

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОМ

Усов К.И.¹,
Дарижапова М.Н.²

¹ Государственный университет просвещения (105005, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Басманный, ул. Радио, д. 10А, стр. 2, Россия)

² Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова (670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, д. 24, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Усов Константин Ильич,
e-mail: konstausov@ya.ru

РЕЗЮМЕ

Введение. В современной психологии недостаточно данных о специфике развития посттравматических стрессовых расстройств, в частности нарушений в эмоциональной сфере у личностей, столкнувшихся с чрезвычайными жизненными ситуациями (военные действия, насилие, утрата близкого и пр.) в сравнении с людьми, которые перенесли коронавирусную инфекцию.

Цель. Провести теоретический анализ проблемы и эмпирически изучить особенности проявлений личности с признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), апробировать способы психологической помощи пациентам, перенесшим психотравмирующий стресс.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 45 респондентов взрослого возраста (25–45 лет). Используемые в исследовании методики включают структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID), клиническую диагностическую шкалу (CAPS), Фрайбургский личностный опросник (FPI), шкалу психологического стресса PSM-25 Лемура – Тесье – Филлиона, тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона, The Test of Self-Conscious Affect TOSCA Дж. П. Тангняя и тест-опросник депрессии А. Бека. Применялись методы описательной статистики, U-критерий Манна – Уитни, коэффициент r-Спирмена.

Результаты. Выявлены сходные эмоциональные состояния, возникающие у лиц с психотравматическим стрессовым расстройством по разным причинам. При этом в числе одной из групп респондентов-участников исследования были также лица, перенесшие коронавирус. В данном случае обязательным было признание человеком наличия у себя характерных для психотравмы признаков. Обосновано, что эмоциональные проявления сходны в разных ситуациях ПТСР. В ходе изучения особенностей проявления эмоциональных состояний при ПТСР у респондентов разных групп было выявлено, что степень выраженности ПТСР сопровождается частотой и интенсивностью переживаемых ощущений, переживанием депрессии, напряженности в стрессе, переживанием вины и стыда.

Заключение. Материалы работы в дальнейшем могут стать основой для работы в части выявления системы детерминант преодоления посттравматических стрессовых состояний и проведения их коррекции. Разработанная нами программа может использоваться при оказании помощи лицам с ПТСР.

Ключевые слова: коронавирус, посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, психотравма, эмоциональные состояния

Статья поступила: 26.05.2025
Статья принята: 11.12.2025
Статья опубликована: 25.12.2025

Для цитирования: Усов К.И., Дарижапова М.Н. Анализ эмоциональных состояний лиц с посттравматическим стрессом. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(6): 131-141. doi: 10.29413/ABS.2025-10.6.14

ANALYSIS OF EMOTIONAL STATES OF PERSONS WITH POST-TRAUMATIC STRESS

**Usov K.I.¹,
Darizhapova M.N.²**

¹ State University of Education (Basmany
Municipal District, 10A Radio str., building 2,
Moscow 105005, Russian Federation)

² Dorji Banzarov Buryat State University
(str. Smolina 24, Ulan-Ude 670000,
Republic of Buryatia, Russian Federation)

Corresponding author:
Konstantin I. Usov,
e-mail: konstausov@ya.ru

RESUME

Introduction. There is insufficient data in modern psychology on the specifics of the development of post-traumatic stress disorders, in particular emotional disorders, in individuals who are faced with life emergencies (military operations, violence, loss of a loved one, etc.) in comparison with people who have suffered coronavirus infection.

The aim. To conduct a theoretical problem analysis and study the characteristics of personality manifestations with signs of post-traumatic stress disorder (PTSD) empirically, test methods of psychological assistance to patients who have suffered traumatic stress.

Materials and methods. Forty five adult respondents (25–45 years old) took part in the study. Methods used in the study include structured clinical diagnostic interview – SCID, clinical diagnostic scale (CAPS), Freiburg Personality Inventory (FPI), Lemur – Tessier – Fillion psychological stress scale PSM-25, self-assessment test of stress resistance by S. Cohen and G. Williamson, The Test of Self-Conscious Affect TOSCA by J.P. Tangney, A. Beck Depression Test Questionnaire. Methods of descriptive statistics, Mann – Winty U-test, and Spearman's r-test were also used.

Results. There were identified similar emotional states that occur in individuals with psychotraumatic stress disorder for various reasons. At the same time, one of the groups of respondents participating in the study also included people who passed coronavirus. In this case, it was mandatory for the person to admit that he had signs characteristic of psychotrauma. It is substantiated that emotional manifestations are similar in different situations of PTSD. In the course of studying the characteristics of the manifestation of emotional states in PTSD among respondents from different groups, it was revealed that the severity of post-traumatic stress disorder is accompanied by the frequency and intensity of experienced sensations, the experience of depression, tension in stress, the experience of guilt and shame.

Conclusion. The materials of the work can later become the basis for work in identifying the system of determinants for overcoming post-traumatic stress conditions and carrying out their correction. The program we have developed can be used to help people with PTSD.

