов пациента. Не следует доверять процедуру тестирования человеку, который испытывает недоверие к методике.

SCL-90-R — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса. *SCL* не является методикой изучения личности (за исключением косвенного анализа), т. е. методикой, выявляющей личностные типы или расстройства личности, которые бы отражались в характерном профиле первичных симптоматических расстройств. При создании теста использовались (насколько это возможно) наиболее доступные для понимания выражения. Вопросы включали в себя простейшие слова, позволяющие сохранить их смысл. Однако, несмотря на эти усилия, все еще остаются пациенты, вербального уровня которых не хватает для того, чтобы постичь смысл вопросов. Если у исследователя складывается подобное впечатление либо по вопросам, которые задает обследуемый, либо в результате клинического наблюдения, результаты теста считаются недействительными. Выбор пятиранговой дискретной шкалы для ответов на пункты *SCL-90-R* представляет некоторый компромисс между тем фактом, что надежность пропорциональна числу пунктов между предельными значениями шкалы ответов, и пониманием того, что существуют ограничения в восприятии человеком тяжести переживаемых психологических симптомов. Подобный прагматический подход определен тем, что минимальное число пунктов для первичных симптоматических нарушений, как показывает опыт, равняется 6 и является стабильным минимумом для достижения факторной инвариантности.

Использование методики

Методика создавалась для того, чтобы оценить психологический симптоматический статус широкого спектра индивидов, начиная от лиц из группы «нормы» и различных типов пациентов: от больных общего профиля до индивидов с психиатрическими расстройствами. Очевидно, что исключение для применения методики должны составлять явно неграмотные и психотические пациенты, а также пациенты с психической задержкой и в состоянии делирия. Другие, менее очевидные причины, также могут снижать валидность тестирования (например, взрослые с дислексией, различная степень дебильности). Тестирование может проводиться как однократно, так и многократно в различных вариантах. Тест-ретестовая надежность для *SCL* очень хорошая и

нет данных о каких-либо существенных искажениях при повторном предъявлении методики.

Основные дефиниции

Девять основных симптоматических расстройств были выделены в результате комплексного клинического, эмпирического и аналитического исследования. Авторы выбрали только те синдромы, которым в литературе даны четкие и ясные определения, что позволило им, по возможности, избежать сомнений относительно того, что же на самом деле измеряется. К тому же требовалось, чтобы те ощущения, которые объединяются в каждую из симптоматических групп, возможно было измерить в пределах стандартных шкал и, более того, чтобы они были доступны пониманию испытуемого во время заполнения шкалы. Окончательным критерием было подтверждение базовых дефиниций в клинике.

Операциональные определения шкал **SCL-90-R**

Соматизация (Somatization — SOM)

Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive—Compulsive — O—C)

Обсессивно-компульсивное расстройство отражает симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касаются мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непре-

одолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность (*Interpersonal Sensitivity — INT*)

Данное расстройство определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по *INT* сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия (*Depression — DEP*)

Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность (*Anxiety — ANX*)

Тревожное расстройство состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности. В определение входят общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относятся когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность (*Hostility — HOS*)

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность (*Phobic Anxiety — PHOB*)

Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональ-

нал и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее патогномичные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находится в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобия (Marks, 1969), названной также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранойяльные симптомы {*Paranoid Ideation – PAR*}

Данное определение представляет паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и выбор вопросов ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм (*Psychoticism – PSY*)

В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или слышание голосов. Шкала психотизма представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма.

Дополнительные вопросы

Семь вопросов, которые входят в *SCL*, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы действительно являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являются клинически важными. Дополнительные вопросы участвуют в общей обработке *SCL* и используются «конфигурально». Так, например, высокие значения *DEP* в сочетании с «ранним утренним пробуждением» и «плохим аппетитом» означают другое состояние, отличное от тех же значений *DEP* без этих симптомов. В том же смысле наличие «чувства вины» является важным клиническим индикатором, который предоставляет необходимую информацию клиницистам. Дополнительные вопросы не объединены между собой как отдельное расстройство, а участвуют в общей обработке теста.

Шкалы SCL-R с входящими в них пунктами

Схематизация <i>(Somatization – SOM)</i>	Обсессивно-компульсивные расстройства <i>Obsessive–Compulsive (O–C)</i>	Межличностная сензитивность <i>Interpersonal Sensitivity (INT)</i>
Всего: 12 пунктов	Всего: 10 пунктов	Всего: 9 пунктов
1. Головные боли. 4. Слабость или головокружение. 12. Еюли в сердце или грудной клетке. 27. Еюли в пояснице. 40. Тошнота или расстройство желудка. 42. Боли в мышцах 48. Затрудненное дыхание. 49. Приступы жара или озноба. 52. Онемение или покалывание в различных частях тела 53. Комок в горле. 56. Ощущение слабости в различных частях тела 58. Тяжесть в конечностях.	3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли. 9. Проблемы с памятью. 10. Ваша небрежность или неряшливость. 28. Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо. 38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки. 45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете. 46. Трудности в принятии решения. 51. То, что вы легко теряете мысль. 55. То, что вам трудно сосредоточиться. 65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать ит. п.	6. Чувство недовольства другими. 21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола. 34 То, что ваши чувства легко задеть. 36. Ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам 37. Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь. 41. Ощущение, что вы хуже других 61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас. 69. Чрезмерная застенчивость в общении с другими. 73. Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях

Продолжение табл. 11.1

Депрессия <i>Depression (DEP)</i>	Тревожность <i>Anxiety (ANX)</i>	Враждебность <i>Hostility (HQS)</i>
Всего: 13 пунктов	Всего: 10 пунктов	Всего: 6 пунктов
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия. 14. Упадок сил или заторможенность. 15. Мысли о том, чтобы покончить с собой. 20. Слезливость. 22. Ощущение, что вы в западне или пойманы. 26. Чувство, что вы сами во многом виноваты. 29. Чувство одиночества. 30. Подавленное настроение, «хандра». 31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам. 32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было. 54. Ощущение, что будущее безнадежно. 71. Чувство, что все, что бы Вы ни делали, требует больших усилий. 79. Ощущение собственной никчемности.	2. Нервозность или внутренняя дрожь. 17. Дрожь. 23. Неожиданный и беспричинный страх. 33. Чувство страха. 39. Сильное или учащенное сердцебиение. 57. Ощущение напряженности или взвинченности. 72. Приступы ужаса или паники. 78. Такое сильное беспокойство, что Вы не можете усидеть на месте. 80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое. 86. Кошмарные мысли или видения.	11. Легко возникающие досада или раздражение. 24. Вспышки гнева, которые вы не могли сдержать. 63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо. 67. Импульсы ломать или крушить что-либо. 74. То, что вы часто вступаете в спор. 81. То, что вы кричите или швыряетесь вещами.

Окончание табл. 11.1

Фобическая тревожность <i>Phobic Anxiety (PHOB)</i>	Паранойальные симптомы <i>Paranoid Ideation (PAR)</i>	Психотизм <i>Psychoticism (PSY)</i>
<p>Всего: 7 пунктов</p>	<p>Всего: 6 пунктов</p>	<p>Всего: 10 пунктов</p>
<p>13. Чувство страха в открытых местах или на улице. 25. Боязнь выйти из дома одному. 47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах. 50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают. 70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах). 75. Нервозность, когда вы оставались одни. 82. Боязнь, что вы упадете в обморок на людях.</p>	<p>8. Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие. 18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять. 43. Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас. 68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие. 76. То, что другие недооценивают ваши достижения. 83. Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите.</p>	<p>7. Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями. 16. То, что вы слышите голоса, которые не слышат другие. 35. Ощущение, что другие проникают в ваши мысли. 62. То, что у вас в голове чужие мысли. 77. Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми. 84. Нервировавшие вас сексуальные мысли. 85. Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи. 87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке. 88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому. 90. Мысли о том, что с вашим разумом творится что-то неладное.</p>
<p>Дополнительные вопросы (<i>AdditionalItems</i> — <i>ADD</i>)</p>		
<p>Всего: 7 пунктов</p>		
<p>19. Плохой аппетит. 60. Переедание 44. То, что вам трудно заснуть. 59. Мысли о смерти. 64. Бессонница по утрам. 66. Беспокойный и тревожный сон. 89. Чувство вины.</p>		

Общие индексы дистресса

В *SCL* имеются три обобщенных индекса дистресса: общий индекс тяжести (*GSI*); индекс наличного симптоматического дистресса (*PSDI*); общее число утвердительных ответов (*PST*). Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины личностной психопатологии. Каждый индекс делает это некоторым особым способом и отражает какие-то отдельные аспекты психопатологии (Derogatis, 1975). *GSI* является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. *GSI* является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса. *PSDI* является исключительно мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. Этот показатель работает в основном как индикатор типа реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытуемый симптоматический дистресс при ответах. *PST* — просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, — т. е. количество утверждений, для которых испытуемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с *GSI*, может быть очень полезна в понимании клинической картины.

Подсчет баллов по шкалам *SCL-90-R*

Подсчет показателей методики сводится к простым операциям сложения и деления. Вначале суммируются баллы для каждого из 9 симптоматических расстройств и для дополнительных вопросов. Это делается путем сложения всех отличных от нуля значений по каждому пункту, относящемуся к данной группе расстройств. Далее, эта сумма делится (за исключением значений по дополнительным пунктам) на соответствующее ему число вопросов. Например, балл по шкале соматизации получается делением на 12, по шкале тревожности — на 10 и т. д. Деление следует выполнять до второго знака после запятой. Таким образом получают сырые значения по каждой шкале.

Для того чтобы вычислить три обобщенных индикатора (шкалы второго порядка), необходимо выполнить несколько дополнительных шагов. Вначале получают общую сумму баллов по всему тесту, вклю-

чая дополнительные вопросы. Деление этого числа на 90 позволяет получить общий индекс тяжести (*GSI*). Следующий этап — подсчет числа утвердительных ответов (отличных от нуля) для того, чтобы получить общее количество симптомов, на которые дан утвердительный ответ, т. е. получение значения индекса *PST*. И последний этап обработки — это вычисление значения индекса наличного симптоматического дистресса *PSDI*, который получается делением общей суммы на балл *PST*.

После того как подсчитаны сырые значения для каждой шкалы и значения общих индексов, они соотносятся с нормативными данными (психиатрические пациенты, группа нормы). Были разработаны отдельные нормативные данные для группы пациентов и для группы здоровых, для мужчин и женщин. На с. 158-181 приводятся таблицы с данными, полученными в наших исследованиях.

Подсчет в ситуации недостатка данных

В этой ситуации главная коррекция состоит в уменьшении знаменателя при каждом делении суммированных значений по шкале на число пунктов, утерянных в этой категории. Таким образом, если 2 вопроса из шкалы тревожности пропущено, то балл высчитывается из оставшихся 8 и сумма баллов по этой шкале делится на 8 вместо 10. Очевидно, что для *GSI* будет также происходить уменьшение знаменателя, которое в приведенном примере будет означать уменьшение с 90 до 88. На значениях *PSTYL PSDI* пропущенные вопросы не будут отражаться прямо. Однако невозможно знать, имели ли пропущенные вопросы на самом деле утвердительные ответы, так что интерпретация этих индексов будет в чем-то условной. В случае, когда пропущено 20 % вопросов для теста в целом или более чем 40 % для какой-либо шкалы, данные для теста в целом и по отдельной шкале считаются недостоверными.

Интерпретация

Результаты по *SCL-90-R* могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Индекс *GSI* является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс *PSDI* представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрыванию своих симптомов. Индекс *PST* отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, должна быть тщательно интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса

Надежность и валидность шкал *SCL*

В качестве критерия надежности был использован α -коэффициент, который является вариацией формулы *Ruder-Richardson 20*. Полученные коэффициенты были вполне удовлетворительно распределены между низким 0,77 для субшкалы психотизма и высоким 0,90 для депрессии значениями. Тест-ретестовые коэффициенты были получены при анализе данных 94 психиатрических пациентов, которые тестировались во время первичного осмотра и повторно обследовались через неделю перед первым терапевтическим сеансом. Большая часть этих коэффициентов колеблется между 0,80 и 0,90, что является соответствующим уровнем для значений симптоматических групп.

В 1976 г. Дерогатис, Рикельс и Рок (*Derogatis, Rickels и Rock*) провели работу по сопоставлению шкал *SCL* со шкалами *MMPI*. Работа была проведена на 119 «симптоматических добровольцах», и кроме *MMPI* в нее были также включены обычные клинические шкалы. Шкалы *SCL* имеют высокие корреляции с соответствующими симптоматическими группами *MMPI*, кроме группы обсессивно-компульсивных симптомов. Результаты исследования отражают высокий уровень конвергентной валидности для *SCL*. В 1980 г. Горовиц и его коллеги рассмотрели *SCL* в связи с исследованиями по *PTSD*, а в 1981 г. было обнаружено, что при тестировании *SCL* удалось получить различия в результатах теста между пациентами с *PTSD*, получавшими терапевтическую помощь, и пациентами, не получавшими такой помощи (*Horowitz et. al, 1980; Horowitz et. al., 1981*). Баум и его сотрудники в нескольких опубликованных работах (*Baum et. al, 1982; Baum et. al., 1983*) привели чрезвычайно интересные данные о хорошей чувствительности *SCL* при тестировании стресса для *Three Mile Island*. В похо-

жем исследовании Грин и ее коллеги (Green et. al., 1983) использовали *SCL* для определения уровня стресса при пожаре в клубе *Beverly Hills Supper*. Также *SCL* использовалась для диагностики лиц с различными клиническими проявлениями в психиатрии, онкологических больных, наркологических пациентов, пациентов с различными физическими заболеваниями. Многочисленные исследователи доказали самостоятельную ценность клинических и психометрических характеристик *SCL*. Кроме того, методика переведена на многие языки и используется во многих странах. Русский вариант *SCL* применялся в комплексном исследовании, которое проводилось лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН (Тарабрина Н. В. с соавт., 1992, 1994, 1996, 1997). Полученные в этом исследовании данные приводятся ниже.

Для определения показателей надежности субшкал *SCL-90-R* использовали весь массив данных, полученных на выборках нормальной популяции, профессионалов, род деятельности которых связан с постоянным риском для здоровья и жизни, а также популяции, подвергшейся воздействию потенциально психотравмирующих событий (ветераны войны в Афганистане, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, беженцы), кроме этого были включены данные по двум выборкам популяции психиатрических пациентов с диагнозами шизофрения и соматоформные расстройства. Надежность методики определялась по показателям α -Кронбаха, стандартизованная α , а также методом расщепления теста пополам (табл. 11.2). Как видно из результатов, представленных в таблице, субшкалы *SCL-90-R* обладают достаточно хорошей надежностью, за исключением шкалы *PAR*.

Таблица 11.2

Показатели надежности субшкал методики *SCL-90-R*

	<i>SOM</i>	<i>o-c</i>	<i>/JVT</i>	<i>DEP</i>	<i>ANX</i>	<i>HOS</i>	<i>PHOB</i>	<i>PAR</i>	<i>PSY</i>	<i>ADD</i>
<i>n</i>	933	929	943	926	937	945	938	945	938	942
α -Кронбаха	0,89	0,81	0,82	0,72	0,86	0,77	0,75	0,35	0,77	0,70
Стандартизованная α	0,89	0,81	0,82	0,83	0,86	0,77	0,76	0,61	0,77	0,69
Надежность (<i>split-half</i>)	0,90	0,80	0,83	0,74	0,89	0,80	0,77	0,41	0,76	0,71
<i>Guttman split-half</i>	0,90	0,80	0,83	0,71	0,89	0,80	0,76	0,33	0,76	0,71

Таблица 11.3

Средние значения показателей *SCL-90-R*

Обследованные группы	<i>SOM</i>			O-C			<i>INT</i>		
	<i>m</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1)*	0,29	0,30	90	0,38	0,33	90	0,44	0,38	90
Сотрудники МВД (6)	0,50	0,43	242	0,67	0,51	242	0,78	0,54	242
Военнослужащие СКВО (10)	0,68	0,63	100	0,67	0,55	100	0,77	0,58	100
Больные шизофренией (14)	0,93	0,82	22	1,23	0,83	22	0,94	0,69	22
Беженцы, «норма» (40)	0,85	0,73	53	0,68	0,63	53	0,76	0,68	53
Беженцы, ПТСР (41)	1,37	0,68	7	1,21	0,68	7	0,76	0,34	7
Соматоформные больные (45)	1,60	0,62	40	1,04	0,63	40	1,13	0,76	40
Ликвидаторы, «норма» (110)	1,43	0,80	162	1,07	0,72	162	0,90	0,68	162
Ликвидаторы, ПТСР (111)	1,47	0,80	27	1,31	0,83	27	1,13	0,61	27
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,41	0,41	105	0,52	0,52	105	0,59	0,51	105
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	1,08	0,64	17	1,15	0,72	17	1,25	0,68	17
Студенты (131)	0,55	0,46	500	0,78	0,54	500	0,95	0,65	500
Банковские служащие (133)	0,51	0,51	101	0,64	0,49	101	0,67	0,54	101
Все группы	0,69	0,65	1466	0,76	0,60	1466	0,83	0,63	1466

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

Продолжение табл. 11.3

Обследованные группы	DEP			ANX			HOS			PHOB		
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>m</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>m</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1)*	0,25	0,26	90	0,26	0,27	90	0,33	0,41	90	0,12	0,19	90
Сотрудники МВД (6)	0,54	0,45	242	0,52	0,48	241	0,66	0,60	242	0,28	0,39	242
Военнослужащие СКВО (10)	0,59	0,58	100	0,59	0,61	100	0,74	0,67	100	0,40	0,60	100
Больные шизофренией (14)	1,04	0,74	22	0,99	0,78	22	0,60	0,58	22	0,73	0,82	22
Беженцы, «норма» (40)	0,67	0,62	53	0,58	0,58	53	0,59	0,75	53	0,30	0,37	53
Беженцы, ПТСР (41)	1,07	0,63	7	1,29	0,93	7	1,05	0,81	7	0,91	0,73	7
Соматоформные больные (45)	1,29	0,75	40	1,50	0,80	40	1,10	0,69	40	0,99	0,71	40
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,93	0,68	162	0,93	0,76	162	0,87	0,69	162	0,50	0,63	162
Ликвидаторы с ПТСР (111)	1,21	0,76	27	1,21	0,84	27	1,15	0,79	27	0,74	0,84	27
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,41	0,39	105	0,40	0,55	105	0,51	0,51	105	0,19	0,42	105
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	1,15	0,65	17	1,16	0,81	17	1,22	0,66	17	0,76	0,74	17
Студенты (131)	0,72	0,55	500	0,58	0,53	500	0,74	0,65	500	0,32	0,37	500
Банковские служащие (133)	0,62	0,52	101	0,49	0,49	101	0,57	0,55	101	0,22	0,36	101
Все группы	0,68	0,59	1466	0,62	0,62	1465	0,71	0,65	1466	0,35	0,49	1466

