

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Usov K.I.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EMOTIONAL CONDITIONS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER OF PERSONALITY

Аннотация. В статье приведены психологические особенности эмоциональных состояний при посттравматическом стрессовом расстройстве личности.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство личности, эмоциональные состояния.

Abstract. The article presents the psychological features of emotional states in post-traumatic stress disorder of personality.

Keywords: post-traumatic stress disorder of personality, emotional states.

Интенсивность переживаний зависит от индивидуальных особенностей больного с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), его впечатлительности и эмоциональной восприимчивости, уровня психологической подготовки к ситуации, возраста, пола, физического и психологического состояния и других факторов.

Для ПТСР характерно постоянное чувство отчужденности от окружающих, отсутствие реакции или слабо выраженная реакция на актуальные события. Несмотря на то, что травмирующая ситуация осталась в прошлом, пациенты с ПТСР продолжают страдать от переживаний, связанных с этой ситуацией, и у психики не остается ресурсов для нормального восприятия и переработки новой информации. Больные ПТСР теряют способность получать удовольствие и радоваться жизни, становятся менее общительными, отдаляются от других людей. Эмоции притупляются, эмоциональный репертуар становится более скудным [1].

При ПТСР наблюдаются два вида навязчивостей: навязчивости прошлого и навязчивости будущего. Навязчивости прошлого при ПТСР проявляются в форме повторяющихся травмирующих переживаний, которые днем возникают в виде воспоминаний, а ночью в виде кошмаров. Навязчивости будущего при ПТСР характеризуются не полностью осознаваемыми, но частыми безосновательными предвидениями повторения травмирующей ситуации. При появлении та-

ких навязчивостей возможны внешне немотивированная агрессия, тревога и страх. ПТСР может осложняться депрессией, паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, алкоголизмом и наркоманией [2].

С учетом преобладающих психологических реакций различают четыре типа ПТСР: тревожный, астенический, дисфорический и соматоформный. При астеническом типе расстройства преобладают апатия, слабость и вялость. Больные ПТСР проявляют безразличие, как к окружающим, так и к самим себе. Ощущение собственной несостоятельности и невозможности вернуться к нормальной жизни оказывает гнетущее действие на психику и эмоциональное состояние пациентов. Снижается физическая активность, больные ПТСР иногда с трудом поднимаются с постели. В дневное время возможна тяжелая дремота. Пациенты легко соглашаются на терапию, охотно принимают помощь близких [2].

Тревожный тип ПТСР характеризуется приступами беспричинной тревоги, сопровождающимися ощутимыми соматическими реакциями. Наблюдаются эмоциональная неустойчивость, бессонница и ночные кошмары. Возможны панические атаки. Тревога снижается во время общения, поэтому больные охотно контактируют с окружающими. Дисфорический тип ПТСР проявляется агрессивностью, мстительностью, обидчивостью, раздражительностью и недоверчиво-

стью по отношению к окружающим. Пациенты часто инициируют конфликты, крайне неохотно принимают поддержку близких и обычно категорически отказываются от обращения к специалисту [2].

Для соматоформного типа ПТСР характерно преобладание неприятных соматических ощущений. Возможны головные боли, боли в животе и в области сердца. У многих больных появляются ипохондрические переживания. Как правило, такая симптоматика возникает при отсроченном ПТСР, что затрудняет диагностику. Пациенты, не потерявшие веру в медицину, обычно обращаются к врачам общего профиля. При сочетании соматических и психических нарушений поведение может варьироваться. При повышенной тревожности больные ПТСР проходят многочисленные исследования, многократно обращаются к различным специалистам в поисках «своего врача». При наличии дисфорического компонента пациенты с ПТСР могут предпринимать попытки самолечения, начать употреблять алкоголь, наркотики или обезболивающие препараты [2].

Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» выставляют на основании жалоб больного, наличия тяжелой психологической травмы в недавнем прошлом и результатов специальных опросников. Диагностическими критериями ПТСР согласно МКБ-10 являются угрожающая ситуация, способная вызывать ужас и отчаяние у большинства людей; стойкие и яркие флешбеки, которые возникают как в состоянии бодрствования, так и во сне, и усиливаются, если больной сознательно или невольно ассоциирует теперешние события с обстоятельствами психологической травмы; попытки избежать ситуаций, напоминающих о травматическом событии; повышенная возбудимость и частичная утрата воспоминаний о психотравмирующей ситуации [3].

Посттравматическое стрессовое расстройство у разных людей может проявиться по-разному и иметь разные симптомы: эмоциональный взрыв нагнетается внезапно или постепенно, с исчезновением признаков через некоторое время или, наоборот, с нарастанием их выраженности. Выделяют три основные группы симптомов расстройства, которые, в свою очередь, включают несколько проявлений [4].

В эту группу входит комплекс таких симптомов: ощущение сильного эмоцио-

нального напряжения, когда человек вспоминает о пережитом; воспоминания о событии преследуют человека, от них невозможно избавиться при всех стараниях пострадавшего; наличие физиологических реакций в ответ на воспоминания о травмирующем случае (интенсивное потоотделение, тошнота, учащение дыхания и сердцебиения); сновидения, которые вновь заставляют пострадавшего переживать ситуацию; явление «перепроигрывания» (галлюцинации), человек чувствует себя так, будто травмирующий случай повторяется вновь и вновь в реальном времени и ведет себя соответственно воображаемой ситуации [4].

Следующая группа – попытки избежать напоминаний о переломном событии. Сюда входят такие симптомы: избегание всего, что напоминает пострадавшему о ситуации: мест, ощущений, мыслей, вещей; апатия и потеря интереса к жизни после травмирующего случая, отсутствие мыслей о будущем и возможностей, связанных с ним; невозможность припомнить отдельные моменты события [5].

Психологические и эмоциональные расстройства. Последняя группа симптомов ПТСР связана с проявлениями эмоционального и психического расстройств: проблемы со сном (бессонница, пробуждение посреди ночи, кошмарные сновидения); вспышки гнева и раздражительность; нервозность, эмоциональная возбудимость; невозможность сконцентрироваться на чем-либо; панические атаки; стремление к всестороннему контролю; раздражительность и немотивированные вспышки гнева; мысли о самоубийстве; чувство недоверия к окружающим; ощущение стыда и вины; самобичевание; затяжные депрессивные состояния; безнадежность, отсутствие уверенности в будущем; нарушение социальной адаптации [6].

Для людей, переживших тяжелые травмирующие события, общими характеристиками являются сложности мировосприятия, потеря ощущения реальности и преобладание депрессивных эмоциональных состояний, что приводит к трудностям контактов, выраженному внутреннему напряжению, страхам, растерянности, большому количеству негативных эмоций, потере позитивной перспективы будущего. Это приводит к нарушениям адаптации личности, трудностям взаимоотношений с близкими, нередко проявляется в дезадаптивном поведении, кото-

рое зачастую компенсирует тяжелые эмоциональные переживания. Наряду с общими нарушениями при переживании конкретных травмирующих событий, могут проявляться и специфические особенности, проявляющиеся в своеобразии эмоциональной сферы, реагирования, стратегий совладания со стрессовой ситуацией.

Во многих исследованиях отмечается, что люди по-разному реагируют на одну и ту же стрессогенную ситуацию. В основном им удается сохранить или быстро восстановить работоспособность и функциональную надежность, хотя каждый человек в той или иной степени испытывает в этих условиях негативные переживания, эмоциональное возбуждение и психическое напряжение. Наличие индивидуальных различий в реагировании на стресс и формирование стрессоустойчивости определяет растущий интерес к изучению механизмов регуляции этого состояния, обоснования путей и способов его преодоления. В современной психологической науке изучения взаимодействия личности с внешней средой все чаще осуществляется в контексте поведения преодоления.

Г. Селье указывал в качестве одной из ведущих функций психики - уравнивание деятельности организма с постоянно преобразующимися динамичными условиями окружающей среды, а под адаптационным синдромом он описывает особую защитную реакцию организма на разные трудности или неожиданные воздействия [7].