Keywords: coronavirus, post-traumatic stress disorder, PTSD, psychotrauma, emotional states

Received: 26.05.2025
Accepted: 11.12.2025
Published: 25.12.2025

For citation: Usov K.I., Darizhapova M.N. Analysis of emotional states of persons with post-traumatic stress. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(6): 131-141. doi: 10.29413/ABS.2025-10.6.14

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время все больше говорят о широкой распространенности психических проблем, связанных с воздействием разного рода стрессовых ситуаций хронического или острого характера. В сложившейся ситуации очень важно рассмотреть такой феномен, как «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). В исследованиях отмечается, что ПТСР характеризуется длительностью протекания и сильным воздействием на все стороны жизни человека. Причинами могут быть серьезные техногенные катастрофы, опасные для жизни ситуации, насилие, военные действия и т.д. [1, 2, 3].

Мы можем отметить, что посттравматическое стрессовое расстройство в настоящее время может иметь место и по другим причинам. В том числе и текущие события, связанные с вооруженными конфликтами. В данной ситуации подверженными стрессу оказываются как военнослужащие, так и мирные жители, непосредственно проживающие на данных территориях. Таким людям свойственно постоянное ощущение угрозы, переживание страхов и т.д. [4, 5]. Это может негативно отразиться на состоянии всех органов и систем человека, и непосредственно влияет на его психику. В ряде работ показано, что ПТСР — это состояние, которое очень часто возникает в ситуациях военных действий [6, 7, 8].

Помимо этого, посттравматическое стрессовое расстройство может быть следствием пандемии коронавируса, которая потрясла весь мир в последние годы [9, 10]. Исследователи отмечают, что из-за этого многие люди находились в состоянии изоляции, информационного давления, постоянного опасения за свое здоровье [11, 12]. В результате перенесенного заболевания человек может переживать сходные с психотравмирующим стрессовым расстройством состояния [13].

Исследования посттравматического стрессового расстройства проводятся по всему миру. В работе Кадырова Р. В. и соавт. (2021) говорится о том, что в результате психотравмы у человека часто происходят психические и эмоциональные изменения: появляется тревожность, снижается способность радоваться жизни и общению с близкими, человек часто замыкается в себе. Отмечается уплощение эмоций, преобладание негативных чувств и переживаний [14]. В другой работе было показано, что могут иметь место такие серьезные нарушения как депрессия, панические атаки, тревожно-депрессивное расстройство, возникновение зависимостей разного рода и т.д. [15].

В других проведенных исследованиях говорится о том, что травматизация может иметь и более отсроченные последствия, которые проявляются даже через несколько лет, осложняя жизнь человеку и его близким [16, 17].

В случае посттравматического стрессового расстройства для человека характерно состояние высокой тревожности, навязчивых воспоминаний о травмирующем событии, либо, наоборот, избегание любых

мыслей или чувств, напоминающих о травме [3]. С точки зрения Падун М. А. и соавт. (2012), сила переживаний существенно зависит от психологических характеристик человека, от того, насколько он впечатлительный, в какой мере он готов к переживанию подобной ситуации. Человек самостоятельно не может выйти из этого состояния, вновь и вновь возвращается мыслями к нему. Становится очевидным, что психотравмирующие ситуации оказывают существенное влияние на личностную идентичность [18].

Была обоснована структура идентичности личности человека, перенесшего психотравмирующую ситуацию. Внутренние конфликты такой личности приводят к серьезным изменениям в системе ценностей, в эмоционально-личностной сфере. Могут иметь место проявления аддиктивного, антисоциального, самоповреждающего поведения. Часто психотравма приводит к депрессии и психосоматическим отклонениям [16].

В случае посттравматического стрессового расстройства часто имеют место проблемы эмоционального характера, которые проявляются в том, что у человека снижается интерес к любой деятельности, к взаимодействию с другими людьми. Возникает ангедония, как отсутствие радости от жизни, стремление дистанцироваться от окружающих, нежелание думать о будущем и т.п. Личность с подобными проявлениями становится замкнутой, нелюдимой, ей достаточно затруднительно устанавливать новые контакты из-за боязни привязаться и вновь потерять близких людей. То, что раньше радовало человека, вызывает скорее равнодушие или отторжение [19].

После психотравмирующих ситуаций все люди сталкиваются с проблемами мировосприятия, утратой понимания реальности происходящего, проявлениями депрессии, трудностями общения. Имеет место сильное эмоциональное напряжение, появляются страхи и другие отрицательные эмоции. Теряется позитивная перспектива будущего. Затрудняются процессы адаптации, что может негативно отразиться на поведении. Проявления дезадаптации зачастую возникают по причине потребности компенсировать тяжелые эмоциональные переживания.