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

Продолжение табл. 11.3

Обследованные группы	PAR			PSY			ADD		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1)*	0,37	0,39	90	0,15	0,22	90	0,30	0,31	90
Сотрудники МВД (6)	0,68	0,54	242	0,39	0,41	242	0,57	0,54	242
Военнослужащие СКВО (10)	0,67	0,56	100	0,40	0,59	100	0,60	0,72	100
Больные шизофренией (14)	0,92	0,76	22	0,83	0,72	22	0,77	0,62	22
Беженцы, «норма» (40)	0,64	0,53	53	0,30	0,42	53	0,45	0,56	53
Беженцы, ПТСР (41)	1,04	1,27	7	0,89	0,82	7	1,00	0,37	7
Соматоформные больные (45)	0,76	0,56	40	0,80	0,57	40	1,17	0,79	40
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,70	0,62	162	0,56	0,55	162	0,97	0,73	162
Ликвидаторы с ПТСР (111)	1,05	0,76	27	0,85	0,69	27	1,12	0,65	27
Ветераны Афганистана, «норма»(120)	0,49	0,44	105	0,19	0,26	105	0,36	0,41	105
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	1,00	0,69	17	0,72	0,51	17	1,16	0,64	17
Студенты(131)	0,73	0,59	500	0,44	0,45	500	0,54	0,49	500
Банковские служащие (133)	0,55	0,48	101	0,34	0,36	101	0,45	0,39	101
Все группы	0,67	0,58	1466	0,42	0,48	1466	0,60	0,59	1466

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

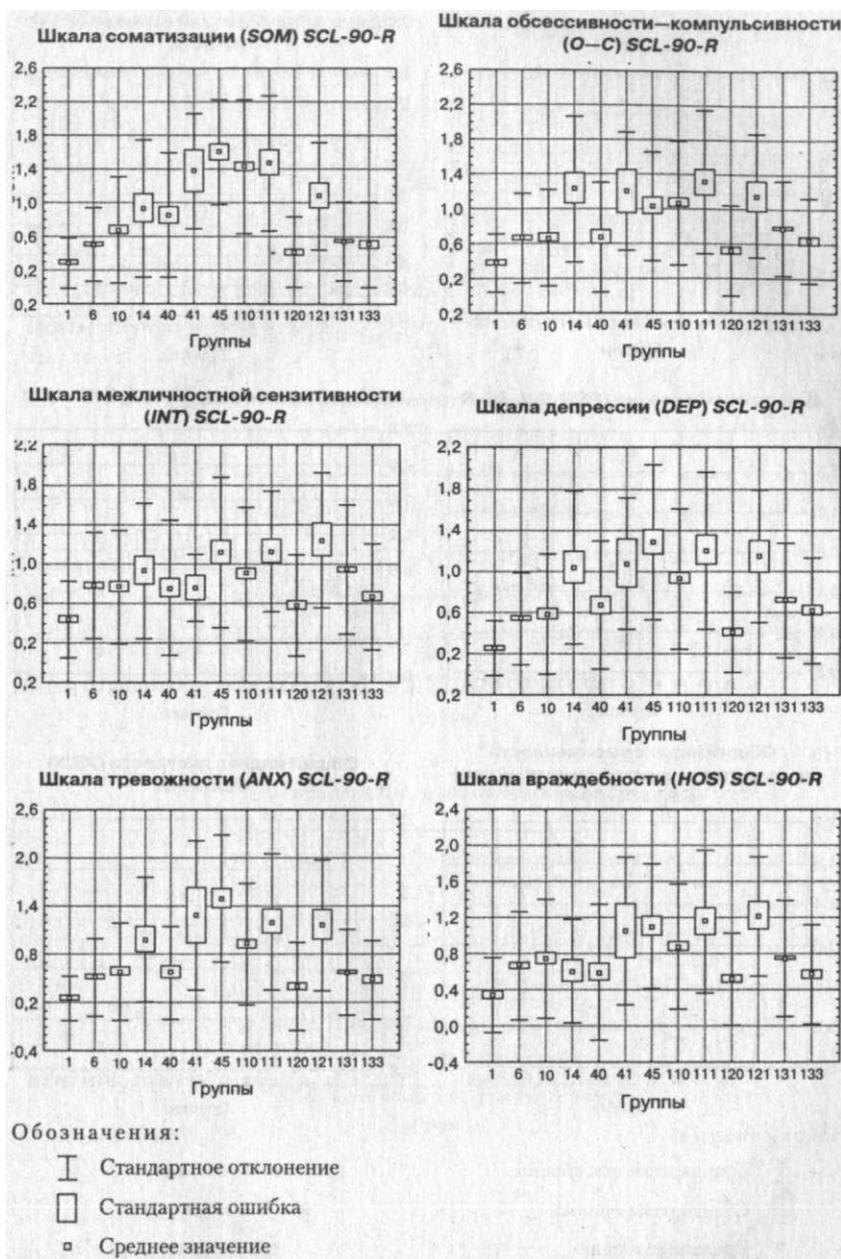
M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.

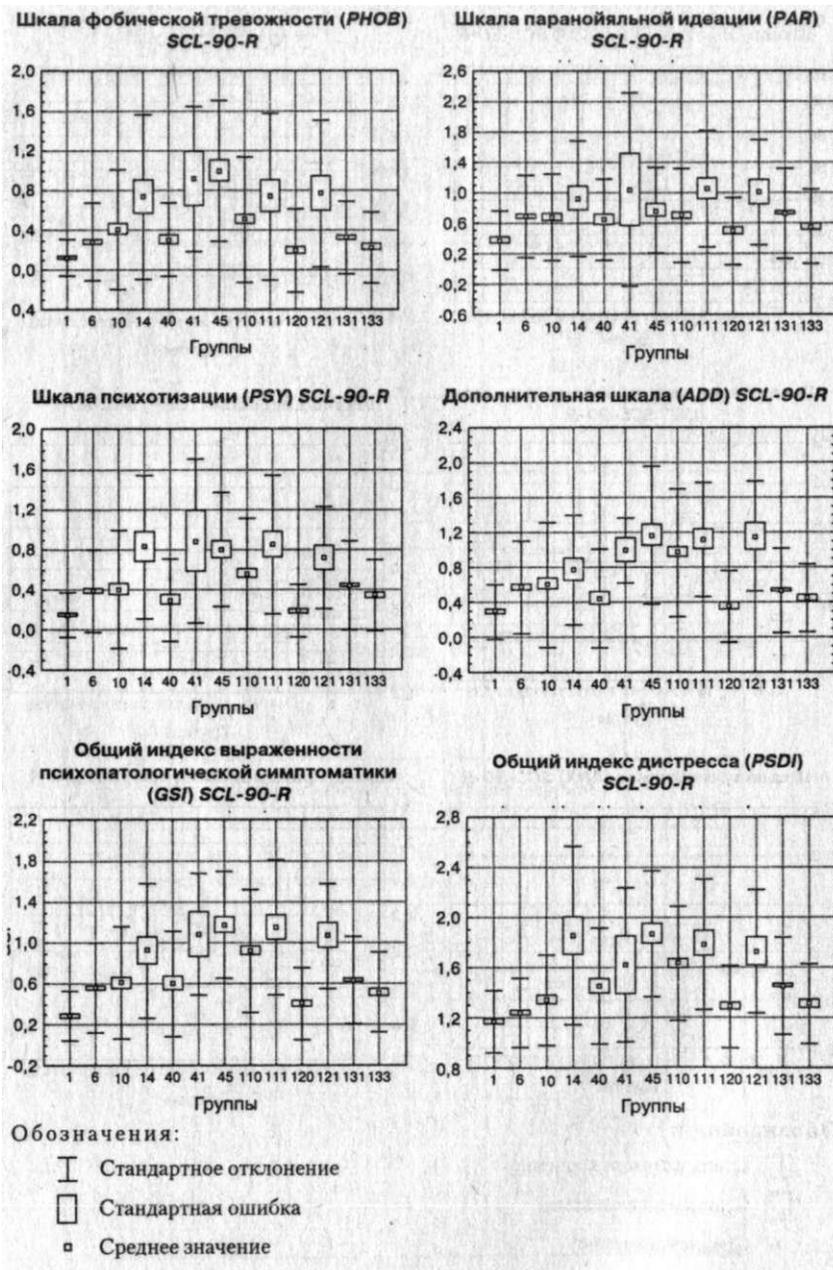
Окончание табл. 11.3

Обследованные группы	GSI			PSDI			PST			GT		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>									
Пожарные (1)*	0,29	0,24	90	1,16	0,24	90	21,61	16,64	90	25,66	21,70	90
Сотрудники МВД (6)	0,56	0,43	242	1,24	0,28	238	38,91	27,10	242	49,91	39,13	242
Военнослужащие СКВО (10)	0,61	0,55	100	1,34	0,36	99	36,36	24,42	100	54,67	49,25	100
Больные шизофренией (14)	0,93	0,66	22	1,85	0,71	22	43,05	24,95	22	79,50	57,27	22
Беженцы, «норма» (40)	0,60	0,51	53	1,45	0,46	52	32,13	21,88	53	51,38	43,72	53
Беженцы, ПТСР (41)	1,08	0,59	7	1,62	0,61	7	56,00	16,44	7	95,57	53,21	7
Соматоформные больные (45)	1,17	0,52	40	1,87	0,50	40	54,75	13,97	40	105,73	47,19	40
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,92	0,60	162	1,63	0,46	162	46,86	22,30	162	82,30	53,94	162
Ликвидаторы с ПТСР (111)	1,15	0,66	27	1,78	0,52	27	54,96	17,94	27	103,30	59,43	27
Ветераны Афганистана, «норма»(120)	0,41	0,35	105	1,28	0,33	104	26,35	17,49	105	36,53	31,46	105
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	1,07	0,51	17	1,72	0,49	17	54,29	17,46	17	96,24	46,11	17
Студенты (131)	0,64	0,43	500	1,45	0,39	498	36,64	17,28	500	57,29	38,35	500
Банковские служащие (133)	0,51	0,39	101	1,31	0,32	101	32,87	19,81	101	46,19	35,06	101
Все фугаты	0,64	0,50	1466	1,42	0,42	1457	37,27	21,92	1466	57,39	44,80	1466

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M— средние, *SD* — стандартное отклонение, *N*— количество обследованных в группе.





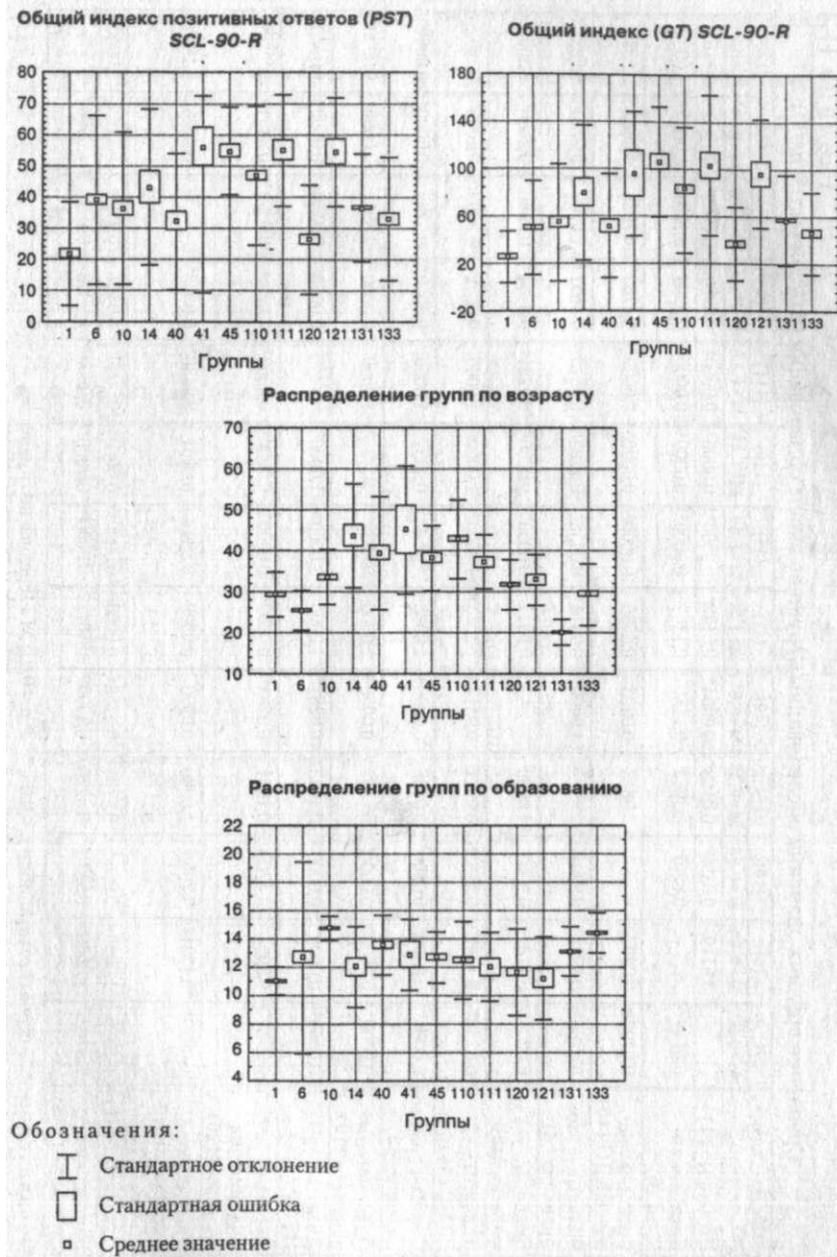


Таблица 11.4

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале соматизации (SOM) (тест Scheffe)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,29	M=0,50	M=0,68	M=0,93	M=0,85	M=1,37	M=1,60	M=1,43	M=1,47	M=0,41	M=1,08	M=0,55	M=0,51
Пожарные (1)		0,6119	0,0199*	0,0169*	0,0004**	0,0122*	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9982	0,0029*	0,1389	0,8163
Сотрудники МВД (6)	0,6119		0,8297	0,3984	0,1182	0,1362	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9994	0,1231	1,0000	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,0199*	0,8297		0,9843	0,9903	0,5585	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,4269	0,7956	0,9665	0,9576
Больные шизофренией (14)	0,0169*	0,3984	0,9843		1,0000	0,9911	0,0458*	0,1892	0,4613	0,1651	1,0000	0,5733	0,5226
Беженцы, «норма» (40)	0,0004**	0,1182	0,9903	1,0000		0,9317	0,0000**	0,0000**	0,0281*	0,0284*	0,9990	0,2488	0,3009
Беженцы, ПТСР (41)	0,0122*	0,1362	0,5585	0,9911	0,9317		1,0000	1,0000	1,0000	0,0602	0,9999	0,2005	0,1672
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0458	0,0000**	1,0000		0,9937	1,0000	0,0000**	0,5293	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,1892	0,0000**	1,0000	0,9937		1,0000	0,0000**	0,8961	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,4613	0,0281*	1,0000	1,0000	1,0000		0,0000**	0,9430	0,0000**	0,0000**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9982	0,9994	0,4269	0,1651	0,0284*	0,0602	0,0000**	0,0000**	0,0000**		0,0393*	0,9401	0,9998
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0029*	0,1231	0,7956	1,0000	0,9990	0,9999	0,5293	0,8961	0,9430	0,0393*		0,2128	0,1895
Студенты(131)	0,1389	1,0000	0,9665	0,5733	0,2488	0,2005	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9401	0,2128		1,0000
Банковские служащие (133)	0,8163	1,0000	0,9576	0,5226	0,3009	0,1672	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9998	0,1895	1,0000	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.5

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале обсессивность—компульсивность (O—C) (тест Scheffe)

Обследованные группы	(1)	{6}	(10)	(14)	(40)	{41}	(45)	(НО)	(111)	(120)	(121)	{131}	(133)
	M-0,38	M-0,67	M-0,67	M-1,23	M-0,68	M-1,21	M-1,04	M-1,07	M-1,31	M=0,52	M-1,15	M=0,78	M-0,64
Пожарные (1)		0,1722	0,4268	0,0001**	0,7019	0,3170	0,0003**	0,0000**	0,0000**	0,9961	0,0099*	0,0002*	0,6387
Сотрудники МВД (6)	0,1722		1,0000	0,0675	1,0000	0,9051	0,2617	0,0000**	0,0017*	0,9641	0,4720	0,8647	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,4268	1,0000		0,1279	1,0000	0,9220	0,4519	0,0021*	0,0071*	0,9901	0,5721	0,9933	1,0000
Больные шизофренией (14)	0,0001**	0,0675	0,1279		0,2494	1,0000	0,9998	0,9999	1,0000	0,0049*	1,0000	0,3555	0,0732
Беженцы, «норма» (40)	0,7019	1,0000	1,0000	0,2494		0,9421	0,6864	0,0799	0,0321*	0,9975	0,6976	0,9998	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,3170	0,9051	0,9220	1,0000	0,9421		1,0000	1,0000	1,0000	0,6491	1,0000	0,9854	0,8829
Соматоформные больные (45)	0,0003**	0,2617	0,4519	0,9998	0,6864	1,0000		1,0000	0,9857	0,0213*	1,0000	0,8269	0,2937
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000**	0,0021*	0,9999	0,0799	1,0000	1,0000		0,9791	0,0000**	1,0000	0,0015*	0,0003**
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0017*	0,0071*	1,0000	0,0321	1,0000	0,9857	0,9791		0,0000**	1,0000	0,0331	0,0027*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9961	0,9641	0,9901	0,0049*	0,9975	0,6491	0,0213*	0,0000**	0,0000**		0,1129	0,1034	0,9990
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0099*	0,4720	0,5721	1,0000	0,6976	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,1129		0,8576	0,4502
Студенты(131)	0,0002**	0,8647	0,9933	0,3555	0,9998	0,9854	0,8269	0,0015*	0,0331*	0,1034	0,8576		0,9418
Банковские служащие (133)	0,6387	1,0000	1,0000	0,0732	1,0000	0,8829	0,2937	0,0003**	0,0027*	0,9990	0,4502	0,9418	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.6

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале межличностной сензитивности (/ЛТ) (тест Scheffe)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,44	M=0,78	M=0,77	M=0,94	M=0,76	M=0,76	M=1,12	M=0,90	M=1,139	M=0,59	M=1,25	M=0,95	M=0,67
Пожарные (1)		0,0532	0,2940	0,4593	0,6788	0,9996	0,0005**	0,0008*	0,0082**	0,9968	0,0137*	0,0000**	0,8593
Сотрудники МВД (6)	0,0532		1,0000	0,9999	1,0000	1,0000	0,5348	0,9859	0,7813	0,8077	0,6712	0,4055	0,9986
Военнослужащие СКВО (10)	0,2940	1,0000		0,9999	1,0000	1,0000	0,6424	0,9960	0,8230	0,9641	0,7045	0,8390	0,9999
Больные шизофренией (14)	0,4593	0,9999	0,9999		0,9999	1,0000	0,9999	1,0000	1,0000	0,9114	0,9980	1,0000	0,9916
Беженцы, «норма» (40)	0,6788	1,0000	1,0000	0,9999		1,0000	0,7656	0,9990	0,8759	0,9961	0,7580	0,9663	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,9996	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000		0,9992	1,0000	0,9993	1,0000	0,9940	1,0000	1,0000
Соматоформные больные (45)	0,0005**	0,5348	0,6424	0,9999	0,7656	0,9992		0,9776	1,0000	0,0297*	1,0000	0,9951	0,1952
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0008**	0,9859	0,9960	1,0000	0,9990	1,0000	0,9776		0,9932	0,1349	0,9585	1,0000	0,7011
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0082*	0,7813	0,8230	1,0000	0,8759	0,9993	1,0000	0,9932		0,1372	1,0000	0,9988	0,4297
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9968	0,8077	0,9641	0,9114	0,9961	1,0000	0,0297	0,1349	0,1372		0,1349	0,0019*	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0137*	0,6712	0,7045	0,9980	0,7580	0,9940	1,0000	0,9585	1,0000	0,1349		0,9840	0,3615
Студенты (131)	0,0000**	0,4055	0,8390	1,0000	0,9663	1,0000	0,9951	1,0000	0,9988	0,0019*	0,9840		0,1272
Банковские служащие (133)	0,8593	0,9986	0,9999	0,9916	1,0000	1,0000	0,1952	0,7011	0,4297	1,0000	0,3615	0,1272	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.7

