

И. Р. Хусаинова

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ
ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ
У ВЗРОСЛЫХ

Монография

Алматы
«Қазақ университеті»
2020

УДК 159.9
ББК 88.4
Х 98

*Рекомендовано к изданию Ученым советом
(протокол №9 от 25.05.2020)
и РИСО КазНУ им. аль-Фараби
(протокол №4 от 19.06.2020)*

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор **М.А. Перленбетов**
(университет «Кайнар»)
кандидат психологических наук, доцент **А.О. Надирбекова**
(КазНПУ им. Абая)
кандидат психологических наук, доцент **С.К. Кудайбергенова**
(КазНУ им. аль-Фараби)

Хусаинова И.Р.

Методы психокоррекции постравматических стрессовых расстройств у взрослых: монография / И.Р. Хусаинова. – Алматы: Қазақ университеті, 2020. – 98 с.

ISBN 978-601-04-4730-1

В монографии представлен теоретический и практический комплекс клинико-психологических и психометрических методов психокоррекции постравматических стрессовых расстройств (у взрослых лиц с онкологическими заболеваниями).

Рекомендуется социальным психологам, психологам, психотерапевтам, врачам, сотрудникам диагностических и коррекционных кабинетов и других организаций, занимающихся проблемами психологических расстройств личности. Материалы исследования будут полезны в процессе обучения студентов психолого-педагогических и медицинских специальностей.

**УДК 159.9
ББК 88.4**

ISBN 978-601-04-4730-1

© Хусаинова И.Р., 2020
© КазНУ им. аль-Фараби, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	8
1.1. Основные подходы к исследованию посттравматического стрессового расстройства	8
1.2. Феноменология посттравматического стрессового расстройства. Причины и симптоматика.....	11
1.3. Развитие посттравматического стресса у онкологических	15
1.4. Особенности посттравматического стрессового расстройства на фоне острого горя.....	20
ГЛАВА 2. КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	24
2.1. Коррекция как психологическое явление и ее основные методы	24
2.2. Специфика методов коррекции посттравматического стрессового расстройства.....	26
2.3. Методы коррекции ПТСР на фоне острого горя.....	31
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ И МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	36
3.1. Организация и методы исследования.....	36
3.2. Констатирующее экспериментальное исследование	39
3.3. Формирующий эксперимент	50
3.4. Контрольное экспериментальное исследование	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	61
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	64
ПРИЛОЖЕНИЯ	69

ВВЕДЕНИЕ

Посттравматическое стрессовое расстройство личности представляет собой особое психическое состояние, при котором у личности возникает развитие характерных симптомов, возникающих на фоне переживания сильнейшего стресса. Такие постстрессовые расстройства личности имеют широкое распространение. В последнее время специалистами разного уровня отмечается, что большая часть пациентов переживает различные психотравмирующие события.

Посттравматическое стрессовое расстройство личности представляет собой особое психическое состояние, при котором у личности возникает развитие характерных симптомов на фоне переживания сильнейшего стресса. Данное расстройство можно определить у человека, который испытал сильнейший психоэмоциональный стресс. Как вариант такого стресса мы можем рассматривать тяжелое, угрожающее жизни заболевание, которое так же может приводить к посттравматическому стрессовому расстройству.

Несмотря на бурное развитие онкологии и значительное число публикаций, посвященных вопросам клиники, диагностики и лечения злокачественных опухолей, аспекты, связанные с психологической помощью пациентам со злокачественными образованиями, не достаточно освещены в научной литературе нашей страны.

Негативные психологические изменения у больного вызываются не столько болезнью, сколько отношением к этой болезни самого человека. Хронический стресс на фоне ПТСР подавляет функции иммунной системы, что, в свою очередь, может привести к развитию и прогрессированию заболевания. Истощение нервной и иммунной системы также может отразиться и на процессе лечения, и на общем соматическом состоянии.

Однако, несмотря на распространенность явления формирования ПТСР у тяжело больных, данное явление незначительно исследовано в психологии. Также практически нет разработанных программ коррекции ПТСР, возникающего в рамках переживания тяжелого соматического заболевания и в период острого горя.

Специфичность рассматриваемой проблемы (ПТСР) заключается в том, что посттравматическим стрессовым проявлениям свойственны отсроченные по времени реакции, следовательно, работа с людьми не носит характера одноразового акта, а требует создания единой системы социальной, психологической и медико-психологической реабилитации в масштабах государства.

Данная научная работа является результатом исследования методов коррекции посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у онкологических больных и у лиц на фоне острого горя. В частности, было проведено изучение посттравматических стрессовых расстройств как психологического явления с целью разработки методов коррекции посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких. А также рассмотрены основные методы коррекции посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Основная гипотеза исследования состоит из двух гипотетических предположений:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство проявляется в комплексе поведенческих, эмоциональных и когнитивных реакций.

2. Для коррекции посттравматического стрессового расстройства эффективным будет использование комплексных методов психотерапии, направленных на снижение уровня симптоматики, снижение уникальности состояния, регуляцию эмоций, включение адекватных психологических защит и формирование позитивного мышления.

В связи с чем были поставлены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ феномена посттравматического стрессового расстройства и факторов его вызывающих.

2. Изучить симптоматику посттравматических стрессовых расстройств.

3. Изучить направления помощи на различных этапах процесса переживания посттравматического расстройства и методы его коррекции.

4. Экспериментальное исследование в группах лиц, переживших посттравматический стресс, с целью определения уровня посттравматического стрессового расстройства.

5. Составить и разработать программу коррекции посттравматического стрессового расстройства и проверить степень ее эффективности.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют труды в области психологии, клинической психологии, медицины:

– общепсихологические принципы единства сознания и деятельности (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев), понимаемые как закономерная зависимость психических явлений от порождающих их условий и факторов;

– теоретические основы психологии эмоций Кэррола Э. Изарда;

– представления когнитивной психологии о формировании психической патологии и ПТСР (А. Бек, А. Эллис, Р. Янофф-Булман, Ж. Пиаже);

– концепция стресса (Г. Селье, Р. Лазарус, В. Бодров, В. Абабков);

– принципы и подходы к разработке проблем посттравматического стресса (Р. Питмен, Бессел Ван дер Колк, И.Г. Малкина-Пых и др.);

– теоретические идеи и практические достижения психоонкологического направления и представления о многофакторной детерминации этиологии и течения онкологических заболеваний (S. Greer, D. Cella, J. Holland и др.).

Методы получения данных:

– теоретический анализ литературы по проблеме, обобщение, сравнение и систематизация экспериментальных и теоретических данных;

– метод анализа продуктов деятельности (контент-анализ), метод получения информации на основе вербальной коммуникации (клиническое интервью), психодиагностические тесты (Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – IES), М. Горовиц, Н. Вилнер, В. Алварес, Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED – SCL-90-R), Многофакторный личностный опросник FPI, «Психологическая автобиография» как методика психодиагностики жизненных ситуаций, Метод клинического интервью);

– статистические методы обработки экспериментальных данных, полученных в ходе исследования (Критерий Стьюдента, Критерий Манна-Уитни, критерий Т-Вилкоксона), их количественный и качественный анализ.

Первостепенное значение для решения поставленных нами задач имеют исследования, непосредственно направленные на теоретический анализ методологических аспектов исследования эмоционально-психологических особенностей личности людей, испытавших сильнейший травматический стресс. Далее работа содержит эмпирическую проверку поставленной нами гипотезы.

Практическая значимость данной работы состоит в том, что проведенные исследования позволили нам изучить выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких. Данное исследование может оказать помощь в разработке психокоррекционных программ, направленных на работу с посттравматическим синдромом.

Исследование проводилось на базе Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии (КазНИИОнР) г. Алматы. Объем выборки составил 200 человек. Возрастной показатель варьировал от 25 до 58 лет.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

Первая глава посвящена анализу теоретических подходов к исследованию посттравматического стрессового расстройства, раскрытию причин и симптоматики ПТСР у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Вторая глава посвящена методам коррекции ПТСР в целом, и в частности у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Третья глава посвящена экспериментальному исследованию специфики методов коррекции ПТСР у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Глава 1

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

1.1. Основные подходы к исследованию посттравматического стрессового расстройства

Последствия психологических травм, особенно с социальным компонентом, известны с давних времен. Как при всяком стрессе, последствия могут носить положительный и отрицательный характер в виде психосоматических и эмоционально-психических расстройств. Положительные последствия некоторых психологических травм используются в медицинской практике в процессе шоковой терапии, но в единый синдром они не выделены. В то же время отрицательные последствия психологических травм всегда были объектом внимательного изучения.

У причин посттравматического стресса многофакторные истоки. Нередко основной причиной бывает «травма прошлым», то есть никак не забываемое трагическое событие, выводящее за пределы обычного (ранее привычного) опыта жизни человека. Также «травма прошлым» могла быть нанесена переживанием ужаса, страха, боли и острым горем. Травмой начат и запущен своеобразный процесс посттравматического стресса.

«Травма нынешней жизнью» тоже может оказаться причиной посттравматического стресса. Это может случиться у человека, который адаптировался, привык к одним условиям существования, но вдруг оказывается в совершенно другой обстановке, к которой он не привык. Эта ситуация тяжело переносится и становится психотравмирующей. И как психологическая защита от травмирующей ситуации может начать формироваться посттравматический стресс.

Посттравматический стресс может оказаться своеобразным уходом от различных травм, наносимых реальностью.

Часто источником посттравматического стресса может быть «травма ожидаемым будущим», когда человек боится трагедий и сильных травмирующих переживаний, которые происходили ранее и оставили тяжелый след в его душе. Но еще хуже ожидание, надвигающееся из будущего. «Психологическая травма ожидаемым будущим» чаще всего самая трудная и нехорошая. Человек, живущий здесь и сейчас, то есть в каждый «данный момент жизни», живет с определенными целями и планами на будущее. И если в жизни человека вдруг случается какое-либо трагическое событие, которое меняет весь привычный уклад, то в психике человека и в его организме начинают формироваться процессы, характерные для посттравматического стресса.

Возможны разные формы патологического развития ПТСР: начинает проявляться диссоциация сознания и подсознания, наиболее заметным становится регресс психики.

В таких ситуациях становится очевидным, что ПТСР не только ухудшает качество последующей жизни человека, но также может сокращать саму продолжительность жизни. И ведущим фактором в тот момент оказывается то, каким смыслом человек наполняет свою жизнь: болезненными переживаниями или мудростью жизненного опыта

Нами был проведен анализ различных концепций и подходов к пониманию и интерпретации термина «психологическая травма личности». На основании этого можно сделать вывод о том, что, несмотря на большой интерес к данному понятию, оно до сих пор остается дискуссионным. Мы же под психологической травмой на протяжении всей работы будем понимать жизненно важное событие для личности, непосредственным образом влияющее на все стороны его жизнедеятельности и приводящее к глубоким психологическим переживаниям с определенными для этого последствиями.

Исследования эффективности лечения ПТСР начались в начале 1980-х годов прошлого века, со времени включения этого заболевания в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). С тех пор было опубликовано множество докладов и исследований, которые различались по методологической строгости, поэтому достоверность их выводов неодинакова для разных подходов.

В России история изучения посттравматического стрессового расстройства как такового, насчитывает не более пятнадцати лет, и начало активного изучения проблемы ПТСР совпадает с периодом радикального переустройства общества. В начале 90-х годов прошлого века открывается Лаборатория посттравматического стресса и психотерапии при Институте психологии РАН под руководством Тарабриной Н.В., создается лаборатория при академии управления МВД под руководством Котенева И.О. [60]

В 1991 году в Москве было создано «Психологическое общество травматического стресса», поставившее перед собой задачу объединить специалистов России и стран СНГ в области травматического стресса.

На данный момент не существует исследований, которые систематически изучали бы эффективность сочетания психотерапии с медикаментозным лечением, хотя исследования других заболеваний (например, депрессии) показали преимущества комбинированных подходов.

Клиницистам рекомендуется использовать те методы лечения, эффективность которых была проверена. Однако важно помнить, что некоторые подходы (например: медикаментозное лечение, когнитивно-поведенческая терапия), доказавшие свою эффективность, также доступны. Кроме того, многие подходы, которые не были оценены в хорошо контролируемых исследованиях, широко используются и, следовательно, имеют многочисленные клинические подтверждения своей эффективности. В таких случаях проявляется разница между теоретическим знанием и клиническим опытом. Не весь спектр психотерапевтических методов был подвергнут проверке с помощью рандомизированных, контролируемых клинических испытаний. Чуткие и опытные клиницисты часто имеют больше шансов определить характер и время специфических психологических и психофармакологических интервенций [40].

1.2. Феноменология посттравматического стрессового расстройства. Причины и симптоматика

Проблема выделения «факторов риска» развития ПТСР всегда вызывала трудности перед специалистами, работающими в области травматического стресса.

Основной задачей при выделении факторов риска развития ПТСР является то, насколько тот или иной параметр становится главной причиной развития ПТСР. Данные различных исследований показывают, что важными факторами риска развития ПТСР являются биологически детерминированные свойства личности.

На современном этапе изучения постстрессовых расстройств большинством исследователей подтверждается, что ПТСР является не однородной диагностической категорией, а нарушением, проявляющимся в различных подвидах. Однако до настоящего времени нет общепринятой концепции, позволяющей объяснить причины, вызывающие стойкие нарушения психического и соматического здоровья большинства лиц, испытавших на себе воздействие факторов травматических ситуаций. Клинические проявления и течение посттравматического стрессового расстройства зависят от характеристики психотравмирующего фактора.

На сегодняшний день факторы риска развития ПТСР можно разделить на 3 категории:

- социально-средовые (к ним относятся все те факторы, которые являются результатом влияния среды и социума);
- индивидуально-психологические (индивидуальные различия, касающиеся социально обусловленных свойств личности; особенности характера);
- биологические (психофизиологические изменения при травматизации).

При всяком внезапном остром стрессе нельзя предсказать, станет ли он в дальнейшем причиной ПТСР, то есть, будет ли продолжаться стрессовое расстройство, когда уже не будет психотравмирующего стрессора.

ПТСР имеет две существенные особенности, отличающие его от обычного стресса.

Первая состоит в том, что психологические, физиологические и социально-психологические расстройства продолжаются после

устранения стрессора, когда вокруг психотравмированного человека уже спокойная, обычная и привычная жизнь.

Вторая особенность – это то, что ПТСР может возникать спустя несколько месяцев и даже лет после пережитой психологической травмы, то есть, когда возникшее стрессовое состояние давно закончилось.

Различают разные виды ПТСР: острое – его развитие с яркими проявлениями, продолжающееся не больше трех месяцев; хроническое – продолжающееся больше трех месяцев; отсроченное – когда проявление заболевания возникает спустя месяцы и годы после психотравмы; отсроченное – без ярких проявлений, но с деформацией характера, поведения и самочувствия человека, изменяющих его жизнь.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), как и другие формы стресса, имеет активные и пассивные проявления [1].

Активные – это неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмирующее событие и многое другое, что рассмотрим ниже.

Пассивные проявления ПТСР, то есть уклонение от напоминания о травме: разговоров и мест, связанных с ней, блокировка эмоциональных реакций, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от происходящего вокруг. В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы, и они могут перемежаться.

Для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характерно постоянное чувство тревоги, частые навязчивые воспоминания о пережитых событиях, неспособность к поддержанию адекватных контактов с близкими. Они начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, быстро теряют социальную адаптацию, нередко совершают самоубийства.

Условия для возникновения ПТСР бывают различные: человек пережил событие, угрожающее жизни; навязчивые воспоминания о событии; реакция в виде страха, ужаса, беспомощности; действия или ощущения, воссоздающие пережитое; сны о пережитом событии; избегание разговоров, связанных с травмой; снижение интереса к значимой деятельности; чувство отчуждения от окружающих; неспособность ориентироваться на перспективу; трудности при засыпании; трудности концентрации внимания; раздражительность или вспышки гнева; сверхнастороженность

и чувство тревоги; стойкое психическое напряжение; неспособность испытывать любовь.

Наиболее часто ведущими симптомами ПТСР у лиц с онкологическими заболеваниями представлены следующие симптомы: депрессивное состояние личности; повышенная тревожность; неспособность открыто выражать свои чувства; повышенное психоэмоциональное напряжение; неэффективные копинг-стратегии поведения; преобладание пониженного фона настроения; наличие страхов и фобий.

У лиц, перенесших потерю близких, ведущими симптомами ПТСР представлены такие симптомы как: наличие навязчивых мыслей о потерянном близком; депрессивное состояние личности; нарушение сна; повышенная личностная тревожность; преобладание чувства изоляции и пустоты. Наличие у человека одновременно четырех или более из этих симптомов позволяет диагностировать развернутый синдром ПТСР. Если выявлены трое или меньше симптомов, то это свидетельствует о компонентах ПТСР как последствие психологического травмирования.

Колодзин Б. отмечает следующие признаки наличия психологической травмы [37]:

1. Депрессия. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

2. Немотивированная бдительность. Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность.

3. Притупленность эмоций. Бывает, что человек полностью или частично утратил способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность. Многие пациенты жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать эти чувства.

4. Нарушения памяти и концентрации внимания. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, такие трудности возникают при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты концен-

трация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек уже не в силах сосредоточиться.

5. Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

6. Общая тревожность. Проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

7. Приступы ярости. Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости, по силе подобные извержению вулкана.

8. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.

Острая реакция на стресс развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности самого человека или его близкого.

Серьезнейшим последствием травмирующего события является изменение социальной ситуации, в которой находится человек.

Человек, переживший психологическую травму, становится наиболее эмоционально уязвимым, и может проявлять нестабильное поведение, что является благоприятной почвой для развития суицидальных наклонностей.

ПТСР – это крайне тяжелое и угнетающее состояние как для человека, который его испытывает, так и для окружающих его людей. Знание различных симптомов посттравматического стресса может помочь понять, страдает ли человек этим недугом.

Иногда, стандартного резерва психики недостаточно для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. Через одну или несколько недель после травмирующего события может развиваться посттравматический стрессовый синдром.

Большинство людей, с симптомами ПТСР избегают обращения к психотерапевту, так как боятся непонимания и благополучного исхода психотерапевтического лечения. Важно убедить в таких случаях, что врач-психотерапевт сможет понять страдающего и оказать ему помощь.

1.3. Развитие посттравматического стресса у онкологических больных

В последние десятилетия наблюдается большой рост онкологических заболеваний по всему миру. Эта проблема актуальна и общественно значима, и требует всестороннего исследования. Главные вопросы, нуждающиеся в рассмотрении, – это предрасположенность определенных типов личности к возникновению онкологических заболеваний и влияние психологических факторов на возникновение у человека опухолевых заболеваний. Необходима интенсивная работа по исследованию психологических реакций больных раком, защитных механизмов, проблемы-адаптации к заболеванию [20].

Все чаще проблема онкологических заболеваний относится к числу психосоматических. Различные психологические факторы оказывают большое воздействие на развитие опухолевых процессов.

