

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 / специальности)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему Влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

Обучающийся

В.А. Писарев

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной проблеме влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности. Вопрос психологической травмы и ее последствий очень остро стоит в российском обществе. Человек в современных условиях глобализации, эпидемиологической обстановки, природных катастроф, обострения военных конфликтов и политических процессов, постоянно подвергается повышенному воздействию факторов стресса и риску травмирующих событий. Средства массовой информации сегодня ориентированы на усиление тревоги, катастрофизацию, обострение конфликтов и формирования в обществе сознания провокационного, поведения. Мало внимания в обществе уделяется вопросу нивелирования последствий экстремальных ситуаций, психотравм и снижения общей напряженности и уровня стресса самостоятельно или с помощью специалиста.

Целью работы является выявление особенностей влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

В ходе работы решаются задачи: провести теоретическое изучение проблемы влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности; определить методы и методики исследования уровня и особенностей психологической травмы и психоэмоционального состояния личности; провести анализ результатов диагностики влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (30 наименований), 1 приложения. Для иллюстрации текста используются 12 таблиц и 4 рисунка. Основной текст работы изложен на 53 страницах.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретическое исследование проблемы влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности...	8
1.1 Психологические подходы к изучению психоэмоционального состояния личности.....	8
1.2 Понятие и виды психологической травмы.....	10
1.3 Влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.....	14
Глава 2 Эмпирическое исследование влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.....	29
2.1 Организация и методы исследования влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.....	29
2.2 Результаты исследования влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.....	32
Заключение.....	49
Список используемой литературы.....	51
Приложение А Сводные таблицы результатов эмпирического исследования.....	54

Введение

Вопрос психологической травмы и ее последствий очень остро стоит в российском обществе. Человек (личность) в современных условиях глобализации, эпидемиологической обстановки, природных катастроф, обострения военных конфликтов и политических процессов, постоянно подвергается повышенному воздействию факторов стресса и риску травмирующих событий. Средства массовой информации сегодня ориентированы на усиление тревоги, катастрофизацию, обострение конфликтов и формирования в обществе сознания провокационного, поведения. Мало внимания в обществе уделяется вопросу нивелирования последствий экстремальных ситуаций, психотравм и снижения общей напряженности и уровня стресса самостоятельно или с помощью специалиста. А также мало изучен вопрос как эффективно вести себя в отношениях с близкими, подвергшимися травмирующему психоэмоциональному воздействию. В практической работе психологов возрастает потребность детального изучения и более четкого понимания природы воздействия травмирующих факторов и изменений психоэмоционального состояния личности после психологической травмы.

«Травматические влияния зачастую активизируют напряжение, отягощение психологического здоровья, но кроме того появление разных психологических расстройств и болезней. Психическая травма выступает пусковым механизмом мотивирующего и преобразующего характера, порождает ряд позитивных либо негативных перемен. Субъективное восприятие личности травмирующего события, ее жизненный опыт и индивидуальные особенности, обуславливают характер влияния психотравмы на жизненную перспективу личности. Цели, планы и ожидаемые результаты событий в будущем претерпевают существенные изменения на фоне психической травмы» [20].

Эта тема была исследована в публикациях Ф.Е. Василюка, Е.Н. Загоруйко, Ц.П. Короленко, И.Г. Малкиной, В.Д. Менделевича, М.А. Одинцовой, И.А. Погодина, Л.В. Трубицыной и других. Они показали, что психотравмы 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.

Анализ литературных источников и осмысление вышеупомянутых вопросов в контексте психического здоровья позволили выявить противоречие между значимостью психоэмоционального благополучия для сохранения здоровья личности и состояния субъекта в случае переживания психологической травмы.

Исходя из приведенного выше и актуальности темы исследования можно сформулировать проблему исследования, состоящую в выявлении особенностей влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

В связи с вышесказанным тема исследования: «Влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности».

Цель исследования: выявить особенности влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Объект исследования: психоэмоциональное состояние личности.

Предмет исследования: влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Гипотеза исследования: существует влияние психологической травмы на психоэмоциональные состояния: чем сильнее влияние психологической травмы, тем сильнее выражены негативные эмоциональные состояния (стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе).

Задачи исследования:

– провести теоретическое изучение проблемы влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности;

- определить методы и методики исследования уровня и особенностей психологической травмы и психоэмоционального состояния личности;
- провести анализ результатов диагностики влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Теоретико-методологическая основа исследования:

- исследования: Ю.Л. Александровского «Психогения в экстремальных условиях», Ф.Е. Василюка «Психология переживания», В.Н. Мясищева «Личность и неврозы», Дж. Эверилла «Личный контроль над авersive стимулами и его связь со стрессом»;
- теории: концепция психологического стресса Р. Лазаруса, теория стресса Г. Селье, теория психоанализа З. Фрейда.

Методы исследования: теоретические методы, эмпирические методы, количественный и качественный анализ результатов.

Методики исследования:

- шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – IES, ШОВТС);
- шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда;
- методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ), в адаптации Н.В. Паниной
- опросник посттравматического роста (ОПТР) Р. Тадеша, Л. Калхауна, в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова.

Экспериментальная база исследования: ООО «Центр Технологии Развития».

Новизна исследования состоит в выявлении особенностей влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности, взаимосвязи психотравмы с посттравматическим ростом личности, и взаимосвязи конкретных факторов посттравматического роста (отношение к другим, новые возможности, сила личности) с эмоциональными состояниями личности (стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе). Исследование

может служить основой для дальнейших исследований в области изучения психологической травмы и психоэмоционального состояния личности.

Теоретическая значимость данного исследования заключается в расширении представлений о проблеме влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Практическая значимость исследования: результаты исследования могут быть использованы практическими психологами в диагностической, коррекционно-развивающей и психопросветительской работе со взрослыми в вопросах влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (30 наименований), 1 приложения. Для иллюстрации текста используются 12 таблиц и 4 рисунка. Основной текст работы изложен на 53 страницах.

Глава 1 Теоретическое исследование проблемы влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

1.1 Психологические подходы к изучению психоэмоционального состояния личности

Говоря о влиянии психологической травмы на психоэмоциональное состояние человека, в первую очередь необходимо определить, что подразумевается под этим термином.

Попытка дать определение понятию «психоэмоциональное состояние личности» предпринималась давно, но единого мнения по этому вопросу не существовало.

Еще на этапе становления психологи Т. Рибо и У. Джеймс писали о состоянии сознания, а А.Ф. Лазурский – о состоянии как «преходящем и неотъемлемом свойстве психики». Такую же интерпретацию мы находим у Н.Д. Левитова [7] и Я.Е. Сосновиковой [17]. Так, Н.Д. Левитов писал: «... психическое состояние является неотъемлемой характеристикой психической деятельности на определенный период времени, которая демонстрирует своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых объектов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических особенностей личности» [7]. Я.Е. Сосновикова определяет психическое состояние как «определенное специфическое соотношение и взаимодействие компонентов психики в течение определенного периода времени как временное состояние психики» [17]. Г.В. Габдреева: «Под психическим состоянием человека мы понимаем неотъемлемую характеристику его психической деятельности на определенный период, отражающую сложную структуру отношений с высшим и подчиненным уровнями системы психического регулирования, которая формируется в результате процессов саморегуляции» [3]. В Психологическом словаре дается

следующее определение психического состояния: «Психологическая категория, включающая различные виды комплексного отражения воздействий на субъекта внутренних и внешних раздражителей, при этом не являющаяся однозначным содержанием предмета» [15]. М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович считают, что психическое состояние – это «категория, включающая различные виды комплексного отражения воздействий на субъекта внутренних и внешних раздражителей, не являющаяся однозначным содержанием предмета». М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович считают, что «состояние является неотъемлемой, временной и динамической характеристикой умственной деятельности, которая по мере закрепления может перерасти в стабильную личностную черту» [1].

Исходя из всего вышесказанного, рассмотрим в своей работе следующее определение: «Психоэмоциональное состояние – это сложный комплекс изменений, которые происходят в психике и организме человека и включают различные чувства, физиологическое возбуждение, поведенческие реакции и когнитивные процессы, возникающие в ответ на ситуацию, имеющую значение для конкретного человека» [2].

Е.П. Ильин в своей работе выделил следующие особенности психоэмоциональных состояний.

«Целостность. Это означает, что психоэмоциональные состояния определяют общую психическую активность организма в определенный период времени, а не отдельно от какой-либо из его областей (когнитивной, волевой, эмоциональной). Это означает, что психоэмоциональные состояния определяют общую психическую активность организма в определенный период, а не отдельно от какой-либо из ее областей.

Относительная стабильность и мобильность. По сравнению с психическими процессами, которые происходят в организме постоянно и меняются довольно часто, психоэмоциональные состояния более стабильны и относятся к более длительным периодам времени, при этом они также имеют начало, конец и динамику развития.

Прямая связь с личностными качествами и психическими процессами. В структуре психики человека психоэмоциональные состояния располагаются между свойствами личности и психическими процессами [12]. Они возникают в результате рефлексивной деятельности мозга. При этом возникшие психоэмоциональные состояния влияют на психические процессы (избирательность ощущений, определяют темп и тонус рефлексивной деятельности, избирательность восприятий, продуктивность мышления), с одной стороны, и являются «строительным материалом» для формирования личностных качеств с другой [4].

Типичность и индивидуальная уникальность. Психоэмоциональные состояния характерны для каждого человека, поскольку они неразрывно связаны с индивидуальными особенностями конкретного человека и характерны для его характера и темперамента.

Разнообразие. При этом в зависимости от ситуации у человека наблюдается большое разнообразие психоэмоциональных состояний (растерянность и удивление, сосредоточенность и растерянность, веселость и уныние, спокойствие и напряжение).

Полярность. Это качество вытекает из предыдущего, но отражает быстрый переход от одного психоэмоционального состояния к полярно противоположному. Наиболее ярко это проявляется в экстремальных, нетипичных для конкретного человека ситуациях» [8].

1.2 Понятие и виды психологической травмы

Теперь, когда мы рассмотрели понятие психоэмоционального состояния давайте обратимся к понятию психологической травмы.

Психологическая травма изучалась на протяжении столетий, причем многие первые исследователи сосредоточились на воздействии войны и стихийных бедствий на солдат и выживших. Однако только в конце XIX – начале XX века психологическая травма была признана как отдельное

состояние, которое может иметь долгосрочные последствия для психического здоровья. Одним из первых исследователей в этой области был Пьер Жане, французский психолог, который изучал симптомы травматического опыта в конце 1800-х годов. Жане заметил, что у людей, переживших травматические события, часто наблюдаются такие симптомы, как воспоминания, кошмары и диссоциация. Он также отметил, что некоторые люди смогли оправиться от травмы, в то время как другие продолжали испытывать симптомы в течение многих лет после события [22].

В начале 20 века Зигмунд Фрейд и его последователи разработали теорию психоанализа, в которой подчеркивалась роль детского опыта в формировании поведения взрослого человека. Фрейд считал, что травматический опыт в детстве может привести к развитию целого ряда психологических расстройств, включая тревогу, депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) [24].

