

УДК 616-001:355.01:159.96

*Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Роговая Ю.В.***СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ЛИЦ,  
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ  
СОБЫТИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: симптоматический психологический дистресс, экстремальные травматические события военного времени

Актуальность проблемы психологического дистресса в настоящее время обусловлена рядом как общечеловеческих, так и специфических только для нашего региона факторов. К первым можно отнести резкое увеличение во всем мире количества антропогенных катастроф и «горячих точек», политическую нестабильность в мире с мощным информационным натиском в СМИ и Internet. Ко вторым – недавнее коренное изменение уклада жизни в регионе, а соответственно, и всего комплекса социально-психологических условий существования людей в условиях боевых действий 2014-2015 г.г. и угрозы их возобновления. Политическое, экономическое, социальное неблагополучие, нестабильность, потеря стереотипных ценностей – все это вызывает массовое увеличение напряжения. Отсюда повышение уровня общей тревожности, возрастание переживаний одиночества, ощущения своей ненужности, страха за будущее и пр. Население региона оказалось в экстремальной ситуации, причем во время активных боевых действий она имела характер непосредственной угрозы для жизни, а в дальнейшем, по мере ослабления боевых действий, но в условиях экономической блокады и информационной войны, приобрела длительный характер. В экстремальных условиях жизнедеятельности потребовалась адаптационная перестройка функциональных систем человека, иногда субъективно крайне неприятная, а подчас и неблагоприятная для его здоровья. Наиболее характерным психическим состоянием, развившимся под влиянием экстремальных условий жизнедеятельности, являлся стресс [1 - 5].

Первоначально понятие стресса возникло в физиологии для обозначения неспецифической реакции организма («общего адаптационного синдрома») в ответ на любое неблагоприятное воздействие [6, 7]. Речь идет о совокупности стереотипных, филогенетически запрограммиро-

ванных реакций организма, вызываемых воздействием различных интенсивных стимулов окружающей среды или трудными жизненными ситуациями. По своей начальной сути возникающие реакции организма имеют адаптационный характер. И в этом качестве стресс — неотъемлемое проявление жизни. Позднее понятие стресса стало использоваться для описания состояний индивида в экстремальных условиях на физиологическом, биохимическом, психологическом, поведенческом уровнях.

Часто термином «стресс» подменяется понятие «дистресса», который характеризуется появлением признаков дезорганизации целенаправленного поведения, и за которым следует этап биологического и психологического истощения организма. Но уже в работах Г. Селье (1979) выделены стадии динамики развития стресса, на которых происходит развитие дистресса [6].

Г. Селье выделены два вида стресса — эустресс и дистресс. Дистресс всегда неприятен, он связан с вредоносным воздействием. Эустресс имеет положительный эффект, т. к. активизируются психические процессы, эмоции носят стенический характер. Понятие дистресс отражает такие психические состояния и процессы, при которых, по крайней мере, на какое-то время, соотношение между требуемыми усилиями и имеющимися ресурсами оказывается нарушенным, причем не в пользу ресурсов [6].

Дистресс (от англ. distress — «горе», «страдание», «сильное недомогание», «истощение») — неблагоприятный стресс, в результате которого истощаются защитные силы организма, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний, вплоть до смертельного исхода. Другими словами, дистресс — это состояние человека, потерявшего способность приспособливаться к миру, в котором он живет.

Острый дистресс — дезорганизация поведения человека при неожиданном, «катастрофичес-

ком» (обычно представляющем угрозу жизни или ее основным ценностям) события (например, при землетрясении, неожиданном нападении, утрате близких).

Хронический дистресс — длительное воздействие на человека неблагоприятных стресс-факторов (особенно психологических, социальных или экологических). Это, к примеру, может быть конфликтная, безвыходная ситуация, приносящая эмоционально негативные переживания [6, 8, 9].

Психологический стресс как особое психическое состояние является своеобразной формой отражения субъектом сложной, экстремальной ситуации, в которой он находится. Специфика психического отражения обуславливается процессами деятельности, особенности которых (их субъективная значимость, интенсивность, длительность протекания и т. д.) в значительной степени определяются выбранными или принятыми целями, достижение которых побуждается содержанием мотивов деятельности [10].