Переживание тяжелых стрессовых событий в анамнезе и низкая способность человека к совладанию с такими факторами, как страх перед болезнью, возникновение угрозы жизни, крушение жизненных планов, беспомощность и подавленность, неуверенность в своем будущем, определяет этих людей в своеобразную «группу риска» в связи с возможностью возникновения посттравматических стрессовых реакций и расстройств.

С определенной степенью уверенности можно говорить о том, что онкологическое заболевание является серьезной психологической травмой.

Выявление посттравматического стресса у онкологических больных в ходе широкомасштабных исследований и анализа [76] эмпирически подтвердило возможность включения онкологических заболеваний в перечень травматических стрессоров, после чего угрожающие жизни болезни были включены в список потен-

циальных стрессоров, способных приводить к развитию ПТСР. Угрожающие жизни заболевания, в том числе онкологические, отличаются от обычных травматических событий. Их относят к так называемым «невидимым» стрессорам. Информация, касающаяся онкологического заболевания, первоначально воспринимается как информация о том, что существует болезнь, которая может угрожать жизни [79].

Механизм развития ПТСР при действии «невидимого» стресса отличается от аналогичного механизма событийного стресса. Основное отличие лежит в различных уровнях восприятия и внутренних переживаний травмы. Восприятие и оценка возможных неблагоприятных последствий воздействия стрессогенных факторов основываются на рациональном знании об их наличии, а также на неосознаваемом или лишь частично осознаваемом эмоциональном переживании страха по поводу влияния этих факторов на жизнь и здоровье человека [80].

Другое отличие состоит в том, что опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека. Онкологические заболевания представляют для человека не только угрозу жизни, но и пролонгированную угрозу качеству жизни, поскольку для многих пациентов они становятся хроническими. Соответственно, специфические симптомы ПТСР – навязчивые мысли о травматическом событии – более ориентированы на будущее (актуальные события, такие как диагностирование рака или воздействие токсичного лечения).

Различные аспекты лечения онкологических заболеваний выступают также и в качестве событийного стресса (операция, проведение постоперационной терапии) и являются дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия отставленным началом.

Проведя анализ различных подходов, мы пришли к выводу, что события, приводящие к возникновению психологической травмы, воспринимаются каждым человеком индивидуально. Для одного человека некоторое событие вызывает сильнейший стресс, а для другого это же событие менее значимо. И это определенно означает, что представление о психологической травме является субъективным. То есть, нельзя с уверенностью говорить о наличии психологической травмы вследствие каких-либо определенных событий. Подводя итог, можно сказать, что онкологи-

ческое заболевание может быть отнесено к классу психосоматических заболеваний, где отражается взаимосвязь психических и физических процессов.

На начальном этапе больные стараются не придавать значения своей болезни, стараются не обращать на нее внимания, иными словами, они стараются «уйти» от своей болезни. На данном этапе такие люди испытывает пониженное настроение, которое не достигает выраженной степени депрессии, но при этом ощущение полноты жизни для них утрачивается. Любые ситуации в жизни, даже ситуация успеха, воспринимаются уже без такой радости, как раньше. В отношениях с окружающими людьми возникает определенная отгороженность, отстраненность. Человек становится в большей степени подверженным чужому влиянию и становится все труднее в чем-либо убедить или переубедить его. На данном этапе обостряются все особенности личности. Этот период продолжается несколько недель и постепенно больной приспосабливается к новым условиям жизни и к ситуации в целом.

На следующем этапе у человека может возникать патологическое спокойствие, пассивность, а также визуализация своих навязчивых тревожных мыслей и опасений. Но с этого времени начинается борьба активной человеческой личности с надвигающейся грозной опасностью. На эту борьбу мобилизуются инстинктивные силы, перестраивается интеллектуальная работа, меняется отношение к внешнему и внутреннему миру.

Уже на следующем этапе имеются серьезные поражения и нарушения функционирования внутренних органов человека (воздействие медикаментозного лечения). Период полного развития болезни характеризуется наличием различных соматогенных изменений психики. На первое место выступает астено-депрессивный фон переживаний. Активные силы личности используются для осуществления истинного или символического выхода из болезни.

«Раковые» психозы наблюдаются в виде депрессий, параноидных вспышек. Часто имеются гипнагогические галлюцинации, сомнения, иллюзии, сомнения, тревожно-депрессивная сосредоточенность. Меняется восприятие времени, оно может идти медленно или, наоборот, быстрее.

По мнению зарубежных авторов, существует так называемое отсроченное переживание травмы, то есть, когда человек узнает

о своем заболевании. С точки зрения Лазаруса Р. [43], последствия осознания человеком своего заболевания могут проявляться в следующем: невозможность сосредоточиться на чем-то; ухудшение памяти; слишком часты ошибки в работе; слишком частое возникновение чувства усталости; очень быстрая речь; довольно частое появление болей (в голове, спине, области желудка); невозможность вовремя закончить работу; повышенная возбудимость; потеря чувства юмора; отсутствие прежней радости от работы; резкий рост количества выкуриваемых сигарет; тяга к алкогольным напиткам; постоянное ощущение недоедания; потеря (аппетита) вкуса к еде.

Психологическую травму можно понять, только если рассматривать ее как психологический и физиологический процесс, протекающий в определенных социальных условиях и реализуемый посредством физиологических и биохимических процессов. Важнейшее место в процессе переживания травмирующего события занимает подсистема когнитивной переработки события [71].

Хотелось бы выделить основные механизмы психологической защиты травматизации личности. К ним относятся:

- вытеснение – сознание личности не пропускает или устраняет болезненные и противоречивые чувства, желания, мысли;
- подавление – избегание сознанием ненужной информации;
- блокирование – задержка сознанием поступков, мыслей, эмоций, которые могут вызывать у человека тревогу или тревожные состояния;
- отрицание – непризнание сознанием определенных фактов, событий, различных ситуаций;
- рационализация – интерпретация личностью собственных желаний, убеждений или поступков;
- интеллектуализация – контроль за определенными эмоциями, чувствами путем размышления или рассуждения по их поводу;
- изоляция – вытеснение или замена определенных эмоций или чувств или поступков;
- смещение – замена объекта, на который направлены эмоции, чувства человека, другим менее травмирующим объектом;
- реализация в действии – разрядка личности путем активации экспрессивного поведения;

- соматизация тревоги – проявляется путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсомоторными актами;
- регрессия – возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям на определенное воздействие;
- фантазирование – происходит приукрашивание собственной жизни, что повышает собственную ценность и значимость личности;
- уход в болезнь – личность оправдывает свои поступки путем ухода в болезнь, оправдывая свою беспомощность и несамостоятельность.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- в ситуации травмы срабатывает механизм защитной реакции организма;
- организм на мышечном уровне запоминает происходящие события на всю жизнь;
- образы травмирующей ситуации, эмоции, связанные с этим, запоминаются в целостности на долгое время;

Психологической защитой является как бы совокупность бессознательных психических процессов, которые обеспечивают охрану психики и личности от негативных и деструктивных действий внешних импульсов. Они позволяют хотя бы временно облегчить и снять напряжение, а в некоторых случаях исказить смысл событий и переживаний.

Несомненно, онкологическое заболевание является психотравмирующим фактором, вызывающим сильнейший психологический стресс. Такая психологическая травма наносит вред психическому здоровью человека в целом.

Возникновение посттравматических стрессовых состояний у онкологических больных, особая роль предшествующих стрессовых событий, а также когнитивно-личностные изменения у человека, подтверждают необходимость более тщательного рассмотрения этих вопросов при работе с онкологическими больными.

В психотерапевтической работе с онкологическими больными есть необходимость индивидуализированного подхода к каждому пациенту, когда на определенном этапе у пациента обнаруживаются ПТСР или его симптомы, которые оказывают негативное влияние на течение заболевания.

1.4. Особенности посттравматического стрессового расстройства на фоне острого горя

Горе – универсальное переживание всех людей, реакция на утрату значимого объекта, части идентичности или ожидаемого будущего. Общеизвестно, что реакция на утрату значимого объекта – специфический психический процесс, развивающийся по своим законам. Суть этого процесса универсальна, неизменна и не зависит от того, что именно утратил субъект [20].

Потеря близкого постоянно активизирует в человеке различного рода попытки сопротивляться реальности потери путём её отрицания или путём замещения объекта потери новым объектом, или же попыткой сохранить его посредством различных форм интернализации [76]. Все это достаточно, чтоб развилось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Процесс горевания в литературных источниках [20] часто называют работой горя. Это и есть, по сути, большая внутренняя работа, огромный душевный труд по переработке трагических событий.

Итак, горевание – это естественный процесс, необходимый для того, чтобы отпустить потерю или оплакать смерть. Условно выделяют «нормальное» горевание и «патологическое» [20].

Для «нормального» горевания характерно развитие переживаний по нескольким стадиям с комплексом симптомов и реакций, характерных для каждой. У разных людей картина острого горя схожа. При нормальном течении процесса горевания характерны периодические приступы физического страдания, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль, поглощение образом умершего.

Горевание проходит по определенным стадиям переживания [8] и выполняет ряд задач (по Г. Уайтеду):

1. Принять реальность потери не только разумом, но и чувствами.
2. Пережить боль потери. Боль высвобождается только через боль, а это значит, что не пережитая боль потери рано или поздно все равно проявится в каких-либо психосоматических симптомах.

3. Создать новую идентичность, то есть найти свое место в мире, в котором уже есть потери. Это значит, что человек должен пересмотреть свои взаимоотношения с умершим, найти для них новую форму и новое место внутри себя.

4. Перенести энергию с потери на другие аспекты жизни. Во время горевания человек поглощен умершим: ему кажется, что забыть о нем или перестать горевать по нему – равносильно предательству. На самом деле возможность отпустить свою горе дает возможность человеку чувство обновления и духовного преобразования.

Человеку необходимо принять боль утраты. Он должен пересмотреть свои взаимоотношения с умершим и признать изменения своих собственных эмоциональных реакций на горе. Страх перед неожиданными изменениями своих чувств, тревожные навязчивые мысли – все это должно быть переработано. Горюющему необходимо найти приемлемую форму своего дальнейшего отношения к умершему. Он должен выразить свое чувство вины и найти вокруг себя людей, с которых он мог бы брать пример в своем поведении (сейчас часто обсуждают данную проблему в социальных сетях и сайтах, куда можно обратиться за помощью или консультацией). Продолжительность реакции горя определяется тем, насколько успешно человек осуществляет работу горя, то есть, выходит из состояния крайней зависимости от умершего и вновь приспосабливается к окружающему миру, в котором потерянного лица больше нет.

Большое значение для протекания реакции горя имеет интенсивность общения с умершим перед смертью. При этом такое общение не обязательно должно основываться на привязанности. Смерть человека, которая вызывала сильную враждебность, особенно враждебность, не находившую себе выхода, может вызвать сильную реакцию горя, в которой болезненные импульсы наиболее заметны.

Нередко, если умирает человек, игравший ключевую роль в некоторой социальной системе, как например – в семье мужчина выполнял роли отца, кормильца, мужа, друга – его смерть ведет к резким изменениям в жизни и социальном положении ее членов. В этих случаях приспособление представляет собой очень трудную задачу.

Одним из больших препятствий при нормальной работе горя является часто неосознанное стремление горюющих избежать сильного страдания, связанного с переживанием горя, и уклониться от выражения с ним связанных эмоций. В этих случаях происходит «застревание» на каком-либо из этапов горевания и возможно появление болезненных реакций горя.

Болезненные реакции горя являются искажениями процесса «нормального» горевания [49].

В процессе горевания может происходить отсрочка реакции, когда человек может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели или даже значительно долгого времени. В крайних случаях эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда людей, недавно перенесших тяжелую утрату, охватывает горе о людях, умерших много лет назад.

Возможны также искаженные реакции, когда у человека могут проявляться как поверхностные проявления не разрешившихся реакций горя. Выделяются следующие виды таких реакций:

1. Повышенная активность без чувства утраты, а скорее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни (человек себя ведет так, как будто ничего не произошло), может проявляться в склонности к занятиям, близким к тому, чем в свое время занимался умерший.

2. Появление у горюющего симптомов последнего заболевания умершего.

3. Психосоматические состояния, к которым относятся в первую очередь язвенные колиты, ревматические артриты и астма.

4. Социальная изоляция, патологическое избегание общения с друзьями и родственниками.

5. Яростная враждебность против определенных лиц (например: лечащего врача); при резком выражении своих чувств, почти никогда не предпринимается никаких действий против обвиняемых.

6. Скрытая враждебность. Чувства не проявляются, а поведение становится формальным.

7. Утрата форм социальной активности. Человек не может решиться на какую-нибудь деятельность. Отсутствуют решительность и инициатива. Делаются только обычные повседневные дела, причем выполняются они шаблонно и буквально по шагам,

каждый из которых требует от человека больших усилий и лишен для него интереса.

8. Социальная активность в ущерб собственному экономическому и социальному положению. Такие люди с неуместной щедростью раздаривают свое имущество, легко пускаются в финансовые авантюры и оказываются в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Это растянутое самонаказание не связано с осознанным чувством вины.

9. Ажитированная депрессия. Она проходит с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании. Больной часто винит себя в чем-либо и в то же время утверждает, что не вся вина его, окружающие приписывают больше плохих качеств, чем есть на самом деле. В речи собеседников больной может слышать несправедливые обвинения в свою сторону. Люди в этом состоянии могут совершать попытки самоубийства. Вышеописанные болезненные реакции являются крайним выражением или искажением нормальных реакций. Перетекая друг в друга по нарастающей, эти искаженные реакции существенно затягивают и отягощают горевание и последующее «выздоровление» горющего. При адекватном и своевременном вмешательстве они поддаются коррекции и могут трансформироваться в нормальные реакции, а затем найти свое разрешение.

Таким образом, на основе анализа теоретических подходов к исследованию посттравматического стрессового расстройства были раскрыты причины и симптоматика ПТСР у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Как посттравматическое стрессовое расстройство в нашем исследовании понимается психологическое явление, которое проявляется в комплексе поведенческих, эмоциональных и когнитивных реакций.

Глава 2

КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

2.1. Коррекция как психологическое явление и ее основные методы

Под психологической коррекцией в данной работе следует понимать деятельность по исправлению тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют «оптимальной» модели. Как известно, предметом работы в психологической коррекции является психологическое здоровье личности, в отличие, например, от психотерапии, где предметом выступает психическое здоровье человека. Основное отличие психокоррекции от воздействий, направленных на психологическое развитие человека, заключается в том, что психокоррекция имеет дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлена на их переделку, в то время как основная задача психологического развития состоит в том, чтобы при отсутствии или недостаточном развитии сформировать у человека нужные психологические качества [47].

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы позволил выявить, что психокоррекционное воздействие может включать в себя несколько структурных элементов:

- диагностика – установление психологических и эмоциональных особенностей личности, выявление факторов риска, формулирование целей и задач программы коррекции;

- установление проблемы – формирование установок личности на позитивную психокоррекцию, снятие тревожности личности, формирование желания сотрудничать и эффективно взаимодействовать с психологом, формирование стремления изменить себя, свою жизнь;

- коррекция – оптимизация и гармонизация личности клиента, переход на положительный уровень восприятия окружаю-

щей реальности, овладение новыми способами взаимодействия с окружающими людьми и с самим собой.

Следует отметить, что эффективность коррекции внутренней модели болезни во многом зависит от адекватности выбранного приема или техники психокоррекционного воздействия. Например, психокоррекционное воздействие на больных онкологическими заболеваниями связано с необходимостью снижения эмоционально-аффективного напряжения, выработки наиболее адекватных механизмов психологической защиты, имеющей своей целью помощь в саморегуляции и продолжении процесса реабилитации. Такая работа включает в себя различные виды внушения (суггестии). Психокоррекция должна проводиться на всех этапах реализации помощи и включает, помимо указанных методов, работу с семьей больного по разъяснению и обучению оптимальной тактике поведения и общения с онкологическими больными [53].

Важным является установление контакта с человеком. Так как доверие, возникающее у такого человека к специалисту, проводящему реабилитацию, проецируется впоследствии на многие стороны социальной жизнедеятельности и социальные контакты. Пациент редко соглашается на признание определяющей роли психических факторов в развитии его заболевания. Это относится к значительной части пациентов – самолюбивых, скрытных, недоверчивых, не склонных делиться с врачом, и которые не считают нужным работать над своими переживаниями. Разъясняя пациенту об эффективности психокоррекционного воздействия, необходимо помочь понять ситуацию и получить согласие для прохождения курса психотерапевтического воздействия.

В результате правильно проведенной психокоррекции оптимизируются не только мотивационный и интеллектуальный, но и эмоционально-волевой аспект личностного потенциала пациента

Исходя из определенных критериев, психокоррекционные мероприятия можно классифицировать.

Так, по характеру направленности выделяют коррекцию симптоматическую и каузальную.

Симптоматическая коррекция, как правило, предполагает кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа [59].

Каузальная (причинная) коррекция направлена на источники и причины отклонений. Этот вид коррекции более длителен по времени и требует значительных усилий, однако он более эффективен по сравнению с симптоматической коррекцией, так как одни и те же симптомы отклонений могут иметь совершенно разную природу, причины и психологическую структуру нарушений.

По содержанию различают коррекцию: познавательной сферы личности, аффективно-волевой сферы, поведенческих аспектов, межличностных отношений: внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных), детско-родительских отношений.

По форме работы с клиентом различают коррекцию: индивидуальную; групповую; в закрытой естественной группе (семья, класс, сотрудники и т.д.); в открытой группе для клиентов со сходными проблемами; смешанную форму (индивидуально-групповую).

По наличию программ различают: программированную и импровизированную.

По характеру управления корректирующими воздействиями коррекцию разделяют: на директивную и недирективную.

По продолжительности: сверхкороткую (сверхбыструю), короткую (быструю), длительную и сверхдлительную.

Несмотря на различие в теориях, целях, процедурах и формах коррекционной работы, психологическое воздействие сводится к тому, что один человек пытается помочь другому.

Важно помнить, что своевременная диагностика и профессиональный подход являются необходимыми условиями для достижения целей психокоррекционной работы.

2.2. Специфика методов коррекции посттравматического стрессового расстройства

Так как психологический фактор при ПТСР выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии – одного из компонентов лечебного и реабилитационного процесса. Коррекционные программы в основном должны быть направлены на организацию

психокоррекционных мероприятий, включающих в себя дифференцированное сочетание методов индивидуального, группового и социоцентрированного вмешательства, направленных на снижение уровня симптоматики, снижение уникальности состояния, регуляцию эмоций, включению адекватных психологических защит, а также повышение успешности реабилитационных процессов и формирование позитивного мышления.

Коррекция ПТСР психотерапевтическими методами представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, поскольку необходимо осуществить восстановление психической деятельности, нарушенной вследствие травмы [63]. При этом психокоррекция направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире [67].

