

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.03.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Психоэмоциональное состояние личности в посттравматический период

Обучающийся	О.И. Калиничева	
	(Инициалы Фамилия)	(личная подпись)
Руководитель	канд. педагог. наук, Л.Ф. Чекина	
	(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)	

Тольятти 2023

Аннотация

В рамках исследования затрагивается актуальная проблематика, как изучение психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.

Объект исследования: психоэмоциональное состояние личности в посттравматический период. Предмет исследования: влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Практическая значимость работы заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы для разработки программ помощи людям, страдающим от посттравматического стрессового расстройства.

Структура выпускной квалификационной работы соответствует логике и форме построения научного исследования и состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы.

В первой главе «Теоретические основы изучения проблемы психоэмоционального состояния личности в посттравматический период» рассмотрены особенности развития представлений о психической травме в психологической науке; изучены этапы и механизмы переживания психической травмы, определены факторы, влияющие на переживание психической травмы, представлен психологический портрет травмированной личности.

Во второй главе «Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния личности в посттравматический период» представлена организация и методы эмпирического исследования, результаты проведенного эмпирического исследования на выборке испытуемых, выполнен статистический анализ.

Общий объем основного текста исследования составляет 59 страниц, также имеется 4 приложения. Количество исследованных источников, поименованных в библиографическом списке, составляет порядка 50 наименований.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы изучения проблемы психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.....	8
1.1 Развитие представлений о психической травме в психологической науке.....	8
1.2 Этапы и механизмы переживания психической травмы.....	15
1.3 Факторы, влияющие на переживание психической травмы...	25
1.4 Психологический портрет травмированной личности.....	28
Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.....	38
2.1 Задачи, методы и организация исследования.....	38
2.2 Результаты исследования и их анализ.....	42
Заключение.....	53
Список используемой литературы.....	56
Приложение А Результаты по методике «Миссисипская шкала для диагностики ПТСР».....	60
Приложение Б Результаты теста смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева.....	62
Приложение В Результаты по методике «Шкала общей самооценки» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека.....	64
Приложение Г Результаты теста индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной.....	66

Введение

Несмотря на уровень своего развития, опыт поколений и вновь приобретенные знания, и навыки, современное общество в корне не свободно от серьезных потрясений и влияния этих потрясений на жизнь человека.

В условиях нынешней напряженной политической и социально-экономической ситуации, терроризма, развития природных и техногенных катастроф, роста смертности и преступлений против личности люди часто сталкиваются с острыми и/или хроническими травмирующими ситуациями, которые могут привести к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР).

По данным некоторых авторов, 61% мужчин и 49% женщин пережили как минимум одну травмирующую ситуацию, а многие (25-48%) пережили два и более травматических опыта. Исследователи, изучающие влияние стрессовых ситуаций на человека, прогнозируют рост травмоспецифических психических расстройств, в ближайшие годы [48, с. 421-452], что подтверждает важность внимания к стрессу и способам адаптации к нему.

«Травматические ситуации включают необычные и аномальные события, которые могут вызвать сильный психологический стресс, сопровождающийся чувством страха, ужаса и беспомощности. В таких случаях стрессор выступает как так называемое травматическое событие или экстремальная кризисная ситуация с мощными негативными последствиями и угрожающими жизни ситуациями для себя и/или близких людей. Такие травматические события характеризуются следующим: внезапность, отсутствие подобного опыта, проблемы контроля, переживания горя и потери, постоянные изменения, столкновение со смертью, моральная неопределенность, чувство вины и уровень опустошения. Воздействие на психику человека включает несколько характеристик: возникновение осознанно, то есть человек понимает причину своего состояния, помнит травматическое событие, видит возможные последствия травмы для себя

и близких, травматическое событие вызвано внешними обстоятельствами, травматическая ситуация нарушает привычный образ жизни человека, травматическое событие вызывает ужас, беспомощность и бессилие» [5, с. 233-241].

Воздействие травматического события на личность значительно нарушает чувство безопасности человека, что приводит к серьезной дисрегуляции, которая затрагивает все уровни функционирования: физический, личностный, межличностный и социальный.

Многочисленные исследования показали, что воздействие травмирующих ситуаций приводит к специфическим психологическим изменениям в дальнейшем.

Степень разработанности проблемы. Эта тема была исследована в публикациях С.В. Литвинцева, В.Г. Василевского, О.М. Харитонов, Г.О. Растовцева, Т.Б. Дмитриева, Г.А. Фастовцева, Е.М. Епачинцева, А.Б. Довгополок, Е.В. Снедкова, Г.М. Тимченко и других. Они показали, что ПТСР разнообразны и часто достаточно длительны, имеют серьезные последствия и посреди постоянного стресса и серьезных проблем так легко впасть в отчаяние, поддаться высокой тревоге, полностью потерять покой и будущее.

Цель исследования: выявить особенности психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.

Объект исследования: психоэмоциональное состояние личности в посттравматический период.

Предмет исследования: влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Гипотеза исследования: люди, пережившие тяжелый травматический опыт, в дальнейшем имеют более низкую самооценку, отсутствие осознанных жизненных целей, меньшую способность к социализации и умению налаживать конструктивные взаимоотношения с окружающими.

Задачи исследования:

- анализ основных подходов к решению проблемы изучения психоэмоционального состояния личности в посттравматический период;
- выбор инструментария и формирование выборки;
- организация и проведение исследования при помощи комплекса соответствующих методик и обобщение полученных результатов.

Теоретико-методологической основой исследования являются работы зарубежных (Г. Селье, З. Фрейд, Дж. Эверилл, W. Harris) и отечественных (Ю.Л. Александровский, Ф.Е. Василюк, Р. Лазарус, В.Н. Мясищев, М.Н. Русалов) авторов, изучавших влияние посттравматического опыта на личность.

Для проверки сформулированной гипотезы были использованы следующие методы:

- теоретические методы: теоретический, клинико-психологический метод, психодиагностический метод;
- среди опросных методов в психодиагностическом комплексе представлены: миссисипская шкала для диагностики ПТСР; тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева; «Шкала общей самооценки» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека; тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной.
- метод математической обработки: пакет программ «Statistica» v. 12.0, критерий корреляции г-Спирмена, интерпретационный метод.

Научная новизна данной работы заключается в том, что она рассматривает особенности психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.

Теоретическая значимость: результаты исследования могут быть использованы для развития теории посттравматического стрессового расстройства и психологии травмы в целом.

Практическая значимость: результаты исследования могут быть использованы для разработки программ помощи людям, страдающим от посттравматического стрессового расстройства.

Характеристика выборки исследования: электронный ресурс сети Интернет, социальная сеть Вконтакте, группы: психологическая помощь, психологические исследования. В исследовании приняли участие 73 респондента (43 мужчины и 30 женщин), которые обращались к психологу/психотерапевту один или более раз. Возраст респондентов составлял от 35 до 45 лет в соответствии с принципами имеющихся случаев.

Объем и структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, включающего в количестве 50 источников, и 4 приложения. Работа иллюстрирована 5 таблицами и 1 рисунком. Основное содержание работы изложено на 59 страницах.

Глава 1 Теоретические основы изучения проблемы психоэмоционального состояния личности в посттравматический период

1.1 Развитие представлений о психической травме в психологической науке

Научное изучение психологической травмы началось во второй половине 19 века. «Значимость изучения этого феномена определялась не только историческими и социокультурными аспектами развития общества, но и процессами становления психологической науки и зарождения психотерапевтической практики» [15, 43].

Переосмысление человеком своего места в мире и возможность обнаружить, что его переживания, чувства и мысли существуют в реальности, проистекало из позитивистской философии Шеллинга, волюнтаризма Ницше и экзистенциализма Кьеркегора. Однако, «когда девятнадцатый век закончился 31 июля 1914 года, – пишет Пауль Тиллих, – восстание экзистенциализма уже не было восстанием. Оно стала зеркалом эмпирической реальности» [23]. К сожалению, реальность оказалась разочаровывающей [38].

Исторические события начала двадцатого века, а именно борьба за геополитическое пространство и военное противостояние, привели к тому, что во внутреннем мире индивида нарастало чувство беспомощности, тревоги, страха и деструктивного беспокойства. В этом социальном контексте была разработана и научно обоснована концепция травмы, а также исследована причинно-следственная связь между возникновением заболеваний, вызванных травмой. Впервые понятие «травма» было использовано в 1878 году Альбертом Оренбургом, немецким психиатром, изучавшим неврологические расстройства.

В 1905 году на Втором национальном конгрессе психиатров диагноз «травматический психоневроз» был принят в качестве классификации психических заболеваний. В понимании этиологии этого расстройства особое внимание уделялось нарушениям сознания и ощущений, депрессии, коматозному состоянию и эмоциональному шоку. Однако взгляды некоторых психиатров, в частности психиатра В.Ф. Чиж, относили травматический невроз к истерии и считали его «симуляцией».

Сегодня существует множество исследований, посвященных проблеме травмы. Наиболее значимыми из них являются публикации трудов отечественных ученых, таких как В.Н. Мясищев, С.Д. Семенов, Н.Ф. Дементьева, Н.Д. Лакосина [17], Н.И. Погибко, В.Д. Менделевич и другие. Среди зарубежных исследователей можно перечислить работы Р.Д. Сторлоу, Д. Калшеда [12], М. Балинта, Х. Биндера, Т. Каммерера, Х. Теорелла, Х. Кристалла, Дж. Макдугалла, Ф. Тастина, Дж. Германа и других. Однако, несмотря на большое количество исследовательских работ современных ученых, некоторые общетеоретические и связанные с ними практические аспекты этой проблемы остаются неизученными.

Хотя существует множество определений травмы, формулировка этого явления часто довольно расплывчата. Это может быть связано с тем, что он фактически не представлен. Его нельзя увидеть, почувствовать или измерить. Мы можем наблюдать его только через влияние, которое он оказывает на жизнь человека. Психологическая травма может отражаться в негативных эмоциональных состояниях, невротических симптомах, психосоматических заболеваниях, ряде болезненных и тревожных отношений и так далее.

Психологическая травма:

- «это новый опыт в жизни человека, связанный с внезапным внешним событием, представляющим угрозу;
- это перегрузка психического оборудования, стремление, которое невозможно удовлетворить. Она начинается с внешней причины

(требования родителей), за которой следует внутреннее торможение (ограничения суперэго);

– это переживание, интенсивность которого превышает возможности психической обработки субъекта. Обычно это происходит в очень юном возрасте, когда психическая структура еще не полностью сформирована и нет жизненного опыта, чтобы переработать происходящее и полностью интегрировать его в свой внутренний мир;

– это всегда встреча с неизвестным, с тем, что нельзя назвать, понять или осмыслить» [1].

Психика заикливается на травмирующем событии. Это запускает бесконечный механизм повторения. Травматический опыт начинает вновь проявляться в играх ребенка, в поведении взрослого во снах [4, 6].

Если травма не может быть разрешена психически, она переносится в тело, создавая соматический симптом. Это часто приводит к серьезным заболеваниям.

Психологическая травма сопровождается очень серьезными последствиями: «стыдом, чувством вины, гневом, болью утраты. Они непереносимы для человеческой психики и поэтому вытесняются из сознания. Однако они не устраняются полностью, а продолжают проявляться в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах. Их внешними проявлениями становятся депрессия, апатия, навязчивые мысли и действия, страх, тревога и многое другое. Человек неосознанно начинает причинять себе вред» [2].