Р. Лазарус (1970) характеризует психологический стресс как обусловленное «угрозой» эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способность человека достаточно эффективно осуществлять свою деятельность [9]. В таком контексте между эмоцией (отрицательной по своей модальности) и эмоциональным стрессом нет существенного различия, так как в качестве определяющего фактора рассматривается влияние эмоционального напряжения на деятельность индивида.

Ю.В. Щербатых (2006) разделяет понятия «психологического» и «эмоционального» стресса, указывая, что эмоциональный стресс сопровождается выраженными эмоциональными реакциями, а в развитии психологического стресса преобладает когнитивная составляющая (анализ ситуации, оценка имеющихся ресурсов, построение прогноза дальнейших событий и т. д.) [11]. В то же время оба вида стресса имеют общую схему развития (тревога-адаптация-истощение), описанную еще Г. Селье.

По мнению автора теории информационного стресса В. А. Бодрова (2000), любой психологический стресс носит информационный характер, так как содержит информацию о каких-либо неблагоприятных событиях [12]. Он определяет психологический стресс «как функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психоген-

ной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий жизни и деятельности)» [13].

Большинство авторов склонно рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром [14]. Определение психологического стресса как состояния и как процесса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые прежде всего относятся к необходимости разработки дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по своей интенсивности, так и по феноменологии.

В настоящее время выделяется также социальный стресс [11, 12, 15, 16], связанный с переживанием критических жизненных ситуаций, многие из которых по-настоящему драматичны (потеря близких, социальные кризисы, отделение от семьи и друзей и др.), и является наиболее опасным, так как представляет угрозу физическому, психологическому и психическому здоровью. При исключительности стрессорного фактора (например, военные действия) используется понятие травматического стресса [17].

Понятие «стресс» в современной психологии и медицине, базирующееся на классических исследованиях Г. Селье, включает в себя представления о связи стресса с нагрузкой на сложные системы (биологические, психологические, социально-психологические) и с сопротивлением этой нагрузке. В соответствии с этими представлениями стресс рассматривается как психологический синдром, слагающийся из совокупности неспецифически вызванных изменений, как неспецифическая реакция организма на предъявляемые к нему требования [18].

Клиническими проявлениями, обусловленными психологическим стрессом, являются: острые стрессовые реакции, которые возникают после сильного травматического переживания исключительно угрожающего характера и завершаются в течение дней, а иногда и часов; посттравматические стрессовые расстройства, которые представляют собой затяжную, непосредственную или отставленную реакцию на подобного рода переживание; реакции адаптации, при которых прослеживается четкая связь (в том числе и временная) со стрессовым событием, влекущим за собой более или менее выраженное жизненное изменение; невротические состояния и личностные декомпенсации, при которых обычно обнаруживается зависимость от повторного или хронического воздействия стрессоров

(«жизненных событий»), трудно разрешимых эмоциональных проблем, интрапсихических конфликтов, длительного нарастания фрустрации и психического напряжения. Значение эмоционального стресса при этих состояниях очевидно, поскольку стресс не связан с одной конкретной и явной ситуацией, а реализуется в более широком жизненном контексте [17, 19].

Наибольшее количество эмпирических исследований направлены на исследование ПТСР у ветеранов боевых действий [20 - 25], после катастроф [26], у жертв сексуального насилия [26, 33, 34], у онкологических больных [27], при стрессе радиационной угрозы и его последствий, которые представлены, в основном, результатами изучения медико-психологических последствий участия в ликвидационных работах на Чернобыльской АЭС [28,29], у жертв радиационного облучения во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island» [30], в Гайане [31], у американских ветеранов второй мировой войны, которые были свидетелями испытаний ядерного оружия [32], при террористической угрозе и

ее последствиях [35 - 37]. Их анализ показал, что большая часть работ посвящены эпидемиологии, этиологии, динамике, диагностике и терапии ПТСР.