Однако на данный момент в современной психологии мало данных о специфике развития посттравматических стрессовых расстройств, в частности нарушений в эмоциональной сфере, у личностей, столкнувшихся с чрезвычайными жизненными ситуациями (военные действия, насилие, утрата близкого и пр.) в сравнении с людьми, которые перенесли коронавирусную инфекцию. На данный момент сложилось противоречие, связанное с тем, что во многих исследованиях отмечается важность изучения ПТСР в связи с негативным его влиянием на здоровье и личность человека, но вместе с тем недостаточно описаны эмоциональные проявления при посттравматическом расстройстве по разной причине (в том числе, постковидное состояние) и особенности проведения коррекционных программ с данными людьми.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести теоретический анализ проблемы и эмпирически изучить особенности проявлений личности с признаками посттравматических стрессовых состояний, апробировать способы психологической помощи пациентам, перенесшим психотравмирующий стресс. Предметом исследования стали эмоциональные состояния при ПТСР и их коррекция.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В целях исследования применялись методики: структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID); клиническая диагностическая шкала (CAPS); Фрайбургский личностный опросник (FPI); шкала психологического стресса PSM-25 Лемура – Тесье – Филлиона; тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона; The Test of Self-Conscious Affect TOSCA Дж. П. Тангnea; тест-опросник депрессии А. Бека.

Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) состоит из ряда сгруппированных по блокам вопросов, которые позволяют последовательно проанализировать психические расстройства согласно критериям DSM-Fv (аффективные, психотические, тревожные, вызванные употреблением психоактивных веществ и т.д.). Имеется возможность работать с модулями отдельно. В данном исследовании вопросы затрагивали проблемы, связанные с ПТСР.

Шкала клинической диагностики CAPS позволяла проанализировать тяжесть имеющихся проявлений ПТСР за предшествующий месяц, а также за весь период после травматизации. Данная шкала является дополнением к Структурированному клиническому интервью. Шкала дает возможность выявить частоту и интенсивность негативных симптомов.

Опросник FPI предназначен для диагностики состояний и свойств личности, влияющих на протекание процессов адаптации личности, а также на способность регулировать свое поведение. В данном опроснике представлены шкалы, позволяющие оценить следующие характеристики: невротичность, агрессивность, депрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, застенчивость, открытость, экстравертированность, эмоциональную лабильность и другие.

Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура – Тесье – Филлиона направлена на определение уровня стресса и особенностей его выраженности у каждого респондента.

Тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона позволяет дать оценку стрессоустойчивости личности: отличная, хорошая, удовлетворительная, плохая, очень плохая.

Опросник TOSCA-3 Дж. П. Тангnea представляет собой инструмент для измерения когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов вины, стыда

и других эмоциональных явлений, связанных с самосознанием. В методике предполагается, что проявления стыда влияют на выраженность негативной самооценки. Вина рассматривается как тенденция к негативной самооценке применительно к конкретным ситуациям.

Методика Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии личности. В данном опроснике анализируются разнообразные депрессивные проявления и их выраженность.

Основными критериями для выбора методик были их валидность, надежность, доступность проведения с разными выборками лиц с ПТСР. Комплекс данных методик позволял с разных сторон проанализировать особенности эмоциональных проявлений при ПТСР у разных выборок респондентов и подтвердить либо опровергнуть положения: у индивидуума под воздействием посттравматического стрессового расстройства могут отмечаться эмоциональные состояния: тревожность, раздражительность, депрессивность; у лиц, переживающих ПТСР в результате ЧС, травм, насилия, потери и т.п., и лиц, переживающих ПТСР в результате постковидного синдрома, могут наблюдаться сходные эмоционально-личностные проблемы.

В диагностике принимали участие 30 респондентов взрослого возраста (25–45 лет), перенесшие психотравмирующий стресс, а также 15 респондентов, у которых не было перенесенного психотравмирующего стресса (группа 3). При этом мы разделили участников исследования с проявлениями ПТСР еще на 2 подгруппы: 15 человек – лица, столкнувшиеся с чрезвычайными ситуациями, пережившими травмы или насилие, потери, побывавшие в военных действиях (группа 1); 15 человек – лица, у которых предполагаются проявления ПТСР в результате перенесенного коронавируса и постковидного синдрома (группа 2). Дизайн и протоколы исследования были одобрены на заседании локального этического комитета (№ 265 от 12.09.2022 г.).

Для определения участников группы 2 обязательным было не только наличие проявлений, связанных с последствиями болезни, но и признание человеком наличия у себя характерных для психотравмы признаков (согласно опроснику СКИД, обязательно было наличие положительных ответов на вопросы модуля ПТСР, который позволяет диагностировать наличие проявлений в настоящее время).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистических и прикладных программ Statistica 6.1 (StatSoft Inc., США). Для определения близости к нормальному закону распределения данных использовали тест Шапиро – Уилка. Применялись методы описательной статистики, U-критерий Манна – Уитни, коэффициент r – Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для начала мы провели с участниками исследования Структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical

ТАБЛИЦА 1

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ СИМПТОМАТИКИ ПТСР

Выборка	Средние показатели		
	частота	интенсивность	общий средний балл
Группа 1	25,53	29,41	54,93
Группа 2	24,4	24,66	49,06
Группа 3	13,7	10,8	24,53

Interview for DSM), по итогам которого были окончательно определены выборки респондентов группы 1, группы 2 и группы 3.