Во время Первой мировой войны такие исследователи, как У.Х. Риверс и Ч.С. Майерс, начали изучать влияние боевых действий на солдат. У.Х. Риверс, британский психиатр, заметил, что у многих солдат проявляются симптомы того, что он назвал «военным неврозом», включая воспоминания, кошмары и тревогу. Он также отметил, что некоторые солдаты были более устойчивы, чем другие, и что такие факторы, как социальная поддержка и индивидуальные особенности личности, играют определенную роль в восстановлении после травмы [27].

В годы после Второй мировой войны исследователи начали изучать влияние травмы как на гражданских лиц, так и на солдат. В 1960-1970 годах такие исследователи, как Ленор Терр и Джудит Херман, изучали долгосрочные последствия жестокого обращения и сексуального насилия в детстве для психического здоровья. Они обнаружили, что люди, пережившие травму, часто испытывают такие симптомы, как воспоминания, тревога и депрессия, и что эти симптомы могут сохраняться в течение многих лет.

В 1980-х и 1990-х годах такие исследователи, как Бессел ван дер Колк и Роберт Анда, начали изучать влияние травмы не только на психику, но и на тело. Они заметили, что травма может оказывать физическое воздействие на тело, включая изменения в работе мозга, иммунной системы и гормональной регуляции [30].

В России (СССР) одним из первых кто стал изучать понятие психологической травмы – это Александр Романович Лурия. Работа Лурии о психологической травме была основана на его обширных исследованиях с солдатами, получившими травмы мозга во время Великой Отечественной Войны. Он считал, что психологические последствия травмы тесно переплетаются с физическими повреждениями мозга. Самой известной работой Лурии о психологической травме является его книга «Потерянный и возвращенный мир. Короткий путь в чертоги разума», в которой подробно рассматривается случай солдата Льва Засецкого, получившего ранение в голову с повреждением мозга во время войны. Лурия наблюдал за поведением, языком и мыслительными процессами Л. Засецкого в течение нескольких лет и задокументировал то, как травма мозга повлияла на его восприятие мира. Работа Лурии по изучению психологической травмы подчеркивала важность понимания индивидуального опыта людей, переживших травму, и уникальных способов, которыми травма может повлиять на их психическое и эмоциональное состояние. Он считал, что психологическая травма может иметь долгосрочные последствия для способности человека функционировать в повседневной жизни, и что для эффективного лечения необходимо глубокое понимание опыта и потребностей человека [18].

Работа А.Р. Лурии по изучению психологической травмы оказала большое влияние на психологию и помогла сформировать наше понимание сложной взаимосвязи между работой мозга и психологическим благополучием. Его вклад в эту область продолжает изучаться и применяться в современных психологических исследованиях и лечении [10].

Для того чтобы обсудить влияние психологической травмы, необходимо иметь понимание о ее концепции. Необходимо отметить, что с лингвистической точки зрения более правильно использовать термин «психическая травма». Однако в психологической литературе и в повседневной речи широко используются и термины «психическая травма» и «психотравма». Поэтому в данной работе используем оба этих термина как синонимы.

«Необходимо определить, что такое травма. «Советский энциклопедический словарь» дает следующее определение: «травма (от греческого *trauma* – рана), повреждение тканей человека или животного с нарушением их целостности и функционирования, вызванное внешними (преимущественно механическими, термическими) воздействиями. По аналогии психическую травму можно определить, как: «Нарушение целостности и функций психики человека, вызванное внешними воздействиями на нее» [15].

Как и в травматологии, изучение психических травм в области психологии должно включать анализ причин, типов, хода, методов профилактики и лечения, а также психологической коррекции.

Однако, простое упоминание психических расстройств, вызванных внешними воздействиями, недостаточно, поскольку понятие психической травмы остается неопределенным. Необходимо более конкретное определение психической травмы, которое выделяло бы ее особенности и отличия от других видов психических расстройств.

Обычно для определения травмы используются два подхода: основанный на событиях, вызывающих травму, и основанный на переживаниях, вызванных этими событиями, или на последствиях, которые могут проявиться в последующем. Ч. Фигли предложил «три основных критерия для определения травмы, связанные с событием: оно должно быть неожиданным, опасным и подавляющим. Согласно DSM-IV, травма может быть подтверждена, если произошло какое-либо событие:

- неожиданно и явно выходит за рамки обычного человеческого опыта;
- повторно переживается одним из четырех способов;
- может привести к устойчивому избеганию раздражителей, связанных с травмой, или к снижению общей чувствительности;
- способное стимулировать стойкие симптомы повышенной возбудимости, которых не было до травмы» [21].

«То есть определение больше касается последствий события. Немецкие исследователи Петер Ридессер и Годфрид Фишер определяют травму следующим образом: Травма – это важный дисбаланс между угрожающими обстоятельствами и индивидуальными способами их преодоления, сопровождающийся чувством беспомощности и незащищенности и вызывающий стойкий шок в понимании себя и окружающего мира» [25].

1.3 Влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

Теперь, когда мы рассмотрели концепции психологической травмы и психоэмоционального состояния, далее рассмотрим влияние психологической травмы на психоэмоциональное состояние человека, а также последовательность таких реакций.

Сразу после получения травмы, реакции пострадавших могут быть сложными и зависят от их личного опыта, наличия естественной поддержки, умения справляться с трудностями, поддержки близких и реакции окружающего общества. Несмотря на то, что реакции могут различаться по степени интенсивности, даже сильные реакции являются естественным откликом на преодоление травмы и не свидетельствуют о наличии психических расстройств.

Способы преодоления трудностей также могут быть различными, варьируя от активных действий до внутренней рефлексии, от эмоциональной экспрессии до скрытного внутреннего контроля. «С позиции клинической

практики, стиль преодоления трудностей менее важен, чем то, насколько успешно выбранная стратегия позволяет пострадавшему продолжать нормальную активность, регулировать эмоции, поддерживать уверенность в себе и поддерживать искать удовлетворение в социальных отношениях [13]. На самом деле, в прошлом в психологии травматического стресса, особенно в контексте групповых или массовых травм, считалось, что выжившим необходимо выразить эмоции, связанные с травмой, и говорить о ней; но более новые исследования показывают, что выжившие, которые выбирают не обсуждать свою травму, также могут быть психологически здоровыми, как и те, кто делает обратный выбор» [14]. Последние подходы к психологическому консультированию подчеркивают уважение к индивидуальному стилю преодоления травмы и не отдают предпочтение одному типу преодоления травмы перед другим.

Первоначальные реакции на травму могут проявляться в виде «усталости, печали, тревоги, возбуждения, замешательства, оцепенения, диссоциации, физического возбуждения и затуманенности восприятия. Эти реакции являются нормальными и встречаются у большинства людей, переживших травму. Они также соответствуют общепринятым социальным нормам, психологически эффективны и ограничены по времени» [17].

Более серьезными признаками реакций на травму являются продолжительный стресс, симптомы диссоциации и настойчивые интенсивные воспоминания, которые не исчезают, даже когда человек находится в безопасном месте [19].

Отложенные реакции на травму могут проявляться в постоянной усталости, нарушениях сна, кошмарах, опасениях повторения событий, повышенной тревоге, заикленности на воспоминаниях, депрессии и избегании эмоций, ощущений или действий, связанных с травмой. Эти реакции могут сохраняться даже долгое время после происшествия (таблица 1).

Таблица 1 – Классификация реакций на травму

Непосредственные эмоциональные реакции	Отложенные эмоциональные реакции
<p>«Оцепенение и отрешенность Тревога или сильный страх Чувство вины (включая вину выжившего) Возбуждение в результате того, что вы выжили Гнев Печаль Беспомощность Ощущение нереальности; деперсонализация (например, ощущение, что вы наблюдаете за собой) Дезориентация Чувство подавленности Чувство потери контроля Отрицание Ограничение чувств» [18]</p>	<p>Раздражительность и/или «враждебность Депрессия Перепады настроения, нестабильность Тревога (например, фобия, генерализованная тревога) Страх повторения травмы Реакции горя Стыд Ощущение хрупкости и/или уязвимости Эмоциональная отстраненность от всего, что требует эмоциональных реакций (например, значимые и/или семейные отношения, разговоры о себе, обсуждение травматических событий или реакций на них)» [26]</p>
Непосредственные физические реакции	Отложенные физические реакции.
<p>«Тошнота и/или расстройство желудочно-кишечного тракта Потливость или дрожь Обморок Мышечный тремор или неконтролируемая дрожь Повышенное сердцебиение, дыхание и кровяное давление Крайняя усталость или истощение Повышенная реакция испуга Деперсонализация» [26]</p>	<p>Нарушения сна, кошмары Соматизация (например, повышенное внимание к болям в теле и беспокойство о них) Изменения аппетита и пищеварения Снижение устойчивости к простудам и инфекциям Постоянная усталость Повышенный уровень кортизола Гиперароузальность Долгосрочные последствия для здоровья, включая заболевания сердца, печени, аутоиммунные и хронические обструктивные заболевания легких</p>
Непосредственные когнитивные реакции	Отложенные когнитивные реакции
<p>«Трудности с концентрацией внимания Руминация или гонка мыслей (например, повторное воспроизведение травмирующего события снова и снова) Искажение времени и пространства (например, травматическое событие может восприниматься так, как будто оно происходит в замедленной съемке, или несколько секунд могут восприниматься как минуты)» [29].</p>	<p>Навязчивые воспоминания или флешбэки Реактивация предыдущих травмирующих событий Самообвинение Зацикленность на событиях Трудности с принятием решений Магическое мышление: вера в то, что определенные модели поведения, включая избегающее поведение, защитят от травмы в будущем</p>

Продолжение таблицы 1

Непосредственные эмоциональные реакции	Отложенные эмоциональные реакции
«Проблемы с памятью (например, неспособность вспомнить важные аспекты травмы) Сильная идентификация с жертвами» [29]	«Вера в то, что чувства или воспоминания опасны Обобщение триггеров (например, человек, переживший вторжение в дом в дневное время, может избегать оставаться один в течение дня) Суицидальное мышление» [29]
Немедленные поведенческие реакции	Отложенные поведенческие реакции
Испуганная реакция Беспокойство Нарушения сна и аппетита Трудности с самовыражением Спорное поведение Повышенное употребление алкоголя, наркотиков и табака Отстраненность и апатия Избегающее поведение	Избегание напоминаний о событиях Нарушения социальных отношений Снижение уровня активности Вовлечение в поведение, связанное с высоким риском Повышенное употребление алкоголя и наркотиков Абстиненция
Непосредственные экзистенциальные реакции	Отсроченные экзистенциальные реакции
«Интенсивное использование молитвы Восстановление веры в доброту других людей (например, получение помощи от других) Потеря самооценки Отчаяние в отношении человечества, особенно если событие было преднамеренным Немедленное нарушение жизненных представлений (например, справедливость, безопасность, доброта, предсказуемость жизни)» [27]	«Задавание вопросов (например, «Почему я?»)» Повышенный цинизм, разочарование Повышение уверенности в себе (например, "Если я смог пережить это, то смогу пережить все") Потеря цели Возрождение веры Безнадежность Восстановление приоритетов Переопределение смысла и важности жизни Пересмотр жизненных установок с учетом травмы (например, посещение занятий по самообороне для восстановления чувства безопасности)» [27]

После травмы часто отмечаются различные реакции. У большинства людей, переживших травму, наблюдаются немедленные реакции, однако они обычно проходят без серьезных долгосрочных последствий. «Это происходит потому, что большинство людей, переживших травму, обладают высокой устойчивостью и вырабатывают соответствующие стратегии преодоления, включая использование социальной поддержки, чтобы справиться с последствиями и эффектами травмы» [18]. Большинство из них со временем

восстанавливаются, испытывают минимальный дистресс и эффективно функционируют в основных сферах жизни и на всех этапах развития. Даже в этом случае у клиентов с незначительными нарушениями могут сохраняться субклинические симптомы или «симптомы, не соответствующие диагностическим критериям острого стрессового расстройства (далее – ОСР или ПТСР). Лишь у небольшого процента людей с историей травмы наблюдаются нарушения и симптомы, соответствующие критериям связанных с травмой стрессовых расстройств, включая аффективные и тревожные расстройства.