На поддержание непроработанной травмы уходит много энергии. Человек начинает очень быстро уставать, чувствовать себя разбитым и без сил.

«В психиатрической и психологической литературе для описания травматических процессов используется множество понятий, самыми основными из которых являются травма, психопатия, стресс и невроз. Однако разные авторы используют разные термины для описания одного

и того же явления, подразумевая разные значения одного и того же понятия» [14].

Например, термин «травма» относится к факторам окружающей среды, физическим состояниям, психическим состояниям и физическим реакциям.

Например, некоторые исследователи понимают травму как тяжелое личное переживание – об этом писали Н.В. Канторович [13], Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий [49].

Как считает В.М. Кровяков «травму иногда понимают как информационный шок, который приводит к насильственному нарушению механизмов психологической интеграции, ее системному срыву и серьезному срыву адаптации. В качестве альтернативы травма определяется как психическое потрясение, характеризующееся срочностью, остротой, неожиданностью, внезапностью, непостижимостью и сопровождающееся эмоциональным расстройством» [16].

«Некоторые ученые используют термин «травма» для обозначения травмирующих событий. В других работах психогенетика относится к психическим состояниям и факторам окружающей среды, вызванным психологическими факторами. Так, Х. Биндер понимает психогенетику как необычные травмирующие воздействия среды, то есть такие травмирующие воздействия, которые обусловлены их объективной тяжестью» [22].

В.М. Кровяков классифицировал причинные факторы как травматические и психогенные. Он определяет травму как «острое, внезапное травматическое воздействие с серьезными последствиями (смерть родителя, развод родителей, разлука родителей, инцест, изнасилование)» [16]. «В его исследовании духовность относится к долгосрочным системным психологическим последствиям травмы, включая ряд интенсивных ежедневных воздействий в виде унижения, угроз и психологического дистресса, которые важны для человека и приводят к хроническим состояниям фрустрации. В качестве психологических факторов выделяют следующие: страх перед жизнью родителей и собственной жизнью,

ограничение контактов со сверстниками, требование совершенства, наказание за плохое поведение, неудовлетворительные отношения с родителями, тяжелая болезнь родителей, пьянство родителей, безответная любовь, нарушение жизненных планов» [25, 26, 28].

Некоторые ученые – П.И. Сидоров и А.В. Парняков – используют термин психогения для обозначения «психического расстройства, возникающего под влиянием психологической травмы». И в их понимании психотравма – это жизненное событие или ситуация, которая затрагивает значимый аспект человеческого существования и приводит к глубоким психологическим переживаниям» [47, с. 35].

Существует также определение психогенетики как психического заболевания. Например, в Словаре по психологии под редакцией Н.В. Ушакова дается следующее определение: «психогенные расстройства – это психические расстройства, возникающие под влиянием психической травмы и подразделяющиеся на реактивные состояния (психотические или реактивные психозы) и неврологические расстройства» [41].

Некоторые исследователи – Н.Д. Лакосина [17] и П.П. Волков [49] – понимают невроз и невротические реакции под психогенетикой.

Термин «невроз», предложенный шотландским патологом и невропатологом У. Калленом, в его понимании относится к неврологическим и психическим расстройствам без морфологического или органического субстрата.

Однако существуют и другие определения. Так, по мнению В.Я. Семке, «невроз – это функциональное болезненное состояние, возникающее и развивающееся при отсутствии завершающей травмы, которое приводит к эмоциональному перевозбуждению (с тенденцией к соматизации) и непреодолимой личностной потребности в устранении создавшейся ситуации» [33, с. 154].

По мнению Н.В. Войтович, «невроз – это пограничное психологическое состояние, вызванное травмирующей ситуацией, связанной с нарушением

особо важных отношений в жизни человека. Невроз – это обратимая реакция человека на травмирующую ситуацию, которая никогда не приводит к развитию психического расстройства» [7].

В этих определениях невроз понимается как неуравновешенное психическое состояние. Однако существует и другое понимание невроза как психического расстройства. Давайте рассмотрим пример.

По мнению Д.М. Хомякова, «невроз – это расстройство нервной системы, вызванное хроническим психическим перенапряжением и проявляющееся различными психически-эмоциональными, физическими и поведенческими нарушениями» [47, с. 64].

Согласно Т.П. Пушкиной, «невроз – это психотическое (обычно конфликтное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо важных отношений личности и проявляется как специфический клинический феномен при отсутствии психопатологических явлений» [35, 40].

Некоторые исследователи приравнивают невроз к психозу.

По мнению Е.И. Комченко, «невроз – это психическое расстройство, то есть следствие чрезмерного нервно-психического напряжения и конфликта» [21, с. 82].

В психологической и психиатрической литературе процесс травмы часто обозначается понятием «стресс», которое ввел Г. Селье. Согласно его пониманию, стресс – это «неспецифическая реакция организма на любое предъявленное ему требование. Каждое требование в каком-то смысле конкретно и определено. Неспецифические требования, возникающие в результате воздействия, сами по себе являются сущностью стресса» [32].

Г. Аверилл, вслед за Г. Селье, утверждает, что потеря контроля – это суть стрессовой ситуации, то есть отсутствие адекватного ответа со стороны индивида, когда последствия отказа от ответа важны для него [32].

П. Фресс предложил рассматривать стресс как специфическую эмоциональную ситуацию, то есть «применять этот термин к повторяющейся

или хронической ситуации, в которой может возникнуть нарушение адаптации» [46].

По мнению Ц.П. Короленко, стрессовые ситуации – это «факторы, которые перегружают систему психологической саморегуляции и приводят к развитию эмоционального напряжения. Он определяет само стрессовое состояние как возбуждение эмоций и сопутствующие изменения в других областях психологического функционирования» [15].

Напротив, Р. Лазарус и С. Фолкман определили стресс как «реакцию человека на требования, которые он воспринимает как обременительные или выходящие за рамки его личных возможностей» [50].

Таким образом, в психологии трудно найти точное определение психологического стресса. В большинстве исследований стресс приравнивается к психологической травме. Некоторые ученые приравнивают травму к травматическим/травмирующим событиям. По мнению многих психиатров, травматическое – это «событие, которое выходит за рамки нормального человеческого опыта» [21, с. 83].

Вот несколько определений травмы в этом отношении. По мнению О.В Кербикова, «травма – это значимое событие в жизни человека, которое глубоко затрагивает его сущность и приводит к длительным переживаниям» [14].

По мнению В.Д. Менделевича и Д. Магнуссона, «травмы – это жизненные события и ситуации, которые затрагивают важные аспекты существования человека» [23].

М. Перре, У. Бауманн. А.Б. Смулевич, Р. Кесслер. Ф. Хольбергер, С. Брезниц изучали травму как явление, но не использовали само понятие травмы [36].

Критические, меняющие жизнь события определяются как те, которые соответствуют следующим критериям:

- они идентифицируемы во времени;

- они сопровождаются качественной перестройкой структуры «личность-среда»;
- они сопровождаются выраженной эмоциональной реакцией [26].

В этих случаях умственная деятельность перегружена необходимостью адаптации.

Ключевые жизненные события включают 43 события, требующих, перестройки (шкала оценки социальной перестройки) в структуре личности.

Таким образом, психологическая травма – повреждение психики человека, вызванное одним или несколькими событиями, которые вызывают значительный стресс, превышающий способность человека справляться с эмоциями или интегрировать их, что в конечном итоге приводит к тяжелым, долгосрочным негативным последствиям.

1.2 Этапы и механизмы переживания психической травмы

«Находя свое место в корпусе научных знаний, психология долгое время находилась в состоянии замешательства, пытаясь соответствовать строгим научным критериям детерминизма и проверяемости, не теряя при этом уникальности своего объекта исследования. Постепенно этот хрупкий баланс был нарушен, и важность внутреннего субъективного опыта стала снижаться в пользу внешнего объективного знания. Это помогло психологии утвердиться в качестве научной дисциплины и заложило основы для получения и проверки психологических данных. Это позволило изучить многие психологические явления» [14]. Однако изучения эмпирических явлений оказалось недостаточно, и здесь можно согласиться с позицией Л.А. Пергаменщика о том, что «для его изучения необходимо обратиться к иной методологической парадигме, признав, что опыт – ущербное субъективное явление, которое необходимо изучать качественными, а не количественными методами. Категория изучения опыта представляется важной именно в силу своей субъективной природы, включенности

в контекст человеческой жизни, в человеческие желания и стремления, в которых не отказываются от объективных научных методов и критериев, а опираются на них. Нельзя сказать, что эмпирическое явление полностью ускользнуло от внимания исследователя. Напротив, он с самого начала занимал ценное место в системе психологических явлений» [27].

В. Дильтей был первым, кто придал научный статус опыту, который он рассматривал как основной инструмент психологии [10].

Р.Д. Лаинг и А. Лэнгле рассматривали опыт как место встречи двух миров – внешнего и внутреннего [20].

По мнению Ф. Перлза, «процесс переживания создает условия для усвоения человеком своего значимого жизненного опыта, что возможно только при контакте с другим человеком, с окружающей средой» [41].

«Однако два основных психологических направления, бихевиоризм и когнитивизм, которые движутся к наивысшей объективности в психологической науке, явно не заинтересованы в изучении подобных явлений. Поэтому в зарубежной психологии опыт либо выходит за рамки научных интересов психологов, либо рассматривается как связь между внутренним субъективным миром и внешней средой, которая позволяет человеку выйти за пределы своего «я» и тем самым достичь новых уровней развития» [41].

В российской психологии также можно встретить различные – даже несколько противоположные – взгляды на место опыта в системе психологических категорий.

Для А.Г. Асмолова опыт – это «психическое состояние с эмоциональным подтекстом» [2]. Для А.Н. Леонтьева «опыт становится вторичным и произвольным, непригодным для прямого и непосредственного изучения» [19]. Е.П. Ильин считает, что опыт – это синоним категории «эмоция» [11].

Л.С. Выготский предлагает считать опыт фундаментальной категорией психологии, позволяющей рассматривать личность и среду в динамическом единстве [8, с. 26].

С.Л. Рубинштейн рассматривает опыт как «часть психологического субъекта, субъективный аспект которого дополняет знание, то есть объектный аспект» [30].

Так, «в отечественной психологии в первых исследованиях категория переживания считалась фундаментальной и составляла основу дисциплины психологии, в последующих исследованиях она утратила статус фундаментальной категории и надолго потеряла свое первенство. Можно сказать, что на данном этапе развития психологического знания ни в западной, ни в российской психологии нет единого взгляда на место переживания среди других психологических феноменов» [3].

«В последние годы, однако, и представители академической науки, и практикующие психологи все чаще привлекают учет опыта в своей работе. Можно утверждать, что этот интерес растет, несмотря на некоторые трудности методологического и экспериментального характера, отражая изменения, произошедшие в психологии за последние годы, когда количественная парадигма изучения психологических явлений уже не считается единственно верной, а уступает место качественной парадигме. Анализ природы эмпирических категорий помог установить баланс между объективностью и субъективностью в изучении человеческой психики» [12].

Каковы его существенные особенности и могут ли они расширить границы понимания человеческой психики естественными науками? Анализ научных работ по эмпирическим вопросам позволяет выделить некоторые из этих особенностей.