С точки зрения теории Г. Селье, стрессовая реакция включает три последовательные стадии: стадия тревоги; стадия сопротивляемости (резистентности); стадия истощения. Перечисленные стадии идут последовательно, друг за другом по мере развития и усугубления стрессовой ситуации.

Стадия тревоги – это стадия столкновения с событием, вызывающим стресс. На данной стадии, у индивидуума идет мобилизация адаптационных ресурсов организма, а он сам пребывает в состоянии напряженности и настороженного внимания. Если стрессор сверхмощный, то организм может получить значительный удар уже на этой стадии. Если же человек способен перенести стрессор, то наступает следующая стадия.

Стадия сопротивляемости (резистентности) – на данном этапе человек чувствует тревогу минимально или не ощущает ее совсем. На этой стадии осуществляется сбалан-

сированное расходование адаптационных ресурсов. Если стрессор воздействует слабо или недолго, стадия резистентности завершается тем, что человек приспосабливается, увеличивая свою адаптивность и получая новые полезные качества. Если же стрессогенный фактор является чрезвычайно сильным или же действует длительно, наступает третья стадия.

Стадия истощения – человек чувствует практически все то же, что и во время стадии тревоги, только длятся такие ощущения гораздо дольше. Энергия человека исчерпана, а физиологические и психологические защиты уже не работают. Результат данной стадии приводит к тяжелым патологическим последствиям.

Г. Селье сделал образное сравнение указанных выше стадий с жизнью человека с учетом возрастной особенности каждой стадии:

- 1) детство – низкая сопротивляемость организма и чрезмерная реакция на раздражители;
- 2) зрелость – увеличение сопротивляемости организма и адаптация к наиболее частым раздражителям;
- 3) старость – необратимая потеря сопротивляемости, заканчивающаяся смертью.

Р. Лазарус описал два важных для нас положения. Первое из них о том, что важно в ходе анализа осуществлять учет не только внешних видимых стрессовых стимулов и реакций, но и отдельные, обусловленные самым стрессом психологические явления – к примеру, способ оценки человеком угрозы [8]. Это может быть связано с особенностями идентичности личности человека, его восприятием себя самого.

Второе положение заключается в том, что стрессовая реакция может быть обоснована и раскрыта только на основе учета защитных реакций, спровоцированных угрожающими событиями или явлениями, – физиологические и поведенческие системы реакций на угрозу связываются с внутренней психологической структурой личности, ее значимостью в стремлении человека преодолеть данную угрозу через процессы оценки и самозащиты. Исследователь полагал, что «только связывая характер стрессовой реакции с психическими процессами, действующими в людях с различными психическими структурами, мы можем надеяться объяснить

происхождение явления и получить возможность их предсказывать» [8].

Негативное влияние посттравматического стрессового расстройства проявляется на трех уровнях жизнедеятельности человека: физиологический; психологический; поведенческий. На физиологическом уровне стресс непосредственно связан с возникновением сердечно-сосудистых заболеваний, повышенным артериальным давлением, головными и мышечными болями. Психологический уровень связан с немотивированным беспокойством, апатией, повышенной тревожностью, эмоциональным напряжением и истощением. Поведенческий уровень - несчастные случаи, возникновение аддиктивных состояний (алкоголизм, наркомания, пищевая зависимость и другие), неадекватная реакция на окружающих, низкая производительность труда, прогулы, нарушение дисциплины.

Посттравматические симптомы оказывают губительное воздействие на взаимоотношения с другими людьми. Неконтролируемый гнев, эмоциональное отчуждение и неспособность должным образом общаться осложняет отношения между подвергшимися травмам и теми, кто соприкасается с ними в жизни.

Стрессовая реакция для каждого человека индивидуальна и имеет различное значение для разных людей.

Как показывают исследования, существует взаимосвязь сопротивляемости стрессовых расстройств и ряда психологических качеств, а также иных факторов, которые относятся к эмоциональной сфере человека.