Все опрошенные групп 1–2 положительно ответили на вопросы о том, что они участвовали или были очевидцами экстремальных травматических событий, связанными с серьезными травмами, реальной смертью или угрозой смерти по отношению к ним или кому-то другому. Причинами травматизации у респондентов являлись аварии, случаи насилия разного рода, пожары и различные природные катаклизмы, военные действия, утрата близких людей и т.д. Эти события интенсивно переживаются в течение месяца. Для всех участников характерно избегание соответствующих мыслей о событии в настоящее время. Данные методики СКИД дополнялись Школой клинической диагностики CAPS.

Клиническая диагностическая шкала показала следующие результаты, которые отражены в таблице 1.

Выявлено, что респонденты групп 1 и 2 переживают травмирующие события с высокой частотой и интенсивностью, что находит отражение в их самочувствии и социальной активности.

Анализ данных методики с помощью расчета U-критерия Манна – Уитни показал, что различия по уровню интенсивности симптомов у респондентов группы 1 и 2 являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,05$, так как показатель U составил – 70,5 ($p \leq 0,01 = 56$, $p \leq 0,05 = 72$). Мы обнаружили, что у респондентов с ПТСР второй группы переживания менее интенсивные в сравнении с респондентами первой группы. Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по выраженности симптоматики ПТСР являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, поскольку показатель U в сравнении с группой 1 составил – 0, с группой 2 – 2.

Шкала психологического стресса PSM-25 показала следующие результаты, которые отражены в таблице 2.

Уровни стресса у респондентов групп 1 и 2 сходные, средние или высокие в основном. В группе 3 – скорее низкие уровни стресса. Анализ данных методики с помощью расчета U-критерия Манна – Уитни показал, что различия по уровню выраженности стресса у респондентов группы 1 и 2 не являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$,

TABLE 1

AVERAGE LEVELS OF FREQUENCY AND INTENSITY OF PTSD SYMPTOMS

ТАБЛИЦА 2

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ СТРЕССА

TABLE 2

AVERAGE STRESS LEVELS

Выборка	Средние показатели
Группа 1	107,13
Группа 2	109
Группа 3	46,53

ТАБЛИЦА 3

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

TABLE 3

AVERAGE STRESS RESISTANCE INDICATORS

Выборка	Средние показатели
Группа 1	23,26
Группа 2	22,4
Группа 3	11,93

так как показатель U составил – 104,5 ($p \leq 0,01 = 56$, $p \leq 0,05 = 72$). Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по уровню выраженности стресса являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, поскольку показатель U в сравнении с группой 1 составил – 2, с группой 2 – 2,5.

Тест самооценки стрессоустойчивости (С. Коухена и Г. Виллиансона) показал следующие результаты, которые отражены в таблице 3.

Средние показатели стрессоустойчивости у респондентов групп 1 и 2 сходные, определяя недостаточную (удовлетворительную или плохую) сопротивляемость стрессорам. Различия по уровню стрессоустойчивости у респондентов группы 1 и 2 не являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, так как показатель U составил – 111,5 ($p \leq 0,01 = 56$, $p \leq 0,05 = 72$). Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по уровню стрессоустойчивости являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, поскольку

ТАБЛИЦА 5
СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ
ДЕПРЕССИИ У РЕСПОНДЕНТОВ

Выборка	Средние показатели					
	Вина	Стыд	Экстернальность	Отстраненность	Альфа-гордость	Бета-гордость
Группа 1	38,53	35,73	31,8	22,26	11,73	10,73
Группа 2	31,26	30,73	28,6	23,33	14,53	17,4
Группа 3	21,46	18,66	21,13	17,26	17,33	15,2

показатель U в сравнении с группой 1 составил – 4, с группой 2 – 2,5.

Согласно данным Шкалы депрессии Т. Бека, были получены следующие результаты, отраженные в таблице 4. Большинство представителей двух групп демонстрируют симптоматику депрессии как на когнитивно-аффективном, так и на соматическом уровне (табл. 4).

Различия по уровню выраженности депрессивной симптоматики у респондентов группы 1 и 2 не являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, так как показатель U составил – 74,5 ($p \leq 0,01 = 56$, $p \leq 0,05 = 72$). Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по уровню выраженности депрессивной симптоматики являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, поскольку показатель U в сравнении с группой 1 составил – 0, с группой 2 – 0.

Результаты методики TOSCA-3 представлены в таблице 5. Было отмечено, что средние показатели вины, стыда, экстернальности – выше в первой группе респондентов с ПТСР. Средние показатели отстраненности, альфа-гордости и бета-гордости – выше во второй группе респондентов.

Различия по уровню выраженности вины, стыда, экстернальности, отстраненности и альфа-гордости у респондентов группы 1 и 2 не являются статистически значимыми. Значимые различия обнаружились только по шкале бета-гордости на уровне $p \leq 0,02$, так как показатель U составил – 60,5 ($p \leq 0,01 = 56$, $p \leq 0,05 = 72$). Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по уровню выраженности вины, стыда, экстернальности, отстраненности, альфа- и бета-гордости являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, как в отношении группы 1, так и в отношении группы 2 – по всем шкалам методики.

Рассмотрим результаты Фрайбургского личностно-го опросника, отраженные в таблице 6.