Ниже будут рассмотрены некоторые общие реакции и психоэмоциональные состояния в различных сферах личности (эмоциональной, физической, когнитивной, поведенческой, социальной и развития), связанные с единичными, множественными и продолжительными травматическими событиями» [6].

Различные социокультурные факторы влияют на то, как человек реагирует эмоционально на травматические события. Помимо первоначальных эмоциональных реакций, таких как гнев, страх, печаль и стыд, возможны сложности в определении этих чувств. Некоторые люди не имеют опыта выражения эмоций в семье или обществе, что может затруднять проявление эмоций. Они могут также связывать сильные эмоции с предыдущей травмой и считать, что выражение эмоций опасно или может привести к потере контроля. Другие люди могут отрицать наличие эмоций, связанных с травматическим опытом, и определить свои реакции как оцепенение или отсутствие эмоций [26].

Некоторые люди, пережившие травму, испытывают трудности с регулированием таких эмоций, как гнев, тревога, печаль и стыд. У взрослых, которые до травмы функционировали нормально, такая эмоциональная дисрегуляция обычно кратковременна и представляет собой немедленную реакцию на травму, а не постоянный паттерн. «Самолечение – а именно, злоупотребление психоактивными веществами – является одним из методов,

которые травмированные люди используют в попытке восстановить эмоциональный контроль, хотя в конечном итоге это приводит к еще большей эмоциональной дисрегуляции (например, вызванные психоактивными веществами изменения в аффекте вовремя и после употребления). Другие попытки эмоциональной регуляции могут включать участие в рискованном или самоповреждающем поведении, неупорядоченное питание, компульсивное поведение, такое как азартные игры или чрезмерная занятость, а также подавление или отрицание эмоций; однако не все виды поведения, связанные с саморегуляцией, считаются негативными. Однако, некоторые люди находят творческие, здоровые и трудолюбивые способы справиться с сильными аффектами, вызванными травмой, например, возобновить занятия физической активностью или создать организацию для поддержки людей, переживших определенную травму» [28]. И здесь следует упомянуть о феномене посттравматического роста, который пытался сформулировать еще А. Маслоу, однако окончательно формализовали Р. Тадеша, Л. Калхаун в своей теории посттравматического роста (далее – ПТР) сформулированной в середине 1990-х годов. Они утверждают, что травматические события способны стать катализаторами позитивных психологических изменений, и что рост, который происходит в результате этих событий, может быть не менее значительным, чем негативное воздействие самой травмы.

Посттравматический рост (ПТР) – это термин, используемый для описания позитивных изменений, которые могут произойти в человеке после травматического события. Вместо того чтобы просто быть жизнеспособным и вернуться к прежнему состоянию функционирования, люди, пережившие ПТГ, сообщают, что травма привела к личностному росту, повышению ценности жизни и улучшению отношений с другими людьми. Р. Тадеша, Л. Калхаун выделили пять основных областей роста, которые могут произойти после травматического события [1].

Более высокая оценка жизни: у человека может развиться повышенное чувство благодарности за свою собственную жизнь и жизнь других людей, признание хрупкости и драгоценности жизни.

Улучшение отношений с другими людьми: Люди могут испытывать большее чувство социальной поддержки и связи, а также более глубокое сопереживание и понимание других людей.

Новые возможности для своей жизни: у человека могут появиться новые цели, стремления и возможности, о которых он, возможно, не задумывался до травматического события [8].

Личная сила: в результате травмы у человека может развиться большая устойчивость, сила и навыки преодоления.

Духовный рост: люди могут испытать углубление своих духовных или религиозных убеждений, а также большее чувство цели или смысла в жизни.

Теория ПТР Р. Тадеша и Л. Калхаун была подтверждена растущим объемом эмпирических исследований. Исследования показали, что люди, которые сообщают о переживании ПТР после травматического события, также отмечают лучшее психологическое благополучие и меньший психологический дистресс по сравнению с теми, кто не сообщает о ПТР. Кроме того, ПТР ассоциируется с целым рядом положительных результатов, включая повышение самооценки, улучшение отношений с другими людьми и повышение удовлетворенности жизнью [9].

Важно отметить, что ПТР не является универсальным явлением, и не все люди, пережившие травму, будут сообщать о росте или позитивных изменениях. Кроме того, переживание роста после травматического события не отменяет негативного воздействия самой травмы, и люди могут продолжать испытывать симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или других расстройств, связанных с травмой [21].

Несмотря на эти предостережения, теория ПТР предлагает обнадеживающий взгляд на потенциал позитивных психологических изменений после травматического события. Признавая возможность роста и

трансформации, люди, пережившие травму, могут найти смысл и цель в своем опыте и развить большее чувство устойчивости и силы перед лицом будущих проблем.

Травматический опыт может влиять на когнитивные установки личности и изменять их. «С самого начала травма бросает вызов справедливому миру или основным жизненным предположениям, которые помогают человеку ориентироваться в повседневной жизни. Например, было бы трудно выйти утром из дома, если бы вы верили, что мир небезопасен, что все люди опасны или что жизнь ничего не обещает. Вера в то, что человек своими усилиями и намерениями может защитить себя от плохого, снижает вероятность восприятия личной уязвимости. Однако травматические события – особенно если они неожиданны – могут поставить под сомнение такие убеждения [23].

Следующие примеры отражают некоторые из типов когнитивных изменений или изменений мыслительных процессов, которые могут происходить в ответ на травматический стресс» [22].

«Когнитивные ошибки: неправильная интерпретация текущей ситуации как опасной, поскольку она даже отдаленно напоминает предыдущую травму
Чрезмерное или неуместное чувство вины: Попытка когнитивного осмысления и контроля над травматическим опытом путем принятия на себя ответственности или чувства вины выжившего, поскольку другие, пережившие ту же травму, не выжили.

Идеализация: демонстрация неточной рационализации, идеализации или оправдания поведения преступника, особенно если преступник является или был опекуном. Другие подобные реакции являются зеркальным отражением идеализации; травматическая связь – это эмоциональная привязанность, которая развивается (отчасти для обеспечения выживания) между преступниками, получившими межличностную травму, и их жертвами, а стокгольмский синдром подразумевает сострадание и лояльность к захватчикам заложников» [16].

«Галлюцинации или бред, вызванные травмой: переживание галлюцинаций и бреда, которые, хотя и имеют биологическое происхождение, содержат когниции, соответствующие содержанию травмы.

Навязчивые мысли и воспоминания: переживание без предупреждения или желания мыслей и воспоминаний, связанных с травмой. Эти навязчивые мысли и воспоминания могут легко вызвать сильные эмоциональные и поведенческие реакции, как будто травма повторяется в настоящем. Навязчивые мысли и воспоминания могут приходиться быстро и могут быть разрушительными в момент их появления. Если человек переживает триггер, у него может на некоторое время усилиться количество навязчивых мыслей и воспоминаний. Например, у людей, которые случайно подверглись ретравматизации из-за программы или клинической практики, может возникнуть всплеск навязчивых мыслей о прошлых травмах, что затрудняет различение того, что происходит сейчас, и того, что произошло тогда. Когда консультирование фокусируется на травме, вполне вероятно, что клиент будет испытывать навязчивые мысли и воспоминания. Важно разработать стратегии преодоления до, насколько это возможно, и во время проведения травмоинформированного и специфического для травмы лечения» [17].

«Многие факторы способствуют формированию когнитивных моделей до, вовремя и после травмы. Принимая модель когнитивной триады Бека и его коллег, травма может изменить три основных когнитивных паттерна: мысли о себе, мире (других/окружении) и будущем. Чтобы пояснить, травма может заставить человека воспринимать себя как некомпетентного или поврежденного, воспринимать других и окружающий мир как небезопасный и непредсказуемый, а будущее как безнадежное – с верой в то, что личные страдания будут продолжаться или негативные результаты будут преобладать в обозримом будущем. Впоследствии этот набор когниций может сильно повлиять на веру клиентов в свою способность эффективно использовать внутренние ресурсы и внешнюю поддержку. С когнитивно-поведенческой точки зрения, эти когниции имеют двунаправленную связь в поддержании или

содействии развитию депрессивных и тревожных симптомов после травмы. Однако возможно, что когнитивные модели также помогают защититься от изнурительных психологических симптомов. Многие факторы способствуют формированию когнитивных моделей до, вовремя и после травмы» [20].

«Неотъемлемой частью переживания травмы является чувство отличия от других, независимо от того, была ли травма индивидуальной или групповой. Травматический опыт обычно кажется сюрреалистичным и ставит под сомнение необходимость и ценность обыденной повседневной деятельности. Пострадавшие часто считают, что другие не смогут полностью понять их переживания, и могут думать, что если они поделятся своими чувствами, мыслями и реакциями, связанными с травмой, то не оправдают ожиданий. Какой бы ужасной ни была травма, переживания, связанные с ней, как правило, глубоки» [25].

Тип травмы может определять, как человек чувствует себя другим или считает, что он отличается от других. Травмы, вызывающие чувство стыда, часто приводят к тому, что люди, пережившие травму, чувствуют себя более отчужденными от других, считая себя «испорченным товаром». Когда люди считают, что их опыт уникален и непонятен, они с большей вероятностью будут искать поддержку, если вообще будут искать поддержку, только у тех, кто пережил похожую травму [23].

Отличительным симптомом травмы является повторное переживание травмы различными способами. Повторное переживание может происходить посредством повторных реакций, когда пережившие травму люди вновь и вновь переживают, и воссоздают прошлую травму в своей нынешней жизни. Попытки понять суть повторных реакций очень сложны, поскольку повторные реакции возникают по разным причинам. «Иногда люди заново переживают прошлые травмы, чтобы овладеть ими. Примерами повторных реакций являются различные виды поведения: самоповреждения, гиперсексуальность, прогулки в одиночку в небезопасных местах или другие виды поведения, связанные с высоким риском, неосторожное вождение автомобиля или

участие в повторяющихся деструктивных отношениях (например, неоднократное вступление в романтические отношения с жестокими или агрессивными людьми).

Многие люди находят здоровые способы справиться с травмой, отреагировать на нее и исцелиться от нее. Часто люди автоматически переоценивают свои ценности и заново определяют, что является важным после травмы. К таким устойчивым реакциям относятся:

- укрепление связей с семьей и обществом;
- переопределенное или возросшее чувство цели и смысла;
- повышенная приверженность личной миссии» [28];
- пересмотренные приоритеты;
- увеличение благотворительности и волонтерства [24].