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале депрессии (DEP) (тест Scheffe)

Обследованные группы	II	{6}	III		{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,25	M=0,54	M=0,59	M=1,04	M=0,67	M=1,07	M=1,29	M=0,93	M=1,21	M=0,41	M=1,15	M=0,72	M=0,62
Пожарные (1)		0,1133	0,1344	0,0003**	0,0782	0,2695	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9860	0,0002*	0,0000*	0,0481*
Сотрудники МВД (6)	0,1133		1,0000	0,1642	0,9982	0,8941	0,0000**	0,0000**	0,0004**	0,9758	0,5=773	0,1282	0,9999
Военнослужащие СКВО (10)	0,1344	1,0000		0,4189	1,0000	0,9520	0,0000**	0,0167*	0,0078*	0,9417	0,2240	0,9541	1,0000
Больные шизофренией (14)	0,0003**	0,1642	0,4189		0,8587	1,0000	0,9962	1,0000	1,0000	0,0199	1,0000	0,8512	0,5621
Беженцы, «норма» (40)	0,0782	0,9982	1,0000	0,8587		0,9929	0,0047*	0,7014	0,1544	0,7670	0,6376	1,0000	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,2695	0,8941	0,9520	1,0000	0,9929		1,0000	1,0000	1,0000	0,6446	1,0000	0,9966	0,9728
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9962	0,0047*	1,0000		0,3425	1,0000	0,0000**	1,0000	0,0001*	0,0000**
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000**	0,0167*	1,0000	0,7014	1,0000	0,3425		0,9290	0,0000**	0,9985	0,1124	0,0620
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0000**	0,0004**	0,0078*	1,0000	0,1544	1,0000	1,0000	0,9290		0,0000**	1,0000	0,0693	0,0189*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9860	0,9758	0,9417	0,0199*	0,7670	0,6446	0,0000**	0,0000**	0,0000**		0,0087*	0,0050*	0,8086
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0002**	0,0773	0,2240	1,0000	0,6376	1,0000	1,0000	0,9985	1,0000	0,0087*		0,6145	0,3273
Студенты (131)	0,0000**	0,1282	0,9541	0,8512	1,0000	0,9966	0,0001**	0,1124	0,0693	0,0050*	0,6145		0,9960
Банковские служащие (133)	0,0481	0,9999	1,0000	0,5621	1,0000	0,9728	0,0000**	0,0620	0,0189*	0,8086	0,3273	0,9960	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.8

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале тревожности (ANX) (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	{Ш}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{НО}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,26	M=0,52	M=0,58	M=0,99	M*0,58	M=1,29	M=1,50	M=0,93	M=1,21	M=0,40	M=1,16	M=0,58	M=0,49
Пожарные (1)		0,3305	0,2107	0,0046*	0,5710	0,0508	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9937	0,0004**	0,0178*	0,8087
Сотрудники МВД (6)	0,3305		1,0000	0,3307	1,0000	0,4217	0,0000**	0,0000**	0,0005**	0,9965	0,0625	0,9993	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,2107	1,0000		0,7146	1,0000	0,6305	0,0000**	0,0337*	0,0150*	0,9534	0,2494	1,0000	0,9999
Больные шизофренией (14)	0,0046*	0,3307	0,7146		0,7910	0,9999	0,4949	1,0000	0,9996	0,0944	1,0000	0,5673	0,3163
Беженцы, «норма» (40)	0,5710	1,0000	1,0000	0,7910		0,6605	0,0000**	0,2360	0,0431*	0,9935	0,3336	1,0000	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,0508	0,4217	0,6305	0,9999	0,6605		1,0000	0,9977	1,0000	0,2112	1,0000	0,3728	0,3845
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0000*1	0,0000**	0,4949	0,0000**	1,0000		0,0016*	0,9793	0,0000**	0,9816	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000**	0,0337*	1,0000	0,2360	0,9977	0,0016*		0,9421	0,0000*1	0,9978	0,0000**	0,0002**
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0000**	0,0005**	0,0150*	0,9996	0,0431*	1,0000	0,9793	0,9421		0,0000**	1,0000	0,0024*	0,0008**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9937	0,9965	0,9534	0,0944	0,9935	0,2112	0,0000**	0,0000**	0,0000*1		0,0119*	0,7604	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0004**	0,0625	0,2494	1,0000	0,3336	1,0000	0,9816	0,9978	1,0000	0,0119*		0,1485	0,0609
Студенты (131)	0,0178*	0,9993	1,0000	0,5673	1,0000	0,5728	0,0000**	0,0000**	0,0024**	0,7604	0,1485		0,9988
Банковские служащие (133)	0,8087	1,0000	0,9999	0,3163	1,0000	0,3845	0,0000**	0,0002**	0,0008**	1,0000	0,0609	0,9988	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.9

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале враждебности (HOS) (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,33	M=0,66	M=0,74	M=0,60	M=0,59	M=1,05	M=1,10	M=0,87	M=1,15	M=0,51	M=1,22	M=0,74	M=0,57
Пожарные (1)		0,1134	0,0747	0,9938	0,9361	0,7527	0,0001**	0,0000**	0,0004**	0,9835	0,0054*	0,0015*	0,8890
Сотрудники МВД (6)	0,1134		1,0000	1,0000	1,0000	0,9980	0,1672	0,5555	0,2512	0,9799	0,4232	0,9983	0,9997
Военнослужащие СКВО (10)	0,0747	1,0000		1,0000	0,9995	0,9998	0,6608	0,9967	0,6734	0,8849	0,7521	1,0000	0,9865
Больные шизофренией (14)	0,9938	1,0000	1,0000		1,0000	0,9973	0,7053	0,9894	0,6664	1,0000	0,6856	1,0000	1,0000
Беженцы, «норма» (40)	0,9361	1,0000	0,9995	1,0000		0,9931	0,2404	0,7803	0,2738	1,0000	0,3853	0,9970	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,7527	0,9980	0,9998	0,9973	0,9931		1,0000	1,0000	1,0000	0,9656	1,0000	0,9998	0,9857
Соматоформные больные (45)	0,0001**	0,1672	0,6608	0,7053	0,2404	1,0000		0,9787	1,0000	0,0142*	1,0000	0,4360	0,0549
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0000**	0,5555	0,9967	0,9894	0,7803	1,0000	0,9787		0,9675	0,0552	0,9694	0,9450	0,2519
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0004**	0,2512	0,6734	0,6664	0,2738	1,0000	1,0000	0,9675		0,0345*	1,0000	0,5189	0,0961
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9835	0,9799	0,8849	1,0000	1,0000	0,9656	0,0142*	0,0552	0,0345*		0,1082	0,4991	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0054*	0,4232	0,7521	0,6856	0,3853	1,0000	1,0000	0,9694	1,0000	0,1082		0,6669	0,2108
Студенты (131)	0,0015*	0,9983	1,0000	1,0000	0,9970	0,9998	0,4360	0,9450	0,5189	0,4991	0,6669		0,8852
Банковские служащие (133)	0,8890	0,9997	0,9865	1,0000	1,0000	0,9857	0,0549	0,2519	0,0961	1,0000	0,2108	0,8852	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.10

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале фобической тревожности (PHOV)(тест Scheffe)

Обследованные группы	(1)	(6)	(10)	(14)	(40)	(41)	(45)	(110)	<Ш>	(120)	(121)	(131)	(133)
	M=0,12	M=0,28	M=0,40	M=0,73	M=0,30	M=0,91	M=0,99	M=0,50	M=0,73	M=0,19	M=0,76	M=0,32	M=0,22
Пожарные (1)		0,7965	0,1239	0,0023*	0,9507	0,0850	0,0000**	0,0001**	0,0002**	1,0000	0,0057*	0,2493	0,9987
Сотрудники МВД (6)	0,7965		0,9563	0,0868	1,0000	0,3816	0,0000**	0,0261*	0,0218*	0,9970	0,1271	0,9999	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,1239	0,9563		0,7014	0,9998	0,7834	0,0000**	0,9949	0,5149	0,5402	0,7002	0,9984	0,8082
Больные шизофренией (14)	0,0023	0,0868	0,7014		0,3485	1,0000	0,9666	0,9715	1,0000	0,0164*	1,0000	0,1817	0,0410*
Беженцы, «норма» (40)	0,9507	1,0000	0,9998	0,3485		0,5417	0,0000**	0,8026	0,1974	0,9993	0,3677	1,0000	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,0850	0,3816	0,7834	1,0000	0,3417		1,0000	0,9491	1,0000	0,1870	1,0000	0,5059	0,2599
Соматоформные больные (45)	0,0000	0,0000**	0,0000**	0,9666	0,0000**	1,0000		0,0004**	0,9567	0,0000**	0,9960	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0001	0,0261*	0,9949	0,9715	0,8026	0,9491	0,0004**		0,9242	0,0032*	0,9605	0,0899	0,0247*
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0002	0,0218*	0,5149	1,0000	0,1974	1,0000	0,9567	0,9242		0,0028*	1,0000	0,0585	0,0095*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	1,0000	0,9970	0,5402	0,0164*	0,9993	0,1870	0,0000**	0,0032*	0,0028*		0,0302*	0,8379	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0057	0,1271	0,7002	1,0000	0,3677	1,0000	0,9960	0,9605	1,0000	0,0302*		0,2358	0,0639
Студенты (131)	0,2493	0,9999	0,9984	0,1817	1,0000	0,5059	0,0000**	0,0899	0,0585	0,8379	0,2358		0,9819
Банковские служащие (133)	0,9987	1,0000	0,8082	0,0410*	1,0000	0,2599	0,0000**	0,0247*	0,0095	1,0000	0,0639	0,9819	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.11

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале параноидальных симптомов (PAR) (тест Scheffe)

Обследованные группы	(П)	(6)	(10)	(14)	(40)	(41)	(45)	(110)	(Н)	(120)	(121)	(131)	(133)
	M=0,37	M=0,68	M=0,67	M=0,92	M=0,64	M=1,04	M=0,76	M=0,70	M=1,05	M=0,49	M=1,00	M=0,73	M=0,55
Пожарные (1)		0,0621	0,3220	0,1585	0,7932	0,6968	0,3643	0,0786	0,0030	0,9990	0,1249	0,0027	0,9602
Сотрудники МВД (6)	0,0621		1,0000	0,9905	1,0000	0,9975	1,0000	1,0000	0,6076	0,7351	0,9598	1,0000	0,9843
Военнослужащие СКВО (10)	0,3220	1,0000		0,9913	1,0000	0,9972	1,0000	1,0000	0,6707	0,9442	0,9631	1,0000	0,9987
Больные шизофренией (14)	0,1585	0,9905	0,9913		0,9880	1,0000	1,0000	0,9954	1,0000	0,5690	1,0000	0,9981	0,8068
Беженцы, «норма» (40)	0,7932	1,0000	1,0000	0,9880		0,9956	1,0000	1,0000	0,6898	0,9977	0,9551	1,0000	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,6968	0,9975	0,9972	1,0000	0,9956		0,9999	0,9984	1,0000	0,9081	1,0000	0,9992	0,9628
Соматоформные больные (45)	0,3643	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,9999		1,0000	0,9780	0,8889	0,9991	1,0000	0,9862
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0786	1,0000	1,0000	0,9954	1,0000	0,9984	1,0000		0,7089	0,7394	0,9753	1,0000	0,9801
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0030*	0,6076	0,6707	1,0000	0,6898	1,0000	0,9780	0,7089		0,0523	1,0000	0,7553	0,1712
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9990	0,7351	0,9442	0,5690	0,9977	0,9081	0,8889	0,7394	0,0523		0,4574	0,2415	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,1249	0,9598	0,9631	1,0000	0,9551	1,0000	0,9991	0,9753	1,0000	0,4574		0,9858	0,6906
Студенты (131)	0,0027*	1,0000	1,0000	0,9981	1,0000	0,9992	1,0000	1,0000	0,7553	0,2415	0,9858		0,7858
Банковские служащие (133)	0,9602	0,9843	0,9987	0,8068	1,0000	0,9628	0,9862	0,9801	0,1712	1,0000	0,6906	0,7858	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.12

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале психотизма (PSY) (тест Scheffe)

Обследованные группы	{И}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,15	M=0,39	M=0,40	M=0,83	M=0,30	M=0,89	M=0,80	M=0,56	M=0,85	M=0,19	M=0,72	M=0,44	M=0,34
Пожарные (1)		0,1174	0,2582	0,0001*	0,9912	0,1508	0,0000**	0,0000"	0,0000**	1,0000	0,0353*	0,0017*	0,7401
Сотрудники МВД (6)	0,1174		1,0000	0,0900	0,9997	0,7728	0,0055*	0,3210	0,0141*	0,3071	0,7567	0,9985	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,2582	1,0000		0,2010	0,9995	0,8324	0,0416*	0,8414	0,0564	0,5033	0,8609	1,0000	1,0000
Больные шизофренией (14)	0,0001"	0,0900	0,2010		0,0466*	1,0000	1,0000	0,8668	1,0000	0,0004**	1,0000	0,2313	0,0562
Беженцы, «норма» (40)	0,9912	0,9997	0,9995	0,0466*		0,5823	0,0059*	0,3482	0,0090*	0,9995	0,5251	0,9585	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,1508	0,7728	0,8324	1,0000	0,5823		1,0000	0,9912	1,0000	0,2231	1,0000	0,8857	0,6736
Соматоформные больные (45)	0,0000"	0,0055*	0,0416*	1,0000	0,0059*	1,0000		0,7008	1,0000	0,0000**	1,0000	0,0300*	0,0042*
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000"	0,3210	0,8414	0,8668	0,3482	0,9912	0,7008		0,6502	0,0000"	0,9996	0,7882	0,2975
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000"	0,0141*	0,0564	1,0000	0,0090*	1,0000	1,0000	0,6502		0,0000"	1,0000	0,0559	0,0089*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	1,0000	0,3071	0,5033	0,0004**	0,9995	0,2231	0,0000*	0,0000**	0,0000**		0,0738	0,0084	0,9245
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0353*	0,7567	0,8609	1,0000	0,5251	1,0000	1,0000	0,9996	1,0000	0,0738		0,9155	0,6247
Студенты (131)	0,0017*	0,9985	1,0000	0,2313	0,9585	0,8857	0,0300*	0,7882	0,0559	0,0084*	0,9155		0,9816
Банковские служащие (133)	0,7401	1,0000	1,0000	0,0562	1,0000	0,6736	0,0042*	0,2975	0,0089*	0,9245	0,6247	0,9816	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.13

Сравнение средних значений обследованных групп по дополнительным вопросам (ADD)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=0,30	M=0,57	M=0,60	M=0,77	M=0,45	M=1,00	M=1,17	M=0,97	M=1,12	M=0,36	M=1,16	M=0,54	M=0,45
Пожарные (1)		0,1671	0,2317	0,3233	0,9978	0,5517	0,0000**	0,0000**	0,0000**	1,0000	0,0004**	0,2314	0,9863
Сотрудники МВД (6)	0,1671		1,0000	0,9964	0,9990	0,9800	0,0000**	0,0000**	0,0160*	0,5142	0,1003	1,0000	0,9915
Военнослужащие СКВО (10)	0,2317	1,0000		0,9997	0,9963	0,9921	0,0022**	0,0055*	0,0868	0,5659	0,2394	1,0000	0,9827
Больные шизофренией (14)	0,3233	0,9964	0,9997		0,9337	1,0000	0,8223	0,9980	0,9609	0,5546	0,9649	0,9842	0,8931
Беженцы, «норма» (40)	0,9978	0,9990	0,9963	0,9337		0,9010	0,0001**	0,0002*	0,0072*	1,0000	0,0388*	0,9999	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,5517	0,9800	0,9921	1,0000	0,9010		1,0000	1,0000	1,0000	0,6993	1,0000	0,9622	0,8837
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0000"	0,0022*	0,8223	0,0001*	1,0000		0,9781	1,0000	0,0000**	1,0000	0,0000*	0,0000*
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000"	0,0055*	0,9980	0,0002*	1,0000	0,9781		0,9997	0,0000**	0,9996	0,0000*	0,0000*
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0160*	0,0868	0,9609	0,0072*	1,0000	1,0000	0,9997		0,0000**	1,0000	0,0039*	0,0013*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	1,0000	0,5142	0,5659	0,5546	1,0000	0,6993	0,0000**	0,0000*	0,0000**		0,0017*	0,6419	0,9999
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0004**	0,1003	0,2394	0,9649	0,0388*	1,0000	1,0000	0,9996	1,0000	0,0017*		0,0473*	0,0172*
Студенты (131)	0,2314	1,0000	1,0000	0,9842	0,9999	0,9622	0,0000**	0,0000*	0,0039*	0,6419	0,0473*		0,9989
Банковские служащие (133)	0,9863	0,9915	0,9827	0,8931	1,0000	0,8837	0,0000**	0,0000*	0,0013*	0,9999	0,0172*	0,9989	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.14

Сравнение средних значений обследованных групп по общему индексу тяжести дистресса (GS)

Обследованные группы	«	(Ю)	(14)	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}	
	M=0,29	M=0,56	M=0,61	M=0,93	M=0,60	M=1,08	M=1,17	M=0,92	M=1,15	M=0,41	M=1,07	M=0,64	M=0,51
Пожарные (1)	0,0286*	0,0286*	0,0259*	0,0007*	0,2026	0,0804	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,9928	0,0001*	0,0000*	0,4704
Сотрудники МВД (6)	0,0286*		1,0000	0,3893	1,0000	0,7203	0,0000*	0,0000*	0,0001*	0,7849	0,0787	0,9616	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,0259*	1,0000		0,7477	1,0000	0,8636	0,0000*	0,0054*	0,0040*	0,6226	0,2729	1,0000	0,9992
Больные психозами (14)	0,0007*	0,3893	0,7477		0,8155	1,0000	0,9801	1,0000	0,9964	0,0283*	1,0000	0,7732	0,2807
Беженцы, «норма» (40)	0,2026	1,0000	1,0000	0,8155		0,8763	0,0005*	0,0896	0,0149	0,8941	0,3572	1,0000	0,9999
Беженцы, ПТСР (41)	0,0804	0,7203	0,8636	1,0000	0,8763		1,0000	1,0000	1,0000	0,2939	1,0000	0,8935	0,6201
Соматоформные больные (45)	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,9801	0,0005*	1,0000		0,6399	1,0000	0,0000*	1,0000	0,0000*	0,0000*
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000*	0,0000*	0,0054*	1,0000	0,0896	1,0000	0,6399		0,9315	0,0000*	0,9998	0,0000*	0,0000*
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000*	0,0001*	0,0040*	0,9964	0,0149*	1,0000	1,0000	0,9315		0,0000*	1,0000	0,0018*	0,0001*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9928	0,7849	0,6226	0,0283	0,8941	0,2939	0,0000*	0,0000*	0,0000*		0,0027*	0,0386*	0,9966
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0001*	0,0787	0,2729	1,0000	0,3572	1,0000	1,0000	0,9998	1,0000	0,0027*		0,2794	0,0502
Студенты (131)	0,0000*	0,9616	1,0000	0,7732	1,0000	0,8935	0,0000*	0,0000*	0,0018*	0,0386*	0,2794		0,9109
Банковские служащие (133)	0,4704	1,0000	0,9992	0,2807	0,9999	0,6201	0,0000*	0,0000*	0,0001*	0,9966	0,0502*	0,9109	

Обозначения: * — вероятность ошибки/? < 0,05, ** — p < 0,01; M — среднее по группе.