Было выявлено, что среди респондентов группы 1 и группы 2 фиксируются повышенные уровни невротичности, спонтанной и реактивной агрессивности, депрессивности, раздражительности, застенчивости. Ниже оказались баллы по шкалам общительности, уравновешенности, открытости.

Различия по уровню выраженности невротичности, спонтанной и реактивной агрессивности,

TABLE 5
AVERAGE DEPRESSION SEVERITY VALUES AMONG
RESPONDENTS

ТАБЛИЦА 4
СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫРАЖЕННОСТИ
ДЕПРЕССИИ У РЕСПОНДЕНТОВ

TABLE 4
AVERAGE DEPRESSION SEVERITY LEVELS AMONG
RESPONDENTS

Выборка	Средние показатели
Группа 1	36,93
Группа 2	32,06
Группа 3	10,4

депрессивности, раздражительности, застенчивости, а также общительности, уравновешенности, открытости у респондентов группы 1 и 2 не являются статистически значимыми. Если сравнивать показатели с данными выборки 3, то различия по всем шкалам, кроме экстраверсии и маскулинности являются статистически значимыми на уровне $p \leq 0,01$, как в отношении группы 1, так и в отношении группы 2.

На основании проведенного исследования был сделан вывод, что при работе с пациентами, находящимися в состоянии ПТСР, особое внимание следует отводить проработке эмоциональных переживаний. Было выдвинуто положение, что коррекционная программа, направленная на оказание психологической помощи пациентам, перенесшим психотравматический стресс, должна приводить к снижению выраженности негативных эмоциональных состояний.

Задачами программы мы обозначили следующие:

1. Создание условий для того, чтобы человек смог ощутить ценность собственной жизни;
2. Помочь пациенту в процессе адаптации к жизни, переоценки травматического опыта, последствий психотравмы;
3. Последовательная проработка симптомов психотравмирующего состояния;
4. Осознание и осмысление эмоциональных переживаний;
5. Помощь в выработке новых паттернов поведения;

ТАБЛИЦА 6

СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ФРАЙБУРГСКОГО
ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА У РЕСПОНДЕНТОВ

TABLE 6

AVERAGE FREIBURG PERSONALITY QUESTIONNAIRE
SCORES AMONG RESPONDENTS

Средние показатели	Выборка		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
невротичность	8,2	7,9	3,7
спонтанная агрессивность	7,9	7,8	2,1
депрессивность	8,4	7,9	1,8
раздражительность	7,6	8,1	2,2
общительность	4,1	5,2	7
уравновешенность	4,2	3,1	8,4
реактивная агрессивность	8,8	7,9	1,8
застенчивость	6,9	7,3	2,3
открытость	1,7	2,3	6,6
экстраверсия	5,6	6,2	4,4
эмоциональная лабильность	7,8	8,3	2,1
маскулинизм	2,4	3,3	5,1

6. Расширение спектра эмоций в процессе реагирования на разные ситуации;

7. Переосмысление временной перспективы личности, создание новых установок на будущее;

8. Поиск и активизация позитивных ресурсов личности.

Выделяются следующие направления работы: диагностическое, консультативное, коррекционно-развивающее, информационно-просветительское.

В процессе психологической работы много внимания уделяется проявлениям горя. Для этого создается группа поддержки. Также активно проходит деятельность в направлении преодоления страхов и прочих негативных эмоциональных проявлений посредством работы с травматическими образами.

Программа предполагает также использование разнообразных специальных средств коррекции. В том числе, применялся метод психологического дебрифинга. В данном случае речь идет о такой помощи в кризисных ситуациях, которая оказывается непосредственно после события, вызвавшего психическую травму. Преимущественно это индивидуальная форма взаимодействия. Но в отдельных ситуациях дебрифинг может использоваться и в группе, а также спустя определенное время после травмы. Программа должна быть комплексной, дифференцированной и этапной.

Особое значение в работе имеет предварительный этап. Здесь очень важно тщательно ознакомиться с ситуацией, провести диагностику клиента, наладить контакт с ним, а также предварительно наметить задачи и принципы коррекционного вмешательства. Также предварительный этап предполагает выбор ведущих психокоррекционных методов работы.

Сначала работа идет в индивидуальной форме.

Рассмотрим этапы программы.

1 этап. Установление контакта. Этот этап предполагает работу над мотивацией пациента, его заинтересованностью в результатах терапии. Первое время пациент может относиться к работе настороженно и даже негативно. В связи с этим включается сопротивление, попытки обесценить любые достижения. На данном этапе велика роль психолога. Специалист должен понимать, что такие проявления могут быть вызваны стремлением пациента получить вторичные выгоды от негативного состояния. Часто эти вторичные выгоды являются не осознаваемыми. Человек постоянно находится в состоянии безнадежности, живет с чувством, что никто ему не сможет помочь. Отчасти это помогает избежать прямого переживания психотравмы. Именно поэтому первый этап предполагает формирование позитивной установки на работу. Психолог должен объяснить задачи, направления помощи, информировать пациента о возможностях медикаментозной терапии и психологической коррекции. Также важно проговорить с клиентами их опасения и тревоги.