К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными пациентами, эффективность которых поддается объективной оценке. Но главное – своевременно и верно диагностировать наличие у пациента ПТСР. В связи с этим в психотерапевтической практике большое внимание уделяется симптоматике в целом и непосредственным проявлениям разнообразных психических расстройств при ПТСР, их взаимосвязи с преморбидными (до начала заболевания; анамнез в целом) структурами [64].

Существует несколько направлений посттравматической терапии. Так как в разных психологических школах свои взгляды на механизм, лежащий в основе развития ПТСР, и свои методические приёмы работы, а следовательно и взгляд на терапию, различны от направления к направлению. К настоящему времени также существуют различные точки зрения по поводу результата лечения ПТСР.

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории:

1. Образовательная категория – пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии.

2. Целостное отношение к здоровью (принцип холизма) – предполагает относиться к человеку как единому целому.

Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности.

3. Социальная поддержка. Для выхода человека из состояния посттравматического стресса имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события – все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий.

4. Собственно психологическая помощь. Психологическая помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы травматическими образами и многие индивидуальные методы психологической помощи и поддержки.

Психокоррекция должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом можно отметить, что терапевтические отношения с пациентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта – недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть, горе от потери близких – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает и интенсивные эмоциональные реакции у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом:

Способность пациента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается пациентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению усилий со стороны пациента бороться за свое выздоровление. Терапевту необходимо поощрять пациента к рассказу об пережитых событиях, не отвлекаясь и не переходя на побочные темы, и не демонстрировать ему собственной реакции. Терапевт не должен приуменьшать значения спонтанно возникших тем и не отклоняться в сторону тех разговоров, которые непосредственно не связаны с травма-

тическим событием. В противном случае у пациента возникает ощущение, что повествование пережитого события невыносимо для терапевта, и он будет чувствовать себя непонятым.

Терапевтические отношения с пациентом, у которого имеется ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом: постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру (к людям, которые не смогли, не хотели ему помочь); повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях); создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии; адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности пациента в безопасности; до начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия; обсуждение и исключение возможных источников переживаний в реальной жизни пациента.

Общие принципы лечения и коррекции ПТСР можно было бы сформулировать следующим образом:

- немедленное начало лечения после психотравмы в целях профилактики и предотвращения развития хронической формы ПТСР.

- проработки произошедшего травматического события;
- комплексное лечение, включающее фармакотерапию, для снятия острых симптомов;
- общие гигиенические меры, такие как правильное питание, физическая активность, отказ от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков;
- создание сети самопомощи, работа с социальным окружением пострадавшего, которое может оказать поддержку и способствовать социальной интеграции;
- принцип нормализации. Снижение уникальности состояния. Коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции, предоставление пациенту информации об общей природе стрессовой реакции. Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает

экстраординарные чувства, и это совершенно естественно.

– групповая работа, в ходе которой лучше всего можно показать, что реактивные симптомы – «это нормальная реакция на ненормальные условия»;

– приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов и ПТСР, развитие у него способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;

– сообщение психологом клиенту о той активной роли, которую он играет в терапии, обучение его методам релаксации и саморегуляции, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает его длительное время после травмы.

Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые пациентом. Терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие пациента [64].

Особое место в системе психологической помощи при ПТСР занимают специально созданные методы:

1. Когнитивно-бихевиоральный подход (Р. Лихи, Р. Сэмпл)
2. Психодинамическая психотерапия
3. Бихевиоральная терапия
4. Когнитивная терапия
5. Групповая психотерапия
6. Психосоциальная, семейная терапия
7. Ритуальная терапия
8. Гипносуггестивная терапия
9. Клиентцентрированная (роджерсовская) психотерапия
10. Гештальт-терапия
11. Терапия психических травм с помощью движений глаз
12. Психологический дебрифинг
13. Нейро-лингвистическое программирование.

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

2.3. Методы коррекции посттравматического стрессового расстройства на фоне острого горя

Помощь людям, перенесших утрату – это нелёгкое испытание душевных сил и профессиональной компетенции.

В жизни каждого человека утраты более или менее ощутимы, но во всех случаях человек испытывает душевную боль, переживает горе.

Для специалиста, работающего с людьми, перенесшими потерю, данная ситуация требует специальных навыков. Перед началом коррекционной работы с клиентом необходимо соотнести степень тяжести данного конкретного случая с собственной эмоциональной готовностью к встрече с такими непростыми переживаниями. Необходимо разработать специальные коррекционные программы по оказанию наиболее адекватной психологической помощи лицам, перенесшим горе, в зависимости от степени тяжести состояния.

Опишем этапы при оказании психотерапевтической помощи в связи с переживанием утраты [по 20]:

1. Установление контакта.

На этом этапе важно определить мотивацию клиента, его заинтересованность в результатах терапии, позитивное или негативное отношение к помощи вообще и к терапевту, в частности.

Нужно отметить, что те пациенты, у которых утрата произошла сравнительно недавно, достаточно легко идут на установление контакта, имеют сильную мотивацию на работу и просят выделить им дополнительное время. Это объясняется ситуативной необходимостью и тяжестью состояния.

Те пациенты, у которых утрата произошла давно, часто настолько привыкают к своему состоянию, что выраженного запроса на помощь не предъявляют. Они идут на контакт достаточно настороженно, демонстрируют выраженное сопротивление, часто обесценивают любые попытки психологической помощи. Этот может быть объяснено как появлением вторичных выгод от болезни, так и часто неосознанным, но глубоким ощущением враждебности окружающего мира, чувством безнадежности и уверенностью, что никто им помочь не сможет.

Поэтому установление контакта с такими пациентами следует начинать именно с попыток формирования положительной уста-

новки на работу с психологом или психотерапевтом, создания мотивации на выздоровление. Эта задача может быть выполнена путем разъяснения, в чем заключается психологическая помощь, разграничения задач медикаментозной коррекции и психотерапии, проговаривании опасений и тревог со стороны пациентов.

2. «Работа горя» как жизненный этап.

На первых же психокоррекционных сессиях необходимо разъяснять пациентам сути происходящих с ними процессов, и основных стадий процесса горевания. Необходимость этого, по нашему мнению, обусловлена тем, что пациенты часто испуганы своим состоянием, спрашивают «почему так тяжело» и «закончится ли это когда-нибудь». Будущее видится в самом мрачном свете, они могут говорить, что теперь они никогда не смогут радоваться, возврат к прошлому невозможен и, следовательно, «это никогда не закончится». Поэтому, объяснение им сути происходящего с ними, а также рассказ о психотерапевтической работе с другими клиентами, пережившими сходную ситуацию, позволяет им сориентироваться, увидеть свое состояние как бы в рамках конкретного этапа, с позиций жизненной перспективы, а значит сделать первый шаг на пути построения будущего.

Необходимость рассмотрения сущности процесса горевания может быть также обусловлена тем, что часто родственники и знакомые пациентов стараются изо всех сил отвлечь человека, говорить с ним на какие угодно темы, кроме темы утраты, сами избегают тяжелых эмоций. Не разрешая таким пациентам проявлять свои чувства, родственники могут сердиться, что человек никак не может забыть о случившемся, и дают понять, что поведение человека неадекватно, и, тем самым, только усиливают тяжесть состояния. В такой ситуации человек, переживший утрату, часто оказывается в изоляции и чувствует себя в тягость окружающим.

Поэтому задачей психолога является проведение совсем другой тактики беседы, позволение клиенту свободно и полно выражать свои эмоции, противодействие попыткам подавления и отрицания негативных чувств.

Также, на этом этапе важно нужно быть внимательным к фразам, которые могут означать формирование негативного жизненного сценария, своеобразного программирования себя на страдания («теперь я никогда не буду рожать детей», «я никогда не

смогу радоваться» и т.п.). Целесообразно выражать несогласие с этими высказываниями, проработать все, и по окончании человек может быть свободен для новых контактов.

3. Проработка темы вины и агрессии.

Как указывалось выше, потребность в выражении чувства вины может иметь разные причины. Самым первым аспектом является то, что человеку в тяжелой ситуации легче признать виновность, чем беспомощность перед потерей. Проигрывая другие варианты поведения, он как бы справляется со смертью, отрицая ее неизбежность. Ведь, если бы он повел себя по-другому, этого могло бы не произойти, и что-то можно было сделать.

Вступать в конфронтацию с этими высказываниями следует очень осторожно. Чувство вины может служить защитой от другого, более разрушительного аффекта, связанного с ощущением беспомощности перед случившимся.

Другим важным аспектом является то, что вина может означать смещение агрессии в адрес происшедшего на себя, что может быть признаком подавления сильного гнева, обиды, разочарования. Часто именно неосознанные и невысказанные обиды не позволяют «отпустить», закончить отношения с утраченным объектом.

Главной задачей работы с этими чувствами является преобразование самоагрессии в агрессию. И, как правило, сопровождается очень сильным сопротивлением со стороны пациента. Они не хотят признавать наличие негативных, социально неприемлемых качеств, протестуют против разрушения идеализации.

Поэтому в беседе с такими пациентами акцент должен быть сделан не на разрушение идеализации, а на выявление и проговаривание того, что с ними произошло.

Также в терапевтических целях могут быть использованы методики, позволяющие выразить агрессию в косвенной форме.

4. Проработка травматических воспоминаний.

Часто пациенты жалуются, что их буквально преследуют воспоминания, связанные с потерей, которые являются особенно травматичными.

Практика показывает, что к таким травматическим эпизодам относятся воспоминания о получении известия, что человек умер, или обнаружение человека мертвым, день похорон и т.д. [30].

Для облегчения этой симптоматики может быть использована техника быстрых движений глаз ДПДГ – десенсибилизация и переработка движениями глаз.

Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. С помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости.

Как правило, при удачном проведении техники глазодвигательной десенсибилизации исчезновение навязчивого характера травматических воспоминаний сопровождается чувством освобождения и притока энергии, т.к. бесконечная переработка травматической ситуации безусловно отнимает много сил, и способствует астенизации. Это выражается также в том, что пациенты в большей степени становятся способными к проявлению агрессии, как это можно проследить в последовательности терапевтических сессий

5. Завершение работы.

Как уже нами было отмечено, в остром состоянии пациенты не видят будущего, отрицают, что в будущем возможно что-то хорошее.

Поэтому конечной целью работы с собеседником может стать превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».

Несмотря на тяжесть переживаний, факт столкновения с травматичным событием может открыть человеку возможность жить по-другому, найти новый смысл и способ взаимодействия с окружающими, но при этом воспоминание о потере будет сохраняться. Часто через страдания человек приобретает новый опыт, лучше узнает себя, а иногда и получает доступ к ресурсам, которые были до этого не востребованы.

И если позволяет состояние собеседника, эти взгляды могут быть высказаны ему. Однако именно на фазе интеграции, когда чувства гнева, обиды каким-то образом выражены и прожиты, накал эмоций постепенно ослабевает, и происходит принятие потери.

На этом этапе становится возможен разговор о будущем. Человек ищет для себя новые ценности и смысл жизни, пересматривает ошибки из прошлого. И если работа проходит успешно, больной обретает способность испытывать положительные чувства и эмоции.

Следуя первоначальной гипотезе, мы выяснили, что ПТСР проявляется в комплексе поведенческих, эмоциональных и когнитивных сфер.

Итак, в психокоррекционной программе для пациентов с симптомами ПТСР необходимо разработать комплекс занятий, способствующих снижению эмоционального и психологического напряжения, истощения, снижения повышенной тревожности, отрицательных эмоций.

Цели психотерапевтической и психокоррекционной работы с онкологическими больными и с пациентами, перенесшими смерть близких, бывают разными. Это, в первую очередь, помощь в преодолении внутри личностных конфликтов. Необходима психотерапия и коррекция различных последствий влияния болезни на психику человека, а также коррекция неэффективных механизмов психологической защиты и помощь в построении адекватного копинг-поведения, коррекция внутренней картины болезни и адаптации к ней. Должна проходить также работа с семьей больного для активизации социальной поддержки, изменения преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни, утяжеляющих ее течение и процесс реабилитации.

Таким образом, комплекс занятий, направленных на работу с психоэмоциональным напряжением, повышенной тревожностью, депрессивным состоянием, должен положительно повлиять на состояние пациентов и позволить повысить уровень удовлетворенности своей жизнью, позволить по-иному взглянуть на свои трудности и принять свою травмирующую ситуацию.

Глава 3

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ И МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

3.1. Организация и методы исследования

Для проверки гипотезы о том, что для коррекции ПТСР эффективным будет использование комплексных методов психотерапии, включающих в себя психообразовательные, каузальные, когнитивно-ориентированные компоненты, было проведено экспериментальное исследование.

База исследования: АО «КазНИИОиР» (Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии) г. Алматы.

В исследовании приняли участие 200 испытуемых в возрасте 25-58 лет различных профессий, имеющие высшее и среднее специальное образование.

В первую экспериментальную группу (100 человек) вошли пациенты, находящиеся на стационарном лечении в КазНИИОиР (Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии г. Алматы).

Во вторую группу, в количестве 100 человек, вошли пациенты, перенесшие потерю близких.

Контрольные группы (соответственно, 80 и 50 человек) составили лица с аналогичными показателями по ведущим психологическим защитам и основным симптоматическим категориям ПТСР, но без проведения какого-либо психокоррекционного воздействия.

С целью проверки выдвинутых гипотез было проведено эмпирическое исследование методов коррекции посттравматических стрессовых расстройств у взрослых.

Исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе исследования были подобраны методики, необходимые для исследования, сформирована выборка испы-

туемых, проведено психологическое тестирование. Здесь же на этапе психодиагностического обследования проходило изучение истории болезни пациента с целью выяснения клинического диагноза, особенностей и длительности течения болезни, сопутствующих заболеваний и прочих анамнестических данных. Для установления эмоционального контакта нами была проведена клиническая беседа.

На втором этапе качественно и количественно были проанализированы полученные данные испытуемых.

На третьем этапе был проведен сравнительный анализ различных методов, применяемых для коррекции ПТСР.

В соответствии с возрастными и образовательными характеристиками личности больных были подобраны различные психодиагностические методики таким образом, чтобы они отвечали требованиям адекватности, поставленным задачам и одновременно были доступны для выполнения именно для данной категории испытуемых.

Таким образом, логика реализации задач исследования определила последовательность этапов проведения исследования: изучение истории болезни, установление эмоционального контакта с помощью клинической беседы, диагностический этап исследования, включающий использование тестов.

Методы получения данных:

- метод анализа продуктов деятельности (контент-анализ),
- метод получения информации на основе вербальной коммуникации (клиническое интервью),
- психодиагностические тесты,
- статистические методы обработки экспериментальных данных, полученных в ходе исследования, их количественный и качественный анализ.

Исследование проводилось в форме индивидуального тестирования с использованием клинического интервью и четырех методик:

1. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – IES), (М. Горовиц, Н. Вилнер, В. Алварес)
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED – SCL-90-R)
3. Многофакторный личностный опросник FPI

4. «Психологическая автобиография» как методика психодиагностики жизненных ситуаций.

Описание методик исследования:

1. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – IES) [64], положенная в основу данной работы, была создана в 1979 г. М. Горовицем, Н. Вилнером, В. Алваресом для того, чтобы исследовать особенности реагирования людей на травматические стрессоры (Horowitz et al., 1979, 1984, 1987) [62].

Методика «Шкала IES-R» входила в психодиагностический пакет, используемый в рамках русско-американского проекта по изучению психологических и психофизиологических аспектов посттравматического стрессового расстройства, и показала хорошие дифференциально-диагностические возможности [Марченко и др., 2009].

2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOMCHECKLIST-90-REVISED – SCL-90-R) [62].

Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у пациентов и здоровых лиц.

SCL-90-R – методика, предназначенная для определения текущего статуса, Инструкция к методике и её внутренняя суть предполагают изучение именно степени дискомфорта, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности

Основное предназначение шкалы – выявление психологического симптоматического статуса широкого круга лиц, поэтому результаты опросника имеют достаточно приблизительную клиническую значимость, но SCL-90-R может применяться достаточно широко. Исключением являются люди, не способные воспринять смысл инструкций и пациенты с деменцией.

3. Многофакторный личностный опросник FPI [62].

Личностный опросник создан преимущественно для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Опросник предназначен для диагностики психических

состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения.

Интерпретация полученных результатов, психологическое заключение и рекомендации должны быть даны на основе понимания сути вопросов в каждой шкале, глубинных связей исследуемых факторов между собой и с другими психологическими и психофизиологическими характеристиками и их роли в поведении и деятельности человека.

4. «Психологическая Автобиография» как методика психодиагностики жизненных ситуаций [18].

«Психологическая автобиография» была разработана для оценки ситуационных особенностей жизненного пути личности.

Это экспрессивная проективная методика исследования переживаний, связанных с наиболее значимыми сферами жизни. Методика позволяет выявить особенности восприятия значимых жизненных ситуаций, а именно – наиболее важных событий в жизни человека. Это особые ситуации, тесно связанные с личностью испытуемого. Называя значительные события своей жизни, человек преломляет их через свое «Я». Таким образом, методика предоставляет возможность изучить наиболее существенно связанные с личностью особенности психологической среды или особенности восприятия ситуаций или субъективных ситуаций в жизни человека.

Данная методика сохраняет достоинства индивидуально ориентированного анамнеза, и в то же время позволяет обобщить результаты исследования значительного количества испытуемых и вывести групповые закономерности. Полученные данные можно анализировать как в исследовательских целях, так и в качестве предваряющего дальнейшее обследование психологического анамнеза, облегчающего контакт с испытуемым.

3.2. Констатирующее экспериментальное исследование

Для проведения экспериментального исследования и подтверждения гипотезы были взяты две группы испытуемых: в первую экспериментальную группу (60 человек) вошли пациенты,

находящиеся на стационарном лечении в КазНИИОиР (Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии г. Алматы); во вторую группу вошли пациенты в количестве 60 человек, перенесшие потерю близких.

На основе проведения и дальнейшего анализа клинического интервью были выявлены ведущие симптомы посттравматического стрессового расстройства. У лиц с онкологическими заболеваниями представлены следующие симптомы ПТСР: депрессивное состояние личности; повышенная тревожность; неспособность открыто выражать свои чувства; повышенное психоэмоциональное напряжение; неэффективные копинг-стратегии поведения; преобладание пониженного фона настроения; наличие страхов и фобий.

У лиц, перенесших потерю близких, ведущими симптомами ПТСР были: наличие навязчивых мыслей о потерянном близком; депрессивное состояние личности; нарушение сна; повышенная личностная тревожность; преобладание чувства изоляции и пустоты.

Для выявления особенностей влияния травматического события на личность испытуемых, установление тенденции избегания или вторжения травматического события нами была использована шкала оценки влияния травматического события Горовица (рис. 1).

По представленному выше рисунку мы видим, что в среднем по экспериментальной выборке преобладают высокий и средний уровни влияния на личность травмирующего события.

Для определения статистической достоверности различий в уровне выраженности влияния травмирующего события мы использовали t-критерий Стьюдента.