В контексте текущей геополитической обстановки нельзя обойти вниманием боевую стрессовую реакцию.

Явление, уникальное для войны, которое психологи, работающие с действующими или бывшими военнослужащими должны хорошо понимать, – это реакция боевого стресса (далее – РБС). РБС – это «острая реакция тревоги, возникающая вовремя или вскоре после участия в военных конфликтах и войнах, а также других операциях в зоне боевых действий. РБС не является официальным диагнозом и не включена в DSM-5. Она похожа на острую стрессовую реакцию, за исключением того, что провоцирующее событие или события затрагивают военнослужащих (и гражданских лиц, подвергшихся воздействию событий) в ситуации вооруженного конфликта. Термины «реакция боевого стресса» и «посттравматическая стрессовая травма» являются относительно новыми, и цель использования этих новых терминов – привлечь внимание к уникальному опыту стресса, связанного с боевыми действиями, а также уменьшить стыд, который может быть связан с обращением за услугами по охране психологического здоровья в связи с ПТСР» [22].

«Хотя стресс мобилизует физические и психологические ресурсы человека для более эффективной работы в бою, «реакция на стресс может сохраняться еще долгое время после окончания фактической опасности. Как и в случае с другими травмами, характер события (событий), реакции других людей, а также психологическая история и ресурсы выжившего влияют на вероятность и тяжесть РБС. У ветеранов боевых действий это зависит от количества, интенсивности и продолжительности факторов угрозы; социальной поддержки со стороны сверстников в подразделении ветерана; эмоциональной и когнитивной устойчивости военнослужащих; качества военного руководства. РБС может варьироваться от управляемого и легкого до изнурительного и тяжелого. Общие, менее тяжелые симптомы РБС включают напряжение, повышенную бдительность, проблемы со сном, гнев и трудности с концентрацией внимания. Если РБС не лечить, то это может привести к ПТСР» [28].

«Обычными причинами РБС являются такие события, как прямое нападение противника с применением стрелкового оружия или попадание военной колонны под самодельное взрывное устройство или засаду, но боевые стрессоры включают в себя широкий спектр травмирующих событий, таких как получение тяжелых ранений, наблюдение за смертью других и принятие решений на месте в неоднозначных условиях» [29]. Такие обстоятельства могут привести к боевому стрессу. Военнослужащие также служат на небоевых должностях (например, в медицинских и административных учреждениях), и персонал, выполняющий эти вспомогательные функции, может подвергаться воздействию боевых ситуаций, находясь рядом с ними или наблюдая их результаты.

«Острое стрессовое расстройство представляет собой нормальную реакцию на стресс. Симптомы развиваются в течение 4 недель после травмы и могут вызывать значительный дистресс. У большинства людей с острой реакцией на стресс никогда не развивается дальнейшее расстройство или ПТСР. Острое стрессовое расстройство в значительной степени связано с

переживанием одной конкретной травмы, а не с длительным воздействием хронического травматического стресса.

Диагностические критерии ОСР по DSM-5. Воздействие фактической или угрожающей смерти, серьезной травмы или сексуального воздействия одним (или более) из следующих способов: непосредственное переживание травмирующего события (событий)» [11].

Первичная презентация человека с острой стрессовой реакцией часто выглядит так, как будто он подавлен травматическим опытом. Потребность говорить о пережитом может привести к тому, что клиент будет казаться эгоцентричным и безразличным к нуждам других. «Ему может потребоваться описать в повторяющихся подробностях то, что произошло, или он может показаться одержимым попыткой понять, что произошло, в попытке осмыслить пережитое. Клиент часто проявляет повышенную бдительность и избегает обстоятельств, напоминающих о травме. Например, человек, попавший в серьезную автомобильную аварию в плотном потоке машин, может стать тревожным и избегать поездок в машине или движения в пробках в течение определенного времени после этого. Частичная амнезия на травму часто сопровождает ОСР, и человек может повторять вопросы других людей, чтобы уточнить детали. Люди с симптомами ОСР иногда ищут заверений от других людей, что событие произошло именно так, как они помнят, что они «не сходят с ума» или «сходят с ума», и что они не могли предотвратить это событие» [21].

При формировании диагностического заключения важно учитывать различия между ОСР и ПТСР. «Основное различие заключается в продолжительности присутствия симптомов. ОСР проходит через 2-4 дня – 4 недели после события, тогда как ПТСР продолжается и после четырехнедельного периода. Диагноз ОСР может измениться на диагноз ПТСР, если состояние было отмечено в течение первых 4 недель после события, но симптомы сохраняются более 4 недель» [5].

«ОСР также отличается от ПТСР тем, что для постановки диагноза ОСР необходимо наличие 9 из 14 симптомов из пяти категорий, включая вторжение, негативное настроение, диссоциацию, избегание и возбуждение. Эти симптомы могут проявиться в момент травмы или в течение следующего месяца. Исследования показывают, что диссоциация в момент травмы является хорошим предиктором последующего ПТСР, поэтому включение диссоциативных симптомов повышает вероятность того, что у тех, у кого развивается ОСР, впоследствии будет диагностировано ПТСР. Кроме того, ОСР – это преходящее расстройство, то есть оно присутствует в жизни человека в течение относительно короткого времени, а затем проходит. В отличие от этого, ПТСР обычно становится основной чертой жизни человека. В течение длительного периода времени ПТСР может оказывать глубокое влияние на восприятие безопасности, чувство надежды на будущее, отношения с другими людьми, физическое здоровье, появление психиатрических симптомов, а также на употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими.

Между ПТСР и ОСР существуют общие симптомы, а нелеченый ОСР является возможным предрасполагающим фактором к ПТСР, но неизвестно, может ли у большинства людей с ОСР развиться ПТСР. Есть предположение, что, как и в случае с ПТСР, ОСР чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Однако многие люди с ПТСР не имеют диагноза или вспоминают историю симптомов острого стресса до обращения за медицинской помощью или получения диагноза ПТСР» [25].

«Эффективные мероприятия по лечению ОСР могут значительно снизить вероятность последующего развития ПТСР. Эффективное лечение ОСР также может снизить частоту возникновения других сопутствующих проблем, таких как депрессия, тревога, диссоциативные расстройства и компульсивное поведение» [1]. Вмешательство в ОСР также помогает человеку развить навыки преодоления, которые могут эффективно предотвратить повторное возникновение ОСР после последующих травм.

Выводы по первой главе. Выше были подробно рассмотрены понятия психологической травмы, психоэмоционального состояния и воздействия первого на второе в результате можно заключить, что психоэмоциональное состояние – это сложный комплекс изменений, которые происходят в психике и организме человека и включают различные чувства, физиологическое возбуждение, поведенческие реакции и когнитивные процессы, возникающие в ответ на ситуацию, имеющую значение для конкретного человека. 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. Психологическая травма оказывает сильное комплексное воздействие, на личность которое может быть, как положительное, ведущее к личностному росту в результате феномена посттравматического роста так и отрицательным выраженным в остром стрессовом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Глава 2 Эмпирическое исследование влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

2.1 Организация и методы исследования влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

После анализа психологической литературы по проблеме исследования влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности было организовано эмпирическое исследование.

Цель исследования: выявить особенности влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности.

Гипотеза исследования: существует влияние психологической травмы на такие психоэмоциональные состояния как стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе. Чем сильнее влияние психологической травмы, тем сильнее выражены негативные эмоциональные состояния.

Методы исследования: теоретический, клинико-психологический метод, психодиагностический метод, методы математической обработки данных, статистический анализ, включающий методы статистической обработки (пакет программ «Statistica» v. 10.0, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена, интерпретационный метод).

Экспериментальная база исследования: В исследовании приняли участие 40 респондентов (20 мужчин и 20 женщин). Возраст респондентов составлял от 35 до 45 лет. Респонденты были подобраны таким образом, что каждый перенес потерю близкого человека, что явилось для них сильным потрясением. Все респонденты имеют высшее образование, профессии «человек-человек»: учителя, врачи, продавцы, воспитатели.

Методики исследования.

Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale IES, ШОВТС).

Цель: выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.

Шкалы методики: вторжение, избегание, возбудимость.

Опросник содержит 22 утверждения. Испытуемому предлагается оценить каждое из них – как часто перечисленные симптомы появлялись на протяжении последней недели жизни (от 1 до 5 баллов). Обработка проводится по ключу.

Критерии оценки:

– высокие показатели – 32-40 баллов;

– средние показатели – 20-31 балл;

– низкие показатели – 7-19 баллов.

Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда.

Цель методики: «диагностика интенсивности и частоты 10 основных эмоций с описью эмоций К. Изарда.

Внушаемость и эмпатические способности связаны не только с характером активности человека, но и с его самочувствием, которое желательно выразить именно в терминах чувств и эмоций. Для этого вполне применима методика К. Изарда. Ее содержание вновь предполагает активную позицию испытуемых, что является неременным условием самооценки и самопознания. Шкалы: интерес, радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд / застенчивость и чувство вины» [16].

Методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ), в адаптации 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.

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 – низкий» [34].

Опросник посттравматического роста (ОПТР) Р. Тадеша, Л. Калхауна, в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова. «Опросник для оценки посттравматического роста предлагает 21 утверждение, шкала ответов на которые, распределяется по пяти диагностическим шкалам: отношение к другим (ОД), новые возможности (НВ), сила личности (СЛ), духовные изменения (ДИ), повышение ценности жизни (ПЦ), посттравматический рост (ПР).

Респондентам предлагают внимательно прочитать утверждения и определить степень соответствия тому, насколько указанные изменения в жизни участника опроса произошли вследствие пережитой психотравмы, используя шкалу оценок от 1 до 6 (0-5 баллов), где 1 – во мне не произошло никаких перемен после этой ситуации, а 6 – во мне произошли перемены в очень большой степени после этой ситуации» [9].

Методы математико-статистической обработки данных.

Полученные в ходе исследования данные подверглись статистической обработке с помощью программы «STATISTICA» v. 10.0.

U-критерий Манна-Уитни – непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух независимых выборок по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. С целью установления статистической связи был использован коэффициент ранговой корреляции

Спирмена – непараметрический критерий, предназначенный для изучения характера взаимосвязи между переменными.

2.2 Результаты исследования влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности

Результаты диагностики выраженности симптомов ПТСР у мужчин и женщин по методике ШОВТС (Приложение А, таблица А.1) отражены на рисунке 1.