2 – «Работа горя» как жизненный этап. Встречи в рамках программы предполагают, что пациентам разъясняется сущность тех процессов, которые происходят с ними. Деятельность строится аналогично работе с пациентами, переживающими горе. Психолог разъясняет пациентам переживание психотравмирующих ситуаций. Необходимость введения данного направления работы связана с тем, что пациенты очень часто бывают напуганы тем, что с ними происходит, они не понимают, почему им настолько тяжело, не знают, может ли это прекратиться. Именно поэтому

очень важно, чтобы психолог объяснил естественное течение этого состояния. При этом важно не только рассказать о том, как это происходит, можно также привести пример людей, которые переживали сходные проблемы и смогли преодолеть трудности. Это позволит пациентам ощутить себя здесь и сейчас, осознать себя как человека, проходящего определенную стадию горевания. Таким образом, жизненная перспектива становится более реальной. Это самый первый, самый важный шаг для того, чтобы человек смог более позитивно посмотреть на свою будущую жизнь. Психолог должен быть очень внимателен к тому, что говорит пациент. Внимательное отношение к словам пациента своевременно позволит увидеть признаки негативного сценария, негативных установок. Это основа для дальнейшего перепрограммирования, ухода из состояния страдания. Психолог применяет техники конфронтации, вопросов, переформулирования и другие.

3 этап. Проработка темы вины, стыда, агрессии. Данный этап посвящен проработке негативных эмоций. Это эмоции вины и стыда и т.д. Эти состояния очень часто мешают объективно посмотреть на ситуацию и отпустить ее. Поэтому психолог помогает пациенту высказать обиды, тем самым облегчить его состояние.

4 этап. Проработка травматических воспоминаний. На этом этапе пациент вместе с психологом прорабатывает состояние психотравмы. Идет непосредственная работа с травмирующими событиями. Могут быть использованы следующие методы. Это метод десенсибилизации и переработки движениями глаз, благодаря чему структурируются функциональные аспекты информации, многие травмирующие события, переживания перестают быть критично важными.

5 этап. Конечной целью работы с собеседником может стать превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания». Этап завершает период индивидуальной терапии в рамках нашей программы. Здесь результатом должно быть превращение состояния острого горя в более приглушенное и осознанное состояние. Разговоры о психотравме становятся не такими болезненными, открывается новый смысл травмы. Человек может определить для себя, как по-другому он будет жить, какие смыслы возникли у него по итогам данной ситуации, каким образом лучше всего будут строиться отношения с окружающими людьми.

Далее реализуется групповая работа и взаимная поддержка. В коррекционной групповой работе используется преимущественно когнитивно-бихевиоральная терапия, смысл ее заключается в том, чтобы постепенно человек мог вместе со своими мыслями и чувствами погрузиться в тревожащую, травмирующую для него ситуацию и проанализировать ее и свои переживания изнутри. Важно сосредоточить внимание на выявлении и осознании психотравмы, в том числе, определить искаженные и иррациональные мысли. В дальнейшем это поможет заменить их на более конструктивные и адекватные, рациональные установки.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По итогам диагностики было выявлено, что все респонденты с ПТСР отмечают: снижение интереса к хобби, привычным социальным действиям и обязанностям; чувство одиночества, учащение переживаний; влияние событий на жизнь; трудности со сном; изменение эмоциональных состояний (раздражительность, вспыльчивость и др.); трудности концентрации, напряженность.

Выявлено, что респонденты переживают травмирующие события с высокой частотой и интенсивностью, что находит отражение в их самочувствии и социальной активности. Мы обнаружили, что у респондентов с ПТСР второй группы переживания менее интенсивные в сравнении с респондентами первой группы.

Уровни стресса у респондентов двух групп сходные, средние или высокие в основном. Мы также выявили недостаточную (удовлетворительную или плохую) сопротивляемость стрессорам.

Многие респонденты в каждой группе продемонстрировали симптомы депрессии как на когнитивно-аффективном, так и на соматическом уровне. Это проявляется в сниженном настроении, подавленности, преобладании пессимистичных мыслей и установок, переживании собственной никчемности, высокой раздражительности, а также в нарушениях сна, аппетита, утрате либидо и прочих телесных проблемах.

Анализ диагностических данных свидетельствует о том, что все лица с ПТСР (в том числе после перенесенного заболевания коронавирусной инфекцией) достаточно склонны к переживанию чувства вины и стыда, которые возникает в результате негативной оценки собственного поведения в целом и в конкретных ситуациях. Такие люди не могут быть эмоционально вовлеченными в ситуацию, им безразлично то, что происходит. Утрачивается способность гордиться собой и своими результатами деятельности. Но если ПТСР связано с заболеванием коронавирусной инфекцией, чувство гордости за свое конкретное поведение сильно не страдает.

При ПТСР признаки, которые во многом свойственны для психопатологического депрессивного синдрома – в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к окружающим людям и к социуму в целом. Повышенная раздражительность говорит также о неустойчивом эмоциональном состоянии. Имеет место склонность к аффективному реагированию. Повышается выраженность агрессивности в отношении к миру и к людям, иногда неоправданно растет стремление к доминированию.