Таким образом, несмотря на большое количество исследований, посвященных стрессу, описание симптоматики сводится в основном к изучению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако представляется очевидным, что многие аспекты этой проблемы далеки от своего разрешения. Особенно актуальным это становится в ситуации затяжного военного-политического и экономического кризиса в Донбассе.

Целью настоящего исследования была оценка влияния отдельных внешних и внутренних факторов (пола, продолжительности пребывания в зоне военного конфликта, субъективной оценки состояния психического и физического здоровья) на формирование симптоматического психологического дистресса у лиц, подвергшихся воздействию экстремальных травматических событий военного времени.

### Материал и методы исследования

С целью исследования особенностей симптоматического психологического дистресса в условиях военного конфликта в Донбассе было обследовано 100 студентов медицинского вуза (средний возраст  $22,7 \pm 1,67$  года). Среди обследованного контингента преобладали женщины (78 чел. – 78,0%) в сравнении с мужчинами (22 чел. – 22,0%). При субъективной оценке физического здоровья 21 респондент (21,0%) отметил ухудшение соматического благополучия, у 79 чел. (79,0%) физическое здоровье не изменилось. Ухудшение психического здоровья отмечали у себя 59 респондентов (59,0%), 41 чел. (41,0%) считали себя психически здоровыми. Обследованные лица находились в зоне военного конфликта различные промежутки времени: 14 чел. (14,0%) находились в зоне конфликта в общей сложности до 6 мес.; 31 чел. (31,0%) выезжали из города, но общее время пребывания в зоне конфликта было более 6 мес.; наиболее многочисленная группа – 55 респондентов

(55,0%) не покидали зоны конфликта на всем его протяжении.

Исследование особенностей симптоматического психологического дистресса проводилось с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom checklist-90-revised) [38], адаптированного Н.В. Тарабриной (2001) [39]. Опросник оценивает состояние респондентов по шкалам соматизации (SOM), межличностной чувствительности (INT), обсессивно-компульсивных расстройств (O-C), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), шкалу паранойяльной симптоматики (PAR) и психотизма (PSY), а также содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (PSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI).

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

### Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлен анализ выраженности симптоматического психологического дистресса в зависимости от пола респондентов.

Выраженность симптомов дистресса и по отдельным шкалам, и по индексу GSI у мужчин

находились в пределах популяционной нормы. У женщин по ряду шкал показатели статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышали верхнюю границу популяционной нормы (соматизация  $0,75 \pm 0,07$  в сравнении с  $0,44 \pm 0,03$ , межличност-

ная тревожность  $0,99 \pm 0,09$  в сравнении с  $0,66 \pm 0,03$ , тревожность  $0,70 \pm 0,08$  в сравнении с  $0,47 \pm 0,03$ , фобии  $0,44 \pm 0,05$  в сравнении с  $0,18 \pm 0,02$ , индекс GSI  $0,71 \pm 0,06$  в сравнении с  $0,51 \pm 0,02$ ). При этом у женщин симптомы психологического дистресса были статистически

достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола, о чем свидетельствуют показатели индекса общей выраженности симптомов GSI ( $0,71 \pm 0,06$  у женщин и  $0,45 \pm 0,07$  у мужчин).

Таблица 1

**Гендерные различия выраженности симптомов психологического дистресса у обследованных лиц**

Шкалы SCL-90	Мужчины (n=22 чел.) $\bar{X} \pm m$	Женщины (n=78 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	$0,33 \pm 0,06$	$0,75 \pm 0,07$	0,003*
Обсессивность, компульсивность (O-C)	$0,56 \pm 0,09$	$0,83 \pm 0,07$	0,069
Межличностная сенситивность (INT)	$0,69 \pm 0,12$	$0,99 \pm 0,09$	0,120
Депрессивность (DEP)	$0,48 \pm 0,10$	$0,74 \pm 0,07$	0,067
Тревожность (ANX)	$0,45 \pm 0,09$	$0,70 \pm 0,08$	0,131
Враждебность (HOS)	$0,59 \pm 0,11$	$0,78 \pm 0,08$	0,307
Фобии (PHOB)	$0,22 \pm 0,06$	$0,44 \pm 0,05$	0,066
Паранойяльность (PAR)	$0,61 \pm 0,11$	$0,68 \pm 0,07$	0,978
Психотизм (PSY)	$0,35 \pm 0,08$	$0,38 \pm 0,05$	0,873
Дополнительные пункты	$0,38 \pm 0,09$	$0,56 \pm 0,06$	0,083
Индекс GSI	$0,45 \pm 0,07$	$0,71 \pm 0,06$	0,024*
Индекс PDSI	$1,43 \pm 0,06$	$1,49 \pm 0,05$	0,739