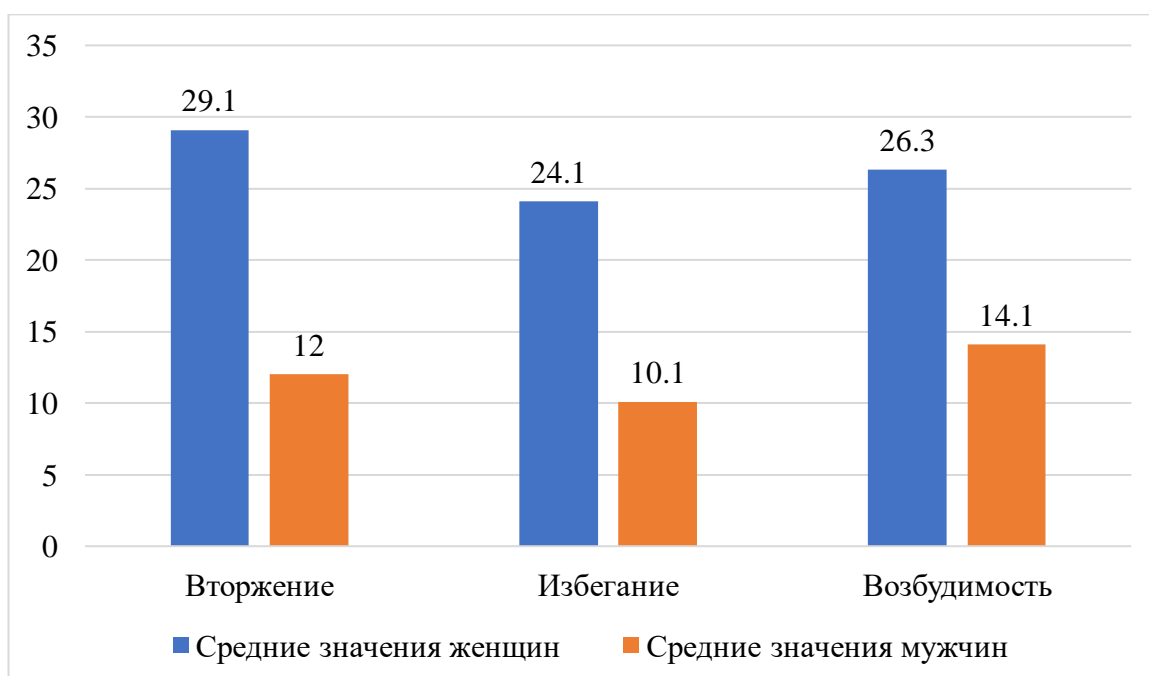


Рисунок 1 – Выраженность показателей симптомов ПТСР (среднее значение)

Анализ данных показывает, что по шкале «Вторжение» у женщин выявлен средний показатель (29,1). У них умеренно выражены переживания навязчивых мыслей и чувств, склонность заново переживать травмирующую ситуацию, неспособность не думать о случившемся, появление внезапных образов и неприятных картин в сновидениях. У мужчин обнаружен низкий показатель, отражающий слабо выраженные переживания навязчивых мыслей и чувств, склонность заново переживать травмирующую ситуацию (12,0).

По шкале «Избегание» у женщин выявлен средний показатель (24,1). У них умеренно выражено стремление предпринимать попытки смягчения или избегания негативных переживаний, связанных с травматическим событием, склонность к дистанцированию от ситуации, вытеснению воспоминаний из сознания. У мужчин обнаружен низкий показатель, отражающий слабо выраженное стремление предпринимать попытки смягчения или избегания негативных переживаний, связанных с травматическим событием, склонность к дистанцированию от ситуации (10,1).

По шкале «Возбудимость» у женщин выявлен средний показатель (26,3). У них умеренно выражена раздражительность, напряженность, психофизиологическое возбуждение, вызванное негативными воспоминаниями, чрезмерная тревога, трудности в концентрации внимания. У мужчин выявлен низкий показатель, отражающий ситуативное проявление напряженности и раздражительности (14,1).

В целом, у женщин наиболее интенсивно проявляется такой симптом ПТСР, как вторжение. У мужчин также более интенсивно проявляется возбудимость, которая может быть связана с другими трудными жизненными ситуациями.

Таким образом, для женщин характерны раздражительность, напряженность, психофизиологическое возбуждение, вызванное негативными воспоминаниями, чрезмерная тревога, трудности в концентрации внимания; стремление предпринимать попытки смягчения или избегания негативных переживаний, связанных с травматическим событием, склонность к дистанцированию от ситуации, а также некоторые переживания навязчивых мыслей и чувств, склонность заново переживать травмирующую ситуацию, неспособность не думать о случившемся. У мужчин слабо выражены вторжение, возбудимость и избегающее поведение.

Рассмотрим результаты сравнительного анализа выраженности показателей симптомов ПТСР у мужчин и женщин (таблица 2).

Таблица 2– Результаты сравнительного анализа выраженности симптомов ПТСР у мужчин и женщин

Параметры	Средние значения женщин	Средние значения мужчин	Uэмп	Уровень значимости
Вторжение	29,1	12,0	7,5	0,001
Избегание	24,1	10,1	8,0	0,001
Возбудимость	26,3	14,1	42,0	0,001

По результатам сравнительного анализа выраженности симптомов ПТСР по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия выраженности симптомов ПТСР: у женщин выше показатели вторжения, избегания, возбудимости, чем у мужчин.

Для анализа основных эмоций у испытуемых была использована методика «Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ)» разработанная К. Изардом. Приложение А, таблица А.2 содержит первичные баллы, полученные с помощью этой методики. Таблица 3 отображает количественные результаты исследования доминирующего эмоционального состояния испытуемых, включая интенсивность и частоту возникновения эмоций.

Таблица 3 – Количественные результаты исследования доминирующего эмоционального состояния испытуемых

Эмоциональное состояние	Средний балл женщин	Средний балл мужчин
Положительное (гипертимное)	18,5	17
Отрицательное (дистимное)	19,4	22,4
Индекс тревожно-депрессивных эмоций	26,3	18,5

На рисунке 2 представлено процентное соотношение результатов исследования доминирующего эмоционального состояния испытуемых.

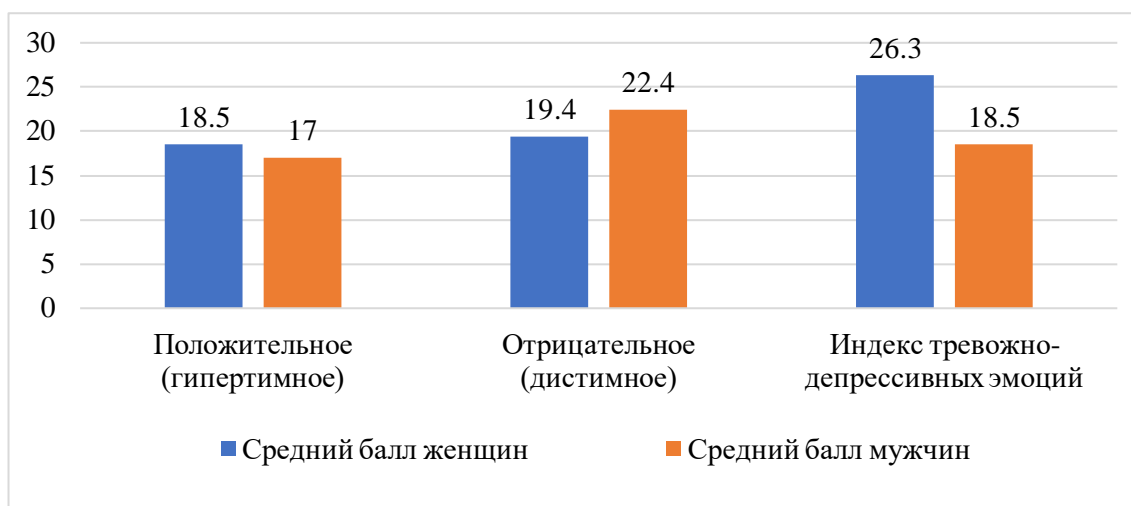


Рисунок 2 – Результаты исследования доминирующего эмоционального состояния испытуемых

Анализ данных, представленных на рисунке 2, позволяет сделать следующие выводы. Изучение эмоциональных состояний испытуемых показывает, что положительные доминирующие эмоциональные состояния у мужчин и женщин выражены в слабой степени. Это указывает на то, что у этих испытуемых эмоциональность преимущественно слабая.

С другой стороны, негативные доминирующие эмоциональные состояния у женщин и мужчин выражены в умеренной степени.

Относительно устойчивые индивидуальные переживания тревожно-депрессивного комплекса эмоций, опосредующих субъективное отношение к травмирующей ситуации, у женщин выражены в большей степени чем у мужчин.

Коэффициент всей выборки составил 1,15, что говорит о преобладании положительных эмоциональных состояний у испытуемых. Таким образом, у большинства испытуемых (60%) наблюдались положительные доминирующие эмоциональные состояния и высокое настроение, в то время как у 15% испытуемых были отрицательные доминирующие эмоциональные состояния и низкое настроение, у 25% испытуемых переживания тревожно-депрессивного комплекса эмоций.

Рассмотрим результаты исследования интенсивности и частоты возникновения основных эмоций у испытуемых (рисунок 3).

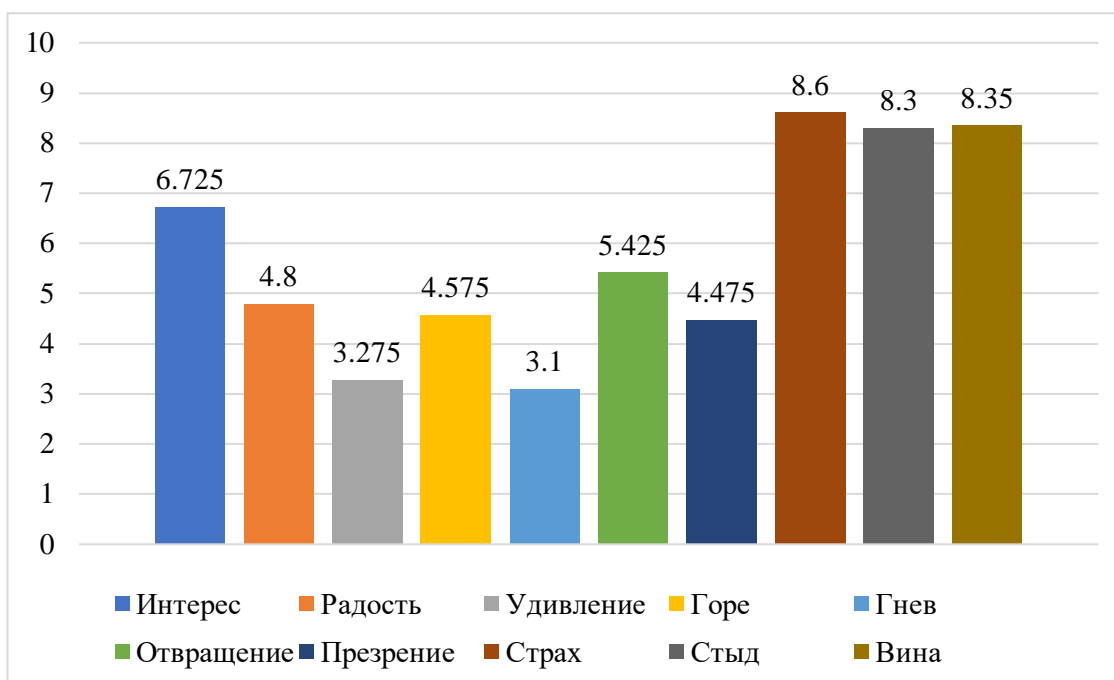


Рисунок 3 – Результаты исследования интенсивности и частоты возникновения основных эмоций у испытуемых (среднее значение)

Было выявлено, что респонденты испытывают:

- боязнь/страх (8,6) – отрицательное резкое чувство, что способно появиться в моментах, когда имеется действительная угроза для индивида (в определенных случаях немаловажно усмирить страх и проявить необходимую самодисциплину, для того, чтобы подчинить своё «я» волевому самоприказу, так как страх способен изменить работу психики);
- заинтересованность (6,725) – необходимость, главный фактор какого-либо воздействия, действия, стоящая за прямыми побуждениями людей, их идеями, мыслями (круг интересов, как и мотивы поведения людей, могут быть различными);
- стыдливость (8,3) – ощущение, либо душевное состояние, суть которого считается конкретное действие либо свойство субъекта (идеология);
- вина (8,35) – негативное ощущение, сопутствующее травме (чувство пренебрежения, безразличия) обусловленная типом общественных ценностей и законов.