Таблица 11.15

Сравнение средних значений обследованных групп по индексу наличного симптоматического дистресса (PSDI)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=1,16	M=1,24	M=1,34	M=1,85	M=1,45	M=1,62	M=1,87	M=1,63	M=1,78	M=1,28	M=1,72	M=1,45	M=1,31
Пожарные (1)		0,9983	0,6143	0,0000*	0,1113	0,6819	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,9690	0,0024*	0,0000*	0,8616
Сотрудники МВД (6)	0,9983		0,9576	0,0000*	0,3781	0,8706	0,0000*	0,0000*	0,0000*	1,0000	0,0129*	0,0000*	0,9981
Военнослужащие СКВО (10)	0,6143	0,9576		0,0014*	0,9972	0,9907	0,0000*	0,0004*	0,0050*	1,0000	0,2673	0,8374	1,0000
Больные психозами (14)	0,0000*	0,0000*	0,0014*		0,1420	0,9995	1,0000	0,8904	1,0000	0,0001	1,0000	0,0300*	0,0003*
Беженцы, «норма» (40)	0,1113	0,3781	0,9972	0,1420		1,0000	0,0074*	0,7014	0,3251	0,8878	0,8800	1,0000	0,9728
Беженцы, ПТСР (41)	0,6819	0,8706	0,9907	0,9995	1,0000		0,9981	1,0000	1,0000	0,9537	1,0000	0,9999	0,9770
Соматоформные больные (45)	0,0000*	0,0000*	0,0000*	1,0000	0,0074*	0,9981		0,4187	1,0000	0,0000*	0,9997	0,0000*	0,0000*
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000*	0,0000*	0,0004*	0,8904	0,7014	1,0000	0,4187		0,9887	0,0000*	1,0000	0,0103*	0,0000*
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000*	0,0000*	0,0050*	1,0000	0,3251	1,0000	1,0000	0,9887		0,0003*	1,0000	0,0900	0,0012*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9690	1,0000	1,0000	0,0001*	0,8878	0,9537	0,0000*	0,0000*	0,0003*		0,0800	0,1405	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0024*	0,0129	0,2673	1,0000	0,8800	1,0000	0,9997	1,0000	1,0000	0,0800		0,7715	0,1506
Студенты (131)	0,0000*	0,0000*	0,8374	0,0300*	1,0000	0,9999	0,0000*	0,0103*	0,0900	0,1405	0,7715		0,4544
Банковские служащие (133)	0,8616	0,9981	1,0000	0,0003*	0,9728	0,9770	0,0000*	0,0000*	0,0012*	1,0000	0,1506	0,4544	

Обозначения: * — вероятность ошибки p < 0,05, ** — p < 0,01; M — среднее по группе.

Таблица 11.16

Сравнение средних значений обследованных групп по индексу общего числа утвердительных ответов (*PST*)

Обследованные группы	И		{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=21,61	M=38,91	M=36,36	M=43,05	M=32,13	M=56,00	M=54,75	M=46,86	M=54,96	M=26,35	M=54,29	M=36,64	M=32,87
Пожарные (1)	0,0000**		0,0204*	0,0900	0,7333	0,1183	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9980	0,0004**	0,0001**	0,2948
Сотрудники МВД (6)	0,0000**		1,0000	1,0000	0,9677	0,9685	0,0658	0,2816	0,2634	0,0081*	0,7205	0,9994	0,9113
Военнослужащие СКВО (10)	0,0204*	1,0000		0,9996	0,9999	0,9205	0,0323*	0,1956	0,1435	0,4465	0,5352	1,0000	0,9999
Больные психозом френией (14)	0,0900*	1,0000	0,9996		0,9765	0,9993	0,9712	1,0000	0,9828	0,4580	0,9965	0,9994	0,9755
Беженцы, «норма» (40)	0,7333	0,9677	0,9999	0,9765		0,7658	0,0074*	0,0637	0,0408*	0,9970	0,2547	0,9988	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,1183	0,9685	0,9205	0,9993	0,7658		1,0000	0,9999	1,0000	0,3354	1,0000	0,9131	0,7697
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0658	0,0323*	0,9712	0,0074*	1,0000		0,9678	1,0000	0,0000**	1,0000	0,0051*	0,0015*
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,2816	0,1956	1,0000	0,0637	0,9999	0,9678		0,9901	0,0000**	0,9994	0,0031*	0,0050*
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	0,0000**	0,2634	0,1435	0,9828	0,0408*	1,0000	1,0000	0,9901		0,0001**	1,0000	0,0663	0,0191*
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9980	0,0081*	0,4465	0,4580	0,9970	0,3354	0,0000**	0,0000**	0,0001**		0,0089*	0,0448*	0,9537
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0004**	0,7205	0,5352	0,9965	0,2547	1,0000	1,0000	0,9994	1,0000	0,0089*		0,4478	0,2108
Студенты (131)	0,0001**	0,9994	1,0000	0,9994	0,9988	0,9131	0,0051*	0,0031*	0,0663	0,0448*	0,4478		0,9968
Банковские служащие (133)	0,2948	0,9113	0,9999	0,9755	1,0000	0,7697	0,0015*	0,0050*	0,0191*	0,9537	0,2108	0,9968	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 11.17

Сравнение средних значений обследованных групп по общему баллу (*GT*)

Обследованные группы	{1}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{45}	{110}	(Ш)	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=25,66	M=49,91	M=54,67	M=79,50	M=51,38	M=95,57	M=105,72	M=82,30	M=103,30	M=36,53	M=96,24	M=57,29	M=46,19
Пожарные (1)		0,0319*	0,0254*	0,0029*	0,3741	0,0995	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9923	0,0000**	0,0000**	0,4651
Сотрудники МВД (6)	0,0319*		1,0000	0,5850	1,0000	0,7594	0,0000**	0,0000**	0,0001**	0,8085	0,0686	0,9505	1,0000
Военнослужащие СКВО (10)	0,0254*	1,0000		0,8871	1,0000	0,8930	0,0000**	0,0065	0,0036*	0,6263	0,2583	1,0000	0,9992
Больные психозом френией (14)	0,0029*	0,5850	0,8871		0,8428	1,0000	0,9289	1,0000	0,9828	0,0744	0,9998	0,9107	0,4659
Беженцы, «норма» (40)	0,3741	1,0000	1,0000	0,8428		0,8516	0,0001**	0,0342*	0,0053*	0,9711	0,2326	1,0000	1,0000
Беженцы, ПТСР (41)	0,0995	0,7594	0,8930	1,0000	0,8516		1,0000	1,0000	1,0000	0,3406	1,0000	0,9190	0,6714
Соматоформные больные (45)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9289	0,0001**	1,0000		0,5878	1,0000	0,0000**	1,0000	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0000**	0,0000**	0,0065*	1,0000	0,0342*	1,0000	0,5878		0,9165	0,0000**	0,9997	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0001**	0,0036*	0,9828	0,0053*	1,0000	1,0000	0,9165		0,0000**	1,0000	0,0016*	0,0001**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9923	0,8085	0,6263	0,0744	0,9711	0,3406	0,0000**	0,0000**	0,0000**		0,0025*	0,0394*	0,9967
Ветераны Афганистана, ПТСР, (121)	0,0000**	0,0686	0,2583	0,9998	0,2326	1,0000	1,0000	0,9997	1,0000	0,0025*		0,2639	0,0462
Студенты (131)	0,0000**	0,9505	1,0000	0,9107	1,0000	0,9190	0,0000**	0,0000**	0,0016*	0,0394*	0,2639		0,9119
Банковские служащие (133)	0,4651	1,0000	0,9992	0,4659	1,0000	0,6714	0,0000**	0,0000**	0,0001**	0,9967	0,0462*	0,9119	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Список литературы

1. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. - 1992. - Т. 13, № 2. - С. 14-29.
2. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. - 1994. - Т. 15, № 5. - С. 67-77.
3. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Петпрухин Е. В.* Уровни субъективно-личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Материалы Всероссийского конкурса научно-исследовательских проектов в области гуманитарных наук 1994 г.: Психология, философия. - М., 1996. - С. 213-220.
4. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др.* Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. - М., 1997. - С. 254-262.
5. *Baum A., Grunberg N. E., Singer J. E.* The Use of Psychological and Neuroendocrinological Measurements in the Study of Stress // Health Psychology. - 1982. - V. 1 (3). - P. 217-236.
6. *Baum A., Gatchel R.J., & ScHaefffer M. A.* Emotional, Behavioral, Physiological Effects of Chronic Stress at Three Mile Island // Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1983. - V. 51 (4). - P. 565-572.
7. *Boleloucky Z. & Horvath M.* The SCL-90 rating scale: First experience with the Czech version in healthy male scientific workers // Act. Nerv. Super. - 1974. - № 16. - P. 115-116.
8. *Derogatis L. R.* The SCL-90-R // Clinical Psychometric Research. — Baltimore, 1975.
9. *Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. & Rickels K.* Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes // Arch. Gen. Psychiat. - 1971. - V. 24. - P. 454-464.
10. *Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. & Rickels K.* Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses // Arch. Gen. Psychiat. - 1972. - V. 27. - P. 659-665.

11. *Derogatis L. R., Lipman R. S. & Covi L.* SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale — Preliminary report // *Psychopharmacology Bulletin*. - 1973. - V. 9 (1). - P. 13-27.
12. *Derogatis L. R., Lipman R. S., Rickels K. et al.* The Hopkins Symptom Checklist (HSCl): A measure of Primary Symptom Dimensions // *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. / Ed. P. Pichot. — Basel, Karger, 1974a.
13. *Derogatis L. R., Lipman R. S., Rickels K. et al.* The Hopkins Symptom Checklist (HSCl): A self-report symptom inventory // *Behav. Sci.* — 1974b. — V. 19. - P. 1-15.
14. *Derogatis L. R., Rickels K. & Rock A.* The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // *Brit. J. Psychiat.* — 1976. — V. 128. - P. 280-289.
15. *Eysenck H.J.* A factorial study of psychoticism as a dimension of personality // *Mult. Behav. Res.: All Clin. Spec. Issue*. - 1968. - P. 15-31.
16. *Green B. L., Grace M. C., Lindy J. D. et al.* Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club Fire // *J. Consult, and Clin. Psychol.* - 1983. - V. 51. - P. 573-580.
17. *Horowitz M.J., Krupnick J., Kaltreider N. et al.* Initial psychological response to parental death // *Archives of General Psychiatry*. — 1981. — V. 38. - P. 85-92.
18. *Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N. & Alvarez W.* Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // *Archives of General Psychiatry*. — 1980. - V. 37. - P. 85-92.
19. *Marks I.* Fears and Phobias. - N. Y., 1969.
20. *Roth M.* The phobic-anxiety-depersonalization syndrome // *Proc. of the Roy. Soc. Med.* - 1959. - V. 52. - P. 587.
21. *Wider A.* The Cornell Medical Index. Psychological Corporation. — N. Y., 1948.

ГЛАВА 12

Опросник депрессивности Бека {*Beck Depression Inventory — BDI*}

В мировой психологической практике при обследовании лиц, переживших экстремальные, стрессовые ситуации, используется большой психометрический методический комплекс, по результатам применения которого можно судить об особенностях психологического состояния обследуемых субъектов. Опросник депрессивности Бека является важной составляющей этого комплекса, показавшей свою диагностическую значимость при работе с лицами, пережившими травматический стресс. *BDI* предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от не депрессивных психиатрических пациентов. Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 утверждение, каждое из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение невезучести; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11) раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфофобия; 15) трудности в работе; 16) бессоница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря в весе; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения. Выделенные шкалы дают возможность выявить степень выраженности депрессивной симптоматики, так как каждая из них представляет собой группу вопросов, состоящую из четырех утверждений, соответственно оцениваемых в баллах от 0 до 3. Максимально возможная сумма — 63 балла. В настоящее

время опросник депрессивности Бека широко применяется в клинико-психологических исследованиях и в психиатрической практике для оценки интенсивности депрессии. Когда суммарный балл по шкале меньше 9, это рассматривается как отсутствие депрессивных симптомов; сумма баллов от 10 до 18 характеризуется как «умеренно выраженная депрессия», от 19 до 29 баллов — «критический уровень» и от 30 до 63 баллов — «явно выраженная депрессивная симптоматика». Как показали многочисленные исследования (Fairbank et al., 1983; Огг Р. S. et al., 1990 и др.), проведенные на участниках военных действий во Вьетнаме и Корее, уровень депрессивности по шкале Бека у ветеранов с ПТСР был значимо выше, чем ее значения у здоровых испытуемых, вошедших в контрольную группу

BDI применялся в комплексном исследовании, которое проводилось лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН (Тарабрина Н. В. с соавт., 1992, 1994, 1996, 1997). Полученные с помощью этого опросника результаты приводятся ниже.

Когнитивно-аффективная субшкала (cognitive—affective, C—A) и субшкала соматизации (somatic—performance, S—P) опросника депрессивности Бека

Несколько исследований были посвящены оценке выраженности депрессивной симптоматики у пациентов с различными медицинскими диагнозами. Пламб и Холланд (Plumb & Holland, 1977), Кэйвэйноф, Кларк и Гиббоне (Cavanaugh, Clark & Gibbons, 1983) опубликовали результаты исследований, согласно которым различные группы вопросов *BDI* обладают способностью дифференцировать выборки психиатрических, соматических больных и нормы. Были предложены две субшкалы для оценки соответствующих симптомов. Первые 13 пунктов составляют когнитивно-аффективную субшкалу, которая предназначена для оценки выраженности депрессии у тех пациентов, вегетативные и соматические симптомы которых могут послужить причиной для завышенной оценки депрессии. Последние 8 пунктов составляют субшкалу, служащую для оценки соматических проявлений депрессии. Показано, что *BDI-B* высшей степени эффективен для определения депрессии у героинового наркоманов. Однако результаты исследования Шоу и соавто-

ров (Shaw et al., 1979) говорят о том, что некоторые из соматических симптомов героиновой зависимости совпадают с признаками депрессии, определяемыми *BDI*. Тем не менее, сравнивая значения по когнитивно-аффективной субшкале между выборками героиновых наркоманов и пациентов с другими психиатрическими диагнозами, можно оценить выраженность депрессии, исключив перекрывающиеся соматические симптомы. Вероятно, когнитивно-аффективная субшкала может быть также применена и на выборке соматических больных, у которых некоторые симптомы, например усталость, могут вносить погрешность в оценку депрессивной симптоматики.

Таблица 12.1

Демографические данные групп, обследованных *BDI*

Обследованные группы	Возраст			Образование		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1)	29,09	5,63	70	10,97	1,00	67
Спасатели (5)	29,36	6,89	47	12,64	2,57	47
Сотрудники МВД (6)	25,10	5,02	132	12,65	2,05	123
Военнослужащие СКВО (10)	33,43	6,75	88	14,72	0,91	92
Больные шизофренией (14)	43,55	12,69	22	12,00	2,85	19
Беженцы, «норма» (40)	39,35	13,98	52	13,51	2,16	52
Беженцы, ПТСР (41)	45,00	15,61	7	12,86	2,54	7
Ликвидаторы, «норма» (НО)	42,41	9,38	172	12,39	2,69	157
Ликвидаторы, ПТСР (111)	37,43	6,68	21	12,15	2,48	13
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	31,44	5,63	100	11,56	3,03	99
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	34,12	8,68	17	11,19	3,04	16
Студенты (131)	20,24	3,81	488	13,13	1,74	471
Банковские служащие (133)	27,92	7,63	98	14,15	1,47	97
Все группы	28,47	10,54	1314	12,89	2,24	1260

Обозначения: Цифрами в скобках дается код группы.

M — средние, *SD* — стандартное отклонение, *N* — количество обследованных в группе.



Таблица 12.2

Средние значения показателей *BDI*

Обследованные группы	C-A			S-P			BDI		
	M	SD	N	m	SD	N	M	SD	N
Пожарные (1)	3,40	2,83	85	0,96	1,26	85	4,36	3,56	85
Спасатели (5)	3,04	2,49	47	1,11	1,63	47	4,15	3,38	47
Сотрудники МВД (6)	2,46	3,17	134	0,93	1,74	134	3,39	4,57	134
Военнослужащие СКВО (10)	4,68	4,47	100	2,16	2,54	100	6,84	6,41	100
Больные шизофренией (14)	10,64	8,86	22	6,41	4,79	22	17,05	12,92	22
Беженцы, «норма» (40)	5,90	5,32	52	3,94	4,00	52	9,85	8,61	52
Беженцы, ПТСР (41)	12,14	5,21	7	6,29	2,98	7	18,43	7,00	7
Ликвидаторы, «норма» (110)	7,98	5,57	183	6,89	4,38	183	14,87	8,87	183
Ликвидаторы, ПТСР (Ш)	10,54	6,69	28	7,39	4,10	28	17,93	9,97	28
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	4,56	3,97	104	2,03	2,23	104	6,59	5,54	104
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	10,41	6,58	17	5,18	3,36	17	15,59	8,92	17
Студенты (131)	5,95	4,65	496	2,55	2,52	496	8,51	6,36	496
Банковские служащие (133)	4,16	3,47	102	1,58	1,82	102	5,74	4,56	102
Все группы	5,55	4,98	1377	2,95	3,42	1377	8,50	7,63	1377

Обозначения: те же.