Критерий Стьюдента направлен на оценку различий величин средних значений двух выборок (см. Таблица 1), которые распределены по нормальному закону. Одним из главных достоинств критерия является широта его применения. Он может быть использован для сопоставления средних у связанных и несвязанных выборок, причем выборки могут быть не равны по величине.

Статистический анализ показал, что существуют достоверные различия между экспериментальными группами испытуемых в выраженности влияния травмирующего события на личность.

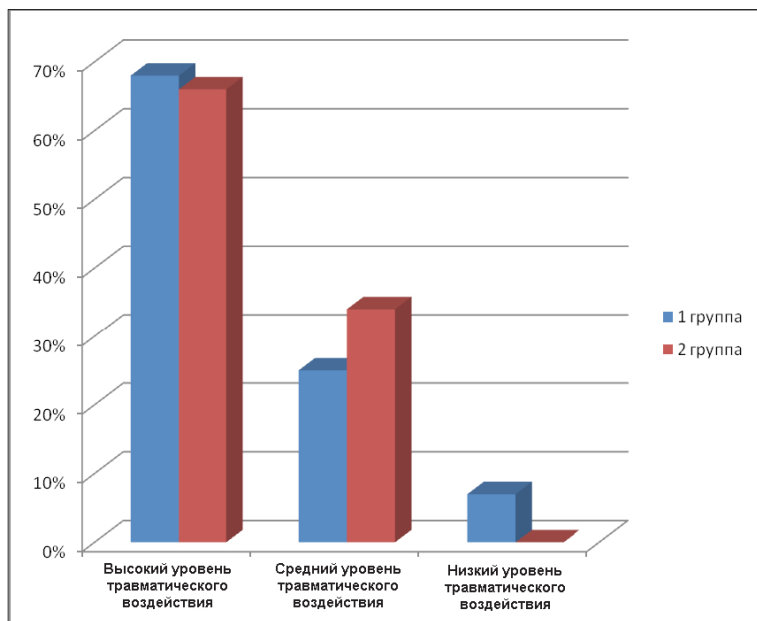


Рисунок 1 – Средний процент испытуемых влияния травмирующего события

Таблица 1

Результаты сравнения результатов исследования влияния травмирующего события на личность в экспериментальных группах по t-критерию Стьюдента

Показатели	$t_{эмп}$
Субшкала «вторжение»	2,9**
Субшкала «избегание»	4,4**
Субшкала «физиологическая возбудимость»	0,8
Интегральный показатель	4,3**

Условные обозначения: при * $p \leq 0,05$ $t_{кр} = 2$; при ** $p \leq 0,01$ $t_{кр} = 2,66$

Далее по методике исследования выраженности психопатологической симптоматики были получены следующие результаты, представленные на рисунке 2.

Как мы видим по рисунку, в среднем показатели испытуемых первой и второй групп схожи по таким шкалам, как уровень выраженности депрессии, тревожности, соматизации. Что может проявляться в дистрессе, телесной дисфункции, головных болях, нервозности, напряжении и прочего. Для испытуемых данной экспериментальной выборки характерно наличие всех показателей психопатологической симптоматики, которые позволили выявить данный опросник.

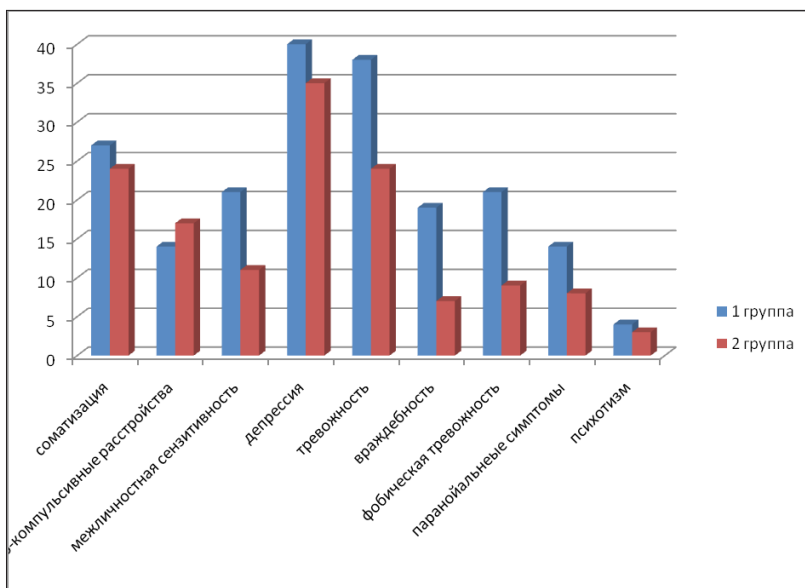


Рисунок 2 – Выраженность показателей по методике психопатологической симптоматики

Далее проведенная шкала психологического стресса позволила нам выделить основные моменты в психологических особенностях пациентов экспериментальной и контрольной групп (см. рис. 3).

Как показали результаты данной методики, направленной на измерение стрессовых ощущений по соматическим, поведенческим и эмоциональным признакам, в первой экспериментальной группе был выявлен большой процент по уровню стресса высокого уровня – 89%, что подтверждается нашими теоретическими

исследованиями, что данное заболевание приводит к возникновению сильнейшего стресса, выступающего как психологическая травма для человека. Как мы видим, во второй экспериментальной группе получены адекватные результаты по методике – выявлены по большей части низкий и средний уровни выраженности стресса – 59% и 31% соответственно.

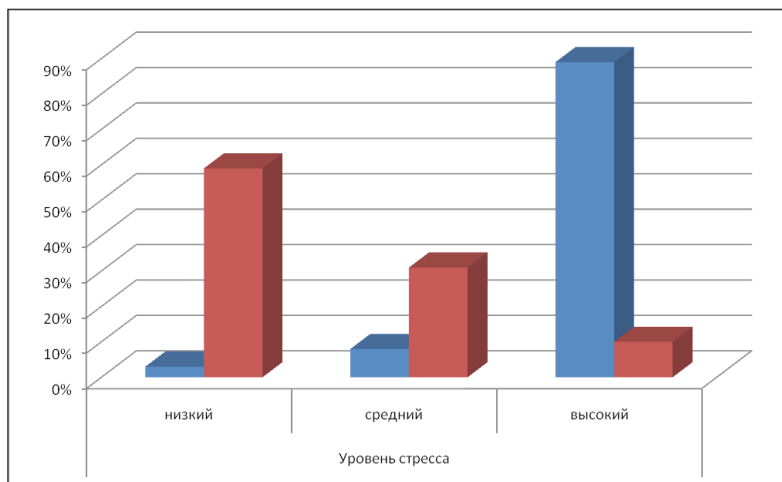


Рисунок 3 – Процентное соотношение уровня стресса экспериментальных групп испытуемых (синий – 1 группа, красный – 2 группа)

Достоверность различий выраженности психопатологической симптоматики мы так же проверяли с помощью t-критерию Стьюдента. Результаты вычисления критерия приведены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты сравнения выраженности психопатологической симптоматики испытуемых

Показатели	$t_{эмп}$	Показатели	$t_{эмп}$
Фобическая тревожность	2,3	Тревожность	0,6
Соматизация	0,8	Психотизм	1,1
Депрессия	1,8	Враждебность	0,8

Как мы видим, достоверные различия существуют только по фобической тревожности на уровне значимости $p \leq 0,05$, что говорит о том, что испытуемые с онкологическим заболеванием более склонны к проявлению стойкой реакции страха на определенных людей (например: врачей), места, события или ситуации. Эта реакция характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведущая к избегающему поведению.

Далее по методике многофакторного личностного опросника FPI нами были получены следующие результаты. Данная методика направлена на диагностику психических состояний и свойств личности, которые могут иметь первостепенное значение для процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения.

Таблица 3

**Результаты исследования показателей
экспериментальной выборки**

Показатели	$t_{\text{эмп}}$	Показатели	$t_{\text{эмп}}$
Невротичность	2,3	Открытость	0,7
Раздражительность	2,1*	Депрессивность	2,1*
Спонтанная агрессивность	0,9	Реактивная агрессивность	0,2
Общительность	0,3	Экстраверсия-интроверсия	0,2
Застенчивость	0,6	Эмоциональная лабильность	2,3*

Таким образом, статистически значимыми выступают показатели по таким шкалам, как невротичность, раздражительность, депрессивность, эмоциональная лабильность.

Выраженность в первой группе испытуемых высоких показателей по шкале невротичность свидетельствует о наличии у них выраженного невротического синдрома астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями. Для них характерно неустойчивое эмоциональное поведение, нестабильность, частые колебания настроения, недостаточный уровень саморегуляции. Также для испытуемых с онкологическим заболеванием в большей степени свойственны симптомы депрессивности, подавленности.

Анализ полученных данных показывает, что состояние депрессии испытуемых, перенесших потерю близкого, отличается

от депрессивного состояния и состояния близкого к нему у больных испытуемых. 72,5% условно здоровые отличаются состоянием без депрессии, в отличие от больных испытуемых, среди которых всего 12% диагностированы без депрессии. У больных испытуемых ярче выражено субдепрессивное состояние. Истинное депрессивное состояние не выявлено у испытуемых второй группы, однако у больных оно диагностировано в 31,8%, что является очень высоким показателем и требует врачебной и психологической помощи.

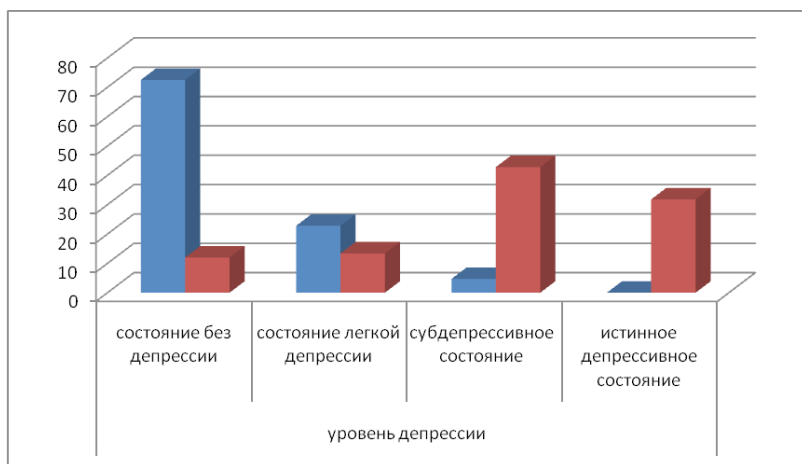


Рисунок 4 – Показатели выраженности депрессивного состояния личности (синий – испытуемые, перенесшие потерю близкого, красный – испытуемые с онкологическим заболеванием)

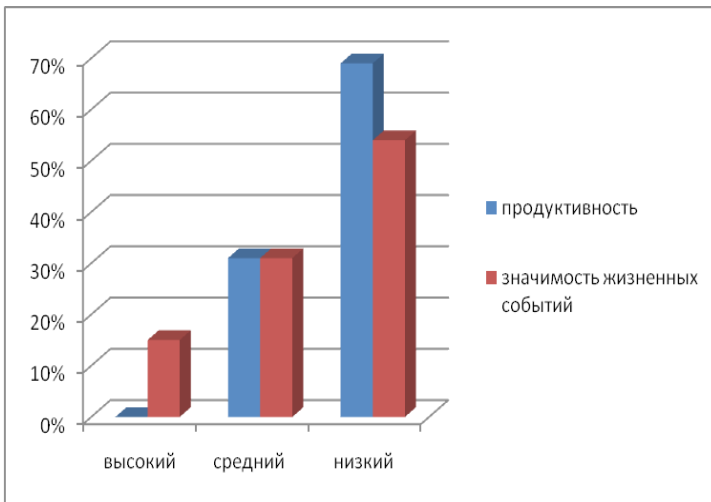
Средние показатели испытуемых второй группы соответствуют нормативным номинальным показателям, в то же время средние показатели больных испытуемых превышают их, даже с учетом поправочного коэффициента, что свидетельствует о чрезмерном развитии форм агрессивности, затрудняющем сотрудничество, сознательную кооперацию, а также поведение провоцирующее конфликтность. Одной из основных особенностей онкологических больных является то, что отчаяние не имеет выхода, что провоцирует переживание различных чувств в себе. Больные практически не способны проявлять свою обиду, раздражение на других людях, хотя и испытывают их.

**Итоговый показатель
в экспериментальной и контрольной группах**

Уровень напряженности	1 экспериментальная группа	2 экспериментальная группа
Низкий уровень напряженности	8,6%	16,7%
Средний уровень напряженности	48,5%	75,7%
Высокий уровень напряженности	42,9%	7,6%

По результатам, представленным в таблице, можно увидеть, что для больных в большей степени характерно наличие высокого уровня напряженности – 42,9%, напротив, в группе здоровых испытуемых, перенёсших потерю близких, данный показатель всего 7,6%, что говорит об их низкой напряженности. Также в контрольной группе выше показатели по среднему уровню напряжённости – 75,7%.

Далее по методике психологической автобиографии, которая позволяет установить ситуационные особенности жизненного пути личности, нами были получены следующие результаты.



**Рисунок 5 – Процентное соотношение показателей методики
в 1 группе испытуемых**

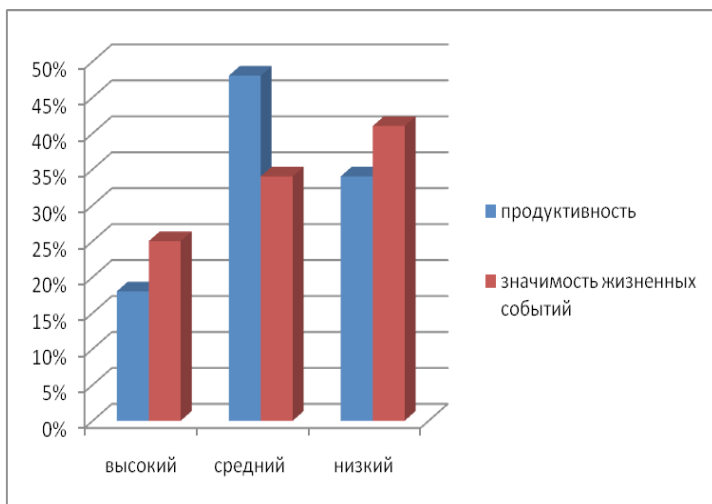


Рисунок 6 – Процентное соотношение показателей методики во 2 группе испытуемых

Для испытуемых с онкологическим заболеванием в большей степени характерны заниженная продуктивность и оценка значимости важных жизненных событий. В среднем названные события испытуемыми соматически здоровыми выше, чем у соматически больных, это относится как прошедшим, так и будущим событиям. Количество прошедших событий преобладает в группе испытуемых, потерявших близких, для них в большей степени характерно указание на события прошлого.

Метод клинического интервью использовался нами для изучения особенностей эмоционального реагирования на болезнь у пациентов с онкологическим заболеванием. Со второй группой данный метод исследования проводился с целью знакомства, установления первичного контакта.

В случае описания своих личностных особенностей больные указывали на активность в достижении целей (более 50%), характеризуют себя, как уверенных в себе (54%). Отношение к своей болезни у всех испытуемых различное. Так, большая часть испытуемых очень плохо разбирается в своем заболевании (70%). 45% испытуемых отмечали свое будущее как бесперспективное в связи с неизлечимостью заболевания.

В процессе проведения клинического интервью были выявлены особенности эмоционального реагирования на онкологическое заболевание.

Анализируя полученные данные, мы выяснили, что наиболее высокие результаты были получены нами по шкалам зависимость (87%), потребность в эмпатии (74%), тревожность (67%), также по шкале чувствительность (68%). Находят у себя пассивность и раздражительность 68% и 55% соответственно. Подчеркивают у себя уверенность 33,2% испытуемых. Также всего 13% испытуемых отмечают свою независимость от окружающих людей. Недоверчивость в своем поведении проявляют 57% испытуемых. Активность отмечается лишь у 36% испытуемых. Из 30 опрошенных нами больных расстройство сна отмечают лишь 8% испытуемых, в то же время 13,4% отмечают у себя агрессивность, несдержанность по отношению к близким людям. 22% испытуемых склонны обвинять себя в происходящих событиях, что мы можем увидеть на рисунке по шкале интрапунитивность (см. рис. 7).

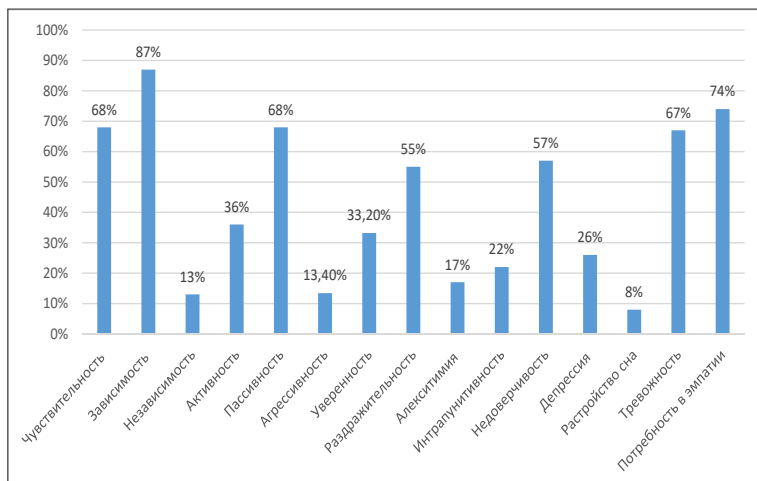


Рисунок 7 – Результаты клинического интервью

Подводя итоги из полученных данных клинического интервью, можно сделать вывод, что у больных с онкологическим заболеванием преобладает пониженный фон настроения, повышен общий уровень тревожности, больные чувствуют себя в высокой

степени зависимыми от окружающих людей. Также в своем поведении они склонны проявлять пассивность, повышенную чувствительность, раздражительность, а также недоверчивость к людям.

По критерию Манна-Уитни, различия между испытуемыми с онкологическими заболеваниями и испытуемыми, перенесшими потерю близкого человека, были выявлены в следующем: истинное депрессивное состояние преобладает в 1 экспериментальной группе, а во второй группе в большей степени выражено состояние без депрессии, что означает, что для больных состояние депрессии является нормальным состоянием, обусловленное состоянием их здоровья. Также были получены значимые различия в проявлении агрессии. Так, для 1 экспериментальной группы свойственно проявление раздражения, обиды, чувства вины. Различия в агрессивных проявлениях свидетельствуют о большой психоэмоциональной напряженности в 1 экспериментальной группе.

Таким образом, мы можем говорить о том, что выраженность симптомов посттравматического (ситуационного) стресса выше в группе испытуемых с онкологическим заболеванием, чем в группе испытуемых, перенесших потерю близкого человека (продолжительный стресс). В ходе констатирующего эксперимента нами были получены данные, которые позволяют нам судить о структуре личности испытуемых, их реакциях на стрессовую ситуацию, реакции личности на болезненное состояние.