Таким образом можно сделать следующий вывод, что испытуемым свойственны высокая защитная враждебность, состояние беспокойства, закрытость как состояние психологического дискомфорта при взаимодействии с другими людьми, чувство неудовлетворенности собой и невысокое самомнение. Респонденты ощущают, как позитивные, так и негативные эмоциональные состояния. У большей части испытуемых преобладают позитивные эмоциональные состояния и повышенные настроение; существенная доля респондентов выражает негативные преобладающие эмоциональные состояния и пониженное настроение, данные респонденты сильнее ощущают негативные состояния, в том числе боязнь, стыдливость, вину.

Рассмотрим результаты сравнительного анализа эмоционального состояния у мужчин и женщин (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты сравнительного анализа эмоционального состояния у мужчин и женщин

Параметры	Средние значения женщин	Средние значения мужчин	Uэмп	Уровень значимости
Интерес	6,7	8,9	63,0	0,001
Радость	7,8	4,8	16,0	0,001
Удивление	3,9	3,2	104,0	0,009
Горе	6,7	4,5	63,5	0,001
Гнев	2,8	3,7	62,0	0,001
Отвращение	5,3	7,3	82,0	0,001
Презрение	4,5	6,8	57,0	0,001
Страх	8,6	6,6	63,0	0,001
Стыд	9,0	6,2	29,0	0,001
Вина	8,7	5,5	25,0	0,001

По результатам сравнительного анализа эмоционального состояния по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия эмоциональных состояний: у женщин выше показатели радости, удивления, горя, страха, стыда, вины, чем у мужчин. У мужчин выше показатели интереса, гнева, отвращения, презрения, чем у женщин.

С целью установления единого эмоционального состояния респондентов мы применили методику «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ) – адаптация Н.В. Паниной (Приложение А, таблица А.3). Результаты изучения жизненной удовлетворенности респондентов представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Результаты изучения индекса жизненной удовлетворенности

Уровень	Средний балл женщин	Средний балл мужчин	Общий средний балл
Интерес к жизни	5,3	3,0	4,1
Последовательность в достижении целей	3,6	2,9	3,2
Согласованность между поставленными и достигнутыми целями	3,9	2,9	3,4
Положительная оценка себя и собственных поступков	3,4	2,4	2,9
Общий фон настроения	4,7	3,7	4,2

Средний балл по шкале интереса к жизни указывает на умеренную степень энтузиазма и отношения к повседневной жизни у испытуемых. Оценка по шкале «Последовательность в достижении целей» низкая, это может означать, что испытуемые пассивно принимают неудачи и смиряются с тем, что жизнь приносит. Низкая согласованность между поставленными и достигнутыми целями свидетельствует о том, что испытуемые убеждены, что не достигли или не могут достичь своих важных целей. Испытуемые отрицательно оценивают свои внешние и внутренние качества. Общее настроение у испытуемых умеренное, они не всегда получают удовольствие от жизни.

Итоги изучения общего уровня жизненной удовлетворенности респондентов представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты индекса жизненной удовлетворенности

Уровень	Количество респондентов	%
высокий уровень жизненной удовлетворенности	–	–
средний уровень жизненной удовлетворенности	16	40%
низкий уровень жизненной удовлетворенности	24	60%

По результатам, представленным в таблице 6, можно сделать вывод, что у многих респондентов выявлен низкий уровень удовлетворенности жизнью – 24 (60%) человека, данные респонденты получили в большей степени до 19 баллов. Респонденты с низкой удовлетворенностью жизнью, характеризуются низкими баллами согласно следующим шкалам:

- интерес к жизни – незначительная степень интереса, восторженного отношения к обыденной жизни;
- последовательность в достижении целей – бездейственное принятие разочарований в жизни и безропотное подчинение року существования;
- согласованность между поставленными и достигнутыми целями – коэффициент отображает уверенность индивида в том, что он никак не достиг либо никак не способен достигнуть целей, какие полагает значимыми;
- общий фон настроения – незначительная степень жизнерадостности и наслаждения жизнью.

Умеренный уровень удовлетворенностью жизнью был выявлен у 16 (40%) респондентов. Высокая степень удовлетворенностью жизнью выявлена не была.

Рассмотрим результаты сравнительного анализа индекса жизненной удовлетворенности у мужчин и женщин (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты сравнительного анализа индекса жизненной удовлетворенности у мужчин и женщин

Параметры	Средние значения женщин	Средние значения мужчин	Uэмп	Уровень значимости
индекс жизненной удовлетворенности	19,5	18,9	184,5	0,684

По результатам сравнительного анализа индекса жизненной удовлетворенности по полу, можно сказать, что достоверных различий индекса жизненной удовлетворенности не выявлено. Можно только отметить, что показатели выше у женщин, чем у мужчин.

На следующем этапе изучения, для оценки посттравматического роста и самосовершенствования у человека, испытавшего травматический стресс, был проведен «Опросник посттравматического увеличения (ОПТР)» Р. Тадеши, Л. Калхауна.

В таблице 8 по результатам ответов испытуемых (Приложение А, таблица А.4) отражены данные, показывающие интенсивность посттравматического роста по каждому из факторов.

Таблица 8 – Степень выраженности посттравматического роста

Уровень	Отношение к другим	Новые возможности	Сила личности	Духовные изменения	Повышение ценности жизни	Посттравматический рост
Низкий	24	–	2	6	2	–
Средний	10	8	16	20	10	14
Высокий	6	32	22	14	28	26

Наглядно результаты в процентном соотношении представлены на рисунке 4.

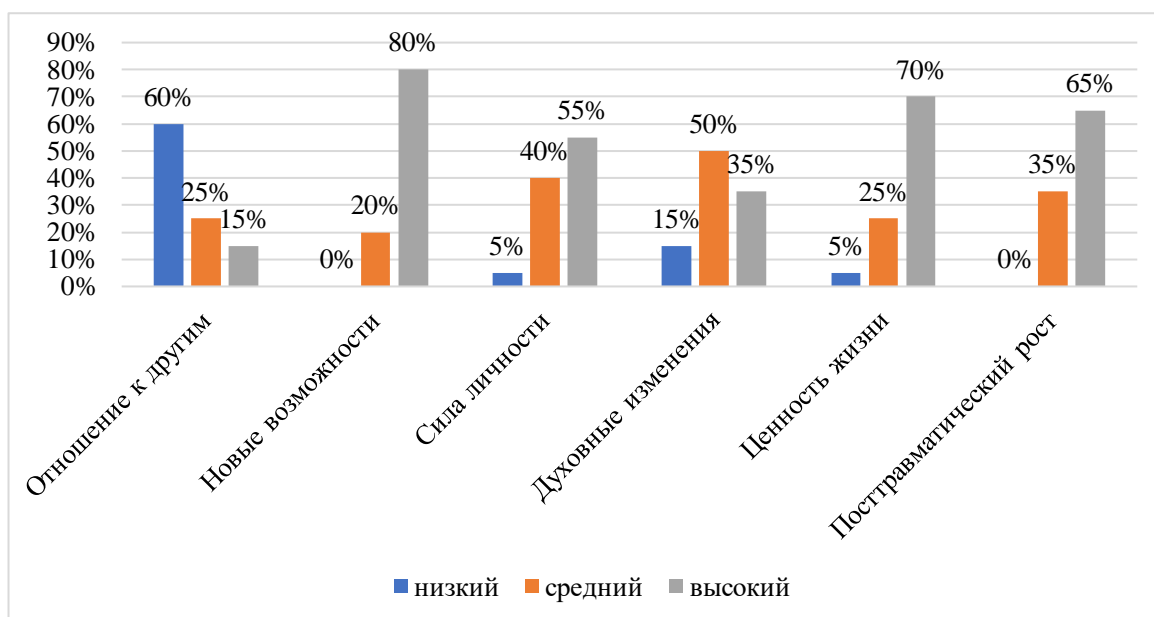


Рисунок 4 – Структура посттравматического роста в выборке (%)

Как можно заметить из рисунка 4, для 65% респондентов характерен высокий уровень посттравматического роста.

У 15% респондентов уже после травмы поменялся параметр «отношение к другим». Это указывает на то, что человек начал доверять людям, проще прибегать за помощью, пересмотрел собственные взаимоотношения со своим окружением и обществом в целом.

Максимальное число респондентов (80%) в следствие психотравмы выявили «новые возможности», начали замечать обстоятельства, какие прежде были недостижимы для восприятия, открылись абсолютно новые возможности для действий, возник новый круг интересов и увлечения.

55% респондентов ощутили собственную силу личности и начали ощущать себя смелее, обучились новым копинговым стратегиям работы с жизненными вызовами, выявили в себе тайные резервы личности.

Внутренние перемены случились у 35% анкетированных. Для данных респондентов по-новому открывались задачи личностного и духовного роста, их культурные взгляды окрепли, возникло стремление углубить познания об абстрактной картине общества.

Для 70 % респондентов характерен высокий уровень параметра «ценность жизни», это изменение означает, пересмотр экзистенциальных ценностей, респонденты начали глубже осознавать значимость собственной жизни.

Рассмотрим результаты сравнительного анализа степени выраженности посттравматического роста у мужчин и женщин (таблица 9).

Таблица 9 – Результаты сравнительного анализа степени выраженности посттравматического роста у мужчин и женщин

Параметры	Средние значения женщин	Средние значения мужчин	Uэмп	Уровень значимости
Отношение к другим	19,5	12,4	57,0	0,001
Новые возможности	14,3	19,9	38,5	0,001
Сила личности	10,8	14,8	98,5	0,006
Духовные изменения	5,6	5,4	192,5	0,849
Ценность жизни	12,5	12,6	188,0	0,755
Посттравматический рост	62,3	65,3	168,0	0,394

По результатам сравнительного анализа степени выраженности посттравматического роста по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия: у женщин выше показатели отношения к другим, чем у мужчин. У мужчин выше показатели новых возможностей и силы личности, чем у женщин. Что означает, что структуре посттравматического роста у женщин преобладают социальные коммуникативные навыки, в то же время посттравматический рост у мужчин выражается в росте силы, устойчивости личности, развитии широкого взгляды и новых точек зрения на события жизни. Для изучения влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности был проведен корреляционный анализ. Корреляционный анализ проводился с использованием статистической программы Statistica 10.0. Для изучения взаимосвязи психологической травмы и психоэмоционального состояния личности был использован критерий ранговой корреляции Спирмена (ρ) –

непараметрический метод, который используется с целью статистического изучения связи между явлениями. В этом случае определяется фактическая степень параллелизма между двумя количественными рядами изучаемых признаков и дается оценка тесноты установленной связи с помощью количественно выраженного коэффициента.