Люди с тревожностью, как чертой характера, более подвержены эмоциональному стрессу, в отличие от людей, у которых тревожность возникает в действительно сложных и опасных ситуациях [9]. Исследование И.Н. Ярушиной показало, что между уровнем тревожности и уровнем надежности принятия решения субъектом существует отрицательная зависимость, то есть тревожность является субъективным фактором, негативно влияющим на надежность деятельности [10].

Активное отношение к жизненной ситуации, готовность к преодолению препятствий являются значительными помощниками в противопоставлении стрессу. И наоборот, более пассивное отношение к жизненной ситуации, неверие в возможности успешного

преодоления ситуации являются личностными характеристиками, способствующие стрессу.

Исследователи, в своем большинстве, при изучении подверженности человека стрессу в части гендерного подхода отмечают, что женский пол более устойчив к стрессогенным факторам средней интенсивности и длительной продолжительности. При этом обозначается и причина этого, которая связана с биохимической и физиологической спецификой женского начала, лежащая в основе роли женщины – обеспечение процесса наследственности.

Мужчина же более приспособлен к особым экстремальным условиям деятельности. Объясняется это биологическим предназначением мужчин, в основе которого лежит привнесение изменчивости в фенотипическую составляющую рода человеческого [11].

Вместе с этим следует отметить и понятие «психологический пол», под которым подразумевается приобретение индивидом тех или иных типично мужских или типично женских черт. В этом случае уровень стрессоустойчивости лиц с преобладанием того или иного психологического гендера будет определяться, исходя из разворачивающейся стрессогенной ситуации, а также ресурсами личности, как субъекта деятельности.

Проявления психотравмы, длительность и особенности личностных характеристик во многом могут определить дальнейший процесс отреагирования. Успешность преодоления посттравматических стрессовых расстройств может быть обусловлена индивидуально-типологическими особенностями личности, имеющимся опытом, а также условиями периода реадaptации.

Х.Б. Ахмедова в своем диссертационном исследовании пришла к выводу, что при хроническом ПТСР формируется фанатический вариант личностных изменений, который характеризуется такими основными чертами как отчужденность, замкнутость, подозрительность, жесткость, прямолинейность, авторитарность. Может иметь место доминирование абстрактно-идеалистических ценностей, ориентированных на макросоциум. Высокий уровень выраженности внешне направленных форм агрессии в сочетании с аутоагрессивными тенденциями приводит к социальной дезадаптации. Другие варианты изменений личности при ПТСР характери-

зуются акцентуацией эмоциональной неустойчивости, тревожности, фрустрированности, неуверенности во взаимосвязи с доминированием ценностей, ориентированных на микросоциум, и стратегией поведения, направленной на избегание; либо формированием эгоцентрических установок в сочетании с материально ориентированными ценностями. Данные варианты изменений личности также приводят к дезадаптации, но сохраняют социально приемлемые формы поведения [12].

Ю.В. Живаева и Е.И. Стоянова отмечают, что исследование особенностей людей с диагнозом посттравматическое стрессовое расстройство свидетельствует о том, что эмоциональное нарушение при посттравматическом стрессовом расстройстве может проявляться отсутствием интереса к деятельности, которое может вызвать ангедонию (отсутствие радости, удовольствия от жизни), дистанцию от людей, неспособность думать о будущем. Такие люди становятся замкнутыми, с трудом заводят новые контакты и отношения, что связано со страхом вновь потерять близких людей. Теряется интерес к вещам, ранее приносившим удовольствие. Зачастую, им характерна повышенная агрессивность, в некоторых случаях – насилие [13].

В аспекте изучения ПТСР, есть еще несколько актуальных в рамках нашего исследования положений. Во-первых, существовавшие ранее личностные особенности и расстройства могут выступать в качестве факторов риска для развития ПТСР и играть определенную патогенетическую роль в его развитии. Есть исследования, которые свидетельствуют, что лица с пограничными расстройствами личности имеют ограниченные ресурсы для разрешения травматических событий, что делает их более уязвимыми для развития ПТСР. По данным Е.М. Холодковской и С.В. Торубарова, чем значительнее отрицательные установки личности, наблюдавшиеся в преморбиде, тем резче они могут выявиться в психозе. Эти исследователи предполагают, что положительные и отрицательные свойства личности до заболевания находят отражение в патологических пере-

живаниях больного, влияя на его поведение. Положительные морально-этические установки личности в значительной степени содействуют подавлению возникающей патологической психической продукции с антисоциальной направленностью, препятствуют тенденции к ее реализации. Во-вторых, возможно, что травма сама по себе может явиться причиной стойких изменений в личности и характере. Это объяснение подтверждается многими исследователями, которые выявили, что лица с пограничными личностными расстройствами имеют высокую частоту травматизации в прошлом [14].