Подобранные нами методики в полной мере соответствовали поставленной цели, задачам и гипотезе исследования. Результаты данных методик обрабатывались с помощью методов математической статистики, а именно использовался критерий Стьюдента, критерий различий Манна-Уитни. В результате проведенного экспериментального исследования мы еще раз эмпирически подтвердили основные положения, рассмотренные нами на теоретическом уровне исследования об особенностях личности онкологических больных, об их психоэмоциональном состоянии, особенностями переживания травматического события. В экспериментальном исследовании были подобраны эффективные в данном случае методы получения и обработки данных. Поэтому мы можем говорить о достоверности полученных результатов исследования, что позволило нам экспериментальным путем проверить теоретические предположения нашей работы.

3.3. Формирующий эксперимент

Обоснование: Полученные в ходе констатирующего эксперимента данные позволили разработать систему психокоррекционных мероприятий, включающую в себя дифференцированное сочетание методов индивидуального, группового и социоцентрированного вмешательства, направленных на снижение уровня симптоматики, включение адекватных психологических защит, а также повышение успешности реабилитационных процессов.

С высоким ростом онкологических заболеваний стали особенно актуальны вопросы о психоэмоциональном состоянии пациентов, страдающих онкозаболеваниями. Агрессивная химиотерапия, облучение и калечащие операции приводят к инвалидизации большинства пациентов, а многократные госпитализации и длительное амбулаторное лечение порождают психологические проблемы.

Типичные психологические трудности этих людей, их близких очевидны и эмоционально чрезвычайно насыщены, в частности, присутствуют:

- признаки посттравматического синдрома;
- многочисленные страхи (страшного диагноза, ухудшения самочувствия, помещения в стационар, смерти, калечащих медицинских процедур и т.п.);
- проблема отношения к собственной болезни и выздоровлению;
- сложности принятия изменяющегося под воздействием заболевания образа «физического Я»;
- острый дефицит общения;
- ощущение одиночества и социальной заброшенности; дефицит знаний, умений, навыков.

Проблема организации психологической помощи людям, страдающим тяжелыми, хронически протекающими, инвалидизирующими заболеваниями, а также их семьям – не достаточно разработана в нашей стране. В связи с этим, проведенное нами исследование в этом направлении является новаторской, а также попыткой привлечь пристальное внимание к данной теме.

Люди, перенесшие потерю близкого человека, также подвергаются сильнейшему травматическому стрессу, с которым им

необходимо помочь справиться методами коррекционного воздействия. Тяжелые переживания, напряженность, соматические проявления требуют психологической поддержки и психологической помощи.

Эмоции – своеобразный катализатор, который помогает адаптироваться в окружающем мире. Люди с посттравматическим стрессовым расстройством теряют эту важную адаптирующую функцию из-за диссоциации между эмоциональным возбуждением и целенаправленным действием. «Пациенты с ПТСР теряют способность интерпретировать свое возбуждение, и оно перестает быть сигналом о значимых событиях. Чувства не информируют о реальных событиях и начинают восприниматься негативно, поскольку адаптивные действия не приносят облегчения. Эмоции просто напоминают человеку о том, что он не может действовать целенаправленно. И потому сами чувства напоминают о травме, и заставляют избегать любые эмоции [76]».

Таким образом, люди с ПТСР склонны соматизировать свои эмоции или связывать их с действиями, которые никак не относятся к стимулу, породившему эмоцию, и как результат, проявляют агрессию в отношении себя и других людей.

Смысл данной коррекционной программы заключается в том, что психотерапевт помогает пациенту пережить страдание от травмы, обучая его переносить травматический опыт в символическую форму, которую можно передать словами. А после того, как пациент сможет подробно вербализовать психотравматический эпизод, переходят к следующему этапу – переживание на эмоциональном уровне. Тренинги при работе с пациентами с ПТСР направлены на идентификацию простых первичных телесных ощущений.

Когда пациент научится идентифицировать простые ощущения: «сдавливание», «покалывание», «холод», «тепло», то перестает оценивать их как «хорошие» или «плохие». Затем переходят к комплексам ощущений «удовольствие», «покой», «комфорт», «безопасность». И только потом к состоянию тревоги («раздражительность», «гнев», «страх»).

Коррекционные мишени:

- преобладание пониженного фона настроения;
- депрессивное состояние личности;
- повышенное психоэмоциональное напряжение;

- неэффективные копинг-стратегии поведения;
- неспособность открыто выразить свои чувства (алекситимия);
- наличие страхов и фобий;
- повышенная тревожность;
- наличие навязчивых мыслей;
- нарушения на физиологическом уровне;
- нарушение сна.

Модель психокоррекционной программы:

Цикл занятий состоит из 30 занятий, по 1,5 – 2 часа каждое, 3 раза в неделю.

Цель программы – психологическая коррекция эмоционально-личностных нарушений у людей с посттравматическим синдромом.

Задачи:

- изменить представление больных о своей болезни;
- изменить отрицательные установки на жизнь;
- актуализировать личностные ресурсы;
- снизить уровень психоэмоциональной напряженности;
- помочь в выработке адаптивных копинг-стратегий;
- помочь в избавлении от навязчивых мыслей.

Рекомендуется разделение участников на несколько равнозначных групп, по 8-10 человек в каждой.

Принципы и техники работы:

- оценка значения происходящих событий;
- определение своей роли в возникновении заболевания;
- определение «преимуществ» болезни («вторичная выгода»);
- методика релаксации;
- техника постановки целей;
- техника преодоление боли.

Организация занятий – программа разделена нами на три блока:

1 этап – организационно-ориентировочный. Данный этап направлен на знакомство участников друг с другом и ведущим программы, проведение первичной психодиагностической работы для определения реального состояния участников, мотивация на позитивную психотерапию.

2 этап – психокоррекционный. Данный этап направлен на коррекцию эмоционально-личностных нарушений личности лю-

дей с посттравматическим синдромом. В основные задачи входит изменение представления больных о своей болезни, изменение отрицательного взгляда на жизнь, актуализация личностных ресурсов.

3 этап – закрепляющий – завершение психокоррекционной работы, закрепление полученных умений, навыков, знаний.

В таблице 5 представлен План работы на неделю.

Таблица 5

План работы

№	Содержание работы	Выполнение работы
1.	Организация тренинга и психообразовательных программ	Знакомство с участниками тренинга. Определение целей и задач тренинга. Проведение тренинга коммуникативных навыков; тренинга навыков совладания («Анти-Я»); Составление правил для участников тренинга. Анализ занятий. Оценка взаимоотношений
2.	Работа в отделениях КазНИИОиР	Проведение индивидуальной беседы и консультаций с пациентами. Психологическое сопровождение и психокоррекционные мероприятия. Реализация цели исследования в соответствии с установленным планом. Структурированное проведение занятий, анализ готовности и участия пациентов посредством опроса (обратной связи); изложение нового материала с использованием наглядно-стимульного материала. Проведение итогов занятия. Домашнее задание в соответствии с планом.

Эффективность разработанной программы целесообразно проводить по ее окончании на основании повторно проведенной психодиагностической работы, а также методов экспертной оценки.

На начальном этапе психокоррекционной программы работа была направлена на адаптацию пациента к ситуации в целом и к своему новому состоянию. Далее шла работа с когнитивными процессами.

Применялись различные техники и упражнения для управления эмоциями и умения регулировать тревожные эмоциональные состояния.

План работы в группах: знакомство с участниками тренинга; определение целей и задач тренинга; составление правил для участников тренинга; анализ занятий; оценка взаимоотношений.

Проведение индивидуальной беседы и консультаций с пациентами: структурированное проведение занятий, анализ готовности и участия пациентов посредством опроса; изложение нового материала с использованием наглядно-стимульного материала. Проведение итогов занятия. Домашнее задание в соответствии с планом.

В процессе проведения клинического интервью и его дальнейшего анализа выяснилось, что 22% пациентов с онкологическими заболеваниями и 67% пациентов, переживших потерю близких, были склонны обвинять себя в происходящих событиях (шкала интрапунитивность). То есть существует определенная тенденция в ситуации фрустрации реагировать недовольством, гневом, направленным на самого себя. Результатом интрапунитивных реакций могут стать самообвинение, суицидальные попытки.

Для работы с данными особенности эмоционального реагирования на травмирующую ситуацию использовалась следующая техника:

Техника «Близнец из будущего»

Предназначение: техника призвана помочь человеку разобраться в сложных вопросах своей прошлой жизни, там, где ещё не выработано окончательное отношение к своим и чужим поступкам.

Качества, необходимые в данной психокоррекционной работе, – рациональность и самооценка.

Эта техника – одноразового использования. Она предназначена для того, чтобы помочь разобраться в сложных вопросах собственного прошлого, особенно в тех случаях, по отношению к которым вы не знаете, правильно ли вы поступили или нет.

План работы проведения техники:

1. Для начала необходимо максимально точно сформулировать вопрос, который вас гложет по отношению к вашему прошлому. Необходимо записать его на бумаге.
2. Теперь представьте себя в прошлом. Как вы себя вели в тот период, как выглядели.
3. Представьте, что непосредственно перед кризисными явлениями вы подошли к зеркалу, а в нём увидели себя... Не совсем

себя, а себя из будущего... Из зеркала на вас посмотрел человек лет на пять (десять, пятнадцать, двадцать...) старше вас.

4. Это оказался ваш близнец из параллельной Вселенной, в которой часы спешат на пять (десять, пятнадцать, двадцать...) лет. Этот близнец вам рассказал немного о своей жизни (как она протекает сейчас «В будущем»). А также предупредил вас о надвигающемся кризисе, о том, что надо действовать осторожно, что надо обратить внимание на такие-то обстоятельства, что надо задаться такими-то целями или задачами, что следует сделать то-то или то-то. Не торопитесь, представляйте в деталях разыгрываемую сцену. Не бойтесь проиграть её в голове заново.

5. Когда «близнец из будущего» исчезнет из зеркала, вам надо будет хорошо подумать над его словами. Стоит ли на них обращать внимание или нет? Если стоит, то почему? Если не стоит, то тоже почему? Учтите, что совсем необязательно верить первому встречному, пусть даже и собственному «близнецу из будущего».

6. Вернитесь в реальность. Подумайте теперь объективно над тем, как и почему вы повели себя в той кризисной ситуации именно так.

Вопросы: Каких знаний, сведений вам не хватило? К чему вам надо было стремиться, а к чему нет? Что вам надо было делать, а что нет?

7. Осталось самое главное. Подойдите к зеркалу. Очень хорошо подумайте, взвесьте каждое своё слово. А теперь скажите зеркалу своё предупреждение-послание себе в прошлом. Только скажите так, чтобы другой ваш «близнец из будущего», у которого часы, наоборот, отстают на пять (десять, пятнадцать, двадцать...) лет, всё понял и осознал.

Техника «Образ-Я»

«Я-реальное, Я-социальное и Я-идеальное»

Цель упражнения: создать условия, помочь участникам выстроить адекватную самооценку на текущий момент.

Участникам раздаются лист бумаги и карандаши. Ведущий просит нарисовать себя в «трех ипостасях»: Я-реальное, Я-социальное и Я-идеальное. Дается 10-15 минут. После этого происходит обсуждение:

– Когда вы чувствовали большее напряжение: когда рисовали идеальное или реальное?

– Как вы думаете, что вам необходимо предпринять, чтобы эти два понятия стали едиными?

– Как Вы думаете, можно ли попасть из «реального» в «идеальное» через «Я-социальное»?

– Что Вас раздражает?

– Что Вас удовлетворяет?

– Что Вам мешает?

– Хотите ли Вы изменить рисунок?

Далее в ходе интервью психолог направляет клиента на поиск ресурсов.

Следующая Техника «**Анти-Я**» предназначена для выработки самоидентичности – способности понимать свою индивидуальность, жить, основываясь на ней, а не вопреки ей. Также самоидентичность – это способность принимать себя таковым, каков есть, но не игнорируя при этом свои недостатки, а осознавая, что работать со своими недостатками можно, но не всегда нужно.

Качество, необходимое для работы, – самоидентичность.

Задание для работы: заполнить таблицу, особенно не задумываясь над ответами; заполнить столбец, в котором представлены ваши действия, ваши чувства, мнения (для этого вам необходимо лишь продолжить фразу, начинающуюся в первом столбце); после – следует перейти ко второму, описать то, как должно себя чувствовать ваше «анти-Я» (как оно действует, какие у него мнения и т.д.).

Когда закончите заполнять таблицу, сопоставьте ответы вашего Я с вашим анти-Я:

– Что хорошего есть в вашем анти-Я?

– Что плохого есть в вашем анти-Я?

– Что лучше, Я или анти-Я?

– Почему?

– Не являются ли ваши недостатки продолжением ваших достоинств?

– В чём вы бы хотели стать лучше?

– Надо ли сразу в себе исправлять все недостатки?

– Если бы близкие люди познакомились с вашим анти-Я, им бы понравилось?

– Почему?

– Если бы анти-Я заполняло эту таблицу, то каковы были бы его ответы?

Техника «Мои игрушки»

Данная техника позволит в нужный момент избавиться от посторонних, в том числе тревожных, мыслей и сосредоточиться на текущих событиях. То есть предстоит работа над повышением успешности реабилитационных процессов и формированием позитивного мышления. Качество, необходимое для выполнения данной техники, – это настроенность самого пациента.

Дается следующее задание:

Составьте список из шести-семи любимых игрушек, которые были у вас в детстве: машинки, куклы, солдатики, мячики, скакалки, конструкторы, модельки и т.д. Держите этот список у себя в голове.

В сложных жизненных ситуациях, когда надо заняться одним, а из головы не выходят какие-то волнующие мысли, мысли-«паразиты», обратитесь к воспоминаниям о своих любимых игрушках:

- Как они выглядели (выглядят)?
- Как вы с ними играли?
- Как с ними можно было бы еще поиграть?

Пофантазировав таким образом некоторое время, вернитесь в реальность и скажите себе: «Теперь я взрослый! Все меняется со временем! У меня много дел, которые я должен решать здесь и сейчас!»

Проверку эффективности разработанной Программы целесообразно проводить по ее окончанию на основании повторно проведенной психодиагностической работы, а также методов экспертной оценки.

3.4. Контрольное экспериментальное исследование

По окончании программы нами был проведен контрольный эксперимент, направленный на диагностику симптоматики посттравматических стрессовых расстройств личности испытуемых.

В ходе контрольного среза нами были использованы те же тесты, что и в констатирующем эксперименте.

После проведения психокоррекционной работы у пациентов изменилось отношение к своей болезни.

Анализируя полученные данные, мы выяснили, что наиболее высокие результаты, полученные нами в экспериментальном исследовании по шкалам тревожность (77%), значительно снизилось до 23%, также по шкале эмоциональное истощение – с 48% до 27%. Также у испытуемых снизился средний уровень травматического воздействия (до – 32% и после – 8%).

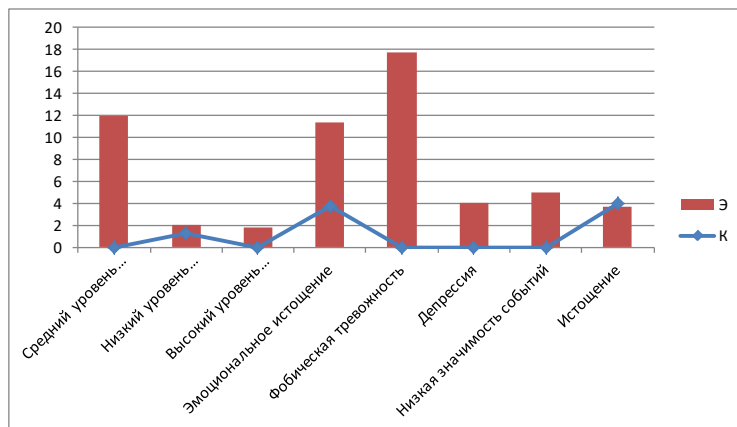


Рисунок 8 – Выраженность симптомов ПСТР до и после прохождения психокоррекции

Как видно на Рисунке 8, комплекс занятий, направленных на работу с психоэмоциональным напряжением, повышенной тревожностью, депрессивным состоянием, положительно повлиял на состояние испытуемых. У них значительно снизились уровень симптоматики и сама уникальность состояния. Заметно включение адекватных психологических защит и формирование позитивного мышления, что позволило повысить уровень удовлетворенности своей жизнью и принять свою болезнь, по-иному взглянуть на свои трудности.

Для решения задачи, в которой осуществляется сравнение двух рядов чисел, мы использовали парный критерий Т-Вилкоксона (Frank Wilcoxon).

Критерии Т-Вилкоксона базируется на величине нетипичного сдвига, который называется в дальнейшем $T_{эм}$.

**Значения Т-критерия Вилкоксона
для экспериментальной и контрольной групп $p \leq 0,05$**

	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	T	Z	p-level	T	Z	p-level
Высокий уровень травматического воздействия	0,0	1,603567	0,108810	2,0	1,095445	0,273323
Средний уровень травматического воздействия	0,0	2,665570	0,007686	12,0	0,338062	0,735317
Низкий уровень травматического воздействия	2,0	2,028370	0,042523	1,5	1,278019	0,201244
Тревожность	1,5	1,886913	0,059173	5,0	1,521278	0,128191
Соматизация	0,0	1,603567	0,108810	0,0	1,603567	0,108810
Высокий уровень психологического стресса	0,0	2,934058	0,003346	1,5	1,278019	0,201244
Эмоциональное Истощение	3,5	2,030406	0,042316	11,0	0,507093	0,612090
Фобическая тревожность	0,0	2,934058	0,003346	17,5	0,070014	0,944183
Депрессия	0,0	2,665570	0,007686	4,0	0,365148	0,715001
раздражительность	1,5	0,801784	0,422679	8,0	0,524142	0,600180
Низкая значимость событий	0,0	3,059412	0,002218	5,0	1,820364	0,068704
Истощение	2,0	2,028370	0,042523	1,5	1,278019	0,201244
Напряжение	1,5	1,886913	0,059173	5,0	1,521278	0,128191
Пассивность	0,0	1,603567	0,108810	0,0	1,603567	0,108810
Расстройство сна	0,0	1,603567	0,108810	2,0	1,095445	0,273323

Анализ «оси значимости» показывает, что полученная величина $T_{эм}$ попадает в зону значимости. Можно утверждать, следовательно, что зафиксированные в эксперименте изменения неслучайны и значимы на 1% уровне. Мы принимаем гипотезу H_1 о наличии сдвига, а гипотезу H_0 отклоняем.

Таким образом, участие в психокоррекционной программе способствует снижению эмоционального и психологического напряжения, истощения, снижает повышенную тревожность, отрицательные эмоции. В результате прохождения программы испытуемые были обучены техникам выхода из сложной и стрессовой ситуации, приобрели навыки релаксации, расслабления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В теоретической части нашей работы значительное место было уделено проблеме отношения человека к своему заболеванию. Теоретический анализ литературы показывает, что проблема исследования внутренней картины посттравматических стрессовых расстройств рассматривалась достаточно широко. В то же время целый ряд методических вопросов, связанных с изучением отношения пациентов к своему заболеванию, остается мало разработанным. Как было выяснено в ходе теоретического анализа состояния проблемы, одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является реакция личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. Особенности личностного реагирования больного на ситуацию онкологического заболевания наиболее ярко представлены в эмоциональной сфере. Отношение к своей болезни зависит от эмоционального состояния больного. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания, у многих пациентов вызывают мощный психологический стресс. Высокая степень тревоги и сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции могут усугубить течение болезни.