Примечание: \* - различия между группами статистически достоверны.

Наиболее значимые различия в выраженности симптоматики дистресса у женщин в сравнении с мужчинами касались уровня соматизации ( $0,75 \pm 0,07$  у женщин и  $0,33 \pm 0,06$  у мужчин, различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ ). У 65 женщин (83,3%) отмечались разнообразные жалобы, отражающие телесную дисфункцию и связанный с ними дистресс, что и обуславливало достаточно высокий показатель по шкале «соматизации». У 44,9% респондентов (35 чел.) отмечались разнообразные болевые ощущения (головные боли, боли в спине, общий мышечный дискомфорт). У 26 чел. (33,3%) отмечался дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта в виде снижения аппетита, тошноты, ощущения тяжести в подложечной области. Неприятные ощущения в области сердца в виде покалывания или сжатия, сердцебиение, тахикардия, лабильность артериального давления отмечались у 37 чел. (48,7%). Необходимо отметить, что выше перечисленные патологические ощущения не были выраженными и не нарушали работоспособность испытуемых. Никто из обследованных не наблюдался по поводу соматической патологии. В основном респонденты связывали ухудшение физического самочувствия с переживаемой стрессовой ситуацией, что позволяло думать о формировании феномена сомати-

зации в условиях хронического стресса. Индекс симптоматического дистресса PDSI у обследованных мужчин и женщин находился примерно на одном уровне ( $1,43 \pm 0,06$  и  $1,49 \pm 0,05$  соответственно, различия между группами статистически недостоверны,  $p > 0,05$ ), однако существенно превышал верхнюю границу популяционной нормы ( $1,17 \pm 0,05$ ) (различия достоверны,  $p < 0,05$ ). Данная ситуация у женщин подтверждает значительный уровень дистресса вследствие переживаемой симптоматики и отражает значительную роль травматического стресса в появлении, содержательной окраске и выраженности симптомов психического неблагополучия. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражает специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов.

В зависимости от субъективной оценки физического здоровья все обследованные были разделены на группы: I группа (21 чел.) отмечали ухудшение физического здоровья, II группа (79 чел.) не отмечали изменений в физическом самочувствии. Результаты обследования респондентов этих групп опросником SCL-90-R пред-

ставлены в таблице 2.

В I группе респондентов субъективное ухудшение физического здоровья сопровождалось, в сравнении с популяционной нормой, повышением показателей практически по всем шкалам опросника (соматизация, обсессивность-компульсив-

ность, межличностная сенситивность, депрессивность, тревожность, фобии, враждебность, паранойальность) и, соответственно повышением индекса выраженности симптоматики GSI ( $0,88 \pm 0,13$  в сравнении с  $0,51 \pm 0,02$  в норме), различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

**Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости от субъективной оценки физического здоровья**

Шкалы SCL-90	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	$0,92 \pm 0,16$	$0,59 \pm 0,06$	0,009*
Обсессивность, компульсивность (O-C)	$1,05 \pm 0,17$	$0,70 \pm 0,06$	0,049*
Межличностная сенситивность (INT)	$1,02 \pm 0,17$	$0,90 \pm 0,08$	0,709
Депрессивность (DEP)	$0,95 \pm 0,16$	$0,61 \pm 0,06$	0,043*
Тревожность (ANX)	$0,77 \pm 0,15$	$0,61 \pm 0,07$	0,331
Враждебность (HOS)	$0,99 \pm 0,18$	$0,67 \pm 0,07$	0,154
Фобии (PHOB)	$0,44 \pm 0,1$	$0,38 \pm 0,05$	0,532
Паранойальность (PAR)	$0,79 \pm 0,17$	$0,63 \pm 0,07$	0,593
Психотизм (PSY)	$0,46 \pm 0,09$	$0,35 \pm 0,05$	0,162
Дополнительные пункты	$0,69 \pm 0,13$	$0,48 \pm 0,05$	0,121
Индекс GSI	$0,88 \pm 0,13$	$0,60 \pm 0,05$	0,031*
Индекс PDSI	$1,73 \pm 0,11$	$1,41 \pm 0,04$	0,012*