Первая характеристика опыта – единство личности и среды. Л.С. Выготский описывает его как «простую единицу, расположенную между средой и личностью, отражающую динамическое взаимодействие

между ними, когда она не может быть отнесена ни явно к влиянию среды, ни к внутренним качествам личности» [8, с. 53].

«Опыт позволяет определить, что представляет собой окружающая среда в данный момент для человека и каково его отношение к этому фрагменту реальности. Стоит отметить, что в данном случае опыт можно рассматривать не только как специфическое состояние человека, но, прежде всего, как механизм, с помощью которого аспекты личности и среды соединяются в некую целостность. Опыт позволяет человеку уменьшить препятствия, возникающие на пути к восприятию внешнего мира. Изменения в опыте отражают изменения в восприятии окружающей среды, что в свою очередь приводит к изменениям в характеристиках взаимодействия со средой» [13].

«Эта характеристика также является основой для понимания опыта как способа выхода за границы самости, благодаря которому человек имеет возможность трансформировать негативный, устаревший и деструктивный опыт в нечто более конструктивное, достигая нового этапа в своем развитии» [49, с. 201].

Следующей характеристикой опыта является его направленность (интенциональность) на определенный объект. По мнению Л.В. Трубицыной, опыт – это всегда опыт события, случая, происшествия [41, с. 20].

Т.Д. Марцинковская связывает эту специфику с «интернализацией норм, ценностей и культурных стандартов и возможностью самопринятия. Другой важной характеристикой опыта является то, что он является личным. Опыт – это мое; он отражает внутренний опыт, чувство отличия себя от других и подчеркивает уникальность личности» [22].

«Переживание ситуативно, эта характеристика соответствует общему принципу практической психологии – принципу «здесь и сейчас», то есть отражает степень важности события для конкретного человека в конкретное время. Это делает процесс оказания психологической помощи человеку ярким и естественным, гармонирующим с его ситуацией. Этот принцип

также позволяет практикующему психологу приблизиться к клиенту, почувствовать контакт и основывать свою работу на его реальном субъективном опыте» [16].

«Опыт носит творческий характер. Это особенно заметно, когда человек переживает кризисы и травматические события. Они предъявляют к нему требования, превышающие имеющиеся у него ресурсы, создают условия для поиска нестандартных решений проблем и для совладания со своим внутренним состоянием, когда все обычные средства саморегуляции не работают. Скорее, переживание жизненных дилемм раскрывает более важную особенность опыта – разрешение «проблемы смысла», восстановление или создание системы ориентиров, которая была утрачена в ситуациях, когда человек оказывается в состоянии травмы или кризиса» [26].

Ф.Е. Василюк указывает, что «опыт можно рассматривать как внутреннюю деятельность, направленную на изменение своего внутреннего мира, своей смысловой ориентации, восстановление утраченного в трудностях жизни смысла существования» [5, с. 189].

Такое понимание опыта имеет важные практические последствия для оказания психологической помощи людям в травмирующих ситуациях.

Наконец, еще одной существенной характеристикой опыта является его единство с рефлексией. Л.Р. Фахрутдинова описывает эту специфику, когда говорит, что «опыт следует рассматривать как существенный элемент сознания, характеризующийся рефлексивностью» [42].

Л. Бурбо выделяет пять типов травм: «унижение; несправедливость; предательство; отвержение; брошенность, которые мешают людям быть самими собой и приводят к серьезным психосоматическим заболеваниям» [26].

Л. Терр «допускает более широкую классификацию, включая как разовые, так и хронические травмы, которые угрожают жизни человека и приводят к чувству беспомощности, бессилия и ущерба здоровью.

Одиночные травмы снижают риск развития ПТСР, в то время как сложные травмы повышают риск развития ПТСР» [16].

В классификации Ф. Руперта травма дифференцируется в зависимости от типа неразрешенного эмоционального конфликта: «экзистенциальная травма; травма утраты; травма отношений; травма системных отношений» [44].

В отечественной психологии Н.Д. Лакосина и Г.К. Ушаков классифицируют травмы по следующим категориям: травмы «эмоциональной депривации»; травмы, связанные с различными конфликтами; угрожающие жизни катастрофические травмы [17].

В.Н. Мясищев делит травму на объективно значимую и условно патогенную, подчеркивая тем самым смысловую роль события. Как мы понимаем, объективно значимые травмирующие события являются значимыми для подавляющего большинства людей. Условная патогенность понимается как травматическое событие, обусловленное спецификой уровня ценности человека [25].

И.С. Якиманская попыталась проанализировать воспоминания взрослых о детских травмах и выделила следующие группы: «травматическая потеря базового доверия, связанная с разрушением эмоциональных связей; травмы, связанные с эмоциональной и физической болью; травма, связанная с безнадежностью и отсутствием выбора; травмы, связанные с серьезными проблемами со здоровьем; травма физического насилия» [39].

Как мы видим, в психологии существует довольно много способов классификации травмы. В целом, можно выделить лишь несколько групп с различными основаниями [39] (рисунок 1).



Рисунок 1 – Классификация психологических травм

«Центральной темой этой классификации является неразрешенный эмоциональный конфликт, поскольку травма действует в первую очередь на эмоциональном уровне. Основываясь на обширном психотерапевтическом опыте, Ф. Рупперт может определить центральные чувства каждого конфликта: страх смерти при экзистенциальной травме; страх покинутости при травме потери; разочарование при травме отношений; стыд и вина при системной травме отношений. Однако категории авторов описывают не только негативные последствия переживания травмы, но и их возможные альтернативы» [31].

Таким образом, «в случае переживания экзистенциальной травмы эмоциональный конфликт состоит из отсутствия самости, с одной стороны, и духовной устойчивости – с другой. В случае травматической потери эмоциональный конфликт отражается в фиксации или высвобождении негативных эмоций. Эмоциональный конфликт ставит человека перед выбором: не доверять никому или доверять и любить перед лицом травмы отношений. При систематическом поиске травмы в отношениях эмоциональный конфликт основывается на тайне и сокрытии, с одной стороны, и принятии ответственности и вины – с другой» [39].

В то же время, перечисленные виды травм могут быть обусловлены временными границами, типом ситуации и субъективным отношением человека к ситуации.

Различают четыре стадии травматического опыта.

– Стадия «отрицания и шока».

«Эта стадия начинается в момент возникновения стрессовой ситуации. Это первое знакомство человека с ужасом, который он должен пережить. Человек отказывается принимать то, что произошло, и поэтому пытается уйти от реальности и избежать болезненных переживаний. Она может длиться до трех дней» [29, с. 59].

– Стадия «агрессии и вины».

Эта фаза длится от 9 до 40 дней. Эта фаза характеризуется тем, что жертва либо винит себя в случившемся (фаза вины), либо обвиняет других – власти, местную администрацию и так далее (стадия агрессии).

«По мере того, как человек все больше и больше переживает случившееся, он может обвинять тех, кто прямо или косвенно связан с травматическим событием или вовлечен в него (стадия агрессии) или себя (стадия вины). Если бы я вел себя по-другому, этого бы не случилось. Таким образом, человек пытается найти справедливость в несправедливом мире. Именно на этом этапе человек начинает выходить из первой стадии – стадии отрицания и шока» [26].

– Стадия «депрессии».

«Эта стадия может длиться до года. Это происходит после того, как человек осознает, что обстоятельства сильнее, чем он есть на самом деле. Хотя травматическое событие еще не произошло, человек заново переживает все важные события своей жизни. Для этой фазы характерны чувства беспомощности, покаянности, одиночества и никчемности. Вырваться из этой ситуации невозможно, и в сознании человека боль будет усиливаться с каждым днем» [12].

«В этот период отсутствует чувство цели, и жизнь становится бессмысленной. Часто бывает так, что в поисках смысла человек начинает заниматься благотворительностью. Такое решение облегчает боль, но не снимает депрессию. На этом этапе люди, пережившие травму, как никогда нуждаются в поддержке близких. Однако во многих случаях отношения осложняются из-за того, что человек чувствует себя непонятым другими, теми, кто не сталкивался с ситуацией напрямую» [12].

«Результатом этого опыта может быть потеря интереса к общению или полное его прекращение. Что касается ближайшего окружения человека в таком состоянии, то люди часто не знают, как себя вести, и начинают избегать общения, что усиливает чувство изолированности жертвы» [29, с. 59].

– Фаза «исцеления».

«Она начинается после первого года. Человек учится жить без потерь. Эта стадия характеризуется полным принятием (сознательным и эмоциональным) своего прошлого и обретением нового смысла жизни: «Я могу выжить, несмотря на травмы моей жизни». Этот человек научился извлекать уроки из прошлого жизненного опыта» [36].

Установленная серия травматических переживаний является конструктивным условием развития. Если жертва не прошла через жизненный этап травматического опыта, значит, этап слишком затянулся, чтобы сделать разумный вывод, и существует симптомокомплекс, с которым человек уже не в состоянии справиться самостоятельно [24].

Для переживания психологической травмы и способов ее преодоления, а также развития посттравматической личности и формирования функциональных проблем, играют большую роль психологические механизмы защиты. В литературе выделяют две группы психологических защитных механизмов, используемых в случае травмы [9, с. 74].

– Конструктивные (адекватные, зрелые) защитные механизмы.

Для них характерно сознательное использование в регуляторной деятельности. Используя их, люди предпринимают активные, сознательные усилия, чтобы переработать травмирующий опыт и найти новый смысл, который приведет их на путь развития и психологического благополучия.

– Неконструктивные (неадекватные, примитивные, незрелые) защитные механизмы, характеризующиеся активностью бессознательных процессов.

Эти механизмы временно облегчают душевные страдания, но искажают картину мира и делают невозможным преодоление травмы. В эту группу входят:

- защитные механизмы высшего уровня – отвлечение, рационализация, рационализация, эмоциональная глухота;
- защитные механизмы среднего уровня – уход в фантазии, религиозные верования, отрицание, проекция;
- защитные механизмы низкого уровня – обесценивание, идеализация, деперсонализация, проективная идентификация, диссоциация.

Активация конструктивных и неконструктивных защитных механизмов может происходить на разных стадиях переживания травмы. Бессознательные, неструктурные защитные механизмы играют особую роль в психологической деятельности человека в момент травмы и на начальных этапах. Например, в случае физического и психологического насилия, которому человек не в состоянии противостоять, защитные механизмы, содержащие диссоциацию как таковую, очень эффективны для самозащиты [16, 17].

Активация бессознательных защитных механизмов в ответ на аномалии личности – нормальное и универсальное явление. Так, В. Франкл, описывая шоковые реакции заключенных в немецких концентрационных лагерях на аномальные переживания, вызванные ужасами газовых камер, близостью смерти и бесчеловечными условиями жизни, подчеркивает, что только благодаря активации защитного механизма

диссоциации заключенные смогли психологически выжить, когда впервые попали в лагеря. Диссоциативные механизмы снижают уровень эмоциональных реакций, в результате чего все происходящее вокруг воспринимается лишь в ослабленном виде [45].