Результаты представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты корреляционного анализа психологической травмы и психоэмоционального состояния личности ($p \leq 0,05$)

Параметры	Интерес	Радость	Удивление	Горе	Гнев	Отвращение	Презрение	Страх	Стыд	Вина
Отношение к другим	–	0,56	0,65	–	-0,46	-0,42	-0,52	–	–	–
Новые возможности	0,41	–	–	-0,40	0,40	–	–	-0,34	-0,49	-0,67
Сила личности	–	–	–	–	–	–	–	-0,46	–	–

Анализ результатов, представленных в таблице, показывает, что:

Отношение к другим положительно коррелирует с радостью ($\rho=0,56$; $p \leq 0,05$) и удивлением ($\rho=0,65$; $p \leq 0,05$). Чем больше человек доверяет людям, легче обращается за поддержкой, пересматривает свои отношения с окружающими, тем больше человек испытывает радость и удивление.

Отношение к другим отрицательно коррелирует с гневом ($\rho=-0,46$; $p \leq 0,05$), отвращением ($\rho = -0,42$; $p \leq 0,05$) и презрением ($\rho = -0,42$; $p \leq 0,05$). Чем меньше человек доверяет людям, сложнее обращается за поддержкой, не пересматривает свои отношения с окружающими, тем больше человек испытывает гнев, отвращение и презрение

Новые возможности положительно коррелируют с интересом ($\rho = 0,41$; $p \leq 0,05$) и гневом ($\rho=0,40$; $p \leq 0,05$). Чем больше обнаруживает новые возможности, начинает видеть те, которые ранее были для него недоступны, открываются новые способности, появляются новые интересы и хобби, тем больше человек испытывает интерес.

Новые возможности отрицательно коррелируют с горем ($\rho=-0,40$; $p\leq 0,05$), со страхом ($\rho=-0,34$; $p\leq 0,05$), со стыдом ($\rho=-0,49$; $p\leq 0,05$) и с виной ($\rho=-0,67$; $p\leq 0,05$). Чем меньше человек обнаруживает новые возможности, ему не открываются новые способности, не появляются новые интересы и хобби, тем больше человек испытывает горе, страх, стыд и вину.

Сила личности отрицательно коррелирует со страхом ($\rho=-0,46$; $p\leq 0,05$). Связь носит обратный характер. Чем меньше человек чувствует себя уверенно, возникают сложности при решении трудностей, не видит в себе скрытых резервов, тем больше человек испытывает страх.

Для изучения влияния психологической травмы на психоэмоциональное состояние личности у мужчин и женщин был проведен корреляционный анализ. Результаты корреляционного анализа психологической травмы и психоэмоционального состояния личности у женщин представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты корреляционного анализа психологической травмы и психоэмоционального состояния личности у женщин ($p\leq 0,05$)

Параметры	ИЖУ	Удивление	Презрение	Страх	Стыд
Вторжение	-0,50	–	–	–	–
Возбудимость	–	–	0,52	–	–
Отношение к другим	–	–	–	–	0,53
Новые возможности	–	0,50	–	–	–
Сила личности	–	-0,56	–	-0,52	–

Анализ результатов, представленных в таблице, показывает, что:

Отношение к другим положительно коррелирует со стыдом ($\rho=0,53$; $p\leq 0,05$). Чем больше женщины доверяют людям, легче обращается за поддержкой, пересматривает свои отношения с окружающими, тем больше склонны испытывать стыд.

Сила личности отрицательно коррелирует с удивлением ($\rho=-0,56$; $p\leq 0,05$) и со страхом ($\rho = -0,52$; $p\leq 0,05$). Чем меньше женщины чувствуют себя уверенно, возникают сложности при решении трудностей, не видит в себе скрытых резервов, тем больше женщины испытывают страх и удивление.

Новые возможности положительно коррелируют с удивлением ($\rho=0,50$; $p\leq 0,05$). Чем больше женщины обнаруживают новые возможности, начинают видеть те, которые ранее были для них недоступны, открываются новые способности, появляются новые интересы и хобби, тем больше женщины испытывают приятное удивление.

Возбудимость положительно коррелирует с презрением ($\rho=0,52$; $p\leq 0,05$). Чем больше способность женщин быстро переходить от состояния покоя к состоянию активной эмоциональной реакции, тем выше способность женщины к презрению.

Вторжение отрицательно коррелирует с индексом жизненной удовлетворенности ($\rho = -0,50$; $p\leq 0,05$). Чем меньше склонность бесцеремонно, стремительно и внезапно врываться, вламываться во внутренний мир другого человека, в его ум и душу, потешаться над его чувствами, тем больше жизненная удовлетворенность.

Результаты корреляционного анализа психологической травмы и психоэмоционального состояния личности у мужчин представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты корреляционного анализа психологической травмы и психоэмоционального состояния личности у мужчин ($p\leq 0,05$)

Параметры	Радость	Удивление	Горе	Отвращение	Презрение	Стыд	Вина
Избегание	–	–	-0,61	–	–	–	0,45
Возбудимость	–	–	0,62	–	–	–	–
Отношение к другим	0,47	0,56	–	–	–	–	–

Продолжение таблицы 12

Параметры	Радость	Удивление	Горе	Отвращение	Презрение	Стыд	Вина
Сила личности	–	–	–	–	0,44	–	–
Духовные изменения	–	–	–	-0,46	–	–	–
Посттравматический рост	0,59	–	–	–	–	0,49	–

Избегание отрицательно коррелирует с горем ($\rho=-0,61$; $p\leq 0,05$) и положительно с виной ($\rho=0,45$; $p\leq 0,05$). Чем больше склонность к избеганию опасности или потенциально травматических ситуаций, тем меньше мужчины испытывают горе и больше вину.

Возбудимость положительно коррелирует с горем ($\rho =0,62$; $p\leq 0,05$). Чем больше способность мужчин быстро переходить от состояния покоя к состоянию активной эмоциональной реакции, тем больше мужчины испытывают горе.

Отношение к другим положительно коррелирует с радостью ($\rho=0,47$; $p\leq 0,05$) и удивлением ($\rho=0,56$; $p\leq 0,05$). Чем больше мужчины доверяют людям, легче обращается за поддержкой, пересматривает свои отношения с окружающими, тем больше мужчины испытывают радость и удивление.

Сила личности положительно коррелирует с презрением ($\rho=0,44$; $p\leq 0,05$). Чем больше мужчины чувствуют себя уверенно при решении трудностей, тем больше мужчины способны испытывать презрение.

Духовные изменения отрицательно коррелирует с отвращением ($\rho=-0,46$; $p\leq 0,05$). Чем меньше мужчина стремится углубить познания об абстрактной картине общества, тем больше мужчина испытывает отвращение.

Посттравматический рост положительно коррелирует с радостью ($\rho=0,59$; $p\leq 0,05$) и стыдом ($\rho=0,49$; $p\leq 0,05$). Чем позитивнее психологическое изменение, которое происходит в результате борьбы с тяжелыми жизненными обстоятельствами, тем больше мужчины испытывают радость и стыд.

Итак, на основании проведенного корреляционного анализа можно сделать общий вывод, что гипотеза исследования, заключающаяся в том, что существует влияние психологической травмы на такие психоэмоциональные состояния как стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе подтвердилась. Чем сильнее влияние психотравмы, тем сильнее выражены негативные эмоциональные состояния. Мужчины и женщины с доминированием негативных эмоций, пережившие травмирующее событие, испытывают неприятные, отрицательные переживания – психологический стресс, страх, тревожность, порой огорчение, респонденты с доминированием позитивных эмоций – положительно переживают сложности.

Выводы по второй главе. Для женщин характерны раздражительность, напряженность, психофизиологическое возбуждение, вызванное негативными воспоминаниями, чрезмерная тревога, трудности в концентрации внимания; стремление предпринимать попытки смятения или избегания негативных переживаний, связанных с травматическим событием, склонность к дистанцированию от ситуации, а также некоторые переживания навязчивых мыслей и чувств, склонность заново переживать травмирующую ситуацию, неспособность не думать о случившемся. У мужчин слабо выражены вторжение, возбудимость и избегающее поведение. По результатам сравнительного анализа выраженности симптомов ПТСР по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия выраженности симптомов ПТСР: у женщин выше показатели вторжения, избегания, возбудимости, чем у мужчин.

Для испытуемых свойственны высокая защитная враждебность, состояние беспокойства, закрытость как положение психологического дискомфорта при содействии вместе с другими людьми, положение неудовлетворенности собою и невысокое самомнение. Респонденты ощущают, как позитивные, так и негативные чувственные состояния. Большая часть испытуемых обладают позитивными эмоциональными состояниями и высоким настроением; существенная доля респондентов содержит негативные

преобладающие чувственные состояния и пониженное настроение, данные респонденты больше и сильнее ощущают отрицательные чувственные состояния, в том числе боязнь, стыдливость, вину и заинтересованность. По результатам сравнительного анализа эмоционального состояния по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия эмоциональных состояний: у женщин выше показатели радости, удивления, горя, страха, стыда, вины, чем у мужчин. У мужчин выше показатели интереса, гнева, отвращения, презрения, чем у женщин.

У большинства респондентов выявлен низкий уровень жизненной удовлетворенности. Высокий уровень жизненной удовлетворенности не был выявлен ни у одного респондента. По результатам сравнительного анализа общего психологического состояния по полу, можно сказать, что достоверных различий психологического состояния не выявлено. Можно только отметить, что показатели выше у женщин, чем у мужчин.

По результатам сравнительного анализа степени выраженности посттравматического роста по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия: у женщин выше показатели отношения к другим, чем у мужчин. У мужчин выше показатели новых возможностей и силы личности, чем у женщин.

Таким образом гипотеза проведённого исследования была подтверждена, – существует влияние психологической травмы на такие психоэмоциональные состояния как стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе. Чем сильнее влияние психотравмы, тем сильнее выражены негативные эмоциональные состояния.

Заключение

Психологическая травма оказывает сильное комплексное воздействие, на личность которое может быть, как положительное, ведущее к личностному росту в результате феномена посттравматического роста так и отрицательным выраженным в остром стрессовом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве.

После анализа специальной литературы по проблеме исследования психоэмоционального состояния личности в посттравматический период было организовано эмпирическое исследование. По результатам проведенного эмпирического исследования в данной работе было выявлено, что для женщин характерны раздражительность, напряженность, психофизиологическое возбуждение, вызванное негативными воспоминаниями, чрезмерная тревога, трудности в концентрации внимания; стремление предпринимать попытки смягчения или избегания негативных переживаний, связанных с травматическим событием, склонность к дистанцированию от ситуации, а также некоторые переживания навязчивых мыслей и чувств, склонность заново переживать травмирующую ситуацию, неспособность не думать о случившемся. У мужчин слабо выражены вторжение, возбудимость и избегающее поведение. По результатам сравнительного анализа выраженности симптомов ПТСР по полу, можно сказать, что у женщин выше показатели вторжения, избегания, возбудимости, чем у мужчин.