Примечание: \* - различия между группами статистически достоверны.

В то же время, в сравнении с респондентами II группы, имели место статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокие показатели соматизации ( $0,92 \pm 0,16$  в сравнении с  $0,59 \pm 0,06$ ), обсессивности-компульсивности ( $1,05 \pm 0,17$  в сравнении с  $0,70 \pm 0,06$ ), депрессивности ( $0,95 \pm 0,16$  в сравнении с  $0,61 \pm 0,06$ ) и, соответственно, индекса общей выраженности симптомов GSI ( $0,88 \pm 0,13$  в сравнении с  $0,60 \pm 0,05$ ). Все обследованные данной группы предъявляли жалобы как общесоматического характера (общее недомогание, головные боли, утомляемость, мышечные боли), так и специфические (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные), не оформленные при этом в какую-либо патологию, не влекущие за собой необходимость обращения к врачам-интернистам и связанные со стрессовой ситуацией военного времени. Несмотря на это, плохое самочувствие способствовало снижению настроения и периодически сопровождалось навязчивыми размышлениями о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении. Данная динамика и звучание в переживаниях ситуации военного времени отражались на показателе индекса выраженности дистресса PDSI ( $1,73 \pm 0,11$ ), который статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал аналогичный показатель в группе II ( $1,41 \pm 0,04$ ).

Несмотря на отсутствие субъективных из-

менений в физическом самочувствии, у респондентов II группы имело место статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) превышение нормативных популяционных показателей по шкалам межличностной сенситивности и фобий ( $0,90 \pm 0,08$  и  $0,38 \pm 0,05$  в сравнении с  $0,66 \pm 0,03$  и  $0,18 \pm 0,02$  соответственно), что, вероятно, может быть связано с информационной составляющей хронического стресса военного времени и, безусловно, отразилось на показателях индекса выраженности дистресса (PDSI), который также статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал верхнюю границу нормы в популяции ( $1,41 \pm 0,04$  в сравнении с  $1,17 \pm 0,05$ ).

В зависимости от субъективной оценки психического здоровья все обследованные были разделены на две группы: I группа (59 чел.) отмечали ухудшение психического здоровья, II группа (41 чел.) не отмечали изменений в психическом здоровье и функционировании. Результаты обследования респондентов этих групп опросником SCL-90-R представлены в таблице 3.

Показатели шкал и индексов методики SCL-90-R в группе респондентов, не отмечавших изменений в состоянии своего психического здоровья, соответствовали нормативным популяционным показателям.

Субъективное ухудшение психического здоровья в I группе респондентов сопровождалось

статистически достоверным ( $p < 0,05$ ) увеличением значений показателей по всем шкалам опросника, за исключением враждебности и паранойяльности. То есть, на обилие соматизированных симптомов, сопровождавшихся подавленно-

стью, тревожностью, разнообразными страхами, обследованные отвечали повышением межличностной сенситивности или излишней ипохондрической фиксацией, но не враждебностью и подозрительностью.