Однако фиксация на неконструктивных защитных механизмах продолжает приводить к тяжелым психологическим и личностным расстройствам. Длительное воздействие неструктурных защитных механизмов высшего уровня, таких как вытеснение и приглушение (эмоциональная глухота) – сознательное или бессознательное избегание думать о случившемся – также осложняет восстановление после травмы [19]. Происходит негативная фиксация на травме из-за неспособности полностью пережить травматическое событие, что впоследствии приводит к эмоциональной анестезии, то есть неспособности испытывать эмоции, особенно положительные. Действие неконструктивных защитных механизмов может привести к другой патологии, описанной в литературе, а именно к «фрагментации жизни» – неспособности связать свой жизненный опыт в единое целое, в результате чего некогда единый жизненный мир как бы распадается на отдельные, не связанные между собой части.

Таким образом, переживание травмы проходит четыре стадии: стадия «отрицания и шока», стадия «агрессии и вины», стадия «депрессии» и стадия «исцеления». В литературе выделяют две группы механизмов психологической защиты, используемых в травматических ситуациях: конструктивные защитные механизмы и неконструктивные защитные механизмы, характеризующиеся активностью бессознательных процессов.

1.3 Факторы, влияющие на переживание психической травмы

Психологическая травма – это специфическое повреждение нервной системы, вызванное сильным стрессом. Психологическая травма развивается по многим причинам, сопровождаемым факторами стресса и переживаний:

- неприятные события в жизни;
- горе по поводу потери близкого человека;
- предательство со стороны родственника или друга;
- последствия тяжелой болезни и так далее

Психологическая травма также может быть связана с насилием, подавлением воли, шантажом, угрозами, оскорблением человеческого достоинства и другими событиями, обстоятельствами и действиями, которые заставляют человека испытывать депрессию, разочарование и хронический страх.

Не на всех людей триггеры влияют одинаково. Человек может спокойно пережить пожар, наводнение, техногенную катастрофу. Но он совершенно «не в себе», не в состоянии руководить своими мыслями и действиями из-за потери любимого человека. Другой решительно переносит свой смертельный диагноз, но болезненно переживает предательство друга.

Травматические переживания случаются как у детей, так и у взрослых. В раннем детстве негативный опыт может быть связан с наказанием, домашним насилием, деспотичным стилем воспитания и посрамлением со стороны сверстников. У взрослых причины травмы другие – смерть близкого человека, развод, военные действия или терроризм, сексуальное насилие.

Возникновение травмы неизбежно сопровождается развитием определенных кластеров симптомов. Признаки развития конфликта внутри человека – эмоциональные и физические.

Эмоциональные симптомы включают следующие состояния:

- неспособность сосредоточиться, растерянность, рассеянность;
- перепады настроения, взрывной гнев, раздражительность;
- чувства безнадежности, печали, скорби, покинутости;
- чувство страха, тревоги;
- чувство стыда, вины, ненависти к себе;

- шок, отрицание события;
- эмоциональное оцепенение – потеря способности эмоционально реагировать на события.

Физические симптомы травматического опыта проявляются в виде отклонений, например:

- «пустые» взгляды;
- быстрая утомляемость;
- дефекты координации и внимания;
- дефицит памяти, неспособность пересказать события в хронологическом порядке;
- нарушения сна, кошмары;
- постоянное напряжение мышц, ощущение напряженности;
- учащенное сердцебиение;
- хронический болевой синдром.

Человек может испытывать посттравматические симптомы в течение нескольких месяцев. Постепенно память тускнеет и становится вялой, но в важных случаях (например, в годовщину смерти) чувства сублимируются с новой силой.

Внезапные негативные события часто могут привести к серьезным последствиям. Травма может не только стать источником клинического диагноза (психоз, невроз, посттравматический синдром, психосоматические расстройства, фобии), но и нанести значительный ущерб физическому здоровью и социальной жизни человека. Например, пережитая травма может стать толчком к изменению жизненных принципов и приоритетов. В результате человек теряет стремление к личностному развитию, социальному статусу и нормальным отношениям с близкими людьми.

Тяжесть психологических последствий травматического события и его продолжительность зависят, по крайней мере, от трех факторов.

Первый фактор – объективная интенсивность травматической ситуации, которая определяется следующими факторами:

- «враждебный характер ситуации;
- тяжесть воздействия стрессового фактора;
- продолжительность воздействия стрессора;
- неопределенность, непредсказуемость ситуации;
- неконтролируемый характер ситуации;
- отсутствие социальной поддержки;
- травматический опыт, несовместимый с обычной реальностью;
- неспособность рационально объяснить происходящее» [25].

«Если травма относительно легкая, тревога и другие симптомы повышенного стресса могут исчезнуть через некоторое время. Однако если травма была тяжелой или травмирующее событие повторялось несколько раз, тревожные реакции могут сохраняться годами.

Второй фактор, определяющий тяжесть травматической ситуации, – это субъективная оценка индивидом ее тяжести» [14, 15].

Третьим фактором является личная предрасположенность человека к развитию посттравматического стресса и других негативных психологических последствий.

Таким образом, тяжесть психологических последствий травматического события и их продолжительность зависят от трех факторов: объективной интенсивности травматической ситуации, субъективной оценки ее тяжести и предрасположенности человека к развитию посттравматического стресса и других негативных психологических последствий.

1.4 Психологический портрет травмированной личности

Нанести серьезную психологическую травму взрослому человеку практически невозможно. Это верно только в том случае, если в прошлом у него не было невыносимого опыта, который реактивируется нынешним травматическим событием. З. Фрейд объяснял это тем, что «в психике

формируется ядро в контексте травматического события, пережитого в младенчестве, и это ядро ассоциируется с ним. Это ядро вступает в действие, когда человек оказывается в ситуации, напоминающей о длительном травматическом опыте. Это запускает патологические механизмы реагирования и компульсивное повторение. Другими словами, человек начинает находиться под влиянием воспоминаний и патологических моделей поведения, которые он бессознательно воссоздает» [12].

Травмированная личность часто понимается не только как сформированная пережитыми травматическими стрессами, но и как воспринимающая произошедшие в ней патологические изменения как позитивные, находящая в них определенную психологическую пользу, а иногда даже гордящаяся ими.

«Часто травматическая личность представляет собой относительно стабильный набор идентифицируемых черт, развивающих в результате травмы. В тех случаях, когда человек не может или не хочет анализировать то, что с ним все-таки произошло, строятся другие базовые галлюцинации, чтобы заменить некоторые из них уже разрушенных» [3].

Психологические характеристики человека, пережившего травму, зависят от целого ряда критериев: тип травматической ситуации и интенсивность ее воздействия на человека; продолжительность травмирующей ситуации; пол, возраст, психофизическая конституция и индивидуальные особенности; возраст и психическое состояние на момент события, степень предшествующей травмы и наличие неблагоприятных условий формирования личности до события; окружение человека, наличие подлинных эмоциональных связей с близкими людьми и их способность оказать помощь и поддержку; обращение к психотерапии до или после травмы; общий социально-экономический статус страны, который влияет на способность восстановить уверенность в себе и своем будущем [16].

Е.М. Черепанова выделяет основные характеристики травматического приобретения личности.

– «Романтизм. Такие люди знают, что такое человеческое счастье, и ради него готовы пожертвовать всеми, кто имеет другие представления о счастье. Человек чувствует, что цепляется за свой «светлый» идеал, не замечая, что причиняет боль другим» [48].

– Ценность группы преобладает над ценностью индивидуума. «Жизнь группы становится для человека более важной, чем жизнь отдельного человека. Поэтому жизнь одного или другого может быть принесена в жертву ради благополучия группы и блага группы, равно как и собственная жизнь» [48].

– «Стремление к саморазрушению образует вместе с предыдущими качествами соединение, которое можно описать как «самоотверженное счастье ради блага группы». На самом деле это понятие напрямую связано с базовой иллюзией бессмертия и в некотором смысле является ее продолжением: если дело группы выживет и восторжествует, моя смерть не имеет значения» [5].

– Иллюзия справедливости мирового порядка. «Некоторые люди верят, что все зло должно быть наказано, а добро должно восторжествовать. Эти люди обычно слишком честны, благородны, принципиальны и справедливы. Правда, их честность и благородство касаются только членов их общины, но ради принципа они готовы пожертвовать собственной жизнью, жизнью тех, кого они любят, и жизнью других людей. Девиз – Не поступайся своими принципами» очень характерен для травматической личности» [5].

– «Иллюзия простого мирового порядка. Согласно этой иллюзии, мир разделен на две части: «наши» и «не наши». К «нашим» применимы честность и благородство, к «не нашим» – только принцип «кто не с нами, тот против нас». Весь мир оценивается в зависимости от того, по какую сторону «блокпоста» он находится» [5].

Основное различие между травмой, полученной в результате внешних событий, и последствиями кумулятивной травмы, пережитой в детстве, заключается в том, что детская травма часто классифицируется как

хроническая и формирующая личность по своим последствиям. То есть последствия такой травмы могут быть в большей степени патогенными и формирующими характер. В то же время травма, полученная в зрелом возрасте, может привести к изменениям личности. Психологические последствия травмы всегда строго индивидуальны. Однако можно выделить некоторые общие характеристики, которые в большей или меньшей степени присущи травмированной личности [18, 32].

Основным проявлением травматической личности является нарушение в эмоциональной сфере. Часто человек теряет связь со своими эмоциями и истинными потребностями из-за подавления боли, страха, отчаяния и других негативных эмоций, возникающих в ответ на травматическое событие. Эмоциональное поле истощается, и человек становится неспособным испытывать какие-либо эмоции, будь то отрицательные или положительные. В этом случае детская травма характеризуется формированием «ложного – Я», личность строится вокруг различных видов психологических защит, которые доминируют в формировании психики. Эмоциональное «замораживание» проявляется не только в собственных чувствах и потребностях, но и в чувствах других людей – теряется способность к эмпатии.

Не переработанная травматическая ситуация проецируется на все личные контакты человека и формирует его эмоциональный фон. Люди, пережившие жестокое обращение в детстве, теряют способность верить в надежность и стабильность отношений. Возникают трудности в установлении тесных эмоциональных связей, а попытки построить отношения оборачиваются постоянным разочарованием (в партнере или в себе), возвращаясь к уже знакомому чувству бессилия. В некоторых случаях травмированный человек проявляет безразличие к объекту, который постепенно становится для него важным. Травмированные люди вряд ли смогут выдержать постепенное возникновение глубокого личного участия

и заботы о других, потому что им не хватает внутренних инвестиций, необходимых для создания глубокой эмоциональной привязанности.

В близких отношениях можно проследить конфликтные ситуации и их длительность разной степени выраженности, когда человек чувствует себя бессильным решить эти вопросы. В зависимости от личностных особенностей и личной истории, одни люди переживают проблемные моменты в отношениях через тревогу и склонность к созависимости от партнера, желание контролировать его, другие – через проявление безразличия, апатии и склонности к интеллектуальному анализу в ущерб эмоциональному выражению [33].

Для людей, переживших травму, характерно избегающее поведение, которое проявляется, как попытка предсказать повторение травматического события. Для одних это будет избегание ситуаций, мест, мыслей, чувств, разговоров и так далее, а для других – избегание установления тесных эмоциональных связей и избегание чувства вины из-за перегруженности. Эта мотивация связана с пережитыми чувствами беспомощности, бессилия и невозможности реагировать в травмирующих ситуациях, а также с чувством вины даже после пережитого.

Травмированные люди могут бессознательно развивать следующие особенности общения [34].