При ПТСР нет выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности. Выявлена недостаточная стрессоустойчивость, подверженность влиянию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций. Нет потребности в доверительно-откровенном взаимодействии с окружающими людьми. Отмечена неустойчивость эмоционального состояния.

ВЫВОДЫ

В ходе проведенного исследования удалось доказать выдвинутые гипотезы:

1. у индивидуума под воздействием посттравматического стрессового расстройства могут отмечаться эмоциональные состояния: тревожность, раздражительность, депрессивность;
2. у лиц, переживающих ПТСР в результате ЧС, травм, насилия, потери и т.п., и лиц, переживающих ПТСР в результате постковидного синдрома, могут наблюдаться сходные эмоционально-личностные проблемы;
3. коррекционная программа, направленная на оказание психологической помощи пациентам, перенесшим психотравматический стресс, должна приводить к снижению выраженности негативных эмоциональных состояний.

На основании проведенного исследования была составлена и реализована программа коррекции. Отмечено, что если в результате психотравмы у человека наблюдается депрессия, то обязательно прорабатывать с ним его эмоциональные проблемы. Травмированная личность часто не может найти выхода из сложившейся ситуации и полагает, что другие люди могут его осуждать за это. По этой причине активность снижается еще сильнее, и человек старается избегать любых контактов и деятельности. В данном состоянии важно, чтобы он увидел, что способен выполнять отдельные простые действия, есть ситуации, в которых он может быть успешен. Также важно рассмотреть ситуации, вызывающее переживание стыда и вины. Психолог показывает человеку его эмоции, помогает прояснить переживания, помогает осознать свои чувства. Идет работа над искоренением таких негативных переживаний, как вина, стыд, депрессия. Отрабатываются разные способы реагирования в стрессе.

На основании проведенного исследования можно заключить, что при работе с пациентами, находящимися в состоянии ПТСР, особое внимание следует отводить проработке эмоциональных переживаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе изучены особенности эмоциональной сферы личности после ПТСР. Доказано, что эмоциональные проявления сходны в разных ситуациях посттравматического стресса, в том числе, данное состояние может наблюдаться как проявление постковидного синдрома. Разработанная нами программа и реализованная коррекционная работа привела к существенному снижению негативных эмоциональных проявлений у пациентов, перенесших психотравматический стресс. Материалы работы в дальнейшем могут стать основой для работы в части выявления системы детерминант преодоления посттравматических стрессовых состояний и проведения их коррекции.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). М.: Академия; 2012. [Tarabrina NV. *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. М.: Akademiya; 2012. (In Russ.)].
2. Бостанова Л.Ш., Богатырева А.С. Акбаева Д.Д. Психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2019; 11(177): 494-499. [Bostanova LSh, Bogatyreva AS, Akbaeva DD. Features of prevention of posttraumatic stress disorder. *Scientific notes of p. F. Lesgaft university*. 2019; 11(177): 494-499. (In Russ.)].
3. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса. *Современная зарубежная психология*. 2020; 9(1): 50-61. [Ekimova VI, Luchnikova EP. Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress. *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2020; 9(1): 50-61. (In Russ.)]. doi: 10.17759/jmfp.2020090105
4. Неврюев А.Н., Сариева И.Р. Как узнать, кто и почему (не) одобряет войну? Современные исследования отношения к войне. *Современная зарубежная психология*. 2022; 11(1): 80-93. [Nevryuev AN, Sarieva IR. How do you know who (dis)approves of war and why? Modern studies of attitudes to war. *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2022; 11(1): 80-93. (In Russ.)]. doi: 10.17759/jmfp.2022110108
5. Рядинская Е.Н. Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке Украины. *Клиническая и специальная психология*. 2018; 7(3): 146-166. [Ryadinskaya EN. Manifestation of symptoms of post-traumatic stress disorder in men and women living in armed conflict conditions in the East of Ukraine. *Clinical Psychology and Special Education*. 2018; 7(3): 146-166. (In Russ.)]. doi: 10.17759/cpse.2018070309
6. Гудсон Д.Т., Хэффел Г.Д. Лечение посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий: руководство по использованию поведенческой терапии при тревоге и посттравматическом стрессовом расстройстве (БТАР). *Клиническая и специальная психология*. 2022; 11(2): 63-80. [Goodson JT, Haeffel GJ. Treating posttraumatic stress disorder in combat veterans: a guide to using behavior therapy for anxiety and PTSD (BTAP). *Clinical Psychology and Special Education*. 2022; 11(2): 63-80. (In Russ.)]. doi: 10.17759/cpse.2022110204
7. Дымова Е.Н. Ретроспективный анализ посттравматического стресса в годы Великой Отечественной войны. *Клиническая и специальная психология*. 2021; 10(3): 1-16. [Dymova EN. Retrospective analysis

of post-traumatic stress during the Great Patriotic War. *Clinical Psychology and Special Education*. 2021. 10(3): 1-16. (In Russ.). doi: 10.17759/cpse.2021100301

8. Захарова Н.М., Цветкова М.Г. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям. *Психология и право*. 2020; 10(4): 185-197. [Zakharova NM, Tsvetkova MG. Mental and behavioral disorders in the civilian population of regions affected by local warfare. *Psychology and Law*. 2020; 10(4): 185-197. (In Russ.). doi: 10.17759/psylaw.2020100413