Таблица 3

**Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости субъективной оценки психического здоровья**

Шкалы SCL-90	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	0,79±0,09	0,46±0,07	0,003*
Обсессивность, компульсивность (О-С)	0,88±0,08	0,62±0,09	0,008*
Межличностная сенситивность (INT)	1,07±0,11	0,72±0,09	0,007*
Депрессивность (DEP)	0,83±0,08	0,47±0,08	<0,001*
Тревожность (ANX)	0,76±0,08	0,47±0,1	0,002*
Враждебность (HOS)	0,83±0,09	0,60±0,08	0,133
Фобии (PHOB)	0,48±0,06	0,26±0,06	0,002*
Паранойяльность (PAR)	0,71±0,08	0,60±0,10	0,250
Психотизм (PSY)	0,46±0,06	0,26±0,06	0,006*
Дополнительные пункты	0,64±0,07	0,36±0,06	0,008*
Индекс GSI	0,77±0,07	0,49±0,07	0,002*
Индекс PDSI	1,55±0,06	1,39±0,06	0,060

Примечание: \* - различия между группами статистически достоверны.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий в значениях индекса симптоматического дистресса в данных группах обследованных, показатели индекса значительно превышали популяционную норму (1,55±0,06 и 1,39±0,06 в сравнении с 1,17±0,05) (различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ ). Это может быть связано с различными способами осознания стресса военного времени и совладания с ним: через симптомы и переживания к ухудшению состояния психического здоровья и через принятие факта и поиска способов адаптации к хронической стрессовой ситуации.

В зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта все обследованные были разделены на три группы: I группа (14 чел.) - с общей продолжительностью пребывания в зоне конфликта до 6 мес., II группа (31 чел.) – находившиеся в зоне конфликта в общей сложности более 6 мес., III группа (55 чел.) – не покидавшие зоны военного конфликта на всем его протяжении. Результаты исследования особенностей симптоматического психологического дистресса респондентов этих групп представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта**

Шкалы SCL-90-R	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	III группа $\bar{X} \pm m$
Соматизация (SOM)	0,83±0,19	0,58±0,09	0,66±0,09
Обсессивность, компульсивность (О-С)	1,01±0,18	0,75±0,09	0,72±0,08
Межличностная сенситивность (INT)	1,18±0,18	0,84±0,1	0,91±0,12
Депрессивность (DEP)	0,80±0,18	0,68±0,08	0,66±0,09
Тревожность (ANX)	0,81±0,17	0,64±0,11	0,60±0,09
Враждебность (HOS)	0,85±0,19	0,81±0,1	0,67±0,09
Фобии (PHOB)	0,66±0,17	0,43±0,09	0,30±0,05*
Паранойяльность (PAR)	0,68±0,13	0,69±0,1	0,64±0,1
Психотизм (PSY)	0,51±0,13	0,43±0,07	0,32±0,06
Дополнительные пункты	0,67±0,15	0,55±0,09	0,47±0,07
Индекс GSI	0,84±0,15	0,65±0,08	0,61±0,07
Индекс PDSI	1,52±0,11	1,48±0,06	1,47±0,06

Примечание: \* - значения, для которых выявлены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок)

У респондентов с продолжительностью пребывания в зоне военного конфликта менее 6 месяцев имело место статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) превышение показателей ряда шкал в сравнении с нормой в популяции. Так, в структуре симптоматического дистресса у них преобладали соматизация ( $0,83 \pm 0,19$  в сравнении с  $0,44 \pm 0,03$ ), обсессивность-компульсивность ( $1,01 \pm 0,18$  в сравнении с  $0,75 \pm 0,04$ ), тревожность ( $0,81 \pm 0,17$  в сравнении с  $0,47 \pm 0,03$ ), фобии ( $0,66 \pm 0,17$  в сравнении с  $0,18 \pm 0,02$ ). Стиль взаимодействия с окружающими характеризовался повышенной межличностной сенситивностью ( $1,18 \pm 0,18$  в сравнении с  $0,66 \pm 0,03$ ). У большинства респондентов данной группы прослеживался отчетливый страх смерти (показатель по шкале фобии статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у лиц III группы). Для обследованных лиц не были характерны агрессия, раздражительность, враждебность, паранойяльность. Психотизм, указывающий, наряду с психотической симптоматикой, на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, не был свойственен лицам данной группы. Глобальный показатель тяжести симптоматики (GSI), который является индикатором текущего состояния и глубины расстройства, заметно превысил популяционную норму ( $0,84 \pm 0,15$  в сравнении с  $0,51 \pm 0,02$ ). Помимо этого, отмечалась тенденция к превышению нормативного показателя наличия симптоматического дистресса (PSDI), который дает количественную оценку интенсивности дистресса и, кроме того, отражает степень достоверности полученных результатов, – наличие в данном случае тенденции к преувеличению имеющихся расстройств.