– Склонность скорее критиковать, чем одобрять.

Если человек чувствует, что кто-то ведет себя неподобающим образом с экзистенциальной точки зрения, он будет критиковать его поведение и тем самым проявлять заботу о нем. Он бессознательно считает, что неправильное поведение (под влиянием формирования личности в экстремальных условиях) может привести к смерти или другим катастрофическим последствиям. В то же время, если поведение другого человека является правильным (с точки зрения травмированного человека), то есть он может выжить или избежать других серьезных последствий, то потребность в общении воспринимается как несуществующая. Такой стиль поведения

характерен для экстремальных ситуаций: говорить, когда есть проблема, и молчать, когда все хорошо.

– Соккрытие информации от собеседника.

Эта привычка формируется в ситуациях, когда опасно говорить ясно и правдиво. Травмированные люди могут давать расплывчатые ответы на прямые вопросы, часто бессознательно. Систематическое уклонение от прямых ответов может привести человека в замешательство, поскольку существует неразрывная связь между отсутствием четкой информации и возникновением чувства страха. В случае с любимым человеком такая повторяющаяся ситуация может привести к отсутствию доверия.

– Пассивно-агрессивный стиль общения.

Данный стиль проявляется в игнорировании ожиданий других, несоблюдении договоренностей, возложении вины на других, создании неопределенности и двусмысленности, невыполнении обязательств. Такой стиль общения вызван неосознанным страхом перед открытой конфронтацией и отсутствием положительного опыта решения проблем в общении [17].

Семейные отношения и общение у травмированных людей формируются особым образом, что ярко иллюстрирует «треугольник искупления», который Е.В. Емельянова, Е.М. Черепанова, изучавшие это явление, называют одним из самых разрушительных в семейной жизни. «Именно спасатель воспитывает в членах семьи беспомощность и безответственность. Травмированный человек может играть различные роли в обществе и описывается в научной литературе как жертва, спасатель и преследователь. Рассмотрим эти роли более подробно» [48].

«Жертвы и выжившие различаются по содержанию. Жертвы становятся выжившими и начинают получать психологическую (а иногда и финансовую) выгоду от того, что они стали жертвами. Жертвы излучают состояние «я жалок, я несчастен», им постоянно стыдно, они чувствуют себя беспомощными и бессильными решить свои проблемы, часто находятся

в депрессии и нуждаются в спасителе, который сможет их защитить. Жертва – это человек, который указывает на то, что он является жертвой и поэтому ожидает помощи, жалости и сочувствия от других. Еще один признак «выжившего» – ожидание дальнейшей травмы. Жертвы не заинтересованы в том, чтобы перестать быть жертвами, иначе они потеряли бы всеобщее прощение и сострадание. Другими словами, для жертвы лучше чувствовать себя несчастной, чем счастливой. Жертвы создаются и формируются спасателями. Эти персонажи не могут существовать без одного из них» [5].

«Спасатель – это тот, кто утешает всех и приходит на помощь. Больше всего ему нравится помогать людям. Но спасатель заинтересован не в реальной помощи, а в получении психологической выгоды. Играя такую роль, этот человек подчеркивает свою значимость. Другим преимуществом является вечная благодарность жертвы и ее зависимость от Спасителя. Ему важно чувствовать себя благородным, но, жертвуя собой без спроса, он начинает требовать благодарности. Спасатель чувствует себя виноватым, когда не может помочь; берет на себя всю ответственность за жертву; и часто выполняет за нее работу. Спасатель не может позволить жертве стать самостоятельной и удачливой, потому что тогда ему некого будет спасать. Спасатели часто являются бывшими жертвами. Не имея возможности помочь себе, они начинают помогать другим, что просто не является правильной стратегией с психологической точки зрения. Только когда вы поможете себе, вы сможете помочь другим» [5].

Иногда спасатель превращается в преследователя, особенно если он пытается помочь другим насильственным способом.

«Преследователь критикует, обвиняет («это твоя вина»), ведет себя неоправданно жестоко, полон гнева и использует психологическую защиту, а не искренность, потому что всегда ожидает нападения. Отношения между преследователем (палачом) и жертвой также неоднозначны. Все эти роли взаимно необходимы. Таким образом, в жизни часто бывает так, что жертва

и преследователь получают психологическую выгоду друг от друга и не заинтересованы в изменении своего поведения» [5].

«Жертвы также легко могут стать преследователями (палачами). Всем знакома ситуация: ребенок в семье (например, ребенок-инвалид), которого вскоре избаловали (потому что все вокруг играют роль спасителя и не дают ему ничего делать самостоятельно), через некоторое время начинает «терроризировать» всех своими эмоциями. Он привык, что взрослые все прощают, потому что он – жертва. В такой ситуации такому ребенку крайне сложно адаптироваться и начать самостоятельную жизнь в дальнейшем» [5].

«Роли не всегда напрямую совпадают с тем, что человек реально делает или с тем, что он или она реально пережили. Например, в роли жертвы может выступать человек, который действительно страдает, или тот, кто на самом деле вполне благополучен. Эти три роли тесно связаны между собой. Если человек попадает хотя бы в одну роль, он легко и непринужденно переходит в другие роли, но в пределах треугольника. Изменения личности у людей, выходящих из ролей «треугольника», и у тех, кто пережил травматические события в своем прошлом, глубоки и выражены, иногда следуют за человеком на протяжении всей его жизни и требуют психотерапевтического вмешательства» [48].

Также у травмированной личности хорошо прослеживается чрезмерная реакция на стрессовые ситуации – из-за развития гиперчувствительности любая ситуация, которая обычно разрешается в повседневной жизни, может стать травмирующей. Может наблюдаться чрезмерная раздражительность, вспышки гнева без внешних причин, повышенная тревожность, страх, который может никак не проявляться, и склонность к депрессии [48].

Пережившие травму могут демонстрировать чувство беспомощности перед лицом жизненных обстоятельств и неспособность влиять на ход событий и других людей, что иногда может привести к неспособности управлять своей жизнью, использовать свои таланты и добиться успеха в карьере. Приобретенные достижения могут принести разочарование

и неудовлетворенность собой [19]. Травмированный человек может потерять способность чувствовать себя комфортно в обществе и уверенность в своем существовании. Он или она может чувствовать себя отчужденным от других людей и ощущать себя по ту сторону жизни из-за чувства, что никто не может понять, через что он или она прошли.

Таким образом, травмированный человек обычно понимается не просто как сформированный пережитым травматическим стрессом, а как воспринимающий патологические изменения как позитивные, находящий в них определенную психологическую пользу, а иногда даже гордящийся ими. У травмированных людей могут бессознательно развиваться следующие коммуникативные характеристики: тенденция критиковать, а не соглашаться, скрывать информацию от другого человека и так далее. Семейные отношения и модели общения травмированных людей развиваются особым образом, что хорошо иллюстрирует «треугольник искупления». Люди, пережившие травму, могут испытывать чувство беспомощности при решении жизненных ситуаций и неспособность влиять на события и других людей. Травмированные люди могут потерять способность чувствовать.

Подведем итоги первой главы.

Психологическая травма – повреждение психики человека, вызванное одним или несколькими событиями, которые вызывают значительный стресс, превышающий способность человека справляться с эмоциями или интегрировать их, что в конечном итоге приводит к тяжелым, долгосрочным негативным последствиям.

Переживание травмы проходит четыре стадии: стадия «отрицания и шока», стадия «агрессии и вины», стадия «депрессии» и стадия «исцеления». В литературе выделяют две группы механизмов психологической защиты, используемых в травматических ситуациях: конструктивные защитные механизмы и неконструктивные защитные механизмы.

Тяжесть психологических последствий травматического события и их продолжительность зависят от трех факторов: объективной интенсивности травматической ситуации, субъективной оценки ее тяжести и предрасположенности человека к развитию посттравматического стресса и других негативных психологических последствий.

Травмированный человек понимается не просто как сформированный пережитым травматическим стрессом, а как воспринимающий патологические изменения как позитивные, находящий в них определенную психологическую пользу, а иногда даже гордящийся ими. У травмированных людей могут бессознательно развиваться следующие коммуникативные характеристики: тенденция критиковать, а не соглашаться, скрывать информацию от другого человека и так далее. Семейные отношения и модели общения травмированных людей развиваются особым образом, что хорошо иллюстрирует «треугольник искупления».

Глава 2 Эмпирическое исследование психоэмоционального состояния личности в посттравматический период

2.1 Задачи, методы и организация исследования

После анализа специальной литературы по проблеме исследования психоэмоционального состояния личности в посттравматический период было организовано эмпирическое исследование.

Цель исследования: выявить особенности психоэмоционального состояния личности в посттравматический период.

Объект исследования: психоэмоциональное состояние личности в посттравматический период.

Предмет исследования: влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Гипотеза исследования: люди, пережившие тяжелый травматический опыт, в дальнейшем имеют более низкую самооценку, отсутствие осознанных жизненных целей, меньшую способность к социализации и умению налаживать конструктивные взаимоотношения с окружающими.

Исследование проводилось в несколько этапов. Все этапы эмпирического исследования проводились в соответствии с принципами анонимности и добровольности.

- на начальном этапе был проведен теоретический анализ литературы по исследуемой проблеме, разработан научный аппарат, определены гипотезы, цели и задачи работы. Для проведения эмпирического исследования был выбран психодиагностический инструмент;
- на втором этапе было проведено эмпирическое исследование с помощью психодиагностического подхода и при участии испытуемых с целью сбора данных по данному вопросу. Исследование проводилось в форме индивидуальной диагностики для каждого испытуемого: инструктаж, работа с анкетой, заполнение бланков;

– на третьем этапе проводилась обработка данных анкетирования и тестирования, интерпретация результатов и составление сводных таблиц. Затем последовал качественный и количественный анализ, статистическая обработка данных и формулирование выводов.

Методы исследования: теоретический, клинико-психологический метод, психодиагностический метод, методы математической обработки данных, статистический анализ, включающий методы статистической обработки (пакет программ «Statistica» v. 12.0, критерий корреляции r-Спирмена, интерпретационный метод).

Экспериментальная база исследования: электронный ресурс сети Интернет, социальная сеть Вконтакте, группы: психологическая помощь, психологические исследования. В исследовании приняли участие 73 респондента (43 мужчины и 30 женщин), которые обращались к психологу/психотерапевту один или более раз. Возраст респондентов составлял от 35 до 45 лет в соответствии с принципами имеющих случаи.

Виды психотравм, подходящие под категорию объективно значимых, психотравм или события-утраты участниками исследования следующие: развод (в том числе после измены); смерть близкого человека (в том числе постановка смертельного диагноза); перинатальная утрата; утрата здоровья (инвалидность, удаление важного органа).

Методики исследования:

– Миссисипская шкала для диагностики ПТСР.

Миссисипская шкала – это клинический тест, первоначально разработанный Кеаре и другими в 1987 году для диагностики посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, побывавших в зонах боевых действий. В 1995 году была разработана и опубликована гражданская версия шкалы, которая была валидирована на выборке гражданских лиц с диагнозом посттравматического стрессового расстройства.

Инструкция: следующие утверждения обобщают различный опыт людей, переживших тяжелые и экстремальные события и ситуации.

Каждое утверждение оценивается по шкале от 1 до 5.

- «полностью ложные – 1;
- иногда, правда – 2;
- верно в некоторой степени – 3;
- правда – 4;
- абсолютно верно – 5» [37].