Таблица 12.3

Сравнение средних значений общего балла *BDI* по обследованным группам (тест *Scheffe*)

Обследованные группы		{5}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=4,37	M=4,15	M=3,39	M=6,84	M=17,05	M=9,85	M=18,43	M=14,87	M>17,93	M=6,59	M=15,59	M=8,51	M=5,74
Пожарные (1)		1,0000	1,0000	0,8915	0,0000"	0,0365*	0,0038*	0,0000**	0,0000*	0,9474	0,0000**	0,0050**	0,9994
Спасатели (5)	1,0000		1,0000	0,9468	0,0000"	0,1072	0,0051*	0,0000**	0,0000*	0,9748	0,0002**	0,0986	0,9996
Сотрудники МВД (6)	1,0000	1,0000		0,2107	0,0000"	0,0004**	0,0006**	0,0000**	0,0000*	0,3205	0,0000**	0,0000"	0,8363
Военнослужащие СКВО (10)	0,8915	0,9468	0,2107		0,0000*	0,8519	0,0663	0,0000**	0,0000"	1,0000	0,0134*	0,9473	0,9999
Больные шизофренией (14)	0,0000**	0,0000**	0,0000"	0,0000**		0,1072	1,0000	0,9992	1,0000	0,0000"	1,0000	0,0005"	0,0000"
Беженцы, «норма» (40)	0,0365	0,1072	0,0004"	0,8519	0,1072		0,5807	0,0251	0,0076*	0,7500	0,6447	0,9995	0,3469
Беженцы, ПТСР (41)	0,0038	0,0051*	0,0006**	0,0663	1,0000	0,5807		0,9995	1,0000	0,0508	1,0000	0,2138	0,0201
Ликвидаторы, «норма» (ПО)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9992	0,0251*	0,9995		0,9511	0,0000"	1,0000	0,0000"	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**	1,0000	0,0076*	1,0000	0,9511		0,0000**	0,9999	0,0000**	0,0000**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9474	0,9748	0,3205	1,0000	0,0000**	0,7500	0,0508	0,0000**	0,0000*		0,0079*	0,8400	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,0000**	0,0002**	0,0000**	0,0134	1,0000	0,6447	1,0000	1,0000	0,9999	0,0079*		0,0931	0,0013*
Студенты (131)	0,0050*	0,0986	0,0000"	0,9473	0,0005**	0,9995	0,2138	0,0000"	0,0000*	0,8400	0,0931		0,2501
Банковские служащие (133)	0,9994	0,9996	0,8363	0,9999	0,0000**	0,3469	0,0201*	0,0000"	0,0000*	1,0000	0,0013*	0,2501	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 12.4

Сравнение средних значений обследованных групп по когнитивно-аффективной субшкале *C—Л* (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	«1»	15}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=3,40	M=3,04	M=2,46	M=4,68	M=10,64	M=5,90	M=12,14	M=7,98	M=10,54	M=4,56	M=10,41	M=5,95	M=4,16
Пожарные (1)		1,0000	0,9990	0,9897	0,0000**	0,6475	0,0242*	0,0000"	0,0000**	0,9956	0,0010*	0,0331*	0,9999
Спасатели (5)	1,0000		1,0000	0,9817	0,0000"	0,6481	0,0208*	0,0000"	0,0000**	0,9903	0,0014*	0,1398	0,9995
Сотрудники МВД (6)	0,9990	1,0000		0,3344	0,0000**	0,0483	0,0033*	0,0000**	0,0000"	0,4200	0,0000**	0,0000"	0,7853
Военнослужащие СКВО (10)	0,9897	0,9817	0,3344		0,0025*	0,9983	0,1380	0,0009**	0,0004"	1,0000	0,0309*	0,8934	1,0000
Больные шизофренией (14)	0,0000"	0,0000"	0,0000**	0,0025*		0,1710	1,0000	0,8832	1,0000	0,0015*	1,0000	0,0382*	0,0003**
Беженцы, «норма» (40)	0,6475	0,6481	0,0483	0,9983	0,1710		0,4918	0,7571	0,1000	0,9955	0,4144	1,0000	0,9574
Беженцы, ПТСР (41)	0,0242*	0,0208*	0,0033*	0,1380	1,0000	0,4918		0,9363	1,0000	0,1178	1,0000	0,3990	0,0702
Ликвидаторы, «норма» (НО)	0,0000"	0,0000**	0,0000**	0,0009**	0,8832	0,7571	0,9363		0,8196	0,0002**	0,9756	0,0102*	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0000**	0,0000"	0,0004"	1,0000	0,1000	1,0000	0,8196		0,0002**	1,0000	0,0095*	0,0000**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,9956	0,9903	0,4200	1,0000	0,0015*	0,9955	0,1178	0,0002"	0,0002**		0,0220*	0,7877	1,0000
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,0010	0,0014*	0,0000**	0,0309*	1,0000	0,4144	1,0000	0,9756	1,0000	0,0220*		0,2127	0,0077*
Студенты (131)	0,0331*	0,1398	0,0000**	0,8934	0,0382*	1,0000	0,3990	0,0102*	0,0095*	0,7877	0,2127		0,3710
Банковские служащие (133)	0,9999	0,9995	0,7853	1,0000	0,0003**	0,9574	0,0702	0,0000"	0,0000**	1,0000	0,0077*	0,3710	

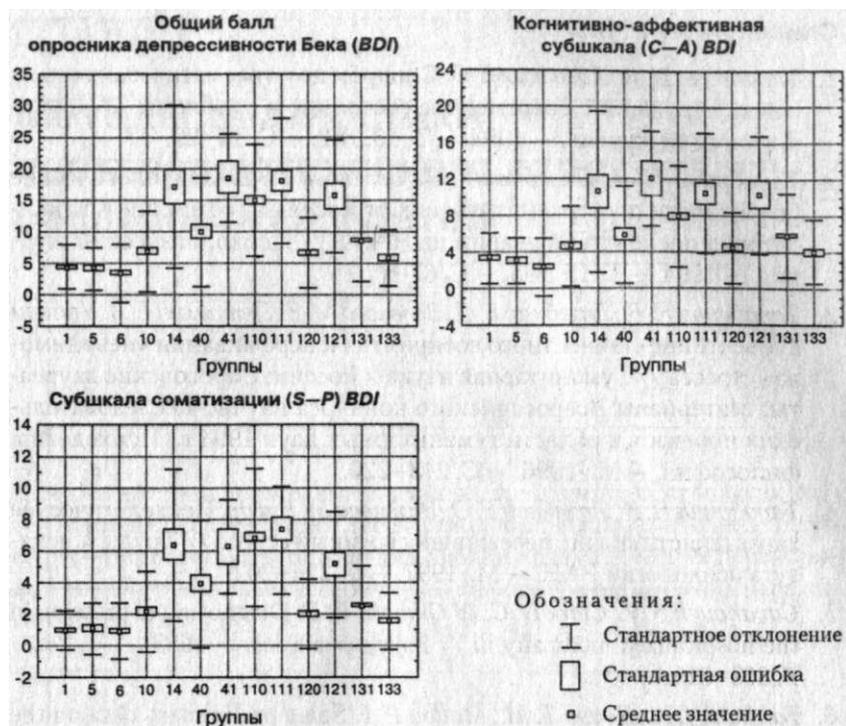
Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.

Таблица 12.5

Сравнение средних значений обследованных групп по шкале соматизации $S-P$ (тест *Scheffe*)

Обследованные группы	<1}	<5}	{6}	{10}	{14}	{40}	{41}	{110}	{111}	{120}	{121}	{131}	{133}
	M=6,96		M=0,93	M=2,16	M=6,41	M=3,94	M=6,29	M=6,89	M=7,39	M=2,03	M=5,18	M=2,55	M=1,58
Пожарные (1)		1,0000	1,0000	0,7595	0,0000**	0,0003**	0,0270*	0,0000**	0,0000**	0,8756	0,0016*	0,0267	0,9990
Спасатели (5)	1,0000		1,0000	0,9725	0,0000**	0,0147	0,0561	0,0000**	0,0000**	0,9909	0,0106*	0,4950	1,0000
Сотрудники МВД (6)	1,0000	1,0000		0,5356	0,0000**	0,0000**	0,0202*	0,0000**	0,0000**	0,7102	0,0006**	0,0005**	0,9951
Военнослужащие СКВО (10)	0,7595	0,9725	0,5356		0,0000**	0,3170	0,2952	0,0000**	0,0000**	1,0000	0,1609	0,9998	0,9991
Больные психозом (14)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**		0,4529	1,0000	1,0000	0,9999	0,0000**	0,9996	0,0000**	0,0000**
Беженцы, «норма» (40)	0,0003**	0,0147*	0,0000**	0,3170	0,4529		0,9774	0,0000**	0,0070	0,1892	0,9982	0,4883	0,0188*
Беженцы, ПТСР (41)	0,0270*	0,0561	0,0202*	0,2952	1,0000	0,9774		1,0000	1,0000	0,2398	1,0000	0,4325	0,1059
Ликвидаторы, «норма» (110)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**	1,0000	0,0000**	1,0000		1,0000	0,0000**	0,9258	0,0000**	0,0000**
Ликвидаторы, ПТСР (111)	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,0000**	0,9999	0,0070*	1,0000	1,0000		0,0000**	0,8834	0,0000**	0,0000**
Ветераны Афганистана, «норма» (120)	0,8756	0,9909	0,7102	1,0000	0,0000**	0,1892	0,2398	0,0000**	0,0000**		0,1073	0,9954	0,9999
Ветераны Афганистана, ПТСР (121)	0,0016*	0,0106*	0,0006**	0,1609	0,9996	0,9982	1,0000	0,9258	0,8834	0,1073		0,2823	0,0218*
Студенты (131)	0,0267*	0,4950	0,0005**	0,9998	0,0000**	0,4883	0,4325	0,0000**	0,0000**	0,9954	0,2823		0,5976
Банковские служащие (133)	0,9990	1,0000	0,9951	0,9991	0,0000**	0,0188*	0,1059	0,0000**	0,0000**	0,9999	0,0218*	0,5976	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; M — среднее по группе.



Для определения показателей надежности опросника *BDI* и его субшкал использовали весь массив данных, полученных на выборках нормальной и клинической популяций. Надежность методики определялась по показателям α -Кронбаха, стандартизованная α , а также методом расщепления теста пополам (табл. 12.6). Как видно из результатов, представленных в таблице, русскоязычная версия опросника обладает достаточно хорошей надежностью.

Таблица 12.6

Показатели надежности опросника депрессивности Бека (*BDI*), когнитивно-аффективной субшкалы (*C-A*) и субшкалы соматизации (*S-P*)

	<i>C-A</i>	<i>S-P</i>	<i>BDI</i>
<i>n</i>	1337	1332	1307
α -Кронбаха	0,79	0,79	0,86
Стандартизованная α	0,82	0,79	0,88
Надежность (<i>split-half</i>)	0,82	0,78	0,89
<i>Guttman split-half</i>	0,82	0,78	0,89

Список литературы

1. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. — 1992. — Т. 13, № 2. — С. 14-29.
2. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. — 1994. — Т. 15, № 5. — С. 67-77.
3. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Петрухин Е. В.* Уровни субъективно-личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты: Материалы Всероссийского конкурса научно-исследовательских проектов в области гуманитарных наук 1994 г.: Психология, философия. — М., 1996. — С. 213-220.
4. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др.* Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. — М., 1997. — С. 254-262.
5. *Cavanaugh S. V., Clark D. C. & Gibbons R. D.* Diagnosing depression in the hospitalized medically ill // Psychosomatics. — 1983. — V. 24. — P. 809-815.
6. *Fairbank J. A., Keane T. M., Malloy P. F.* Some preliminary data on the psychological characteristic of Vietnam veterans with PTSD // J. Consulting and Clin. Psychology. — 1983. — V. 51. — P. 912-919.
7. *Orr S. P., Claiborn T. M., Altman B. et al.* Psychometric profile of PTSD, Anxious and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with psychophysiological Responses // J. Consulting and Clin. Psychol. — 1990. — V. 58, № 3. — P. 329-335.
8. *Plumb M. M., & Holland J.* Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer, I: Self-reported depressive symptoms // Psychosomatic Medicine. — 1977. — V. 39. — P. 264-279.
9. *Shaw B., Steer R. A., Beck A. T. & Schut J.* Structure of depression in heroin addicts // British Journal of Addiction. — 1979. — V. 74. — P. 295-303.

ГЛАВА 13

Методы диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей

Для диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей нами были разработаны две взаимодополняющие методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей.

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей

Обоснование выбора метода

Использование метода полуструктурированного интервью имеет ряд преимуществ и, по сравнению с анкетами, заполняемыми письменно, увеличивает точность измерения, поскольку именно непосредственное общение между психологом и испытуемым во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия. Вообще, дети имеют тенденцию отвечать более точно, когда психолог задает соответствующие вопросы исследования и когда они могут задавать ему вопросы, если возникает неясность в понимании какого-либо пункта. Интервьюирование детей является более эффективным по сравнению с анализом данных, полученных от родителей (опекунов), преподавателей, воспитателей и других взрослых, поскольку эти данные зачастую касаются только види-

мых проявлений травматической реакции. Более того, взрослые сами могут быть соучастниками травматической ситуации и поэтому зачастую скрывают или преуменьшают травматическую симптоматику. Кроме того, следует отметить, что, по мнению некоторых исследователей, индивидуальные интервью с детьми, пережившими травматические случаи, могут иметь терапевтическое влияние.

Описание метода

Для исследования выраженности симптомов ПТСР у детей 10-13 лет нами был разработан метод полуструктурированного интервью. Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев *A, B, C, D* и *F* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSMIII-R*. Для ответов детей используются трехпунктные шкалы («да — не знаю — нет» либо «никогда — один раз за последний месяц — более одного раза за последний месяц»).

Процедура проведения интервью

В ходе проведения интервью можно выделить пять этапов.

1. *Установление психологического контакта с испытуемым.*
2. *Вводная часть.* На этом этапе с ребенком проводится беседа о травматических событиях, которые случаются с детьми. Целью данного этапа является настрой ребенка на тему дальнейшего разговора и снятие тревожности по поводу того, что несчастья случаются не только с ними. Также на этом этапе проводится предварительное получение информации о травматическом опыте ребенка. Примерное содержание беседы: «Давай поговорим с тобой о неприятных событиях, которые случаются с людьми. Ведь в жизни каждого взрослого человека и ребенка иногда случаются неприятности, большие или не очень большие, правда? И с тобой, наверное, случалось что-то подобное, да? Ты можешь вспомнить самое неприятное событие, которое с тобой случалось?». Если ребенок не рассказывает о таком событии, можно переходить к следующему этапу. Если же ребенок рассказывает о своем самом неприятном событии, то после выяснения некоторых подробностей случая («Ты помнишь, когда это произошло?», «С тобой был кто-нибудь в это время?», «Расскажи, пожалуйста, об этом подробнее», и т. д.) данные заносятся в протокол (см. приложение, с. 249). В том случае, если событие, названное ребенком, соответствует критерию/! шкалы для

клинической диагностики ПТСР *DSM-IV* (ребенок испытал, был свидетелем или столкнулся со случаем или событиями, которые включали фактическую или воспринимаемую угрозу жизни или серьезного повреждения или угрозу физической неприкосновенности по отношению к себе или другому), можно переходить сразу к опросу, минуя скрининг.

3. *Скрининг.* Цель данного этапа — получение более полных сведений о травматическом опыте ребенка. Если ребенок не смог вспомнить ни одного травматического события, либо случай, рассказанный ребенком, не соответствует критерию *A* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSM-IV*, ребенку предлагается список травматических событий, которые могли бы привести к развитию симптомов ПТСР: «Давай я расскажу тебе, какие большие неприятности могут случиться с ребенком. Может быть, ты вспомнишь, что с тобой случилось что-то такое. Большие неприятности — это когда, например, ребенок тяжело заболел, или долго лежал в больнице, или кто-то, кого ребенок любит, умер или уехал далеко и больше с ним не живет. Или когда кто-то обижает, бьет ребенка, издевается над ним или делает вещи, которые ему неприятны, или заставляет его делать такие вещи. Или когда ребенок попадает под машину или в аварию. Или когда случается пожар, землетрясение или ураган. Или когда ребенок оказывается в том месте, где идет война. С тобой случалось что-нибудь похожее? Сколько тебе было тогда лет? Если можешь, расскажи об этом подробнее». Информация заносится в протокол (см. приложение, с. 249).
4. *Опрос.* Это — основная часть интервью. Она направлена на измерение посттравматической симптоматики. Из 42 вопросов (см. приложение, с. 250–253) первые 4 относятся к критерию *A* (интенсивные негативные эмоции в момент травмы: страх, беспомощность или ужас). Если в жизни ребенка не было травматических переживаний, эти вопросы не задаются. Если ребенок рассказал о событии, которое могло бы привести к развитию симптомов ПТСР, то остальные вопросы (по критериям *B, C, D, F*) задаются относительно этого события. В противном случае вопросы фокусируются на чувствах и переживаниях ребенка за последний месяц безотносительно к какому-то событию.
5. *Стадия завершения.* Цель этой стадии — устранение негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов по каждому из критериев.

Вопросы 1-5,8,20-40,42 оцениваются: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «нет».

Вопросы 6,7,9-19 оцениваются: 2 балла за ответ «да, чаще, чем один раз за последний месяц», 1 балл за ответ «да, один раз за последний месяц» и 0 баллов за ответ «нет, никогда».

Вопрос 41 оценивается: 2 балла за ответ «нет», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «да».

Критерию **A** соответствуют вопросы: 1; 2; 3; 4; 5.

Критерию **B** соответствуют вопросы: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.

Критерию **C** соответствуют вопросы: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.

Критерию **D** соответствуют вопросы: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.

Критерию **F** соответствуют вопросы: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по критериям *B,C,DH F*.

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей

Обоснование выбора методики

Использование самозаполняемых анкет позволяет охватить большее количество семей, чем метод интервью, так как не требует непосредственного присутствия психолога при ее заполнении. Кроме того, этот способ позволяет охватить те категории родителей, которые не проявляют достаточной социальной активности (не приходят в школу или не посещают сами психолога), так как анкета может быть передана в этом случае через ребенка.

Описание метода

Анкета для родителей была составлена нами на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (*ChildStress Reaction Checklist — National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine; Shriners Bum Institute; Harvard Medical School; National Center for PTSD, White River Junction, VM*). Анкета предлагается родителям для самостоятельного заполнения и поэтому содержит необходимые инструкции (см. приложение, с. 254).

Порядок проведения

Перед началом исследования с родителями проводится беседа, основной целью которой является мотивирование родителей на ответственное и точное заполнение анкеты.

Далее каждому родителю выдается пакет, в котором содержится подробная инструкция о порядке заполнения анкеты, собственно анкета и карточка с телефонами, по которым они могут задать необходимые вопросы. На другой стороне этой карточки — напоминание о том, что вся полученная от родителей информация конфиденциальна и не будет разглашаться.