На современном этапе изучения посттравматических стрессовых расстройств большинством исследователей подтверждается, что ПТСР является не однородной диагностической категорией, а нарушением, проявляющимся в различных подвидах. Однако до настоящего времени нет общепринятой концепции, позволяющей объяснить причины, вызывающие стойкие нарушения психического и соматического здоровья большинства лиц, испытавших на себе воздействие факторов экстремальных ситуаций. Это положение лежит в основе, во-первых, выбора методов в процессе реабилитационной работы, зависящего от конкретного психотерапевтического направления, к которому принадлежит сам психотерапевт, и, во-вторых, от психологической концепции, которую он использует для обоснования причин тех или иных явлений.

В начале работы мы выдвинули предположение о том, что для коррекции ПТСР будут эффективными разнообразные психологические методы работы с людьми.

Проведенное эмпирическое исследование подтвердило эту гипотезу.

В частности, для подтверждения данной гипотезы мы, прежде всего, провели констатирующее экспериментальное исследование, позволяющее нам изучить выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства личности. В ходе данного исследования нами были получены данные, свидетельствующие о том, что в экспериментальных выборках действительно имеется высокий уровень напряженности, депрессивности, раздражительности, тревожности и чувствительности.

Проведенное исследование показало, что испытуемые с данным заболеванием характеризуются повышенным психоэмоциональным напряжением, истинным наличием депрессивного состояния, сильно выраженным стрессом. Эмоциональная реакция на потерю близкого выражается в ощущении внутренней напряженности, чувства вины, страха, повышении общего уровня тревоги, неуверенности в себе и в появлении страха за будущее.

Для работы с данными состояниями была разработана психокоррекционная программа, направленная на работу с посттравматическим синдромом у пациентов с онкологическими заболеваниями и лиц, перенесших потерю близких.

Изложенные выше закономерности психокоррекционных работ представляются значимыми и с практической точки зрения. Учет этих закономерностей позволяет разрабатывать реабилитационные программы с учетом особенностей таких пациентов, что обеспечит в конечном итоге высокую эффективность лечения посттравматического синдрома.

Специфичность рассматриваемой проблемы (ПТСР) заключается в том, что посттравматическим стрессовым проявлениям свойственны отсроченные по времени реакции, следовательно, работа с людьми не носит характера одноразового акта, а требует создания единой системы социальной, психологической и медико-психологической реабилитации в масштабах государства.

На основе выше изложенного материала можно говорить о том, что цели и задачи данного исследования являются достигнутыми. Был проведен анализ теоретических подходов к исследованию посттравматического стрессового расстройства; были раскрыты причины и симптоматика ПТСР у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Было проведено экспериментальное исследование специфики методов коррекции ПТСР у онкологических больных и лиц, перенесших потерю близких.

Экспериментально доказано, что ПТСР проявляется в комплексе поведенческих, эмоциональных и когнитивных реакций.

Была разработана и реализована Программа для коррекции ПТСР с использованием комплексных методов психотерапии, направленных на снижение уровня симптоматики, снижение уникальности состояния, регуляцию эмоций, включение адекватных психологических защит, а также повышение успешности реабилитационных процессов и формирование позитивного мышления.

Практическая значимость данной работы состоит в том, что проведенные исследования позволили нам изучить выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства. Данное исследование может оказать помощь в разработке психокоррекционных программ, направленных на работу с посттравматическим синдромом у пациентов с онкологическими заболеваниями и лиц, перенесших потерю близких.

Список использованных источников

1. Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии. // Материалы первой международной научно-практ. конф. – Владивосток: ВГМУ, 2009. – 364 с.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Александр Ф. – М.: Геррус, 2003. – 350 с.
3. Алёхин А.Н. Клиническая психология: теория, практика и обучение. Материалы международной научно-практической конференции / Алёхин А.Н. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2010. – 175 с.
4. Ануфриев А.Ф. Научное исследование. Курсовые, дипломные и диссертационные работы / Ануфриев А.Ф. – М.: Ось-89, 2004. – 112 с.
5. Анциферова Л.И. Личность с позиции динамического подхода.// Психология личности в социалистическом обществе: личность и ее жизненный путь / Анциферова Л.И. – М.: «Наука», 1990. – С. 7-17.
6. Астахов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / Астахов В.М. // Прикладная психология. 1999. – №1. – С. 41-47.
7. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Баевский Р.М. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
8. Баканова А.А. Смерть и работа горя / Баканова А.А., Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Родина А.М.; Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. – СПб., 2001.
9. Бакулин В.С., Возрастная психопатология и психоконсультирование / Бакулин В.С., Грецкая И.Б. – Волгоград: ВГАФК, 2005. – 175 с.
10. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Барлоу Д. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
11. Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека / Березин Ф.Б. – СПб.: Наука, 1998. – 269 с.
12. Битянова М.Р. Социальная психология / Битянова М.Р. – М., 1994. – 345 с.
13. Блейхер В.М. Расстройства мышления / Блейхер В.М. – Киев: Здоровье. 1983. – 192 с.
14. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Издательство: Московский психолого-социальный институт. – Москва-Воронеж, 2002. – 511 с.
15. Блинов Н.Н. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу / Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. // Вопросы онкологии. – 1990. – №8. – С. 966-969.
16. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
17. Будущее клинической психологии: Сборник научных статей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. Е.В. Левченко, А.Ю. Бергфельд. – Пермь: Пермский государственный университет, 2008. – 265 с.

18. Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций: Учебное пособие / Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
19. Бухановский А.О. Общая психопатология + тестовые задания./ Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416 с
20. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. – 1995, – №3. – С. 90-101.
21. Введение в психологию / под ред. Петровского А.В. – М.: «Академия». 1995. – 496 с.
22. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций. // Психология эмоций. Тексты / Под ред. К.В. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Московского ун-та. 1993. – С. 3-29.
23. Ворона О.А. Факторы риска развития посттравматического стресса у онкологических больных / Ворона О.А., Тарабрина Н.В. //Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: Материалы Сибирского психологического форума. – Томск, ТГУ, 2004. – С. 367-372
24. Вундт В. Психология душевных волнений / Под ред. К.В. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1993. – С. 48-65
25. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / Ганнушкин П.Б. Издательство НГМА. – Н. Новгород., 1998. – 128 с.
26. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь / Гнездилов А.В. – СПб.: Речь. 2002. – 162 с.
27. Говорин Н.В. Медицинская психология. Медицинская (клиническая) психология: методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита: Областная типография, 2006. – 56 с.
28. Джемс У. Что такое эмоция? / Под. ред. К.В. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1993. – С. 86-96.
29. Жмуров В.А. Психопатология. Часть I. – Иркутск: ИГУ. 1986. – 217 с.
30. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр Академия, 2003. – 208 с.
31. Зинченко В.П. Методологические вопросы психологии / Зинченко В.П. – М.: МГУ, 1983. –165 с.
32. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. ... доктора психологических наук / Ивашкина М.Г. – М., 1998. – С. 9.
33. Калмыкова Е.С. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса / Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А., Агарков В.А. / Психол. журн. 2002. – Т. 24. – № 6. – С. 89-97.
34. Климов Е.А. Основы психологии: учеб. Пособие для студ. Вузов / Климов Е.А. – М.: 1997. – С. 158.
35. Коблер-Росс Е. О смерти и умирании / Коблер-Росс Е. – Киев: София, 2001. – 320 с.

36. Коган Б.М. Стресс и адаптация / Коган Б.М. – М.: «Знание», 1980. – 64 с.
37. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Колодзин Б. – М.: Шанс. 1991. – 96 с.
38. Комер Р.Д. Патопсихология поведения / Ronald J. Comer. Fundamentals of Abnormal Psychology. 4-е международное издание. – город: Издательство: Прайм-Еврознак. 2005. – 459 с.
39. Конечный Р. Психология в медицине / Конечный Р., Боухал М.; Перевод с чехословацкого Г. Шевченко. – Прага: Медицинское издательство «Авиценум», 1983. – 406 с.
40. Корсаков С.С. Общая психопатология / Корсаков С.С. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2003. – 480 с.
41. Коцюбинский А.П. и др. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях. Пособие для врачей и медицинских психологов / Коцюбинский А.П. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2011. – 38 с.
42. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 1998. – 568 с.
43. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс/ Под ред. Л. Леви. – М.: Медицина, 1970. – 328 с. – С.178-208.
44. Лакошина Н.Д. Клиническая психология. Учебник для студентов медицинских вузов / Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ. 2005. – 416 с.
45. Лакошина Н.Д. Медицинская психология / Лакошина Н.Д., Ушаков Г.К. – 2-е изд. – М.: Медицина. 1984. – 272 с.
46. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр Академия, 2000. – 232 с.
47. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Ломов Б.Ф. – М.: Академия, 1984. – 444 с.
48. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. – СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева. 1994. – 245 с.
49. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Малкина-Пых И.Г. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с
50. Марычев А.А. О возможностях реабилитации онкологических больных после радикального лечения / Марычев А.А. – М., 1978.
51. Моисеев Н.Н. Алгоритмы развития / Моисеев Н.Н. – М.: Наука, 1997. – 302 с.
52. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности // Тревога и тревожность: Хрестоматия / сост. Астапов В.М. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с. – С. 215-224
53. Наенко Н.И. Психическая напряженность / Наенко Н.И. – М.: Изд. Московского университета. 1976. – 112 с.
54. Немов Р.С. Психология Кн. 3. / Немов Р.С. – М.: Просвещение: «Владос», 1995. – 512 с.

55. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения / Немчин Т.А. – Л.: Изд. ЛГУ, 1983. – 168 с.
56. Носачев Г.Н. Основы патопсихологии: Учебное пособие для студентов психологических факультетов / Носачев Г.Н. – Самара, 2004. – 240 с.
57. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие / Осипова А.А. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
58. Психологические и деонтологические проблемы в онкологии // Далевские чтения–2005: Материалы четвертой студенческой конференции по проблемам речевой культуры «Слово учит, лечит, вдохновляет...» / Под ред. В.В. Шкарина. – Н. Новгород: Издательство НижГМА, 2005. – С. 65–68.
59. Психологические особенности больных злокачественными новообразованиями // Актуальные аспекты управления здоровьем населения : сборник научных трудов / Под общей редакцией И.А. Камаева. – Н. Новгород, 2007. – С. 107–112.
60. Психология посттравматического стресса. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
61. Психология посттравматического стресса. Часть 1. Теория и методы. Практическое руководство / Под ред. Н.В. Тарабриной. – М.: Когито-Центр, 2007.
62. Психология посттравматического стресса. Практикум / Под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2001.
63. Психотерапевтическая энциклопедия/ Под общей редакцией Б.Д. Карвасарского. Серия «Мастера психологии» – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер». 1999. – 752 с.
64. Результаты психопатологического исследования онкологических больных // Современное решение актуальных научных проблем в медицине / Под ред. Б.Е. Шахова. – Н. Новгород: Издательство НижГМА, 2007. – С. 20–24.
65. Роджерс К. Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию/ Пер. с англ. М. Злотник. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
66. Роль психических факторов в развитии злокачественных новообразований // Нижегородский медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 71–79.
67. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии / Русина Н.А. Научно-методический журнал. – 2002. №4. – С. 152–160.
68. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Селье Г. – М.: Медгиз. 1960. – 254 с.
69. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Сидоренко Е.В. – СПб.: Речь. 2001. – 350 с.
70. Смулевич А.Б., Психосоматические расстройства //www. consilium-medicum. com/ media/psycho.
71. Столяренко Л.Д. Основы психологии / Столяренко Л.Д. – Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1996. – 736 с.
72. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса / Судаков К.В. – М.: Медицина, 1981. – 232 с.

73. Франкл В. Человек в поисках смысла / Франкл В. Сборник / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. – М., 1990. – 368 с.
74. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Пер. с англ. Э.М. Телятников, Т.В. Панфилова / Э. Фромм. – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – 624 с.
75. Хьел Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) Серия «Мастера психологии» / Хьел Л., Зиглер Д. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 608 с.
76. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии / Чаклин А.В. // Вопросы онкологии – 1992. №7. – С. 873-888.
77. Шапарь В.Б. Словарь практического психолога / Шапарь В.Б. – М.: АСТ; Харьков: Торсинг, 2005.
78. Фoa Э.Б. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э.Б.Фoa., М.Кин Метью, Дж.Фридман. – М.: «Когито-Центр», 2005.
79. Physicians and death of their patients A reaction Study Math for 14th Annual Conference of the British Psychosocial Oncology Society, Psycho-Oncology, Vol 7, N 1, 1998, p 65, UK, London, (в соавторстве с Н. Шкловским-Корди, М. Калмыковой, А. Кременецкой, О. Марголиным и А. Пивником на англ. яз.)
80. Quality of the Life (QoL) of the elderly patients with Hodgkin Disease (HD) Abstracts of 4th Intern Congress of Psycho-Oncology, 1998 Hamburg // Psycho-Oncology, 1998 – V 7, p 75 (совместно с Н.Е. Шкловским – Корди и М.А. Калмыковой на англ. яз.).

Приложение А

ТЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ:
**«МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА»**

Имя _____
Образование _____
Семейное положение _____
Возраст _____
Пол: _____ М _____ Ж _____
Дата обследования « ____ » 200 ____ г.
Примерная дата пережитой Вами ситуации
_____ г.

I. ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (IMPACT OF EVENT SCALE-R – IES-R) ПРИЛОЖЕНИЕ

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

Для этого поставьте «галочку» (✓) или «плюсик» (+) соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение последних 7 дней, включая сегодняшний.

	Никогда 0	Редко 1	Иногда 3	Часто 5
1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось				
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем				
6. Я думал о случившемся против своей воли				

Продолжение таблицы

	Никогда 0	Редко 1	Иногда 3	Часто 5
7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				
13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации				
15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлестывали непосережимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией				
17 Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18 Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо				
19 Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т п				
20 Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось				
21 Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое				
22 Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

Приложение Б

II. ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED – SCL-90-R)

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, прочитайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если вы захотите изменить свой ответ, сотрите резинкой вашу первую пометку.

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Не-много	Уме-ренно	Силь-но	Очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4

Продолжение таблицы

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Не-много	Умеренно	Сильно	Очень сильно
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16	То, что вы слышите голоса, которые не слышат другие	0	1	2	3	4
17	Дрожь	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20	Слезливость	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23	Неожиданный и беспричинный страх	0	1	2	3	4
24	Вспышки гнева, которые вы не смогли сдержать	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26	Чувство, что вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27	Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что что-то вам мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	0	1	2	3	4
34	То, что ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам	0	1	2	3	4

Продолжение таблицы

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
37	Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтоб не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что вы хуже других	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас	0	1	2	3	4
44	То, что вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решения	0	1	2	3	4
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	0	1	2	3	4
51	То, что вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55	То, что вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	0	1	2	3	4

Продолжение таблицы

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Не-много	Умеренно	Сильно	Очень сильно
60	Переедание	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас	0	1	2	3	4
62	То, что у вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-нибудь	0	1	2	3	4
68	Наличие у вас идей или верований, которых не разделяют другие	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72	Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74	То, что вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда вы оставались одни	0	1	2	3	4
76	То, что другие недооценивают ваши достижения	0	1	2	3	4
77	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	0	1	2	3	4

Продолжение таблицы

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
78	Такое сильное беспокойство, что вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной ничтожности	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81	То, что вы кричите и швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	0	1	2	3	4
86	Кошмарные видения	0	1	2	3	4
87	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Приложение В

III. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА FPI МОДИФИЦИРОВАННОЙ ФОРМЫ

ИНСТРУКЦИЯ: далее приводится ряд утверждений, каждое из которых подразумевает относящийся к Вам вопрос о том, соответствует или не соответствует данное утверждение каким-то особенностям Вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядам на жизнь и т.п. Если Вы считаете, что такое соответствие имеет место, то дайте ответ «Да», в противном случае – «Нет». Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у вас ответном листе, поставив **крестик (+)** в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Успешность исследования во многом зависит от того, насколько внимательно выполняется задание. Ни в коем случае не следует стремиться своими ответами произвести на кого-то лучшее впечатление, так как ни один ответ не оценивается как хороший или плохой. Вы не должны долго размышлять над каждым вопросом, а старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки кажется вам ближе к истине.

Вас не должно смущать, если некоторые из вопросов покажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, вы должны знать, что результаты индивидуальных психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению.

ВОПРОСЫ:

1. Я внимательно прочел инструкцию и готов откровенно ответить на все вопросы анкеты.
2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т.п.).
3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговора.
4. У меня часто болит голова.
5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи.
6. Я быстро теряю самообладание, но и так же быстро беру себя в руки.
7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом.
8. Я избегаю о чем-либо расспрашивать и предпочитаю узнавать то, что мне нужно, другим путем.
9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что мое появление пройдет незамеченным.
10. Могу так вспылить, что готов разбить все, что попадет под руку.
11. Чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание.

12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебойми или начинает биться так, что, кажется, готово выскочить из груди.
13. Не думаю, что можно было бы простить обиду.
14. Не считаю, что на зло надо отвечать злом, и всегда следую этому.
15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова.
16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи.
17. В своих поступках я никогда не исхожу из того, что людям можно полностью доверять.
18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстоять свои интересы.
19. Легко могу развеселить самую скучную компанию.
20. Я легко смущаюсь.
21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания относительно моей работы или меня лично.
22. Нередко чувствую, как у меня немеют или холодеют руки и ноги.
23. Бываю неловким в общении с другими людьми.
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастным.
25. Иногда нет никакого желания чем-либо заняться.
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто бы я выполнял очень тяжелую работу.
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень многое делал неправильно.
28. Мне кажется, что другие иногда смеются надо мной.
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений.
30. Я считаю, что у меня предостаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой.
31. Часто у меня нет аппетита.
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей.
33. Обычно я решителен и действую быстро.
34. Я не всегда говорю правду.
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории.
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять на своем.
37. То, что прошло, меня мало волнует.
38. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками.
39. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной.
40. Иногда кажется, что я вообще ни на что не годен.
41. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться.
42. Нередко у меня возникают боли «под ложечкой» и различные неприятные ощущения в животе.
43. Если обижают моего друга, я стараюсь отомстить обидчику.