Найдите число, которое лучше всего описывает ваши ощущения. Если у вас возникли вопросы, обратитесь за разъяснениями к экспериментатору.

При подсчете результатов итоговый балл, полученный по Миссисипской шкале ПТСР, отражает степень влияния травматического опыта на человека. Итоговый балл более 100 указывает на то, что травматический опыт оказал значительное влияние на человека.

– Тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева.

Цель: оценить «источники» смысла жизни, которые люди могут найти в будущем (цели), настоящем (процессы) или прошлом (результаты), или во всех трех составляющих жизни.

Тест СЖО – это адаптированная версия теста Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика «Жизненная цель».

«На основе факторного анализа этой адаптированной версии подхода Д.А. Леонтьева российские исследователи создали тест СЖО, который, помимо общих показателей смысла жизни, включает пять субшкал, отражающих три специфические ориентации смысла жизни (цель жизни, удовлетворенность жизнью и удовлетворенность самоактуализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля – я и локус контроля – жизнь)» [1].

Тест содержит 20 пар противоречивых утверждений, отражающих восприятие значения факторов личной жизни.

– «Шкала общей самооффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека.

Цель данной методики – определить уровень профессиональной самооффективности.

Самооффективность определяется как уверенность (вера) человека в своей потенциальной способности организовывать и выполнять действия, необходимые для достижения конкретной цели. Самооффективность также понимается как продуктивный процесс, который объединяет когнитивные, социальные и поведенческие компоненты для реализации лучших стратегий в различных ситуациях.

Нормативные показатели подхода. Уровни самооффективности оцениваются следующими способами:

- 36-40 баллов – высокая самооффективность.
- 30-35 баллов – самооффективность выше среднего.
- 25-29 баллов – средняя самооффективность.
- 20-24 балла – самооффективность ниже среднего.

Оценка 19 баллов или ниже – низкий уровень самооффективности.

– Тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной.

Методика предназначена для определения общего психологического состояния человека.

Тест измеряет наиболее общее психологическое состояние человека, определяемое чертами его личности и отношением к различным аспектам его жизни систематически. Индекс удовлетворенности жизнью – это составной показатель, который включает в себя эмоциональный компонент в качестве основного средства. Люди с высокими значениями индекса характеризуются низким эмоциональным напряжением, высокой эмоциональной стабильностью, низкой тревожностью, психологическим комфортом и высоким уровнем удовлетворенности ситуацией и своей ролью в ней. Результаты теста на обработку.

Индекс (общий балл) определяется по ключу. Рассчитывается общий суммарный балл, также известный как индекс удовлетворенности жизнью. Значение этого индекса варьируется от 0 до 40.

Интерпретация результатов теста.

- 25-40 баллов – высокая удовлетворенность жизнью.
- 20-24 балла – в среднем.
- 0-19 баллов – низкой.

Методы математико-статистической обработки данных.

Полученные в ходе исследования данные подверглись статистической обработке с помощью программы «STATISTICA» v. 12.0.

С целью установления статистической связи был использован критерий линейной ранговой корреляции r -Спирмена – непараметрический критерий, предназначенный для изучения характера связи между переменными.

2.2 Результаты исследования и их анализ

Для определения степени воздействия травматического опыта на человека была использована методика «Миссисипская шкала для диагностики ПТСР». Сводная таблица результатов исследования методике представлена (в Приложении А, таблица А.1). Результаты исследования степени воздействия травматического опыта на человека представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Степень воздействия травматического опыта на человека

Степень	Количество респондентов	%
влияние перенесенной травмы на человека сильно выражено	43	59%
влияние перенесенной травмы на человека слабо выражено	30	41%

Таким образом, исходя из данных таблицы, мы можем сделать вывод, что у большинства респондентов влияние перенесенной травмы на человека

сильно выражено – 43 (59%) человек. Сильно выраженное воздействие травматического опыта на человека может привести к развитию психических расстройств, таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия, тревожные расстройства и другие. Также может наблюдаться изменение поведения, нарушение межличностных отношений и социальной адаптации.

Слабо выраженное влияние перенесенной травмы на человека выявлено у 30 (41%) респондентов. Слабо выраженное воздействие травматического опыта на человека может проявляться в виде временных эмоциональных реакций, таких как страх, тревога или гнев. Однако обычно такие реакции проходят быстро и не оказывают значительного влияния на психическое здоровье человека в долгосрочной перспективе.

С целью формирования представлений об уровне развития смысловых ориентаций у респондентов был тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева. Первичные данные по методике СЖО представлены (в Приложении Б, таблица Б.1). По каждой шкале и интегральному показателю осмысленности жизни теста смысловых ориентаций в адаптации А.Н. Леонтьева были подсчитаны средние показатели в группе респондентов. Обобщение результатов по изучению смысловых ориентаций у респондентов представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Обобщение результатов по изучению смысловых ориентаций респондентов

Шкалы	Среднее значение
Цели жизни	21,42
Процесс жизни	21,78
Результативность жизни	18,57
Локус контроля – Я	16,73
Локус контроля – жизнь	21,68

Таким образом, исходя из данных таблицы, мы можем сделать следующие выводы:

– Цели в жизни (21,42 – низкие баллы). «Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни человека будущих целей, которые придают жизни смысл, направление и сроки. Даже если общий уровень общей образованности высок, низкий балл по этой шкале характерен для человека, который живет сегодняшним или вчерашним днем» [1].

– Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни (21,78 – низкие баллы). «Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни – быть живым. Он показывает, находит ли респондент процесс жизни интересным, эмоционально удовлетворительным и осмысленным. Низкое значение по этой шкале свидетельствует о неудовлетворенности своей нынешней жизнью, однако при этом могут сохраняться значимые воспоминания о прошлом или опасения за будущее» [3].

– Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией (16,73 – низкие баллы). «Баллы по этой шкале отражают оценку той части жизни, которая проходит, ощущение того, насколько она продуктивна и значима. Низкие баллы указывают на неудовлетворенность одной частью жизни» [4].

– Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни) (21,68 – средние баллы). «Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле» [1].

– Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни (21,68 – низкие баллы). «Низкая оценка – фатализм, вера в то, что человеческая жизнь не контролируется сознанием, что свобода выбора иллюзорна и что бессмысленно планировать что-либо на будущее» [1].

С целью выявления уровня профессиональной самооффективности респондентов мы использовали методику «Шкала общей самооффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека. Сводная таблица результатов исследования методике представлена

в (Приложении В, таблица В.1). Результаты исследования уровня профессиональной самооффективности респондентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Обобщение результатов по изучению уровня профессиональной самооффективности респондентов

Уровень	Количество респондентов	%
высокая самооффективность	0	0%
самооффективность выше средней	10	14%
средняя самооффективность	12	16%
самооффективность ниже средней	8	11%
низкая самооффективность	43	59%

Таким образом, исходя из данных таблицы, мы можем сделать вывод, что у большинства респондентов выявлена низкая самооффективность – 43 (59%) человек, данные респонденты набрали преимущественно до 19 баллов. Низкий уровень самооффективности у человека проявляется в следующих характеристиках: низкая уверенность в своих способностях и возможностях; страх перед неудачей и трудностями, что может привести к избеганию новых задач и вызовов; недостаточная мотивация для достижения целей и реализации своих желаний; трудности в принятии решений и осуществлении планов из-за неуверенности в своих действиях; ощущение бесполезности и неполноценности, что может привести к депрессии и отчаянию; стремление к сравнению с другими людьми и оценке своих успехов и неудач по стандартам других людей; низкая устойчивость к стрессу и изменениям, что может привести к чувству беспомощности и бессилия; ограниченность в выборе жизненного пути и профессиональной деятельности из-за страха перед неизвестным и неопределенным. В целом, низкий уровень самооффективности может привести к ограничению личностного роста и развития, а также к снижению качества жизни. Однако это состояние может быть изменено путем работы над укреплением уверенности в себе и своих способностях, развитием мотивации и умениями принимать решения.

Самоэффективность ниже среднего уровня выявлена у 8 (11%) респондентов, данные респонденты набрали преимущественно от 20 до 24 баллов. Самоэффективность ниже средней означает, что человек имеет низкий уровень уверенности в своих способностях и часто испытывает трудности в достижении поставленных целей. Такой человек может часто сомневаться в своих действиях и решениях, не брать на себя ответственность за результаты и избегать рискованных действий.

Средняя самоэффективность была выявлена у 12 (16%) респондентов. Средняя самоэффективность характеризует человека, который имеет средний уровень уверенности в своих способностях и достаточно успешно справляется с повседневными задачами. Однако, в случае сложных ситуаций или задач, такой человек может испытывать затруднения и неуверенность.

Самоэффективность выше средней была выявлена у 10 (14%) респондентов. Самоэффективность выше средней означает, что человек имеет достаточный уровень уверенности в своих способностях и может успешно достигать поставленных целей, но иногда ему может не хватать мотивации или ресурсов для полного раскрытия своего потенциала.

Высокая самоэффективность характеризуется уверенностью в своих способностях и умении достигать поставленных целей. Человек с высокой самоэффективностью часто берет на себя ответственность за свои действия и результаты, не боится рисковать и принимать сложные решения, однако высокая самоэффективность не была выявлена ни у одного респондента.

С целью выявления общего психологического состояния респондентов мы использовали тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной. Сводная таблица результатов исследования методике представлена (в Приложении Г, таблица Г.1). Результаты исследования общего психологического состояния респондентов представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Обобщение результатов по изучению общего психологического состояния респондентов

Уровень	Количество респондентов	%
высокий уровень жизненной удовлетворенности	0	0%
средний уровень жизненной удовлетворенности	30	41%
низкий уровень жизненной удовлетворенности	43	59%

Таким образом, исходя из данных таблицы, мы можем сделать вывод, что у большинства респондентов выявлен низкий уровень жизненной удовлетворенности – 43 (59%) человек, данные респонденты набрали преимущественно до 19 баллов. Респонденты с низкой удовлетворенностью жизнью, таким образом, характеризуются низкими баллами по следующим шкалам:

- интерес к жизни – низкий уровень энтузиазма, восторженного отношения к обычной повседневной жизни;
- последовательность в достижении целей – пассивное принятие разочарований в жизни и покорное принятие всего, что жизнь бросает на них;
- согласие между поставленными и достигнутыми целями – показатель отражает убежденность человека в том, что он не достиг или не может достичь целей, которые считает важными;
- общий эмоциональный фон – низкий уровень оптимизма и удовольствия от жизни.

Средний уровень жизненной удовлетворенности был выявлен у 30 (41%) респондентов. Высокий уровень жизненной удовлетворенности не был выявлен ни у одного респондента.