Анкета состоит из трех частей:

1. *Биографические данные.* Эта часть содержит необходимый минимум данных о ребенке: ФИО, возраст, пол. Здесь же отмечается, кто именно из родителей или опекунов заполнял анкету.
2. *Скрининг.* Эта часть направлена на определение типа травмы и возраста травматизации ребенка. Родителям предлагается отметить в списке возможных травматических ситуаций, пережитые ребенком, и его возраст во время травмы. Дается инструкция: «Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и напишите возраст вашего ребенка во время каждого из случаев), в списке, приведенном ниже». Затем приводится список возможных травматических ситуаций (см. приложение, с. 255). Список, используемый в анкете, более подробный, чем приведенный в литературном обзоре, некоторые типы травм вынесены отдельно, поскольку в таком виде анкета более понятна для родителей и более полно отражает реальную ситуацию. Далее для уточнения характера, степени тяжести травмы и непосредственной реакции ребенка на нее родителям предлагается рассказать о травматической ситуации более подробно: «Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)».
3. *Утверждения.* Эта часть состоит из двух таблиц, перед заполнением которых дается инструкция: «Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы) насколько характерны данные чувства или подобное поведение для

вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них».

Первая таблица содержит 5 вопросов, касающихся непосредственной реакции на травматическую ситуацию — критерий *A*. Перед таблицей уточняется, что речь идет о поведении ребенка непосредственно после травмы.

Затем следует вторая таблица из 30 вопросов, относящихся к четырем шкалам (навязчивое воспроизведение, избегание действий, мыслей, мест и людей, напоминающих о травматическом событии, возросшая возбудимость и нарушения функционирования), которые соответствуют критериям *B, C, Dn* /"шкалы для клинической диагностики ПТСР £)5M-/Усоответственно. Эти вопросы описывают поведение ребенка в течение последнего месяца. Вопросы, относящиеся к одному и тому же критерию, были разнесены нами для большей достоверности результатов.

Обе таблицы содержат по три варианта ответов: «да», «нет», «скорее да». Такое смешение вариантов ответов было использовано для того, чтобы уравновесить стремление родителей предоставить социальное желаемое описание ребенка, отвечая отрицательно на большинство вопросов. Ответ же «скорее да» не является слишком категоричным и более охотно используется родителями.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов отдельно по каждой из шкал, а также отдельно по вопросам первой и второй таблиц. Ответы родителей оцениваются следующим образом: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «скорее да» и 0 баллов за ответ «нет».

Критерию *L* (немедленное реагирование) соответствуют вопросы: 1-5 таблицы 1 (см. приложение, с. 255-257).

Критерию *B* (навязчивое воспроизведение) соответствуют вопросы: 1, 3, 12, 19, 22, 23, 25 таблицы 2.

Критерию *C* (избегание) соответствуют вопросы: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30 таблицы 2.

Критерию *D* (возросшая возбудимость) соответствуют вопросы: 2, 6, 8, 13, 17, 29 таблицы 2.

Критерию *F* (нарушения функционирования) соответствуют вопросы: 10, 11, 15, 24 таблицы 2.

Общий уровень посттравматических симптомов: вопросы 1-30 таблицы 2.

Шкала диссоциации {*Dissociative Experience Scale — DES*}

Взгляды на роль диссоциативных симптомов в психических расстройствах драматически изменились за последние десятилетия. Ранее считалось, что диссоциативные расстройства встречаются довольно редко, и в картине других психических расстройств диссоциации много внимания не уделялось. Однако последние исследования, проведенные за рубежом (Bliss E.L., Jeppsen E.A., 1985; Graves S.M., 1989; Ross C. A., 1991; Ross C. A. и др., 1991), показали относительно высокий уровень распространенности расстройства множественной личности (*Multiple Personality Disorder—MPD*, или, в соответствии с номенклатурой *DSM-IV*, *Dissociative Identity Disorder—DID*) среди клинической популяции, уровень которой варьируется, у разных авторов, от 2,4 % до 11,3 %. Кроме того, у пациентов с ПТСР, а также перенесших в детстве сексуальное или физическое насилие, обнаружен высокий уровень выраженности диссоциативных симптомов. Результаты этих исследований указывают на то, что диссоциация, видимо, занимает важное место в клинической картине расстройства у большого числа психиатрических пациентов.

Шкала диссоциации (ШД) (*Dissociative Experience Scale — DES*) была сконструирована как инструмент для работы в клинике, который мог бы помочь определить пациентов с диссоциативной симптоматикой, а также как исследовательский инструмент, дающий возможность оценки выраженности диссоциативных состояний и переживаний (Bernstein E. M., Putnam F. W., 1986).

ШД представляет собой краткий опросник, состоящий из 28 вопросов, в котором испытуемого просят оценить как часто в повседневной жизни он переживает то или иное диссоциативное состояние.

Шкала разрабатывалась для измерения диссоциации как постоянной черты (*trait*) в противоположность ситуативной. Этот опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний. Предполагалось, что ШД будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую картину различных психиатрических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных расстройств (или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация, например таких, как ПТСР).

Методика широко используется и для оценки диссоциативных феноменов на неклинической (нормальной) популяции, но обычно респонденты из «нормальной» популяции располагаются на довольно узком интервале низких значений ШД, то небольшие различия между значениями шкалы «нормальных» респондентов могут оказаться статистически незначимыми.

Вместе с тем есть ограничения: возраст респондента не должен быть менее 18 лет.

Наконец, ШД не создавалась как диагностический инструмент, поэтому высокие оценки не должны быть истолкованы как признак диагноза диссоциативных расстройств. Исследователи или клиницисты, желающие работать с диагностическим инструментом, должны обратиться к диагностическому интервью для диссоциативных расстройств (Steinberg M., 1993; Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1999).

Вопросы ШД были построены на основании, во-первых, интервью с пациентами, расстройство которых соответствовало диагнозу диссоциативного расстройства в соответствии с номенклатурой *DSM-III*, и, во-вторых, консультаций с экспертами в области диагностики и лечения диссоциативных расстройств. Вопросы ШД касаются переживаний, которые обычно относятся к категориям амнезии, деперсонализации, дереализации, абсорбции и погруженности в свое воображение. Из формулировок вопросов были исключены описания переживаний диссоциации настроения или импульсов из тех соображений, чтобы не происходило путаницы с признаками аффективных расстройств. Другими словами, предпочтительно было не включать в шкалу вопросы, относящиеся к быстрым сменам настроения или чередованию импульсов, так как в случае диагноза аффективного расстройства респондент имел бы высокий балл ШД благодаря высоким оценкам по этим вопросам. Для данной методики был использован способ само-

отчета. Вопросы были сформулированы таким образом, чтобы они были поняты возможно большим числом респондентов, а также, по возможности, было исключено вовлечение социальной нежелательности в процессе тестирования (Анастаси А., 1982).

В процессе разработки и валидации шкалы авторы руководствовались двумя основными положениями. Первое состоит в том, что количество и частота переживаний и симптомов, являющихся атрибутами диссоциации, лежат на некотором континууме. То есть здоровые люди имеют крайне незначительно отличающиеся типы диссоциативных переживаний и эти переживания должны быть довольно редки. Тогда как диссоциативные состояния, которые испытывают субъекты, отнесенные к другому полюсу континуума, более разнообразны, а их частота выше.

Согласно второму положению, распределение диссоциативных переживаний будет отличаться от нормального гауссового распределения, его пик будет смещен в сторону низкой частоты переживания диссоциативных состояний.

В первом варианте ШД авторы использовали аналоговую сто-миллиметровую шкалу, на которой респондент отмечал степень соответствия утверждения своим состояниям. В последней версии введена шкала ответов от 0 % до 100 %, где 0 % означает: «Подобное со мной никогда не происходит», а 100 % — «Со мной это происходит постоянно». Общий балл ШД подсчитывается как среднее арифметическое по всем 28 пунктам. Однако в некоторых работах, в которых исследователи использовали первый вариант ШД с аналоговой шкалой (см., например, Fgueh В. и др., 1996), была обнаружена значимая корреляционная связь между коэффициентом интеллекта и общим баллом ШД. Позже авторы (Bernstein-Carlson E. M., Putnam F. W., 1993) заменили аналоговую шкалу на шкалу интервалов, что позволило избежать этого эффекта.

Шкала представляет собой опросник самоотчета. В инструкции респондента просят оценить частоту переживания им того или иного диссоциативного феномена, когда он не находился в состоянии интоксикации психоактивными веществами (наркотики, алкоголь). В том случае, когда респонденту по тем или иным причинам трудно читать, допускается чтение инструкции и вопросов вслух исследователем или клиницистом, который затем помогает респонденту сделать соответствующую его оценке отметку в бланке.

Были проведены многочисленные исследования с использованием шкалы как на «нормальной», так и на клинической популяции, результаты исследований приведены в таблицах и диаграммах.

Необходимо отметить, что показатель ШД не обязательно отражает выраженность психопатологии, поскольку многие вопросы ШД относятся к «нормальным» диссоциативным феноменам (например, сны наяву). Следовательно, показатель ШД может иметь разные значения на клинических и «нормальных» популяциях. Например, значение балла ШД для респондентов, относящихся к юношеской возрастной группе, имеют относительно высокие значения (сопоставимые со значениями ШД для пациентов, страдающих, например, расстройством приема пищи). Однако в данном случае балл ШД отражает умеренные с точки зрения патологии диссоциативные проявления, которые являются скорее характеристикой определенного этапа развития, чем симптомом психического расстройства.

Русскоязычный вариант *DES*

Перевод осуществлялся двумя независимыми переводчиками. Первый вариант методики, в основу которого легли два независимых перевода методики, был апробирован на выборках студентов вузов Смоленска и Москвы и служащих (сотрудниках банка и школы), $N \sim 699$. Затем в формулировки некоторых вопросов были внесены изменения с целью уменьшения вероятности нагрузки этих пунктов факторами, не имеющими отношения к диссоциативным состояниям. Так, в пункт 6 была добавлена фраза: «Исключите ситуации розыгрышей, обмана, заигрывания с целью знакомства», а в пункт 27 внесено уточнение: «посторонние голоса». В формулировки других пунктов были внесены изменения, не имеющие принципиального характера.

Необходимо отметить, что описание диссоциативных состояний, которые по своей природе являются архаичными, принадлежащими довербальному уровню опыта, сталкивалось с трудностями адекватного выражения того или иного феномена средствами обыденного языка и порой выбор между простотой и точностью описания делался в пользу последнего.

Была проведена оценка разницы измерений, получающихся в результате применения двух вариантов шкалы. С этой целью был спланирован и осуществлен следующий эксперимент. На двух независи-

мых выборках были произведены два опроса. В батарею методик для экспериментальной группы были включены два разных варианта шкалы. В батарею методик для контрольной группы был включен один вариант, но с разным оформлением. Кроме того, контролировался фактор ситуативной тревожности и фактор последствия потенциально психотравмирующего травматического события или ситуации. С этой целью в двух замерах на двух выборках предлагался опросник ситуативной тревожности Спилбергера—Ханина, а во втором замере в батарею была включена анкета, содержащая вопросы о том, довелось ли респонденту за время, прошедшее после первого опроса, пережить события или ситуации, перечисленные в анкете. Вопросы этой анкеты касались таких потенциально психотравмирующих ситуаций/событий, как несчастные случаи с близкими людьми, криминальные события, различные виды насилия, природные и техногенные катастрофы и аварии, дорожно-транспортные происшествия. Результаты по шкале *DES* тех респондентов, которые дали позитивный ответ хотя бы на один вопрос этой анкеты, исключались из дальнейшей обработки. Сопоставление результатов опросов контрольной и экспериментальной групп показало, что различия показателей ситуативной тревожности между первым и вторым замерами для двух групп не имеет статистически значимых отличий, то же самое верно и для абсолютного значения ситуативной тревожности для двух групп. Главный результат эксперимента состоит в том, что *A DES* для двух замеров в двух группах не имеют значимых достоверных отличий, т. е. внесенные в формулировки вопросов изменения не повлияли на значения общего балла русской версии *DES*.

Для оценки точности психодиагностических измерений и устойчивости результатов шкалы *DES* к действию посторонних случайных факторов определяли следующие характеристики надежности: надежность по внутренней согласованности, ретестовую надежность и надежность частей теста.

Показатель тест-ретестовой надежности ШД подсчитывался с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, значение показателя составило 0,75, $p < 0,001$. Шкала диссоциации была предъявлена дважды 35 испытуемым со средним интервалом между двумя замерами 61 день.

Коэффициенты корреляции Спирмена между пунктами ШД и общим значением ШД варьировались в интервале от 0,21 (0,28) до 0,60 (0,64), медианное значение коэффициента составило 0,43, все значения коэффициентов корреляции достоверны при $p < 0,001$.

Значения: α -Кронбаха — 0,87 (0,93); показателя надежности теста, вычисленного методом расщепления пополам — 0,87 (0,93). В скобках приведены данные для второй шкалы. Как видно, изменения, внесенные в формулировку вопросов, не повлиявшие на значения показателей русской версии *DES* в целом, тем не менее увеличили степень внутренней согласованности.

Валидность русской версии *DES*

Были проверены следующие типы оценки валидности русской версии *DES*: конструктивная валидность и критериальная валидность.

Проверка конструктивной валидности ШД

Конструктивная валидность является одним из основных типов валидности, который отражает степень репрезентации исследуемого психологического конструкта в результатах теста. Шкала *DES* предназначена для исследования психологического конструкта диссоциации или диссоциативной психической активности, проявившейся в частоте диссоциативных психических состояний.

1. Одним из видов конструктивной валидности является валидность по возрастной дифференциации. Мы придерживались схемы периодизации возрастов. Выборка была разбита в соответствии с этой периодизацией на три группы. Юношеский возраст: 17-21 год (мужчины) и 16-20 лет (женщины), соответственно коды групп 71 и 70. Средний возраст: первый период — 22-35 лет (мужчины) и 21-35 лет (женщины), соответственно коды групп 811 и 810; второй период — 36-60 лет (мужчины) и 36-55 лет (женщины), соответственно коды групп 821 и 820. По результатам зарубежных исследований, частота диссоциативных состояний, испытываемых индивидом, в норме убывает с возрастом. Похожую тенденцию наблюдали и мы, за тем, пожалуй, исключением, что мы не получили статистически значимого достоверного различия средних значений для групп женщин юношеского и среднего возраста первого периода. Для двух групп исключение составила группа среднего возраста первого периода, нет достоверных значимых различий по среднему баллу *DES* для мужчин и женщин. Впрочем, как видно из таблицы 14.1, существует достоверное различие в средних значениях возраста для мужчин ($M = 27,0$) и женщин ($M = 24,1$) в воз-

растной группе среднего возраста первого периода. Такие же результаты — отсутствие тендерных различий по частоте переживания диссоциативных состояний на нормальной популяции — получены и зарубежными исследователями.

2. Другим видом конструктивной валидности является согласующееся с теорией поведение переменной. Согласно многочисленным исследованиям, возникновение диссоциативных состояний связано с опытом переживания потенциально психотравмирующей ситуации (события) или ППС (*LEQ*). При этом диссоциативные состояния могут быть как ситуативными, так и трансситуативными, т. е. представлять собой отсроченную реакцию на ППС. В связи с этим было проведено эмпирическое исследование, заключающееся в опросе нормальной выборки студентов; в батарею, среди прочих опросников, были включены анкета ППС и русский вариант *DES*. Нулевая гипотеза (*H0*) формулировалась так: между двумя подгруппами — переживших ППС и не имеющих в своей истории ППС — не будет различий в среднем балле *DES*. Гипотеза *H1*: средний балл *DES* подгруппы переживших ППС будет выше, чем средний балл *DES* подгруппы без наличия ППС в их истории. Результаты исследования приведены в таблице 14.3.

Как видно из таблицы, гипотеза #1 подтвердилась и для мужчин, и для женщин.

Критериальная валидность русской версии *DES*

Критериальную валидность оценивали при помощи сравнения балла *DES* между группой «норма» и группой пациентов психиатрической больницы с диагнозом шизофрения. Из данных клинических наблюдений, клинической картины шизофрении известно, что пациенты, страдающие этим расстройством, часто испытывают диссоциативные состояния, например деперсонализацию, дереализацию, хотя диссоциация и не является ведущим механизмом образования патологии при этом заболевании. Гипотеза *H0*: между группами «норма» и «шизофрения» не будет достоверных значимых различий в значении балла *DES*. Гипотеза *H1*: средние значения балла *DES* будут статистически достоверно значимо выше у группы «шизофрения».

Как видно из таблицы 14.4, гипотеза *H1* подтвердилась.

Таким образом, результаты исследований показали, что русская версия *DES* обладает хорошей надежностью и показателями конструктивной и критериальной валидности.

Таблица 14.1

Средние значения и стандартные отклонения значения балла *DES*

	Возраст			<i>DES</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Юношеская возрастная группа, женщины (70)	18,87	1,00	372	11,82	9,24	370
Юношеская возрастная группа, мужчины (71)	19,41	1,36	284	10,99	9,09	260
Группа среднего возраста первого периода, женщины (810)	24,08	3,75	334	10,61	8,54	332
Группа среднего возраста первого периода, мужчины (811)	27,02	3,78	439	7,52	7,86	343
Группа среднего возраста второго периода, женщины (820)	43,77	5,03	69	6,80	6,66	68
Группа среднего возраста второго периода, мужчины (821)	42,08	5,79	92	7,80	8,27	80

Обозначения: * Цифрами в скобках дается код группы.

M— средние, *SD* — стандартное отклонение, *N*— количество обследованных в группе.

Таблица 14.2

Сравнение средних значений балла *DES* по обследованным группам (тест *Scheffe*)

	1	2	3	4	5	6
	<i>M</i> =118	<i>M</i> =110	<i>M</i> =106	<i>M</i> =75	<i>M</i> =68	<i>M</i> =78
Юношеская возрастная группа, женщины (70)		0,9219	0,6250	0,0000*	0,0015*	0,0133*
Юношеская возрастная группа, мужчины (71)	0,9219		0,9978	0,0002*	0,0251*	0,1329
Группа среднего возраста первого периода, женщины (810)	0,6250	0,9978		0,0006*	0,0497*	0,2282
Группа среднего возраста первого периода, мужчины (811)	0,000**	0,0002*	0,0006*		0,9955	0,9999
Группа среднего возраста второго периода, женщины (820)	0,0015*	0,0251*	0,0497*	0,9955		0,9922
Группа среднего возраста второго периода, мужчины (821)	0,0133*	0,1329	0,2282	0,9999	0,9922	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$; *M* — среднее по группе.