Для испытуемых свойственны высокая защитная враждебность, состояние беспокойства, закрытость как положение психологического дискомфорта при содействии вместе с иными людьми, положение неудовлетворенности собою и невысокое самомнение. Респонденты ощущают, как позитивные, так и негативные чувственные состояния. Большая часть испытуемых обладают позитивными преобладающими чувственными состояниями и высоким настроением; существенная доля респондентов содержит негативные преобладающие чувственные состояния и пониженное

настроение, данные респонденты больше и сильнее ощущают отрицательные чувственные состояния, в том числе боязнь, стыдливость, вину и заинтересованность. По результатам сравнительного анализа эмоционального состояния по полу, можно сказать, что существуют достоверные различия эмоциональных состояний: у женщин выше показатели радости, удивления, горя, страха, стыда, вины, чем у мужчин. У мужчин выше показатели интереса, гнева, отвращения, презрения, чем у женщин.

У большинства респондентов выявлен низкий уровень жизненной удовлетворенности. Высокий уровень жизненной удовлетворенности не был выявлен ни у одного респондента. По результатам сравнительного анализа общего психологического состояния по полу, можно сказать, что достоверных различий психологического состояния не выявлено.

По результатам сравнительного анализа степени выраженности посттравматического роста по полу, можно сказать, что у женщин выше показатели отношения к другим, чем у мужчин; у мужчин выше показатели новых возможностей и силы личности, чем у женщин.

На основании проведенного корреляционного анализа можно сделать общий вывод, что гипотеза проведенного исследования была подтверждена, – существует влияние психологической травмы на такие психоэмоциональные состояния как стыд, страх, вина, презрение, отвращение, горе. Чем сильнее влияние психотравмы, тем сильнее выражены негативные эмоциональные состояния.

Список используемой литературы

1. Близнюк А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов: клиника, диагностика, коррекция // Военная медицина. 2006. №1. С. 31–40.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М. : Изд-во Моск. ун-та, 2014. 200 с.
3. Габдреева Г. Ш. Самоуправление психическим состоянием. Казань, 1981. 63 с.
4. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб: Питер, 2005. 540 с.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Питер, 2006. 944 с.
6. 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.
7. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. М., 1964. 344 с.
8. Лэнгле А. Эмоции и экзистенция. Харьков: Гуманитарный центр, 2007. 332 с.
9. Малкина И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2008. 928 с.
10. Марцинковская Т. Д. Переживание как механизм социализации и формирования идентичности в современном меняющемся мире // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 3(5).
11. Менделевич В. Д. Психотравма, личность и неврозогенез (антиципационный подход) // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. С. 12–17.
12. Мясищев В. Н. Избранные труды. М.: Воронеж, 1995. 356 с.
13. 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.

14. Погодин И. А. Переживание в этиологии психической травмы // Психическая травма и переживание: гештальт-терапия кризиса (Специальный авторский выпуск «Вестника гештальт-терапии»): сб. статей. Вып. 7. 2008. С. 6–16.

15. Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. М. : Педагогика, 1983. 806 с.

16. Селье Г. Стресс без дистресса. М. : Прогресс, 1979. 185 с.

17. Семке В. Я. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств // Вестник Томского гос. ун-та. 2005. № 1. С. 123–129.

18. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

19. Томб Д. А. Феноменология посттравматического стрессового расстройства // Методическое пособие по работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Спб., 2001. С. 6–30.

20. 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.

21. Фахрутдинова Л. Р. Структурно-динамическая организация переживания субъекта: автореферат дис... .. доктора психологических наук: 19.00.01. Казань, 2012. 41 с.

22. 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.

23. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Академический Проект, 2004. 848 с.

24. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. М. : Прогресс, 2010. 368 с.
25. Фрейд З. Введение в психоанализ. М. : АСТ, 2022. 544 с.
26. Фресс П. Эмоциогенные ситуации. В кн: Экспериментальная психология / ред. сост. П. Фресс, Ж. Пиаже. М.: Просвещение, 1975. С. 133–142.
27. Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. М. : Изд. центр «Academia», 1997. 95 с.
28. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2002. 656 с.
29. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York, 2014. p. 36–40.
30. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2014. 342 p.

Приложение А

Сводные таблицы результатов эмпирического исследования

Таблица А.1 – Сводная таблица результатов по методике «Шкала оценки влияния травматического события» (Impact of Event Scale) (ШОВТС)

Пол	Вторжение	Избегание	Возбудимость
Ж	30	34	28
Ж	37	26	27
Ж	38	25	34
Ж	20	23	35
Ж	21	34	37
Ж	23	35	25
Ж	25	37	24
Ж	16	32	21
Ж	33	15	16
Ж	38	14	37
Ж	31	15	16
Ж	34	12	19
Ж	35	16	17
Ж	24	21	37
Ж	32	23	21
Ж	25	34	24
Ж	16	25	21
Ж	33	24	26
Ж	37	16	27
Ж	34	21	34
среднее	29,1	24,1	26,3
М	13	11	8
М	12	9	7
М	9	8	22
М	8	8	21
М	8	9	15
М	9	18	9
М	9	7	12
М	11	10	11
М	10	10	8
М	11	12	7
М	13	11	10
М	12	8	21
М	21	7	21

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Пол	Вторжение	Избегание	Возбудимость
М	12	13	27
М	22	11	12
М	13	12	10
М	12	11	21
М	12	10	12
М	11	7	16
М	12	10	12
среднее	12,0	10,1	14,1

Таблица А.2 – Сводная таблица результатов по методике «Дифференциальные шкалы эмоций»

Основные эмоции									
Интерес	Радость	Удивление	Горе	Гнев	Отвращение	Презрение	Страх	Стыд	Вина
8	6	5	6	3	8	3	9	8	11
5	9	5	8	2	6	3	10	9	8
7	7	5	6	2	4	6	10	9	7
6	8	3	6	3	8	6	8	10	9
5	8	3	8	2	2	5	6	7	7
7	9	4	8	3	3	4	9	8	9
8	7	4	8	2	6	2	10	9	8
5	8	3	7	4	4	5	9	9	9
5	7	3	7	3	5	3	8	9	10
11	8	4	8	3	7	8	7	12	8
8	9	4	8	2	8	3	9	8	11
5	9	4	7	2	6	3	10	9	8
7	8	5	6	3	4	6	10	9	8
6	9	3	6	3	8	6	8	10	9
5	9	4	5	3	2	5	6	7	8
7	8	4	4	3	3	4	9	8	9
8	6	5	7	3	6	2	10	9	8
5	6	5	5	4	4	5	9	9	9
5	7	3	7	3	5	3	8	9	10
11	8	3	8	3	7	8	7	12	8
8	6	3	3	4	8	6	9	8	6
9	4	3	3	4	7	7	7	6	5
9	5	5	6	3	8	6	5	9	5
7	3	3	6	4	8	6	8	6	9
9	3	3	5	4	7	7	6	7	6
8	5	3	3	3	6	8	7	5	8

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.2

Основные эмоции									
Интерес	Радость	Удивление	Горе	Гнев	Отвращение	Презрение	Страх	Стыд	Вина
9	4	3	5	4	8	5	9	4	5
8	7	3	3	3	7	8	8	8	4
11	5	3	8	4	7	8	7	6	5
8	6	3	3	4	8	8	5	8	6
11	4	3	3	4	6	7	6	6	5
10	5	5	6	3	7	6	5	6	5
6	3	3	6	3	8	6	8	5	4
9	3	3	5	4	8	7	6	7	6
9	6	4	4	4	7	8	6	8	4
8	5	3	3	4	6	6	5	5	8
11	4	3	5	4	8	5	7	4	5
9	7	3	3	3	7	8	8	6	5
11	5	3	8	4	7	8	5	6	4
8	6	3	3	4	8	7	6	5	6

Таблица А.3 – Результаты теста индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной

Пол	Общий	Интерес к жизни	Последовательность	Согласованность	Положительная оценка	Фон настроения
Ж	14	4	4	3	5	4
Ж	18	5	5	3	4	5
Ж	21	5	4	6	4	5
Ж	19	4	3	4	4	4
Ж	27	4	3	5	2	6
Ж	18	4	5	4	3	6
Ж	21	5	4	5	4	4
Ж	28	6	4	3	2	4
Ж	17	6	4	4	4	4
Ж	18	5	3	3	2	6
Ж	22	6	3	3	5	5
Ж	18	7	4	2	3	4
Ж	17	4	2	4	2	5
Ж	25	5	3	5	3	3
Ж	15	7	4	2	3	5
Ж	18	6	4	4	4	5
Ж	27	2	3	3	3	6
Ж	28	7	2	6	4	5
Ж	13	8	3	4	4	4
Ж	15	5	4	5	3	4
М	17	3	2	3	2	5
М	19	2	2	2	3	4

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.3

Пол	Общий	Интерес к жизни	Последовательность	Согласованность	Положительная оценка	Фон настроения
М	15	4	3	2	2	5
М	13	4	4	3	1	5
М	14	4	3	3	2	4
М	19	2	3	4	2	5
М	21	3	2	3	2	4
М	26	3	3	3	3	3
М	18	4	4	4	2	2
М	24	2	3	3	2	2
М	22	2	3	3	2	3
М	21	3	4	4	3	5
М	17	4	2	2	3	3
М	18	2	3	2	3	3
М	16	3	2	2	2	5
М	19	4	2	3	3	2
М	14	2	3	4	3	3
М	19	2	2	3	3	3
М	24	3	4	3	2	4
М	22	3	3	2	3	4

Таблица А.4 – Результаты опросника посттравматического роста (ОПТР)
Р. Тадеша, Л. Калхауна, в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова

Отношение к другим	Новые возможности	Сила личности	Духовные изменения	Повышение ценности жизни	Посттравматический рост
19	15	12	6	11	63
18	14	11	2	13	58
22	18	9	5	15	69
21	12	13	4	14	64
18	15	16	5	6	60
21	15	11	5	15	67
19	14	8	9	13	63
19	11	7	5	14	56
15	17	15	8	13	68
12	16	9	3	15	55
27	11	10	5	15	68
16	13	9	7	12	57
19	19	6	4	11	59
12	12	13	9	13	59
26	15	7	5	15	68
21	15	12	7	12	67
25	16	8	4	11	64

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.4

Отношение к другим	Новые возможности	Сила личности	Духовные изменения	Повышение ценности жизни	Посттравматический рост
19	14	9	8	10	60
18	11	15	2	15	61
16	13	16	9	7	61
18	17	16	4	15	70
13	17	8	9	16	63
29	24	20	6	13	92
11	18	12	7	11	59
14	19	12	8	10	63
7	23	19	6	11	66
5	19	18	4	17	63
13	24	18	7	11	73
8	25	20	4	12	69
8	23	17	2	13	63
10	15	8	7	16	56
15	10	15	8	10	58
6	24	8	2	15	55
5	19	18	6	10	58
19	24	20	2	11	76
18	17	16	8	11	70
10	21	6	5	13	55
14	20	15	3	12	64
12	21	20	7	14	74
14	19	11	4	12	60