Для установления влияния прожитой в детском и взрослом возрасте психологической травмы на дальнейшее развитие личности был осуществлен корреляционный анализ с помощью критерия корреляции rs-Спирмена. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Результаты корреляционного анализа с использованием критерия корреляции rs-Спирмена

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations			
	Marked correlations are significant at $p < ,05000$			
	Valid N	Spearman R	T(N-2)	P-value
ПТСР и цели жизни	73	-0,733431	-9,09140	0,000000
ПТСР и процесс жизни	73	-0,682006	-7,85767	0,000000
ПТСР и результат жизни	73	-0,606895	-6,43421	0,000000
ПТСР и Локус контроля – Я	73	-0,443204	-4,16601	0,000086
ПТСР и Локус контроля – жизнь	73	-0,735704	-9,15270	0,000000
ПТСР и эффективность	73	-0,748723	-9,51729	0,000000
ПТСР и ИЖУ	73	-0,734946	-9,13218	0,000000

Анализ результатов, представленных в таблице, показывает, что:

ПТСР отрицательно коррелирует с целью жизни ($rs=-0,789065$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень цели жизни. Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы не имеют в жизни будущих целей, которые придают жизни смысл, направление и сроки реализации этой цели. Такие респонденты живут сегодняшним или вчерашним днем.

ПТСР отрицательно коррелирует с процессом жизни ($rs=-0,771770$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень процесса жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы имеют так называемый единственный смысл жизни – быть живым, что свидетельствует о неудовлетворенности своей нынешней жизнью, однако при этом могут сохраняться значимые воспоминания о прошлом или опасения за будущее.

ПТСР отрицательно коррелирует с результатом жизни ($rs=-0,618416$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень результативности жизни, или удовлетворенности самореализацией. Полученная корреляция означает, что

респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы неудовлетворены одной частью жизни.

ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – Я ($r_s = -0,493560$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень локус контроля-Я (Я – хозяин жизни). Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы не считают себя сильной личностью, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о его смысле.

ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – жизнь ($r_s = -0,792650$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни. Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы верят в то, что человеческая жизнь не контролируется сознанием, что свобода выбора иллюзорна и что бессмысленно планировать что-либо на будущее.

ПТСР отрицательно коррелирует с самооффективностью ($r_s = -0,797354$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень самооффективности. Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы постоянно сомневаются в себе и ожидают неудачи, поэтому они их постоянно и преследуют, а также слишком много внимания уделяют собственным недостаткам и постоянно самокритичны в отношении собственной некомпетентности; себя неспособными добиться успеха, более склонны мысленно представлять себе сценарий неудачи и концентрироваться на том, что все пойдет не так.

ПТСР отрицательно коррелирует с индексом жизненной удовлетворенности ($r_s = -0,776858$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер.

Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже индекс жизненной удовлетворенности. Полученная корреляция означает, что респонденты, у которых высокий уровень влияния психологической травмы характеризуются низким уровнем энтузиазма, восторженного отношения к обычной повседневной жизни, пассивным принятием разочарований в жизни и покорным принятием всего, что жизнь бросает на них; убежденностью в том, что они не достигнут или не могут достичь целей, которые считают важными; наблюдается также низкий уровень оптимизма и удовольствия от жизни.

Итак, на основании проведенного корреляционного анализа можно сделать общий вывод, что гипотеза исследования, заключающаяся в том, что люди, пережившие тяжелый травматический опыт, в дальнейшем имеют более низкую самооценку, отсутствие осознанных жизненных целей, меньшую способность к социализации и умению налаживать конструктивные взаимоотношения с окружающими подтверждена.

Подведем итоги второй главы.

После анализа специальной литературы по проблеме исследования психоэмоционального состояния личности в посттравматический период было организовано эмпирическое исследование. Исследование проводилось в несколько этапов.

По результатам проведенного эмпирического исследования в данной работе было выявлено, что высокая связь влияния психологической травмы с проблемами со здоровьем и социальными проблемами выявлена у 43 (59%) респондентов, Средняя связь влияния психологической травмы с проблемами со здоровьем и социальными проблемами выявлена у 20 (27%) респондентов, низкая связь была выявлена у 10 (17%) респондентов.

Влияние перенесенной травмы на человека сильно выражено у 43 (59%) респондентов; слабо выраженное влияние перенесенной травмы на человека выявлено у 30 (41%) респондентов.

По показателям «Цели в жизни» (21,42), «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» (21,78), «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией» (16,73), Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни» (21,68) отмечены низкие баллы. Показатель «Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни)» (21,68) имеет средние баллы.

Низкая самооффективность выявлена у 43 (59%) респондентов, самооффективность ниже средней выявлена у 8 (11%) респондентов, средняя самооффективность была выявлена у 12 (16%) респондентов, самооффективность выше средней была выявлена у 10 (14%) респондентов, высокая самооффективность не была выявлена ни у одного респондента.

Низкий уровень жизненной удовлетворенности выявлен у 43 (59%) респондентов; средний уровень жизненной удовлетворенности был выявлен у 30 (41%) респондентов; высокий уровень жизненной удовлетворенности не был выявлен ни у одного респондента.

ПТСР отрицательно коррелирует с целью жизни ($r_s = -0,789065$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с процессом жизни ($r_s = -0,771770$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с результатом жизни ($r_s = -0,618416$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – Я ($r_s = -0,493560$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – жизнь ($r_s = -0,792650$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с самооффективностью ($r_s = -0,797354$; $p \leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с индексом жизненной удовлетворенности ($r_s = -0,776858$; $p \leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем выше уровень влияния психологической травмы, тем ниже уровень цели жизни, ниже уровень процесса жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, ниже уровень результативности жизни, или удовлетворенности самореализацией, тем ниже уровень локус контроля-Я (Я – хозяин жизни), ниже уровень Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни, ниже уровень самооффективности, ниже индекс жизненной удовлетворенности.

Итак, на основании проведенного корреляционного анализа можно сделать общий вывод, что гипотеза исследования, заключающаяся в том, что люди, пережившие тяжелый травматический опыт, в дальнейшем имеют более низкую самооффективность, отсутствие осознанных жизненных целей, меньшую способность к социализации и умению налаживать конструктивные взаимоотношения с окружающими подтверждена.

Получив эмпирические данные в процессе исследования, предполагаем, что следующим этапом в работе будет являться разработка практических рекомендаций для респондентов, которые пережили тяжелый травматический опыт, направленных на повышение самооффективности и самореализации, на постановку личностью более высоких целей и на развитие конструктивных взаимоотношений с окружающими людьми. Проводимая работа по указанным направлениям позволит личности повысить индекс удовлетворенности и в целом качество жизни.

Заключение

Психологическая травма – повреждение психики человека, вызванное одним или несколькими событиями, которые вызывают значительный стресс, превышающий способность человека справляться с эмоциями или интегрировать их, что в конечном итоге приводит к тяжелым, долгосрочным негативным последствиям.

Переживание травмы проходит четыре стадии: стадия «отрицания и шока», стадия «агрессии и вины», стадия «депрессии» и стадия «исцеления». В литературе выделяют две группы механизмов психологической защиты, используемых в травматических ситуациях: конструктивные защитные механизмы и неконструктивные защитные механизмы, характеризующиеся активностью бессознательных процессов.

Тяжесть психологических последствий травматического события и их продолжительность зависят от трех факторов: объективной интенсивности травматической ситуации, субъективной оценки ее тяжести и предрасположенности человека к развитию посттравматического стресса и других негативных психологических последствий.

Травмированный человек обычно понимается не просто как сформированный пережитым травматическим стрессом, а как воспринимающий патологические изменения как позитивные, находящий в них определенную психологическую пользу, а иногда даже гордящийся ими. У травмированных людей могут бессознательно развиваться следующие коммуникативные характеристики: тенденция критиковать, а не соглашаться, скрывать информацию от другого человека и так далее. Семейные отношения и модели общения травмированных людей развиваются особым образом, что хорошо иллюстрирует «треугольник искупления».

После анализа специальной литературы по проблеме исследования психоэмоционального состояния личности в посттравматический период было организовано эмпирическое исследование. Исследование проводилось

в несколько этапов. Все этапы эмпирического исследования проводились в соответствии с принципами анонимности и добровольности.

В исследовании приняли участие 73 респондента (43 мужчины и 30 женщин), которые обращались к психологу/психотерапевту один или более раз. Возраст респондентов составлял от 35 до 45 лет в соответствии с принципами имеющихся случаев. Виды психотравм, подходящие под категорию объективно «значимых» психотравм или события-утраты участниками исследования следующие: развод (в том числе после измены); смерть близкого человека (в том числе постановка смертельного диагноза); перинатальная утрата; утрата здоровья (инвалидность, удаление важного органа).

В ходе исследования были использованы следующие методики: миссисипская шкала для диагностики ПТСР; тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева; «Шкала общей самооценки» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека; тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной.

По результатам проведенного эмпирического исследования в данной работе было выявлено, что высокая связь влияния психологической травмы с проблемами со здоровьем и социальными проблемами выявлена у 43 (59%) респондентов, Средняя связь влияния психологической травмы с проблемами со здоровьем и социальными проблемами выявлена у 20 (27%) респондентов, низкая связь была выявлена у 10 (17%) респондентов.

Влияние перенесенной травмы на человека сильно выражено у 43 (59%) респондентов; слабо выраженное влияние перенесенной травмы на человека выявлено у 30 (41%) респондентов.

По показателям «Цели в жизни» (21,42), «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» (21,78), «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией» (16,73), Локус «контроля-жизнь, или управляемость жизни» (21,68) отмечены низкие баллы. Показатель «Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни)» (21,68) имеет средние баллы.

Низкая самооффективность выявлена у 43 (59%) респондентов, самооффективность ниже средней выявлена у 8 (11%) респондентов, средняя самооффективность была выявлена у 12 (16%) респондентов, самооффективность выше средней была выявлена у 10 (14%) респондентов, высокая самооффективность не была выявлена ни у одного респондента.

Низкий уровень жизненной удовлетворенности выявлен у 43 (59%) респондентов; средний уровень жизненной удовлетворенности был выявлен у 30 (41%) респондентов; высокий уровень жизненной удовлетворенности не был выявлен ни у одного респондента.

ПТСР отрицательно коррелирует с целью жизни ($rs=-0,789065$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с процессом жизни ($rs=-0,771770$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с результатом жизни ($rs=-0,618416$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – Я ($rs=-0,493560$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с локусом контроля – жизнь ($rs=-0,792650$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с самооффективностью ($rs=-0,797354$; $p\leq 0,05$). ПТСР отрицательно коррелирует с индексом жизненной удовлетворенности ($rs=-0,776858$; $p\leq 0,05$).

Итак, на основании проведенного корреляционного анализа можно сделать общий вывод, что гипотеза исследования, заключавшаяся в том, что люди, пережившие тяжелый травматический опыт, в дальнейшем имеют более низкую самооффективность, отсутствие осознанных жизненных целей, меньшую способность к социализации и умению налаживать конструктивные взаимоотношения с окружающими подтверждена.