44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени.
45. В моей жизни было так, что я почему-то позволил себе мучить животное.
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею.
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги.
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал.
49. Когда ложусь спать, то обычно засыпаю уже через несколько минут.
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки.
51. Иногда могу похвастаться.
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий.
53. Нередко бывает так, что приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи.
54. В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал.
55. Я почти всегда подвижен и активен.
56. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю.
57. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом.
58. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить.
59. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится.
60. Обычно мне трудно возражать моим знакомым.
61. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче.
62. Я люблю не всех своих знакомых.
63. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться.
64. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем восхищаются.
65. Я предпочитаю заставить человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом.
66. Я нередко беспокойно двигаю рукой или ногой.
67. Предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании.
68. В компании я веду себя не так, как дома.
69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чем лучше бы помолчать.
70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании.
71. Хороших знакомых у меня очень немного.
72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет, яркие краски, сильный шум вызывают у меня болезненно неприятные ощущения, хотя я вижу, что на других людей это так не действует.
73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить.
74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представлю себе, сколько всяких неприятностей, возможно, придется испытать в жизни.
75. Если кто-то меня серьезно обидит, то получит свое сполна.
76. Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя.

77. Мне нравится так задать вопрос или так ответить, чтобы собеседник растерялся.

78. Бывало, откладывал то, что требовалось сделать немедленно.

79. Не люблю рассказывать анекдоты или забавные истории.

80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия.

81. Не знаю, куда деться при встрече с человеком, который был в компании, где я вел себя неловко.

82. К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи.

83. Я робею при выступлении перед большой аудиторией.

84. У меня довольно часто меняется настроение.

85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей.

86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражен, то чувствую это как бы всем телом.

87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову.

88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых.

89. Если сегодня я посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим.

90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать мое неудовольствие.

91. Я уверен в своем будущем.

92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих.

93. Я не прочь посмеяться над другими.

94. Я отношусь к людям, которые «за словом в карман не лезут».

95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко.

96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам.

97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям.

98. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упрямства.

99. Часто испытываю угрызения совести в связи со своими поступками.

100. Я нередко бываю рассеянным.

101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть.

102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других.

103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю.

104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу.

105. Нередко чувствую себя вялым и усталым.

106. Я люблю беседовать с людьми и всегда готов поговорить и со знакомыми и с незнакомыми.

107. К сожалению, я зачастую слишком поспешно оцениваю других людей.

108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко начинаю напевать или напеть.

109. Не чувствую себя уверенно в решении важных вопросов даже после длительных размышлений.

110. Получается так, что в споре я почему-то стараюсь говорить громче своего оппонента,

111. Разочарования не вызывают у меня каких-либо сильных и длительных переживаний.

112. Бывает, что я вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти.

113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бываю один.

114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом.

Просим вас проверить, на все ли вопросы даны ответы.

Ответный лист (да/нет)

1	13	25	37	49	61	73	85	97	109
2	14	26	38	50	62	74	86	98	110
3	15	27	39	51	63	75	87	99	111
4	16	28	40	52	64	76	88	100	112
5	17	29	41	53	65	77	89	101	113
6	18	30	42	54	66	78	90	102	114
7	19	31	43	55	67	79	91	103	
8	20	32	44	56	68	80	92	104	
9	21	33	45	57	69	81	93	105	
10	22	34	46	58	70	82	94	106	
11	23	35	47	59	71	83	95	107	
12	24	36	48	60	72	84	96	108	

«ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ» КАК МЕТОДИКА ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ

1. Общая характеристика методики

«Психологическая автобиография» принадлежит к числу ситуационных психодиагностических методик. Ситуационная психодиагностика, относящаяся к психодиагностике адаптационных возможностей личности, направлена на выявление особенностей ситуационного компонента внутренней картины жизненного пути (см. гл. 4) – одного из показателей функционирования адаптационного процесса. Мы полагаем, что компоненты внутренней картины жизненного пути могут входить в систему базовых показателей, лежащих в основе получаемых в психодиагностическом исследовании данных. Систему таких показателей следует выделять в соответствии с концепцией измеренной индивидуальности (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова), согласно которой личность в процессе психодиагностического исследования предстает прежде всего как индивидуальность. При этом возникает особая форма описания личности – измеренная индивидуальность. Теория измеренной индивидуальности относится к теориям «среднего уровня» (theories of middle-range, термин введен Р. Мертоном (R. Merton) в 1947 г. в ходе полемики с Т. Парсонсом (T. Parsons)) – мостам между эмпирическим материалом и общей теорией.

Теоретические модели представляют собой опосредованное знание, тогда как теория измеренной индивидуальности «вырастает» из непосредственно наблюдаемых результатов психодиагностического исследования.

«Психологическая автобиография» была разработана для оценки ситуационных особенностей жизненного пути личности.

Это экспрессивная проективная методика исследования переживаний, связанных с наиболее значимыми сферами жизни. Методика позволяет выявить особенности восприятия значимых жизненных ситуаций, а именно – наиболее важных событий в жизни человека. Это особые ситуации, тесно связанные с личностью испытуемого. Называя значительные события своей жизни, человек преломляет их через свое «Я». Таким образом, методика предоставляет возможность изучить наиболее существенно связанные с личностью особенности психологической среды, по Р. Баркеру (R. Barker), или особенности восприятия ситуаций, по Д. Магнуссону (D. Magnuson), или субъективных ситуаций, по Р. Стеббину (R. Stebbine), в жизни человека. Направленность методики на исследование жизненного пути, способы интерпретации количественных показателей позволяют отнести «Психологическую автобиографию» к методикам событийно-биографического подхода (см. гл. 1, §3), тогда как пути создания методики, а также, соответственно, предлагаемые для анализа количественные параметры (1 – 4А) во многом созвучны традиционным приемам проведения исследования широко распространенного за рубежом событийного направления, ориентированного на анализ событий недавнего прошлого (см. гл. 1, §4).

Таким образом, «Психологическая автобиография» основана на двух главных подходах к исследованию ситуаций и может служить наглядным примером их взаимодействия.

Как правило, сбор психологического анамнеза предшествует любому психодиагностическому исследованию. При этом он обычно носит характер свободной беседы либо полуструктурированного интервью и позволяет ориентироваться в жизни испытуемого. В исследовательских целях биографический подход применяется довольно редко (например, в исследованиях Б. Г. Ананьева, Е. И. Головахи и А. А. Кроника, В. Зикмунда (W. Zikmund), Н. А. Логиновой, И. Руткай-Недеcki (I. Rutkay-Nedecki)). Данная методика сохраняет достоинства индивидуально ориентированного анамнеза и в то же время позволяет обобщить результаты исследования значительного количества испытуемых и вывести групповые закономерности. Получаемые данные можно анализировать как в исследовательских целях, так и в качестве предваряющего дальнейшее обследование психологического анамнеза, облегчающего контакт с испытуемым.

Несмотря на внешнее сходство с другими автобиографическими методиками, «Психологическая автобиография», описанная в настоящем пособии, существенно отличается от них, и прежде всего – выраженной проективностью вследствие акцента на неопределенности, неоднозначности несущих на себе отпечаток личности ответов испытуемых. Как отмечает Л. Ф. Бурлачук в монографии по психодиагностике, ответы-реакции испытуемых приобретают смысл не столько в связи с их объективным содержанием, сколько с личностным значением, которое придает ответу испытуемый. На первый план выступает личностное значение ответов – как содержательных характеристик называемых событий (тип и вид, частота встречаемости), так и их формальных особенностей (количество, «вес», указываемая степень значимости, время свершения события), что позволяет отнести «Психологическую автобиографию» к экспрессивным проективным методикам. Сочетание событийно-биографического подхода и направления исследования событий, ориентированного на анализ событий недавнего прошлого, позволило при разработке методики выделить показатели, отличающиеся от обычно анализируемых в результате применения автобиографических методик. Сходство заключается лишь в направленности на изучение особенностей жизненного пути с помощью событийного анализа. Так, в отличие от каузометрической методики Е. И. Головахи, А. А. Крокика (или ее компьютерного варианта «Life line»), наиболее известной в нашей стране среди автобиографических методик, количество событий не задается заранее; отличается техника проведения исследования, параметры обработки и интерпретации данных; отсутствует причинно-целевой анализ событий. В «Психологическом автобиопроекте» П. Ржичана количество событий заранее не задается, как и в нашей методике, но в нем отсутствуют четкие критерии анализа.

Нормативные данные. Получены для контингента соматически здоровых и соматически больных с различной нозологической спецификой, а также для двух профессиональных групп соматически здоровых лиц.

Всего обследовано 119 соматически здоровых испытуемых в возрасте от 23 до 60 лет. 27 из них обследовано в качестве контрольной группы при ис-

следовании соматически больных. В изучении особенностей восприятия жизненного пути лицами, относящимися к различным профессиональным группам, участвовали 20 педагогов (преподавателей и мастеров производственного обучения ПТУ) от 23 до 55 лет, средний возраст 42 года. Преподаватели и 60 % мастеров имели высшее образование, 40 % мастеров – среднее техническое образование. В обследовании приняли участие также 26 инженерно-технических работников НИИ (инженеров и техников), сопоставимых с педагогами по полу, возрасту и образованию. Данные обследования 46 педагогов рассматривались в связи с эффективностью их профессиональной деятельности.

Среди соматически больных обследовано 110 больных с приобретенными пороками сердца преимущественно ревматической этиологии в возрасте от 22 до 60 лет (56 мужчин и 54 женщины). Среднее или среднее специальное образование имели 80 человек, высшее – 30. Распределение больных по диагнозам в целом соответствует обычному распределению в кардиохирургической клинике. Обследованы также 24 больных, перенесшие острый инфаркт миокарда, 29 больных хроническим пиелонефритом. Все больные обследованы во время стационарного лечения в клиниках.

Надежность. Ситуативная обусловленность ответов не позволяет говорить о надежности в ее классическом понимании. Главное достоинство методики как раз и состоит в предоставляемой ею возможности «улавливать» тончайшие нюансы в актуальном психическом состоянии испытуемого. Поэтому надежность методики можно понимать лишь как возможность выявлять те или иные особенности, т.е. как аспект валидности.

Валидность. Сопоставление указанных выше подвергшихся обследованию групп испытуемых, а также их подгрупп показало, что методика характеризуется высокой текущей валидностью (достоверность различий по всем показателям, как правило, от $p > 0,05$ до $p > 0,001$) и может применяться как при обследовании соматически здоровых, так и соматически больных. Косвенно о конструктивной валидности методики можно судить по данным исследования с помощью «Психологической автобиографии» групп педагогов, характеризующихся разным уровнем субъективного контроля, измеренным с помощью опросника уровня субъективного контроля УСК (см. гл. 7). Из-за ограниченности объема выборки испытуемых достоверность различий в данных не вычислялась, поэтому о полученных закономерностях можно судить пока лишь приблизительно. Тем не менее, данные свидетельствуют в пользу эффективности применения методики в практике психодиагностики. Достоверность различий между показателями методики, выявленными у наиболее типичных групп больных с приобретенными пороками сердца, также косвенно позволяет узнать о конструктивной валидности методики, т.к. «кластерные группы» выделялись на основе исследования той же выборки больных с помощью репертуарной ранговой решетки «Рольевые позиции – личностные качества». Корреляционный анализ показателя эффективности профессиональной деятельности (как характеристики успешности адаптации), полученного с помощью экспертного оценивания, с показателями «Психологической автобиографии», свидетельствует в пользу критериальной валидности методики.

2. Техника проведения обследования

1. При групповых обследованиях, когда отсутствует возможность уделить значительное внимание каждому испытуемому, методика применяется на начальных этапах обследования с целью сбора предваряющего исследование анамнеза жизненного пути. При индивидуальных обследованиях желательно предлагать методику на заключительных этапах. К этому моменту после довольно длительного общения с лицом, проводящим обследование, у испытуемых при положительном отношении к психодиагностической ситуации снижается эмоциональная напряженность, вызванная необычной для них деятельностью. При этом испытуемые проявляют большую открытость.

2. Предлагается перечислить самые важные, с точки зрения испытуемого, события прошедшей и будущей жизни для получения сведений о переживаниях, связанных с наиболее значимыми сферами жизни (подобный прием используется, например, в исследованиях Н. А. Логиновой, Е. И. Головахи, А. А. Кроника, П. Ржичана, но с другими целями). Количество событий не ограничивается.

3. Испытуемого просят дать количественную оценку каждому событию и указать его примерную дату.

4. Данные вносятся в бланк обследования, включающий инструкцию испытуемому.

5. Обработка данных осуществляется в соответствии со специальными таблицами. Таблица I служит для определения количества радостных, грустных, прошедших, будущих событий и событий в целом. С помощью таблицы II можно осуществить более детальный событийный анализ, выявляя суммарный «вес» радостных, грустных, прошедших, будущих событий и событий в целом. В таблицу III вносят данные о количестве событий, различающихся по силе воздействия. В таблицу IV заносят сведения о среднем времени антиципации и ретроспекции, характеризующих время осуществления событий. С помощью таблицы V можно осуществить содержательный анализ событий, внося в нее «вес» событий с учетом их содержания. Определяется «вес» радостных, грустных, прошедших, будущих событий и событий в целом по каждому виду, «вес» событий различных типов.

Психологическая автобиография

Ф.И.О.

Возраст

Дата

Перечислите наиболее важные события, которые произошли в Вашей жизни, а также те, которые Вы ожидаете в будущем. Каждое событие, как состоявшееся, так и ожидаемое, было (будет) радостным или грустным. Попробуйте выразить свое отношение к указанным Вами событиям, оценив радостные от +1 до +5, а грустные – от -1 до -5. Отметьте на бланке примерные даты событий.

<...>

Таблица I. Количество событий

<...>

Таблица II. Суммарный «вес» событий

<...>

Таблица III. Количество событий, различающихся по силе воздействия
<...>

Таблица IV. Среднее время антиципации и ретроспекции событий
<...>

Таблица V. «Вес» событий с учетом их содержания
<...>

3. Основные параметры интерпретации данных

В соответствии с полученными количественными показателями мы можем охарактеризовать следующие параметры: продуктивность воспроизведения образов жизненного пути, оценку событий испытуемым (значимость для него тех или иных жизненных событий, их желательность-нежелательность, степень их влияния, среднее время антиципации и ретроспекции), а также дать содержательную характеристику событий (тип и вид значимых событий), их частоту встречаемости («оригинальность» – «популярность» и «силу» – «слабость»). Рассмотрим подробно каждый из параметров.

Определяется по количеству названных событий. Во многих событийных исследованиях учету количества событий уделяется особое внимание. Как в первоначальных работах, так и в последующих идеях взаимосвязи количества событий недавнего прошлого и последующего физического или психического состояния оставалась центральной. При изучении жизненного пути в целом учет количества событий приобретает иное значение. Определенная проективность методики предполагает рядоположность интерпретации количества указываемых испытуемыми событий с интерпретацией количества ответов по тесту Роршаха, связывающей этот количественный параметр с психологическими характеристиками, выражающими продуктивность испытуемого. При этом учитывается богатство образов, легкость их актуализации, психическое состояние, а также условия обследования, социальные, культурные различия.

А. Значимость жизненных событий. Определяется по «весу», которым наделяет испытуемый то или иное событие.

В ряде событийных исследований указывается на недостаточность учета только количества событий. Оценка событий позволяет определить значимость для личности данного события по сравнению с другими. Поэтому необходимо учитывать т.н. «вес» событий, характеризующего особенности восприятия испытуемым каждого события. Часто подчеркивается желательность выделения двух основных показателей – количества и «веса» событий. Дело в том, что в событийных исследованиях учет при анализе событий только общего их взятого в совокупности «веса» (например, в работах Т. Холмса и Р. Раз), означающего степень выраженности переживания, не дает информации о составляющих общего «веса». Так, общий большой «вес» может быть как при одном большом событии, так и при множестве малых.

Б. Желательность – нежелательность событий. Во многих исследованиях утверждается о неспецифичности влияния событий на здоровье, т.е. их стрессогенности вне зависимости от желательности событий. В других работах речь

идет о преимущественном влиянии негативных событий; предпринимаются попытки дифференциации событий на позитивные и негативные. Таким образом, вопрос еще не решен. Бели при анализе событий акцентировать внимание на степени их значимости, то, возможно, подобная дифференциация событий не становится особенно необходимой: если событие называется, ясно, что оно значимо. С другой стороны, однако, может возникнуть следующий вопрос: какие события более значимы – негативные (грустные, нежелательные) или позитивные (радостные, желательные)? Поэтому, вероятно, учет желательности – нежелательности все же целесообразен.

В. Степень влияния событий. Данный показатель конкретизирует предыдущие. Х. Тарлов (Н. Thurlow) предложил классифицировать события на «значительные» и «незначительные» с точки зрения оценивающего их испытуемого. При обработке результатов, полученных в результате применения «Психологической автобиографии», предлагается выделять по степени влияния на испытуемого события, оказывающие значительное влияние (4-5 баллов), умеренное (3 балла), малое (1-2 балла). Согласно данным психодиагностического исследования, проведенного автором, более достоверные различия между «Психологическими автобиографиями» обнаруживаются по более общим показателям («значительная», «умеренная», «малая» степень влияния), чем по более дробным («значительные радостные события», «значительные радостные прошедшие события» и т.п.). Поэтому при использовании методики целесообразнее учитывать более общие параметры.

Для получения показателя среднего времени ретроспекции событий следует суммировать время, прошедшее после каждого указанного события, и разделить полученную сумму на общее количество событий прошлого. Подобным же образом вычисляется среднее время антиципации (предвосхищения) событий: это суммарное время удаленности событий в будущее, деленное на общее количество событий будущего. При анализе этих показателей возможно использовать положения Е. И. Головахи, А. А. Кроника. С учетом специфики настоящей методики они будут выглядеть следующим образом:

1. Чем больше удаленность событий в прошлое (среднее время ретроспекции), тем больше степень их реализованности.

2. Чем больше удаленность событий в будущее (среднее время антиципации), тем больше степень их потенциальности.

А. Тип и вид значимых событий. Существует множество попыток классифицировать события по содержанию. В данной методике предлагается классификация Х. Риза и М. Смайера (Н. Reese, M. Smyer) в модифицированном виде. Эта классификация предоставляет возможность проведения подробного содержательного анализа и побуждает исследователя к тщательному выяснению того, что стоит за каждым указываемым испытуемым событием, для которого определяются тип и вид.

Типы событий:

1. Биологический (например, травма, рождение ребенка).

2. Личностно-психологический (например, выбор жизненного пути, события, связанные с использованием свободного времени).

3. Тип событий, относящихся к изменениям физической среды (например, землетрясение, полет).

4. Тип событий, относящихся к изменениям социальной среды (например, вступление в брак, продвижение по службе).

По виду события могут относиться к следующим жизненным сферам:

1. Родительская семья.
2. Брак.
3. Дети.
4. Место жительства.
5. Здоровье.
6. «Я».
7. Общество.
8. Межличностные отношения.
9. Материальное положение.
10. Учеба, повышение квалификации.
11. Работа.
12. Природа.