Кроме этого, значение имеют индивидуальные характеристики личности (обусловленные психофизиологией и способностями адаптироваться к стрессу), а также акцентуации характера, астенические черты, гиперсенситивность, невротичность, интроцированность, зависимость, склонность к аддикциям, отягощенность психическими заболеваниями разного рода (в том числе на наследственном уровне). Повышение уязвимости к возникновению травматического стресса бывает также обусловлено возрастом, семейным положением, предшествующим опытом и особенностями детского развития, а также взгляды, мировоззрение, личностные смыслы жизни [4].

Эмоциональная устойчивость позволяет более эффективно справляться со стрессом, уверенно и хладнокровно применять усвоенные навыки, принимать адекватные решения в обстановке дефицита времени. Устойчивые к стрессу лица характеризуются как активные, неимпульсивные, настойчивые в преодолении трудностей [4].

Таким образом, интенсивность эмоциональных переживаний зависит от индивидуальных особенностей больного ПТСР, его впечатлительности и эмоциональной восприимчивости, уровня психологической подготовки к ситуации, возраста, пола, физического и психологического состояния и других факторов. Определенное значение имеет повторяемость психотравмирующих обстоятельств – регулярное травматичное воздействие на психику влечет за собой истощение внутренних резервов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Пергаменщик, Л.А.** Кризисная психология / Л.А. Пергаменщик. – Минск: Высшая школа, 2004. – 389 с.
2. Селезнёва, В.В. Психологические аспекты переживания горя // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.; URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=14278>
3. **Козырева, Т.С.** Системный подход к исследованию природы посттравматических стрессовых состояний / Т.С. Козырева // Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: Материалы VIII всероссийской научно-практической конференции/Под редакцией Дмитриевой Н.В., Соколовой Е.В. – Новосибирск: НГПУ, 2009. – С.151-161.
4. **Холмогорова А.Б., Горчакова В.А.** Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация эссенского опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № 3. – С. 120–137.
5. **Фаустова А.Г.** Современные представления о генетических маркерах посттравматического стрессового расстройства // Клиническая и специальная психология. – 2021. – Том 10. – № 1. – С. 61–79.
6. **Толстых Н.Н.** Хронотоп человека без определенного места жительства // Социальная психология и общество. – 2022. – Том 13. – № 1. – С. 224–229.
7. **Селье, Г.** Очерки об адапционном синдроме/ Г.Селье. - М.: Медгиз, 2000. – 252с.
8. **Лазарус, Р.** Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С. 178-208.
9. **Кадыров, Р.В.** Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь / Р.В. Кадыров. – СПб.: Речь, 2012. – 312 с.
10. **Ярушина И.Н.** О влиянии тревожности на надежность принятого решения // Категории, принципы, методы психологии: тезисы научных сообщений. - М., 1993. – С. 535-536
11. **Анашкина, А.В.** Посттравматический стресс у родителей ожоговых детей / А.В. Анашкин // Семейная психология и семейная терапия. - 2001. - №1. – С. 12-18.
12. **Ахмедова, Х.Б.** Изменения личности при ПТСР (по данным обследования мирного населения, пережившего военные действия): автореф. дис.... доктора психол. наук / Х. Б. Ахмедова. - М., 2004. - 42 с.
13. **Дымова Е.Н.** Ретроспективный анализ посттравматического стресса в годы Великой Отечественной войны // Клиническая и специальная психология. – 2021. – Том 10. – № 3. – С. 1–16.
14. **Тарабрина Н.В.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Гл. 5 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – С. 229–269.