Таблица 14.5

Демографические показатели и показателя ШД (русской версии *DES*) для различных выборок

	Возраст			Образование			ШД		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>m</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Пожарные (1)	29,3	5,54	105	11,1	1,16	103	6,44	6,43	89
Сотрудники МВД (6)	25,9	5,50	283	12,3	2,11	276	6,97	7,68	185
ИТР, безработные (9)	29,1	10,03	81	12,4	2,08	81	12,15	9,04	81
Военнослужащие СКВО (10)	33,4	6,75	88	14,7	0,91	92	11,11	14,56	100
ИТР (20)	33,7	10,77	104	14,2	1,50	104	9,53	6,75	104
Беженцы, «норма» (40)	39,3	13,86	53	13,5	2,15	53	6,18	7,16	53
Беженцы, ПТСР (41)	45,0	15,61	7	12,9	2,54	7	20,67	18,01	7
Студенты вузов(131)	23,3	7,48	403	13,2	1,42	401	10,46	7,86	399
Служащие (сбербанк, школа) (133)	29,6	7,45	96	14,5	1,32	93	6,81	5,49	97
Все группы	27,7	9,07	1220	13,1	1,92	1210	9,20	8,69	1115

Таблица 14.6

Сравнение средних значений балла ШД между различными выборками (тест *Sheffe*)

		{2}	{3}	«4»	{5}	{6}	{7>	{8}	{9}
Пожарные (1)		0,01*	0,07	0,60	1,00	0,02	0,04*	1,00	
Сотрудники МВД (6)	1,00		0,01*	0,05*	0,63	1,00	0,02*	0,01*	1,00
ИТР, безработные (9)	0,01*	0,01*		0,99	0,82	0,04*	0,58	0,95	0,02
Военнослужащие СКВО (10)	0,07	0,05*	0,99		0,99	0,16	0,40	0,99	0,12
ИТР (20)	0,60	0,63	0,82	0,99		0,70	0,18	0,99	0,73
Беженцы, «норма» (40)	1,00	1,00	0,04*	0,16	0,70		0,02*	0,15	1,00
Беженцы, ПТСР (41)	0,019*	0,02*	0,58	0,39	0,18	0,02*		0,26	0,03*
Студенты вузов(131)	0,032*	0,01*	0,95	0,99	0,99	0,15	0,26		0,07
Служащие (Сбербанк, школа) (133)	1,00	1,00	0,02*	0,12	0,73	1,00	0,03*	0,07	

Обозначения: * — вероятность ошибки $p < 0,05$.



Список литературы

1. Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации *DSM-IV*// Материалы IV научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». — Пермь, 1999.
2. Анастаси А, Урбина С. Психологическое тестирование. — СПб.: Питер, 2001.
3. Bernstein E. M., Putnam F. W. Development, reliability, and validity of a dissociation scale //Journal of Nervous and Mental Disease. — 1986. — V. 174. - P. 727-735.
4. Bernstein-Carbon E. M., Putnam F. W. An update on the dissociative experiences scale //Dissociation. — 1993. — V. 4, № 1. — P. 16-27.
5. Bliss E. L., Jeppsen E. A. Prevalence of multiple personality among in-patients and outpatients // American Journal of Psychiatry. — 1985. — V. 142. - P. 250-251.
6. Frueh B., Johnson D., Smith D., Williams M. A potential problem with the response format of DES: A significant correlation with intelligence among combat veterans with PTSD //Journal of Traumatic Stress. — 1996. - V. 9, № 3.
7. Graves S. M. Dissociative disorders and dissociative symptoms at a community health center//Dissociation.- 1989.-V. 11, № 2. - P. 119-127.

8. *Ross C. A.* Epidemiology of multiple personality and dissociation // *Psychiatric Clinics of North America*. - 1991. - V. 14. - P. 503-517.
9. *Ross C. A., Anderson G., Fleisher W. P., Norton G. R.* The frequency of multiple personality among psychiatric inpatients // *American Journal of Psychiatry*. - 1991. - V. 148. - P. 1717-1720.
10. *Steinberg M.* The structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

**ПРИЛОЖЕНИЕ
(БЛАНКИ МЕТОДИК)**

Шкала для клинической диагностики ПТСР (*Clinical-administered PTSD Scale - CAPS*)

Пациент _____ Дата _____ Интервьюер _____

A. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ

B. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоя-

нии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

- 0 — отсутствие дистресса
- 1 — низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует
- 3 — высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии
- 4 — очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии

(2) интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы

Частота

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин — для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность — для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

- 0 — нисколько
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется
- 3 — высокая интенсивность: значительный дистресс
- 4 — очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс

(3) ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты), даже те, которые появляются в проночном состоянии

Частота

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие(я) происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие(я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

- 0 — никогда такого не было
- 1 — слабая интенсивность симптома: ощущение незначительно большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем
- 2 — умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грёзы наяву
- 3 — высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения — пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром
- 4 — очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны — флэшбэк-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода — «затмение», провал в памяти

(4) повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)

Частота

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случилось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?» Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

- 0 — отсутствовали
- 1 — слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения
- 2 — умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова
- 3 — высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание
- 4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова

С. УСТОЙЧИВОЕ ИЗБЕГАНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ТРАВМОЙ, ИЛИ -«БЛОКАДА» ОБЩЕЙ СПОСОБНОСТИ К РЕАГИРОВАНИЮ (numbing - «оцепенение»)

[симптомы не наблюдались до травмы]

(5) усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой

Частота

Пытались ли вы отгонять мысли о событии(ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием(ях) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии(ях), чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему (ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя или наркотиков.)

- 0 — никакого усилия
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие
- 2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть
- 3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(б) усилия, направленные на то, чтобы избежать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме*Частота*

Пытались ли вы когда-либо избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии(ях)?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность:

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избежать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием(ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч.)

- 0 — никакого усилия
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие
- 2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть
- 3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(7) неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)*Частота*

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события(ий) (например, имена, лица, последовательность событий)? Много ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

- 0 — ничего, ясная память о событии в целом
- 1 — некоторые обстоятельства события(ий) было невозможно вспомнить (менее, чем 10%)
- 2 — ряд обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (20-30%)
- 3 — большую часть обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (50-60%)
- 4 — почти совсем невозможно было вспомнить событие(я) (более, чем 80%)

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

- 0 — какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали

- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 2 — умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти
- 3 — высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии(ях)

(8) заметная утрата интереса к любимым занятиям

Частота

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, — например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

- 0 — потери интереса вообще не было
- 1 — потеря интереса к отдельным занятиям (менее, чем 10 %)
- 2 — потеря интереса к нескольким занятиям (20-30 %)
- 3 — потеря интереса к большому числу занятий (50-60 %)
- 4 — потеря интереса почти ко всему (более, чем 80 %)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

- 0 — вообще не было потери интереса
- 1 — слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались
- 2 — умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия(й)
- 3 — высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям
- 4 — очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность

(9) чувство отстраненности или отчужденности от окружающих*Частота*

Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было
- 1 — редко (менее 10 % времени)
- 2 - иногда (20-30%)
- 3 - часто (50-60%)
- 4 — почти всегда или постоянно (более, чем 80 %)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки остался Вам близок?

- 0 — отсутствуют подобные чувства
- 1 — слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя «идушим не в ногу» с окружающими
- 2 — умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру
- 3 — высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком
- 4 — очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем

(10) сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви*Частота*

Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственны» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем,

как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было
- 1 — редко (менее 10% времени)
- 2 - иногда (20-30%)
- 3 - часто (50-60%)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80 %)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

- 0 — ощущения бесчувственности нет
- 1 — слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное
- 2 — умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена
- 3 — высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям — любви и счастья
- 4 — очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

(11) ощущение отсутствия перспектив на будущее, например не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни

Частота

Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас «нет завтрашнего дня»? (если да, уточните наличие реального риска, например, опасных для жизни медицинских диагнозов). Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было
- 1 — редко (менее 10% времени)

- 2 - иногда (20-30%)
- 3 - часто (50-60%)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80 %)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете, как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

- 0 — ощущения сокращенного будущего нет
- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращенности жизненной перспективы
- 2 — умеренная интенсивность симптома: определенно присутствует ощущение сокращенной жизненной перспективы
- 3 — высокая интенсивность симптома: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни
- 4 — очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, полная убежденность в преждевременной смерти

D. УСТОЙЧИВЫЕ СИМПТОМЫ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (не наблюдались до травмы)**(12) трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна***Частота*

Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, чтобы спать нормально? Отличается ли это от того, как вы спали перед событием(ями)? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — каждую ночь (или почти каждую)

Трудности с засыпанием?	Да	Нет
Пробуждения среди сна?	Да	Нет
Очень ранние пробуждения?	Да	Нет
Количество часов сна (без пробуждений) за ночь	_____	
Желательное количество часов сна для обследуемого	_____.	

Интенсивность

(Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.) Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

- 0 — нет проблем со сном
- 1 — слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 минут)
- 2 — умеренная интенсивность: определенное нарушение сна — ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна — 30-90 минут)
- 3 — высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна — 90 минут — 3 часа)
- 4 — очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна, непреодолимые трудности с сохранением сна (потеря сна > 3 часов)

(13) раздражительность или приступы гнева

Частота

Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны или проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно. Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до событий(я)? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю

- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали ?

- 0 — не было ни раздражительности, ни гнева
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе — повышение голоса
- 2 — умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро «остывает»
- 3 — высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе — речевая или поведенческая агрессивность
- 4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия

(14) трудности с концентрацией внимания

Частота

Не казалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор как случилось это событие(я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

- 0 — вообще не было
- 1 — очень редко (менее 10 % времени)
- 2 — иногда (20-30 % времени)
- 3 — большую часть времени (50-60 %)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80 %)

Интенсивность:

Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе интервью.)

- 0 — никакой проблемы не было
- 1 — слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия

- 2 — умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но при усилении может сосредоточиться
- 3 — высокая интенсивность; значительное ухудшение функции, даже при особых усилиях
- 4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания

(15) повышенная настороженность (бдительность)

Частота

Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием(ями)? Как часто в прошлом месяце вы были насторожены или бдительны?

- 0 — вообще не было
- 1 — очень редко (менее 10% времени)
- 2 — иногда (20-30 % времени)
- 3 — большую часть времени (50-60 %)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80 %)

Интенсивность

Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

- 0 — симптом отсутствует
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство
- 2 — умеренная интенсивность: определенно имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре)
- 3 — высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

- 4 — очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы — значительная настороженность

(16) преувеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)

Частота

Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т. п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения — «углом глаза»)? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события(ий)?

- 0 — никогда
1 — один или два раза
2 — один или два раза в неделю
3 — несколько раз в неделю
4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильной была эта реакция испуга?

- 0 — симптом отсутствовал: реакции испуга не было
1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга
2 — умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, «подпрыгивание»
3 — высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции
4 — очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например ветеран войны, который «падает лицом в грязь»)

(17) физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события

Частота

Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии(ях)? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах.) Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае как сильны были эти физиологические реакции?

- 0 — симптом отсутствует
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция
- 2 — умеренная интенсивность: явное наличие физиологической реакции, некоторый дискомфорт
- 3 — высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт
- 4 — очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас спрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца?

Да Нет

Этот период (или эти периоды) продолжался не менее одного месяца?

Да Нет

Примерно когда этот период (эти периоды) начался и закончился? от до

от _____ до _____

от _____ до _____

Шкала оценки влияния травматического события {*Impact of Event Scale-R*}

Имя _____
Образование _____
Семейное положение _____ Возраст _____
Пол: М Ж Дата* _____» _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ: Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами (_____)?

Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение *последних 7 дней, включая сегодняшний*.

1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся,

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

2. Я не мог спокойно спать по ночам

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

6. Я думал о случившемся против своей воли

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

11. Я старался не думать о случившемся

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

15. Мне было трудно заснуть

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

17. Я старался вытеснить случившееся из памяти

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения — потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т. п.

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (военный вариант)

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. Под каждым утверждением дается шкала от 1 до 5. Обведите кружком выбранный Вами номер ответа, лучше всего описывающий Ваши чувства. Если у Вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. До службы в армии у меня было больше близких друзей, чем сейчас

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал во время службы в армии

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

4. Если случается что-то, напоминающее мне о войне, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня
- | | | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | отчасти верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми
- | | | | | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | редко | иногда | часто | всегда |
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне
- | | | | | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | редко | иногда | часто | всегда |
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить
- | | | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | отчасти верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
9. Внешне я выгляжу бесчувственным
- | | | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | отчасти верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой
- | | | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | отчасти верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать
- | | | | | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | редко | иногда | часто | всегда |
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я остался жив, в то время как другие погибли на войне
- | | | | | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | редко | иногда | часто | всегда |
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии
- | | | | | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | редко | иногда | часто | всегда |

14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

15. Я чувствую, что больше не могу

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

19. Я обнаружил, что мне не трудно работать после демобилизации

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

20. Мне трудно сосредоточиться

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	

21. Я беспричинно плачу

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

22. Мне нравится быть в обществе других людей

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

23. Меня пугают мои стремления и желания

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

24. Я легко засыпаю

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

25. От неожиданного шума я сильно вздрагиваю

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую

1	2	3	4	
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек

1	2	3	4	
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому понять

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались, когда я служил в армии

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

32. Я боюсь засыпать

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

34. Моя память так же хороша, как и раньше

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям

1	2	3	4	5
совершенно неверно	отчасти верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (гражданский вариант)

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. Под каждым утверждением дается шкала от 1 до 5. Обведите кружком выбранный вами номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. В прошлом у меня было больше близких друзей, чем сейчас

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал в прошлом

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль.

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

9. Внешне я выгляжу бесчувственным

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие уже умерли

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я вернулся в прошлое

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

15. Я чувствую, что больше не могу

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

19. Я обнаружил, что мне работать не трудно

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

20. Мне трудно сосредоточиться

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

21. Я беспричинно плачу

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

22. Мне нравится быть в обществе других людей

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

23. Меня пугают мои стремления и желания

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

всегда

24. Я легко засыпаю

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

25. От неожиданного шума я сильно вздрагиваю

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались со мной в прошлом

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

32. Я боюсь засыпать

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

34. Моя память так же хороша, как и раньше

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

36. Временами я вдруг веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

37. Я не могу вспомнить некоторые важные вещи, которые произошли со мной в прошлом

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание; я весь дрожу и покрываюсь потом; у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание

1	2	3	4	5
никогда	редко	иногда	часто	всегда

Опросник выраженности психопатологической симптоматики {*Symptom Check List-90-Revised* — *SCL-90-R*}

<p style="text-align: center;">ИНСТРУКЦИЯ</p> <p>Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если Вы захотите изменить свой ответ, сотрите резинкой Вашу первую пометку. Прежде чем начать, прочитайте нижеприведенный пример, и, если у Вас возникнут вопросы, задайте их инструктору.</p> <p>ПРИМЕР:</p>	<p>ПОЛ</p> <p>-----</p> <p>Муж.</p> <p>Жен.</p>	<p>ИМЯ: _____</p> <p>МЕСТО: _____</p> <p>ОБРАЗОВАНИЕ: _____</p> <p>СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: бр _____ отд _____ разв _____ вд _____ од _____</p>																								
<p style="text-align: center;">ВИЗИТ: _____</p>																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">ДАТА</td> <td colspan="3">НОМЕР</td> <td colspan="2">ВОЗРАСТ</td> </tr> <tr> <td>мес.</td> <td>день</td> <td>год</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>			ДАТА			НОМЕР			ВОЗРАСТ		мес.	день	год													
ДАТА			НОМЕР			ВОЗРАСТ																				
мес.	день	год																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">Насколько сильно вас тревожили:</td> <td>совсем нет</td> <td>немного</td> <td>умеренно</td> <td>сильно</td> <td>очень сильно</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 35%;">Головные боли</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> </tr> </table>			Насколько сильно вас тревожили:			совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно	0	Головные боли	0	0	1	2	3	4								
Насколько сильно вас тревожили:			совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно																			
0	Головные боли	0	0	1	2	3	4																			

Насколько сильно вас тревожили:		совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4

Насколько сильно вас тревожили:		совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно	
16	То, что вы слышите голоса, которых не слышат другие	16	0	1	2	3	4
17	Дрожь	17	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	18	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	19	0	1	2	3	4
20	Слезливость	20	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	21	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что вы в западне или пойманы	22	0	1	2	3	4
23	Неожиданный и беспричинный страх	23	0	1	2	3	4
24	Вспышки гнева, которые вы не смогли сдержать	24	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	25	0	1	2	3	4
26	Чувство, что вы сами во многом виноваты	26	0	1	2	3	4
27	Боли в пояснице	27	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что что-то вам мешает сделать что-либо	28	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	29	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, «хандра»	30	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	31	0	1	2	3	4

32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	32	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	33	0	1	2	3	4
34	То, что ваши чувства легко задеть	34	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	35	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам	36	0	1	2	3	4
37	Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь	37	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	38	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	39	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	40	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что вы хуже других	41	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах	42	0	1	2	3	4
43	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас	43	0	1	2	3	4
44	То, что вам трудно заснуть	44	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	45	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решения	46	0	1	2	3	4

Насколько сильно вас тревожили:		совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно	
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	47	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	48	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	49	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	50	0	1	2	3	4
51	То, что вы легко теряете мысль	51	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	52	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	53	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	54	0	1	2	3	4
55	То, что вам трудно сосредоточиться	55	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	56	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	57	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	58	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	59	0	1	2	3	4
60	Переедание	60	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас	61	0	1	2	3	4
62	То, что у вас в голове чужие мысли	62	0	1	2	3	4

63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	63	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	64	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	65	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	66	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-нибудь	67	0	1	2	3	4
68	Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие	68	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими	69	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	70	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	71	0	1	2	3	4
72	Приступы ужаса или паники	72	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда вы едите или пьете на людях	73	0	1	2	3	4
74	То, что вы часто вступаете в спор	74	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда вы оставались одни	75	0	1	2	3	4
76	То, что другие недооценивают ваши достижения	76	0	1	2	3	4

Насколько сильно вас тревожили:		совсем нет	немного	умеренно	сильно	очень сильно	
77	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	77	0	1	2	3	4
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	78	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной никчемности	79	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	80	0	1	2	3	4
81	То, что вы кричите и швыряетесь вещами	81	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	82	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите	83	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие вас сексуальные мысли	84	0	1	2	3	4
85	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	85	0	1	2	3	4
86	Кошмарные мысли или видения	86	0	1	2	3	4
87	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	87	0	1	2	3	4
88	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	88	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	89	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	90	0	1	2	3	4

Опросник депрессивности Бека (*Beck Depression inventory — BDI*)

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое *лучше всего* описывает ваше состояние *за прошедшую неделю, включая сегодняшний день*. Обведите кружком номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать свой выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1. 0 — Я не чувствую себя несчастным.
 - 1 - Я чувствую себя несчастным.
 - 2 - Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
 - 3 - Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2. 0 — Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
 - 1— Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
 - 2 - Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
 - 3 - Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.
3. 0 — Я не чувствую себя неудачником.
 - 1 - Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
 - 2 — Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череда неудач.
 - 3 - Я чувствую себя полным неудачником.