Виды событий «дружба» и «социальные отношения» были объединены в «межличностные отношения». События вида «столкновения с законом» не были характерны для обследованных автором групп испытуемых, и потому этот вид событий был исключен из таксономической решетки. Взамен «спонтанных событий» был включен пункт «природа» с тем, чтобы как можно полнее были представлены различные сферы жизни. Включение вида «спонтанное событие» в решетку вряд ли целесообразно: если мы считаем, что события можно отнести к двум видам одного типа, то условно относим к каждому из двух видов по «0,5 события»; к трем видам – к каждому из трех по «0,33 события»; к четырем – к каждому из четырех по «0,25 события». Так же поступаем, если событие можно отнести к одному или нескольким видам разных типов. Например, возьмем событие «потеря любимой работы по состоянию здоровья». «Код» события 1-5, II-II. В «клеточку» таксономической решетки 1-5 заносим число «0,5», в «клеточку» II -II – также «0,5».

Если событие кажется настолько смешанным, что может быть отнесено более чем к четырем «клеточкам» таксономической решетки, то имеет смысл «разбить» событие на несколько и каждое из образовавшихся событий характеризовать по типу и виду. Нередко отнесение события к смешанному происходит в результате беседы, когда уточняется, что имел в виду испытуемый, называя то или иное событие. При анализе содержания спонтанных событий особенно важно учитывать вносимые в бланк ответов примечания, необходимые для более точного определения типа и вида.

Б. Частота встречаемости событий различного содержания («оригинальность» – «популярность» событий). Достаточная проективность методики привела к мысли о том, что при выявлении частоты встречаемости разных событий возможно оценивать их «оригинальность» и «популярность» аналогично определению таких показателей при анализе данных испытуемых, обследованных по тесту Роршаха. Так, следует считать оригинальным событие в том слу-

чае, если оно встречается не более 1-2 раз в 100 протоколах испытуемых; популярным – не менее чем в 30 % протоколов. Однако толкование оригинальности – популярности в данном случае будет иным. Т.к. испытуемые отмечают лишь наиболее важные (значимые) для них события, то популярность определенных ответов (событий) будет означать, что они имеют наибольшую значимость для исследуемого контингента испытуемых. Оригинальность событий будет характеризовать в большей степени индивидуальные вариации ответов, по которым можно составить представление о своеобразии восприятия жизненного пути отдельными испытуемыми. На первый взгляд, логичнее всего предположить, что «оригинальность» события, в противоположность «популярности», указывает на меньшую значимость события; однако это имеет смысл лишь при сопоставлении типа и вида индивидуальных ответов с групповыми.

Определение «оригинальности» – «популярности» событий конкретизирует данные анализа событий по типу и виду.

В реакциях на сильные ситуации отмечаются незначительные вариации, т.е. при этом большую роль играют ситуационные переменные, нежели личностные; реакции на «слабые» ситуации весьма разнообразны, что означает большую роль личностных переменных. Нами использовалась гипотеза В. Мишеля (W. Mishel). Вели в данной методике под реакцией на ситуацию понимать оценку, которую испытуемый дает называемому им событию, то, анализируя такие оценки, можно попытаться выяснить, в каких случаях личностно-ситуационного взаимодействия сама ситуация заставляет реагировать на нее определенным образом, а в каких случаях нам важно знать личностные особенности испытуемых.

<...> только в том случае, если это событие указывает не менее 15 % испытуемых, т.к. небольшое количество ответов не позволяет сделать какие-либо определенные выводы. Событие обозначается как «сильное», если оценка его различными испытуемыми одинакова, и как «слабое», если оценки различаются. В случае «сильной» ситуации указывается ее «знак», т.е. отмечается желательное (позитивное, радостное) это событие (СИ) или нежелательное (негативное, грустное) (СИ). В случае «слабой» ситуации отмечается, какие реакции (оценки) преобладают: (СЛ) – со знаком «+» или (СЛ) – со знаком «-», или же указывается, что имеются в равной степени оценки с различным знаком (СЛ). Ситуации СЛ следует относить к «слабым» в первую очередь.

На заключительном этапе обследования возможно построение «линии жизни» с учетом выделенных показателей.

4. Нормативные «Психологические автобиографии»

Применение психодиагностической методики в любой прикладной сфере предполагает наличие нормативных данных. Вместе с тем, естественно, что эти данные варьируют в зависимости от многих факторов.

Данные конкретного испытуемого могут выходить за пределы нормы в силу разных причин, в том числе связанных с конкретной ситуацией обследования. Кроме того, данная методика достаточно проективна, и количественные показатели могут иметь значение (особенно при индивидуальном

обследовании) лишь как ориентир для интерпретации. Ниже перечислены основные характеристики показателей «Психологической автобиографии», которые можно считать «нормативными». Эти характеристики приводятся на основании данных обследования 27 соматически здоровых лиц различных профессий в сопоставлении с данными обследования соматически больных; 26 ИТР и 66 педагогов, а также двух групп педагогов, различающихся по адаптационным уровням (см. гл. 3).

1. Должно быть указано достаточное количество жизненных событий (табл. 8).

В целом, чем больше событий называет испытуемый, тем выше его общая продуктивность, характеризующая, как правило, богатство психологического времени, т.е. богатство и легкость актуализации образов прошлого и будущего, а также адекватность психического состояния и социальную адаптированность.

Особенно важный признак – наличие ответов о будущих событиях (особенно грустных), грустных событий прошлого и грустных событий в целом. Чем меньше таких ответов, тем больше беспокойство за будущее, вытеснение беспокоящих событий и психотравмирующих событий прошлого.

Независимо от соматического здоровья для ответов характерно преобладание прошедших событий над будущими, что согласуется и с данными других исследователей (например, А. Вреденхил (H. Vreugdenhil) и соавт. сообщают о том, что при назывании жизненных событий наиболее неуверенно называются будущие события). Это закономерность, которую не изменяет соматическое заболевание. Она отражает большую роль прошлого опыта и естественную для человека опору на радостные события. Однако нетрудно заметить, что здоровые чаще всего указывают несколько событий будущего, от которых «зависит все остальное» (первый вариант), т.е. небольшое количество событий в данном случае обусловлено своеобразным «обобщением» будущей жизни.

Вторым вариантом является стремление «спланировать всю жизнь до конца». Вместе с тем, чрезмерно высокая продуктивность, проявляющаяся в большом количестве называемых событий, может означать стремление преодолеть беспокойство, «разложив по полочкам» свою жизнь.

Таблица 8. Нормативные показатели количества событий соматически здоровых лиц

<таблица отсутствует>

2. Достаточно большой «вес» значимых событий (табл. 9).

Чем больше «вес» жизненных событий, тем выше значимость тех или иных событий (желательных или нежелательных, «значительных» и «малозначительных», прошедших и будущих, а также событий, принадлежащих к различным типам и видам). Этот показатель тесно связан с предыдущим и уточняет его и, возможно, является более «строгим». Наибольшее значение имеет суммарный «вес» событий.

Таблица 9

**Нормативные показатели «веса» событий
соматически здоровых лиц**

Общий «вес» событий	«Вес» прошедших событий	«Вес» будущих событий	«Вес» радостных событий	«Вес» грустных событий
45,20+1,83	28,08+1,83	17,12+1,58	34,60+1,83	10,60+1,02

3. Степень влияния событий.

Рассмотрение особенностей степени влияния указываемого события (табл. 10) осуществляет дальнейшую конкретизацию закономерностей, выявленных ранее. Обычно, независимо от наличия заболевания, предпочтение отдается более высоким оценкам событий. Называются главные события жизни и ясно, что они оказывают значительное влияние. Достоверные различия между здоровыми и соматически больными указывают лишь на различия в количестве называемых событий и, следовательно, в их «весе».

Таблица 10

**Нормативные показатели количества событий,
оказавших различное влияние на соматически здоровых лиц**

Количество значительных событий	Количество событий умеренного значения	Количество менее значительных событий
7,93+0,41	1,36+0,15	1,32+0,20

Ретроспекция и антиципация событий.

Наиболее важный диагностический показатель – удаленность называемых событий в прошлое. Чем она меньше, тем больше человек открыт опыту настоящего. Соматически здоровые лица склонны называть в числе основных событий происшедшие недавно (это согласуется с имеющимися в литературе данными, например, Н. А. Логиновой). «Нормативна» определенная «психологическая молодость» испытуемых (табл. II). Чем больше потенциальность и меньше реализованность событий, тем больше «психологически молод» человек.

Таблица 11. Нормативное среднее время антиципации и ретроспекции событий соматически здоровых лиц

<таблица отсутствует>

При сопоставлении степени удаленности событий в прошлое и будущее оказалось, что вне зависимости от наличия заболевания существует склонность называть более отдаленные прошедшие события и более близкие будущее. Это связано со значимостью прошлого опыта и сложностью предсказания будущего.

5. Тип и вид событий.

На первом месте у соматически здоровых – изменения социальной среды и личностные изменения, охватывающие очень широкий спектр различных событий и, вероятно, наиболее непосредственно характеризующие особенности социальной адаптации (табл. 12). На втором месте – изменения так называемые

мого «биологического» типа, в основном за счет событий, касающихся детей. Наименее значимы изменения физической среды.

Таблица 12. Нормативные показатели «веса» событий в зависимости от их содержания у соматически здоровых лиц

<таблица отсутствует>

Если рассматривать виды событий, то следует указать, что на первом месте по значимости – события, связанные с учебой, повышением квалификации, на втором – события, связанные с детьми (вне зависимости от наличия заболевания), события, связанные с рождением и воспитанием детей, высоко значимы), на третьем месте – работа и события в родительской семье. Наименее значимы события, касающиеся здоровья, а также общественных изменений. Такие данные получены без учета профессионального состава испытуемых. При рассмотрении же отдельных профессиональных групп данные о событиях различного типа согласуются с описанными выше данными, тогда как распределение событий по виду несколько иное (см. гл. 9): наиболее значимы события, связанные с детьми, на втором месте у педагогов – события в родительской семье, учеба и работа, у инженерно-технических работников – те же события и события, относящиеся к браку.

6. Частота встречаемости событий.

Нормативные данные, характеризующие частоту встречаемости событий различного содержания («оригинальность» – «популярность», «силу» – «слабость» событий) для соматически здоровых в настоящем пособии не приводятся, во-первых, по причине относительно небольших размеров выборки испытуемых, во-вторых, «оригинальность» – «популярность» в данных, полученных с помощью «Психологической автобиографии», не являются признаком «нормы» или «патологии», а лишь степени значимости тех или иных событий. Ясно, что для различных категорий испытуемых эти данные будут существенно различаться.

Пример 1. Испытуемый З., 24 года, студент последнего курса мединститута. Обследован 12.12.1988. Соматически здоров. С готовностью откликается на предложение заполнить бланк методики. К обследованию относится положительно. Заполняя бланк, комментирует записываемые события, радуясь возможности побеседовать о себе и своей жизни.

Результаты обследования показывают, что испытуемый З. назвал 19 событий, больше, чем в «норме». Характерна очень высокая продуктивность воспроизведения образов своей жизни, легкость их актуализации, разнообразие и нестандартность ответов. Это касается как прошедших, так и будущих событий.

Называется больше радостных событий, но отмечены и грустные, что указывает на открытость испытуемого, адекватность его психологических защит. Количество прошедших событий несколько преобладает над количеством будущих, что соответствует «норме». Большое количество событий может указывать на некоторую тревогу испытуемого. «Психологическая автобиография» З. относится ко второму типу «нормативных» ответов, когда налицо стремление «разложить по полочкам» всю свою жизнь. По ответам З. можно судить о том, что это человек, которому свойственны размышления о жизни, разносторон-

ний, рефлексивный, обладающий чувством юмора и не чуждый житейских радостей. «Вес» указанных событий согласуется с данными об их количестве: «вес» событий (радостных, грустных, прошедших, будущих и событий в целом) выше, чем в «норме», что указывает на высокую насыщенность значимых переживаний. Больше и значимость событий, оказавших различное влияние, т.е. испытуемый хорошо дифференцирует события по степени их влияния. Среднее время антиципации сходно с «нормативным», а среднее время ретроспекции несколько меньше, т.е. меньше реализованность событий, что указывает на несколько меньшую значимость прошлого опыта по сравнению с будущим.

По типу событий первое место с большим отрывом занимают события личностно-психологического типа, следовательно, высока сосредоточенность на себе, своем внутреннем мире (даже чрезмерна). На втором месте события, связанные с изменениями социальной среды. Конкретизация содержания событий по их виду подтверждает, что испытуемый много внимания уделяет своему «Я» (наиболее высокая значимость событий, относящихся к сфере «Я»), на втором месте (с большим отрывом) – события, связанные с работой, затем – события, связанные с учебой. Указаны также события, относящиеся к сферам «межличностные отношения» и «брак». Таким образом, эти жизненные сферы имеют для З. наибольшее значение.

Психологическая автобиография

Ф.И.О.

Возраст. Дата

Перечислите наиболее важные события, которые произошли в Вашей жизни, а также те, которые Вы ожидаете в будущем. Каждое событие, как состоявшееся, так и ожидаемое, было (будет) радостным или грустным. Попробуйте выразить свое отношение к указанным Вами событиям, оценив радостные от +1 до +5, а грустные – от -1 до -5. Отметьте на бланке примерные даты событий.

№ Событие Оценка Дата Примечание

<...>

Рис. 7. График «линии жизни» испытуемого З.

<рисунок отсутствует>

График «линии жизни» З. наглядно демонстрирует, что в восприятии жизни З. чередуются «слады» и «подъемы», что подтверждает адекватность восприятия образов жизненного пути. Наиболее насыщены событиями ближайшие прошлое и будущее, следовательно, они наиболее значимы для З., что соответствует нормативным данным. Отношение к будущему, возможно, слишком оптимистично, т.к. график заканчивается наиболее высоким плато. Возможно, здесь имеет место психологическая защита от будущих проблем и неопределенности. Последовавшая за обследованием беседа с З. позволила подтвердить это предположение.

СТРЕССОГЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

№ п/п	Название стрессора	Баллы
1	Состояние здоровья кого-либо из членов семьи	100
2	Финансовая надежность	92
3	Трудности с возможностью выразить себя	86
4	Обилие дел	86
5	Беспокойство по поводу внутренних конфликтов	84
6	Раздумья о смысле жизни	83
7	Отсутствие достаточного отдыха	82
8	Внешний вид	81
9	Проблемы с партнером (партнершей)	80
10	Недостаток активности, энергии	80
11	Проблемы в общении с коллегами по работе	79
12	Неудовлетворенность своей работой	77
13	Проблемы с детьми	77
14	Рост цен	77
15	Дефицит времени для семьи	76
16	Трудности с покупками	75
17	Сексуальные проблемы	75
18	Заботы о здоровье вообще	75
19	Чувство одиночества	75
20	Проблемы с родителями	75
21	Сожаления по поводу прошлых решений	73
22	Физический недуг	72
23	Перегруженность семейными обязанностями	71
24	Проблемы с транспортом	70
25	Беспокойство о надежности рабочего места	69
26	Осуждение и дискриминация со стороны других	69
27	Беспокойство по поводу обстановки в стране	69
28	Столкновение с начальством	66
29	Неприятные соседи	63
30	Проблемы с подчиненными	57
31	Трудности на рабочем месте по причине своего пола	54

Доктора Холмс и Рейх изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определённые серьезные изменения в жизни человека, и на основании своего исследования составили ниже следующую шкалу, в которой каждому важному жизненному событию приписано определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

№	Жизненные события	Значение события в баллах
1.	Смерть супруга	100
2.	Развод	73
3.	Разъезд супругов (без оформления развода)	65
4.	Тюремное заключение	63
5.	Смерть близкого члена семьи	63
6.	Травма или болезнь	53
7.	Женитьба	50
8.	Увольнение с работы	47
9.	Примирение супругов	45
10.	Уход на пенсию	45
11.	Изменение в состоянии здоровья члена семьи	44
12.	Беременность	40
13.	Сексуальные проблемы	39
14.	Появление нового члена семьи	39
15.	Реорганизация в работе	39
16.	Изменение финансового положения	38
17.	Смерть близкого друга	37
18.	Изменение профессиональной ориентации	36
19.	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20.	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21.	Окончание срока выплаты ссуды или займа	30
22.	Изменение должности	29
23.	Сын или дочь покидают дом	29
24.	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25.	Выдающееся личное достижение	28
26.	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27.	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28.	Изменение условий жизни	25
29.	Отказ от каких-то индивидуальных привычек	24
30.	Проблемы с начальством	23
31.	Изменение условий или часов работы	20
32.	Перемена места жительства	20
33.	Смена места обучения	20
34.	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35.	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36.	Изменение социальной активности	18
37.	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора и т.д.)	17

Даже такие несомненно положительные жизненные события, как «выдающееся личное достижение», отпуск, Рождество, примирение с супругом, являются стрессогенными. Теперь постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» Вами очков. В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означает 50% вероятности возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Возможно, Вам пришли в голову другие жизненные стрессы, не включенные в эту шкалу. Сколько баллов Вы приписали бы этим событиям?

Бланк

ТЕСТ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ

Перечислите наиболее важные события, которые произошли в Вашей жизни, а также те, которые Вы ожидаете в будущем. Каждое событие, как состоявшееся, так и ожидаемое, было (будет) радостным или грустным. Попробуйте выразить свое отношение к указанным Вами событиям, оценив радостные от +1 до +5, а грустные – от -1 до -5. Отметьте на бланке примерные даты событий.

ОСНОВНЫЕ ДАТЫ (ВОЗРАСТ)	СОБЫТИЯ	ПЕРЕЖИВАНИЯ	ОЦЕНКА СОБЫТИЯ ОТ -5 ДО +5

Пример:

ОСНОВНЫЕ ДАТЫ (ВОЗРАСТ)	СОБЫТИЯ	ПЕРЕЖИВАНИЯ	ОЦЕНКА СОБЫТИЯ ОТ -5 ДО +5
7 лет	Пошел в школу	Мама с папой были рядом (хотя они в разводе)	+5
11 лет	Умерла любимая собака	Чувствовал себя очень одиноко. Скорбь	-5
17 лет	Переезд в другой город	Страх перед неизвестностью и новой обстановкой	-2
21 год	Начал встречаться с девушкой (стала женой)	Состояние влюбленности, счастья	+5
36 лет	Уволили с работы	Состояние безысходности, разочарования и страха перед будущим	-3

Бланк «Образ-Я»

Нарисовать – символами, знаками, сюжетами...на ваше усмотрение – как Вы себя чувствуете РЕАЛЬНОЙ/ЫМ, какая/ой Вы в СОЦИУМЕ, и какая/ой Вы себя видите в ИДЕАЛЕ

Я реальное	Я в социуме	Я идеальное

Научное издание

Хусаинова Ильмира Рамазановна

**МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ**
(у взрослых лиц с онкологическими заболеваниями)

Монография

Редактор Г. С. Бекбердиева
Верстка А. Алдашевой
Дизайн обложки А. Калиевой

ИБ № 13734

Подписано в печать 09.09.2020. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Объем 6,25 п.л.
Тираж 500 экз. Заказ № 9990. Цена договорная.

Издательский дом «Қазақ университеті»

Казахского национального университета имени аль-Фараби.

050040, г. Алматы, пр. аль-Фараби, 71, КазНУ.

Отпечатано в типографии издательского дома «Қазақ университеті».