9. Битюцкая Е.В. Смысл угрозы и угроза смыслу: моделирование восприятия ситуации пандемии COVID-19. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*. 2020; 4: 21-39. [Bityutskaya EV. Meaning of threat and threat to meaning: modeling the perception of the pandemic COVID-19 situation. *Bulletin of the Moscow Region State University. Series: Psychology*. 2020; 4: 21-39. (In Russ.). doi: 10.18384/2310-7235-2020-4-21-39

10. Луковцева З.В. Пандемия COVID-19 как социальный стрессор: факторы психолого-психиатрического риска (по материалам зарубежных исследований). *Социальная психология и общество*. 2020; 11(4): 13-25. [Lukovtseva ZV. The COVID-19 pandemic as a social stressor: psychological and psychiatric risk factors (based on foreign studies). *Social psychology and society*. 2020; 11(4): 13-25. (In Russ.). doi: 10.17759/sps.2020110402

11. Ермолова Т.В., Флорова Н.Б. Женщина и ее новорожденный в ситуации рисков заражения коронавирусом. *Современная зарубежная психология*. 2022; 11(1): 48-57. [Ermolova TV, Florova NB. A woman and her newborn in a situation at risk of contracting coronavirus. *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2022; 11(1): 48-57. (In Russ.). doi: 10.17759/jmfp.2022110105

12. Улюкин И.М., Сечин А.А., Рассохин В.В., Орлова Е.С., Шуклина А.А. Психологическое благополучие у людей молодого возраста, перенесших инфекцию COVID-19. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2021; 11(3): 222-237. [Ulyukin IM, Sechin AA, Rassokhin VV, Orlova ES, Shuklina AA. Psychological well-being in young people who have been infected with COVID-19. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2021; 11(3): 222-237. (In Russ.). doi: 10.21638/spbu16.2021.302

13. Мусхаджиева Т.А., Дубаева Е.Ч. Социально-психологический аспект реагирования человека в чрезвычайной ситуации COVID-19. *Гуманитарные науки*. 2020; 4(52): 145-149. [Muskhadzhieva TA, Dubaeva

va ECh. Social and psychological aspect of human response in a COVID-19 emergency. *The Humanities*. 2020; 4(52): 145-149. (In Russ.).

14. Кадыров Р.В., Венгер В.В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия. *Психолог*. 2021; 4: 45-60. [Kadyrov RV, Venger VV. Complex post-traumatic stress disorder: modern approaches towards definition of the concept, etiology, diagnostics, and psychotherapy. *Psychologist*. 2021; 4: 45-60. (In Russ.). doi: 10.25136/2409-8701.2021.4.35811

15. Кускова А.А., Луковцева З.В. Опыт изучения структуры и динамики симптомов ПТСР при утрате близкого человека. *Психология и право*. 2013; 4: 77-87. [Kuskova AA, Lukovtseva ZV. A study of the structure and dynamics of symptoms of PTSD after the loss of a loved one. *Psychology and Law*. 2013; 4: 77-87. (In Russ.).

16. Козырева Т.С. Психологическая идентичности личности сотрудников учреждений пенитенциарной системы под влиянием особых условий деятельности. *Сибирский педагогический журнал*. 2009; 2: 417-429. [Kozyreva TS. Dynamic of identity structure components of personality with posttraumatic stress characteristics (in terms of penitentiary system's employees). *Siberian pedagogical journal*. 2009. 2: 417-429. (In Russ.).

17. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021; 29(3): 69-87. [Padun MA. Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021; 29(3): 69-87. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2021290306

18. Падун М.А., Котельникова А.В. *Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика*. М.: Институт психологии РАН; 2012. [Padun MA, Kotelnikova AV. *Mental trauma and the worldview: theory, empiricism, practice*. M.: Institute of Psychology RAS; 2012. (In Russ.).

19. Живаева Ю.В., Стоянова Е.И. Особенности показателей социокультурной идентичности у людей с диагнозом посттравматическое стрессовое расстройство. *Теория и практика современной науки*. 2016; 8(14): 1-7. [Zhivaeva YuV, Stoyanova EI. Features indicators sociocultural identity in people diagnosed with PTSD. *Teoriya i praktika sovremennoi nauki*. 2016; 8(14): 1-7. (In Russ.).

Сведения об авторах

Усов Константин Ильич – кандидат биологических наук, доцент, доцент кафедры терапии Государственного университета просвещения; e-mail: konstausov@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9254-8847>

Даризапова Марина Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии Института педагогики и психологии Бурятского государственного университета имени Доржи Банзарова; e-mail: darizhapovam@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5279-383X>

Information about the authors

Konstantin I. Usov – Cand. Sc. (Biol.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Therapy at the State University of Education; e-mail: konstausov@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9254-8847>

Marina N. Darizhapova – Cand. Sc. (Psychol.), Associate Professor at the Department of General and Clinical Psychology, Institute of Pedagogy and Psychology, Dorzhi Banzarov Buryat State University; e-mail: darizhapovam@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5279-383X>