Список используемой литературы

1. Алтухов Н. И. Возможность дифференцированной диагностики аггравации и метасимуляции от диссимуляции при ПТСР // Российский психиатрический журнал. 2005. № 1. С. 40-45.
2. Асмолов А. Г. Психология личности. М. : Изд-во МГУ, 2010. 367 с.
3. Близнюк А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов: клиника, диагностика, коррекция // Военная медицина. 2006. №1. С. 31-40.
4. Варшавская Ю. Психологическая травма: как она передается из поколения в поколение. URL: <https://www.psychologies.ru/articles/psihologicheskaya-travma-kak-ona-peredaetsya-iz-pokoleniya-v-pokolenie/> (дата обращения: 29.12.2022).
5. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М. : Изд-во Моск. ун-та, 2014. 200 с.
6. Верморель А. Быть или не быть? Значение травмирующих событий детского возраста для психоаналитического лечения. URL: <https://clck.ru/VoQHQ> (дата обращения: 29.12.2022).
7. Войтович Н. В. Когда атакует паника. URL: <https://neurosis.ru/articles/kogda-atakuet-panika> (дата обращения: 29.12.2022).
8. Выготский Л. С. Психология. М. : ЭКСМО-пресс, 2000. 1008 с.
9. Груле Г. Клиническая психиатрия. М. : Книга по Требованию, 2012. 832 с.
10. Дильтей В. Категории жизни // Вопросы философии. 1995. №10. С. 129-143.
11. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2002. 752 с.
12. Калшед Д. Внутренний мир травмы. URL: https://psyjournals.ru/files/22671/mpj_2001_n1_Kalshed.pdf (дата обращения: 29.12.2022).
13. Канторович Н. В. Психогении. Ташкент: Медицина, 2012. 263 с.

14. Кербиков О. В. Избранные труды. М. : Медицина, 2011. 312 с.
15. Короленко Ц. П., Загоруйко Е. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве // Съезд психиат. Рос. 13-й: матер. М. : Просвещение, 2000. С. 103-104.
16. Кровяков В. М. Психиатрия развития // Теоретический и философский аспекты. Екатеринбург. 2002. 508 с.
17. Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития /. М. : Медицина, 1970. 2018 с.
18. Левин П. А. Пробуждение тигра исцеление травмы, Природная способность трансформировать экстремальные переживания. М. : АСИ, 2007. 316 с.
19. Леонтьев А. Н. Учение о среде в педологических работах Л. С. Выготского // Вопросы психологии. 1998. № 1. С. 108-124.
20. Лэнгле А. Эмоции и экзистенция. Харьков: Гуманитарный центр, 2007. 332 с.
21. Малкина И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : Эксмо, 2008. 928 с.
22. Марцинковская Т. Д. Переживание как механизм социализации и формирования идентичности в современном меняющемся мире // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 3(5).
23. Менделевич В. Д. Психотравма, личность и неврозогенез (антиципационный подход) // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. С. 12-17.
24. Мюррей М. Узник иной войны: удивительный путь исцеления от детской травмы. М. : Альварер Пабблишинг, 2004. 208 с.
25. Мясищев В. Н. Избранные труды. М. : Воронеж, 1995. 356 с.
26. Одинцова М. А. Преодолевающее поведение лиц, объединенных схожим травматическим опытом // Известия Саратовского университета. Новая серия: Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т.15. № 1. С. 104-110.

27. Пергаменщик Л. А. Завещание мастера: переживание // Журнал практического психолога: Научно-практический журнал. 2010. № 5. С. 5-15.
28. Погодин И. Переживание в этиологии психической травмы // Психическая травма и переживание: гештальт-терапия кризиса (Специальный авторский выпуск «Вестника гештальт-терапии»): сб. статей. Вып. 7. 2008а. С. 6-16.
29. Прайс Р. Ситуации риска // Психология социальных ситуаций. СПб. : Питер, 2001. С.354-363.
30. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2002. 720 с.
31. Рупперт Ф. Психотерапия и душевная травма. URL: <http://www.myshared.ru/slide/381470/> (дата обращения: 29.12.2022).
32. Селье Г. Стресс без дистресса. М. : Прогресс, 1979. 134 с.
33. Семке В. Я. Исторические и современные парадигмы пограничной психиатрии. В кн: Социальная и судебная психиатрия: история и современность. М.: Просвещение, 1996. С. 153-156.
34. Сироткина И. Е. Российские психиатры на Первой мировой войне. СПб. : Питер, 2007. С. 326-344.
35. Системный подход и психиатрия. Минск: Вышэйш. школа, 1976. 398 с.
36. Смулевич А. Б. Психогенные заболевания. Психопатии // Руководство по психиатрии. Т. 2. М. : Просвещение, 1983. 169 с.
37. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
38. Тиллих П. Мужество быть // Перевод Т.И. Вевюрко. URL: <http://psylib.org.ua/books/tillp01/index.htm> (дата обращения: 29.12.2022).
39. Томас К. Н. Межличностное понимание травмы. URL: <https://clck.ru/VoPva> (дата обращения: 29.12.2022).

40. Томб Д. А. Феноменология посттравматического стрессового расстройства // Методическое пособие по работе с.посттравматическими стрессовыми расстройствами. СПб.: 2001. С. 6-30.

41. Трубицына Л. В. Переживание травмирующего события как проблема психологии личности: автореферат дис.. кандидата психологических наук: 19.00.01 / Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. М. : Просвещение, 2005. 23 с.

42. Фахрутдинова Л. Р. Структурно-динамическая организация переживания субъекта: автореферат дис.. .. доктора психологических наук: 19.00.01 [Место защиты: Казан. (Приволж.) федер. ун-т]. Казань, 2012. 41 с.

43. Федунина Н. Ю. Эволюция психологических взглядов Пьера Жане: автореферат дис.. .. кандидата психологических наук: 19.00.01 / Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. М. : Просвещение, 2003. 22 с.

44. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / пер.с англ., вступ. ст. А.Б. Хавина. Академический Проект, 2004. 848 с.

45. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 2010. 368 с.

46. Фресс П. Эмоциогенные ситуации. В кн: Экспериментальная психология / ред. сост. П. Фресс, Ж. Пиаже. М. : Просвещение, 1975. С. 133-142.

47. Хомяков Д. М., Хомяков П. М. Основы системного анализа. М. : Изд. МГУ им. М.В. Ломоносова, 1996. С. 64.

48. Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. М. : Издательский центр «Академия», 1997. 96 с.

49. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2002. 656 с.

50. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York, 2014. p. 36-40

Приложение А
Первичные результаты

Таблица А.1 – Результаты по методике «Миссисипская шкала для диагностики ПТСР»

Респонденты	Количество баллов
1	103
2	109
3	103
4	109
5	103
6	109
7	103
8	125
9	124
10	129
11	103
12	109
13	123
14	103
15	109
16	159
17	103
18	109
19	112
20	113
21	159
22	103
23	109
24	103
25	103
26	108
27	109
28	103
29	109
30	106
31	108
32	103
33	109
34	103
35	109
36	103
37	123
38	132
39	103
40	109
41	103

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Респонденты	Количество баллов
42	123
43	159
44	85
45	85
46	89
47	87
48	90
49	87
50	89
51	91
52	95
53	87
54	89
55	90
56	85
57	84
58	87
59	89
60	90
61	87
62	86
63	87
64	89
65	90
66	86
67	87
68	89
69	87
70	69
71	68
72	87
73	63

Приложение Б

Первичные результаты

Таблица Б.1 – Результаты теста смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева

Респонден.	Цели жизни	Процесс жизни	Результат жизни	Локус контроля - Я	Локус контроля - жизнь	ОЖ
1	16	18	13	19	18	64
2	15	17	12	16	15	67
3	17	14	19	16	14	66
4	19	15	14	15	16	65
5	12	13	14	15	17	62
6	18	16	19	13	16	63
7	17	15	16	12	15	62
8	14	17	13	19	17	63
9	15	19	12	14	19	67
10	13	12	19	14	12	66
11	18	16	19	13	16	65
12	17	15	16	12	16	63
13	16	18	13	19	18	62
14	15	17	12	16	15	64
15	17	14	19	16	14	67
16	19	15	14	15	16	66
17	12	13	14	15	17	65
18	18	16	19	13	16	62
19	17	15	16	12	15	63
20	14	17	13	19	17	62
21	15	19	12	14	19	63
22	13	12	19	14	12	67
23	18	16	19	13	16	66
24	17	15	16	12	16	65
25	16	18	13	19	18	63
26	15	17	12	16	15	62
27	17	14	19	16	14	64
28	19	15	14	15	16	67
29	12	13	14	15	17	66
30	18	16	19	13	16	65
31	17	15	16	12	15	62
32	14	17	13	19	17	63
33	15	19	12	14	19	62
34	13	12	19	14	12	63
35	18	16	19	13	16	67
36	17	15	16	12	16	66
37	16	18	13	19	18	65
38	15	17	12	16	15	63
39	17	14	19	16	14	62
40	19	15	14	15	16	64

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Респонд.	Цели жизни	Процесс жизни	Результат жизни	Локус контроля - Я	Локус контроля - жизнь	ОЖ
41	12	13	14	15	17	67
42	18	16	19	13	16	66
43	17	15	16	12	15	65
44	24	26	18	14	24	82
45	23	24	19	15	24	85
46	24	26	18	19	23	86
47	26	27	18	17	26	87
48	24	28	20	15	27	89
49	26	26	21	16	28	90
50	26	26	18	19	36	86
51	24	29	18	18	24	85
52	23	30	19	17	21	86
53	24	26	18	14	24	82
54	23	24	19	15	24	85
55	24	26	18	19	23	86
56	26	27	18	17	26	87
57	24	28	20	15	27	89
58	26	26	21	16	28	90
59	26	26	18	19	36	86
60	24	29	18	18	24	85
61	23	30	19	17	21	86
62	24	26	18	14	24	82
63	23	24	19	15	24	85
64	37	36	29	24	36	98
65	42	37	30	25	36	97
66	40	38	34	26	37	100
67	38	36	32	24	39	101
68	39	38	31	24	38	99
69	37	39	29	24	37	98
70	38	40	32	25	39	112
71	38	41	33	26	40	113
72	40	42	31	27	41	115
73	41	40	35	28	42	116

Приложение В
Первичные результаты

Таблица В.1 – Результаты по методике «Шкала общей самооценки»
Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека

Респондент	Количество баллов
1	17
2	18
3	17
4	18
5	17
6	18
7	17
8	18
9	17
10	18
11	17
12	18
13	17
14	18
15	17
16	18
17	17
18	18
19	17
20	18
21	17
22	18
23	17
24	18
25	17
26	18
27	17
28	18
29	17
30	18
31	17
32	18
33	17
34	18
35	17
36	18
37	17
38	18
39	17
40	18

Продолжение Приложения В

Продолжение таблицы В.1

Респондент	Количество баллов
41	17
42	18
43	17
44	26
45	26
46	26
47	26
48	27
49	26
50	27
51	26
52	26
53	26
54	26
55	27
56	26
57	24
58	24
59	24
60	24
61	24
62	24
63	24
64	31
65	30
66	31
67	30
68	31
69	30
70	31
71	30
72	31
73	30

Приложение Г
Первичные результаты

Таблица Г.1 – Результаты теста индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной

Респондент	Количество баллов
1	17
2	18
3	17
4	18
5	17
6	18
7	17
8	18
9	17
10	18
11	17
12	18
13	17
14	18
15	17
16	18
17	17
18	18
19	17
20	18
21	17
22	18
23	17
24	18
25	17
26	18
27	17
28	18
29	17
30	18
31	17
32	18
33	17
34	18
35	17
36	18
37	17
38	18
39	17
40	18

Продолжение Приложения Г

Продолжение таблицы Г.1

Респондент	Количество баллов
41	17
42	18
43	17
44	20
45	20
46	22
47	24
48	23
49	24
50	24
51	24
52	25
53	26
54	24
55	25
56	20
57	20
58	22
59	24
60	23
61	24
62	20
63	20
64	22
65	24
66	23
67	24
68	24
69	24
70	25
71	26
72	24
73	25