4. 0 — Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
1 — Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.
2 — Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
3 — Я всем не удовлетворен, и мне все надоело.
5. 0 — Я не чувствую себя особенно виноватым.
1 — Довольно часто я чувствую себя виноватым.
2 — Почти всегда я чувствую себя виноватым.
3 — Я чувствую себя виноватым все время.
6. 0 — Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
1 — Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
2 — Я ожидаю, что меня накажут.
3 — Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7. 0 — Я не испытываю разочарования в себе.
1 — Я разочарован в себе.
2 — Я внушаю себе отвращение.
3 — Я ненавижу себя.
8. 0 — У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
1 — Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
2 — Я все время виню себя за свои ошибки.
3 — Я виню себя за все плохое, что происходит.
9. 0 — У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
1 — У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.
2 — Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
3 — Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10. 0 — Я плачу не больше, чем обычно.
1 — Сейчас я плачу больше обычного.
2 — Я теперь все время плачу.
3 — Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11. 0 — Сейчас я не более раздражен, чем обычно.
1 — Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
2 — Сейчас я все время раздражен.
3 — Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12. О — Я не потерял интереса к другим людям.
1 - У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
2 - Я почти утратил интерес к другим людям.
3 - Я потерял всякий интерес к другим людям.
13. О — Я способен принимать решения так же, как всегда.
1 - Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
2 - Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
3 - Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14. О — Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.
1 - Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.
2 - Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.
3 - Я уверен, что выгляжу безобразным.
15. О — Я могу работать так же, как раньше.
1 — Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.
2 — Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать.
3 - Я вообще не могу работать.
16. О — Я могу спать так же хорошо, как и обычно.
1 - Я сплю не так хорошо, как всегда.
2 - Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.
3 - Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
17. О — Я устаю не больше обычного.
1 - Я устаю легче обычного.
2 - Я устаю почти от всего того, что я делаю.
3 - Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18. О — Мой аппетит не хуже, чем обычно.
1 - У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
2 — Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
3 - Я вообще потерял аппетит.
19. О — Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.
1 - Я потерял в весе более 2 кг.
2 - Я потерял в весе более 4 кг.
3 - Я потерял в весе более 6 кг.

Я специально пытался не есть,
чтобы потерять в весе
(обведите кружком):

Да Нет

20. 0 — Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
1 — Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.
2 - Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.
3 — Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не могу думать.
21. 0 — Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.
1 - Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.
2 — Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.
3 - Я совершенно утратил интерес к сексу.

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей

ФИО _____
Возраст _____ Пол _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

Неполная семья _____ возраст _____ лет
Развод родителей _____ возраст _____ лет
Дисгармоничная семья _____

Автомобильная катастрофа _____ возраст _____ лет
Другая катастрофа (несчастный случай) _____ возраст _____ лет
Пожар _____ возраст _____ лет
Стихийное бедствие _____ возраст _____ лет
Серьезное физическое заболевание _____ возраст _____ лет
Длительная или повторные госпитализации _____ возраст _____ лет
Физическое насилие _____ возраст _____ лет
Сексуальное домогательство или насилие _____ возраст _____ лет
Смерть близкого человека _____ возраст _____ лет
Пребывание в зоне военных действий _____ возраст _____ лет
Пребывание в качестве заложника _____ возраст _____ лет
Другое травмирующее событие (уточните) _____ возраст _____ лет

Критерий А

Критерий А	1	2	3	4	5						
Критерий В	6	7	8	9	10	11	12	13	14	18	
Критерий С	23	25	28	29	30	31	32	33	41	42	43
Критерий D	15	16	17	20	21	22	38	39	40		
Критерий F	19	24	26	27	34	35	36	37			
			A	B	C	D	F				

№	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
1	A	Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?	Очень сильный страх.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2
2	A	Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
3	A	Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
4	A	Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?	Казалось ли тебе происходящее в тот момент неприятным, противным?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2
5	A	Был ли ты более раздражительным, подвижным сразу после того, как это произошло?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2
6	B	Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?	С большинством людей в жизни случаются неприятные ситуации, а с тобой случались?	Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
7	B	Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь, потому что не вспоминаешь?	Ты не рассказываешь об этих ситуациях, потому что не вспоминаешь или тебе не хочется кому-то о них рассказывать?	Нет - 0 1 раз - 1 Вспоминает, но не рассказывает - 1 Более 1 раза - 2
8	B	Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	Например, у тебя начинает сильнее биться сердце, учащается дыхание, потеют руки, болит голова.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2

	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
9	<i>В</i>	Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
10	<i>В</i>	Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
11	<i>В</i>	Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
12	<i>В</i>	Бывает ли так, что, неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз = 1 Более 1 раза - 2
13	<i>В</i>	Случалось ли, что ты начинал вести себя так, как если бы неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?	Бывает ли, что ты ведешь себя так, как будто какая-то неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторяется?	Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
14	<i>Д</i>	Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
15	<i>Д</i>	Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
16	<i>Д</i>	Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
17	<i>Д</i>	Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза • 2
18	<i>В</i>	Снились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
19	<i>Ф</i>	Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?		Нет ' 0 1 раз " 1 Более 1 раза - 2

№	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
20	D	Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
21	D	Стал ли ты более раздражительным?		Нет = 0 Не знаю - 1 Да - 2
22	D	Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?		Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2
23	.C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от своих друзей?	Нет = 0 Не знаю - 1 Да - 2
24	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только один человек и ты.	Нет - 0 Не знаю " 1 Да - 2
25	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от родителей и учителей?	Нет = 0 Не знаю " 1 Да = 2
26	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями?	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только учитель и ты.	Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2
27	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями?		Нет - 0 Не знаю = 1 Да = 2
28	C	Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?		Нет - 0 Не знаю • 1 Да = 2
29	C	Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет = 0 Не знаю = 1 Да - 2
30	C	Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2

	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
31	<i>C</i>	Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
32	<i>C</i>	Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
33	<i>c</i>	Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет = 0 Не знаю = 1 Да - 2
34	<i>F</i>	Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)?	Было ли тебе раньше легче, например, убирать за собой свои вещи, помогать родителям?	Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2
35	<i>F</i>	Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу по дому)?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
36	<i>F</i>	Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?		Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2
37	<i>D</i>	Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	Стало ли тебе сложнее запоминать разные вещи?	Нет - 0 Не знаю = 1 Да - 2
38	<i>D</i>	Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?		Нет = 0 Не знаю •> 1 Да - 2
39	<i>D</i>	Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2
40	<i>C</i>	Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	Вещи, к которым ты привык, кажутся тебе не такими, как раньше.	Нет - 0 Не знаю " 1 Да = 2
41	<i>C</i>	Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2
42	<i>C</i>	Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	Не так, как раньше.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да " 2

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей

Уважаемые родители!

Заполнение анкеты начните с указания вида психологической травмы, возможно, перенесенной вашим ребенком. *Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты.* Она состоит из двух таблиц. Первая включает 5 вопросов, описывающих поведение ребенка непосредственно после травмы. Если в жизни вашего ребенка не было травматических случаев, то вам ее заполнять не надо. Вторая таблица, состоящая из 30 вопросов, описывает поведение ребенка в течение последнего месяца. *Даже если Ваш ребенок не переживал травматических случаев, тем не менее, пожалуйста, заполните эту часть анкеты.*

На каждое утверждение выберите один из трех вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если вы сомневаетесь или не можете точно вспомнить, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Скорее да». Если вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да».

Спасибо за сотрудничество.

Ф. И. О. ребенка _____ Возраст _____

Пол: М Ж

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель) _____

Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику? Пожалуйста, отметьте галочкой каждое

из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже:

Автомобильная катастрофа _____ возраст _____ лет
 Другая катастрофа (несчастный случай) _____ возраст _____ лет
 Пожар _____ возраст _____ лет
 Стихийное бедствие _____ возраст _____ лет
 Серьезное физическое заболевание _____ возраст _____ лет
 Длительная или повторные госпитализации _____ возраст _____ лет
 Физическое насилие _____ возраст _____ лет
 Сексуальное домогательство или насилие _____ возраст _____ лет
 Смерть близкого человека _____ возраст _____ лет
 Пребывание в зоне военных действий _____ возраст _____ лет
 Пребывание в качестве заложника _____ возраст _____ лет
 Другое травмирующее событие (уточните) _____ возраст _____ лет

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с Вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли Вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.) _____

Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для Вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них.

Сразу после травмы:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1.	Ребенок чувствовал ужас (очень сильный страх).			
2.	Ребенок чувствовал отвращение.			
3.	Ребенок чувствовал себя беспомощным.			
4.	Ребенок был возбужденным. Он был гиперактивен, трудно контролируем, импульсивен.			
5.	Поведение ребенка стало отличаться от обычного: оно стало менее организованным, менее осмысленным.			

В течение последнего месяца:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях о событии.			
2	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук.			
3	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии.			
4	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны).			
5	Ребенок избегает действий, которые напоминают ему о событии.			
6	Ребенок кажется злым или раздражительным.			
7	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося.			
8	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием.			
9	Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей.			
10	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями.			
11	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте: например, сосет большой палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.			
12	Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова.			
13	Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно.			
14	Ребенок избегает мест, которые напоминают ему о случившемся.			
15	Ребенку трудно оставаться наедине с членами семьи.			
16	Ребенок стал сильно смущаться, когда в его присутствии обсуждают проблемы пола.			
17	Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва.			
18	Кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен.			
19	Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова.			

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
20	У ребенка проблемы с оценкой времени. Он может спутать время суток, день недели или перепутать время, когда произошло какое-то событие.			
21	Ребенок избегает разговоров о случившемся.			
22	Ребенку снятся плохие сны.			
23	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии. Например, у него возникает головная или зубная боль, затрудненное дыхание и т. д.			
24	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью (школьные занятия, работа по дому).			
25	Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает).			
26	Ребенок кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия.			
27	Ребенок говорит о том, что окружающий мир выглядит непривычно. Например, вещи стали выглядеть или звучать по-другому.			
28	Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии.			
29	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания.			
30	Ребенок говорит, что не хочет думать о случившемся.			

Опросник перитравматической диссоциации

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ. Вспомните, пожалуйста, с максимальной точностью, как вы себя чувствовали и что испытывали *в то время*, когда произошло самое тяжелое из пережитых вами экстраординарных событий. Опишите вкратце это событие или укажите номер, под которым оно обозначено в предыдущих вопросах. _____

Ниже приведены вопросы о том, как вы себя чувствовали *именно в то время*. Обведите кружком вариант ответа, который соответствует тому, насколько верно описание, приведенное в вопросе, отражает то, что вы чувствовали в момент события.

1. Были ли такие моменты во время события, когда вы переставали понимать, что происходит? Было ли у вас ощущение потери чувства реальности, «выпадения из реальности»? Были ли другие состояния, когда вы переставали ощущать себя частью происходящего?

1 2 3 4 5

совершенно иногда до некоторой верно совершенно
неверно верно степени верно верно

2. Было ли так, что вы действовали автоматически («на автопилоте»)? Так, сделав что-то, вы позже осознавали, что это сделано вами, но никаких активных намерений совершить это действие тогда у вас не было?

1 2 3 4 5

совершенно иногда до некоторой верно совершенно
неверно верно степени верно верно

3. Изменялось ли у вас чувство времени? Казалось ли вам, что события необычайно ускорялись или замедлялись?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
4. Казалось ли вам все происходящее нереальным, как будто вы были во сне или смотрели кино или какое-то представление?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
5. Ощущали ли вы себя посторонним наблюдателем происходящего с вами лично? Было ли у вас ощущение, что вы как бы летите над местом события или наблюдаете все со стороны?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
6. Было ли так, что ваше ощущение собственного тела как бы искажалось или изменялось — вы чувствовали себя необычно маленьким или большим? Ощущали ли вы, что не связаны со своим телом?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
7. Казалось ли вам, что нечто происходящее на ваших глазах с кем-то другим происходит непосредственно с Вами? Например, если Вы видели, как кого-то травмировало, чувствовали ли Вы, что травмировало именно Вас, даже если на самом деле этого не произошло?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |
8. Было ли так, что после того, как все кончилось, вы были удивлены, обнаружив, что в вашем присутствии произошло много событий, о которых вы ничего не знаете (особенно таких, которые вы обычно обязательно замечаете)?
- | | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совершенно неверно | иногда верно | до некоторой степени верно | верно | совершенно верно |

9. Если вы были травмированы во время события, заметили ли вы, что в момент травмы ощутили удивительно слабую боль или не ощутили боли совсем? (Если вы не были травмированы, поставьте отметку здесь_____)

1	2	3	4	5
совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

Шкала диссоциации {*Dissociative Experience Scale* – DES}

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается серия вопросов о некоторых ситуациях и переживаниях из повседневной жизни. Нас интересует, как часто это происходило с вами. *Помните*, что ваши ответы должны относиться только к тем ситуациям и переживаниям, когда вы *не находились под влиянием алкоголя или наркотиков*. При ответе на вопрос определите, пожалуйста, в какой степени описанное в нем переживание (или ситуация) происходило лично с вами, и обведите кружком ту цифру, которая соответствует тому, как часто, в процентном отношении, вам доводилось испытывать данное переживание или попадать в такую ситуацию.

Рассмотрим один из вопросов, например № 2:

Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...

2) ... слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 **30** 40 50 60 70 80 90 100%
(никогда) (всегда)

Если то, о чем сказано в этом предложении, с вами никогда не происходит, обведите кружком 0%, если это происходит с вами всегда то - 100%.

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

№ _____ Образование _____ Год рождения _____ Пол: М Ж

Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...

- 1) ... во время поездки на метро, автобусе, другом виде транспорта или на автомашине неожиданно осознают, что не помнят того, что с ними происходило в это время или в какую-то часть этого времени.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 2) ... слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 3) ... находясь в каком-то месте, не могут вспомнить, как они туда попали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 4) ... обнаруживают себя одетыми в одежду, о которой не могут вспомнить, как и когда они ее надевали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 5) ... находят среди своих вещей новую и не помнят, как и когда они ее покупали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 6) ... иногда к ним обращаются незнакомые люди, называя их при этом другим именем и утверждая, что встречали их раньше.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении). Исключите ситуации розыгрышей, обмана, заигрывания с целью знакомства.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 7) ... испытывают такое чувство, как будто бы они стоят рядом с собой или наблюдают себя со стороны как другого человека.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 8) ... им говорят, что они иногда не узнают друзей или членов своей семьи.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 9) ... забывают некоторые важные события своей жизни, (например, свадьбу или окончание учебного заведения).

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 10) ... их обвиняли во лжи, а им казалось, что они говорили правду.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 11) ... глядя в зеркало, они не узнают себя.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 12)... испытывают чувство нереальности окружающих их людей и предметов, а может быть, и всего окружающего их мира.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 13) ... испытывают ощущение, что их тело им не принадлежит.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 14) ... иногда переживают какое-то событие (или ситуацию) из своего прошлого так, как будто оно опять происходит с ними в настоящее время.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 15) ... они испытывают чувство сомнения в том, действительно ли происходили какие-то события в их жизни или эти события только пригрезались им.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 16)... находясь в знакомом и привычном для них месте, вдруг ощущают, что ОЙ»**ЗІ(ШЬ** впервые и это место им незнакомо.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 17) ... их настолько поглощает содержание кинофильма или телепередачи, что они уже не замечают ничего, что происходит вокруг них.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18)... фантазия или мечта кажется им реальностью.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19)... иногда они не замечают физической боли.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20)... иногда они сидят, уставившись в пространство, ни о чем при этом не думая и не замечая времени.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21)... находясь в одиночестве, иногда замечают, что громко разговаривают сами с собой.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22)... ведут себя в двух похожих ситуациях настолько по-разному, что у них возникает ощущение будто они — два разных человека.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23)... иногда им вдруг становится легко действовать в тех ситуациях (например, общение, работа, спорт и т. д.), которые обычно вызывают у них затруднения.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 24) ... иногда они вдруг не могут вспомнить, действительно ли они сделали что-то или только подумали о том, что это нужно сделать (например, не помнят, действительно ли они только что опустили письмо в почтовый ящик или только подумали об этом).

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 25) ... вдруг обнаруживают, что они совершили какой-то поступок, и не помнят, как это случилось.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 26) ... иногда находят собственные записи, заметки или рисунки, о которых не помнят, чтобы они их делали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 27) ... иногда слышат *посторонние голоса внутри своей головы, которые говорят им, что делать, и комментируют их поступки.*

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- 28) ... иногда *Они* ощущают, что они смотрят на мир как бы сквозь туман или дымку, *т.е.* что предметы и люди кажутся им далекими или неясными.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Шкала оценки интенсивности боевого опыта {*Combat Exposure Scale*}

Ф. И. О. _____ Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ. Эти вопросы касаются характера и длительности вашего пребывания в условиях военных действий (если такое с вами происходило), включая все события, имевшие место на земле, в воздухе или море. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от **0** до **3** (или от **0** до **4**). Выберите на этой шкале позицию, **которая** максимально приближается к описанию вашего военного опыта, и обведите цифру в соответствии с вашим выбором. Любые неясности относительно вопросов вы можете прояснить с психологом, который берет у вас интервью.

1. Сколько раз вы ходили в военный дозор, принимали участие в десантной операции или выполняли другое задание в условиях повышенной опасности?

0	1	2	3	4
ни разу	1-2 раза	3-12 раз	13-50 раз	более чем 50 раз

2. Сколько месяцев вы находились в зоне обстрела со стороны противника?

0	1	2	3	4
ни разу	менее 1 месяца	1-3 месяца	4-6 месяцев	более чем 6 месяцев

3. Как часто вы находились в окружении врага?

0	1	2	3
ни разу	1-2 раза	3-12 раз	более 12 раз

4. Сколько человек в вашем подразделении было убито, ранено или пропало без вести во время военных действий?
- | | | | |
|-----------|---------------|---------------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| ни одного | между 1 -25 % | между 26-50 % | более чем 50 % |
5. Сколько раз вы участвовали в обстреле противника?
- | | | | | |
|---------|----------|----------|-----------|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ни разу | 1-2 раза | 3-12 раз | 13-50 раз | более чем 50 раз |
6. Сколько раз вы наблюдали, как кто-то был убит или ранен в ходе боевых действий?
- | | | | | |
|---------|----------|----------|-----------|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ни разу | 1-2 раза | 3-12 раз | 13-50 раз | более чем 50 раз |
7. Сколько раз вы подвергались опасности быть убитым или раненым (пулями, снарядами, холодным оружием), попадали в засаду, в другие очень опасные ситуации?
- | | | | | |
|---------|----------|----------|-----------|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ни разу | 1-2 раза | 3-12 раз | 13-50 раз | более чем 50 раз |

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ

Надежда Владимировна Тарабрина — кандидат психологических наук, заведующая лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН, президент Межрегиональной общественной организации по изучению травматического стресса.

В мировой науке накоплен обширный материал по клиническому, психологическому и биологическому аспектам изучения последствий пребывания человека в ситуациях, связанных с угрозой жизни. В таких ситуациях человек испытывает травматический стресс, одним из последствий которого является возникновение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Предлагаемое пособие знакомит читателя с теоретическим анализом результатов исследований по ПТСР, особенностям ПТСР у детей, дается обзор по проблемам диссоциации и психотерапии ПТСР, а также — специальный психодиагностический инструментарий, апробированный в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН. Впервые публикуются данные, полученные с его помощью на разных группах отечественного контингента. Практикум предназначен для студентов, аспирантов и преподавателей факультетов психологии и медицинских вузов, для всех специалистов, связанных профессионально с решением проблем ПТСР.

КНИГИ СЕРИИ



Заказ наложенным платежом:

197198, Санкт-Петербург, а/я 619
postbook@piter.com
для жителей России

61093, Харьков-93, а/я 9130
piter@tender.kharkov.ua
для жителей Украины

220012, Минск, а/я 104
piterbel@carry.psyz.by
для жителей Беларуси



Посетите наш web-магазин:

www.piter.com

ISBN 5-272-00399-3



9 785272 003997