Показатели симптоматических шкал методики SCL-90-R у респондентов II и III групп или соответствовали нормативным популяционным показателям, или несколько их превышали (различия статистически недостоверны,  $p > 0,05$ ). Это свидетельствует об активном использовании личностных ресурсов для адаптации к ситуации в условиях военного времени респондентами, находившимися в зоне конфликта в течение 6 месяцев или не покидавшими города весь период военных действий. Однако статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышающий верхнюю границу популяционной нормы показатель индекса PDSI во всех трех группах обследованных лиц ( $1,52 \pm 0,11$  в I группе,  $1,48 \pm 0,06$  во II группе,  $1,47 \pm 0,06$  в III группе в сравнении с  $1,17 \pm 0,05$  в популяционной норме) свидетельствует о переживании всеми респондентами психологическо-

го дистресса. Однако с увеличением продолжительности пребывания в ситуации военного конфликта дистресс хронифицируется, переживается, но теряет симптоматическую окраску или же «замалчивается» при проведении исследования, что является, по-видимому, результатом и отражением особенностей совладания респондентами со стрессовой ситуацией военного времени.

Выводы.

1. Изучение симптоматического психологического дистресса в экстремальной ситуации военного конфликта в Донбассе является актуальным как в силу неоднозначности теоретических трактовок понятия «стресс», так и с позиций необходимости разработки адекватных реабилитационных технологий в отношении лиц, проживающих в зоне боевых действий и ставших жертвами военной, социально-экономической и информационной составляющих данного конфликта.

2. У женщин симптомы психологического дистресса были статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражает специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов.

3. Субъективное ухудшение состояния физического здоровья сопровождалось развитием симптомов дистресса, в первую очередь соматизации и сопряженных с ней депрессивности и навязчивых размышлений о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении.

4. Симптомы психологического дистресса военного времени отчетливо переживались респондентами как субъективное ухудшение психического здоровья. В то же время, вне зависимости от степени осознания проблем с психическим здоровьем, показатели индекса симптоматического дистресса статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышали популяционную норму, что может быть связано с различными способами совладания со стрессовой ситуацией в условиях военных действий.

5. Установлено, что вне зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта респонденты переживали психологический дистресс (индекс PDSI во всех трех группах обследованных превышал верхнюю границу популяционной нормы). Однако, если лица,

находившиеся в зоне конфликта менее 6 мес., обнаруживали целый ряд симптомов дистресса (соматизация, тревожность, депрессивность, фобии, межличностная чувствительность), то у респондентов, не покидавших зоны конф-

ликта в течение более 6 мес. или весь исследуемый период, дистресс утрачивал симптоматическую окраску, что связано, возможно, со способами преодоления стрессовой ситуации военного времени.

*Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Роговая Ю.В.*

## **СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

*Ключевые слова:* симптоматический психологический дистресс, экстремальные травматические события военного времени

В статье представлены результаты исследования симптоматического психологического дистресса у 100 респондентов, подвергшихся воздействию экстремальных травматических событий военного времени. У женщин симптомы психологического дистресса были статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражал специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов. Субъективное ухудшение состояния физического здоровья сопровождалось развитием симптомов дистресса, в первую очередь соматизации, депрессивности и навязчивых размышлений о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении. Симптомы психологического дистресса военного времени отчетливо переживались респондентами как субъективное ухудшение психического здоровья. В то же время, вне зависимости от степени осознания проблем с психическим здоровьем, показатели индекса симптоматического дистресса статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышали популяционную норму, что может быть связано с различными способами совладания со стрессовой ситуацией в условиях военных действий. Лица, находившиеся в зоне конфликта менее 6 мес., обнаруживали целый ряд симптомов дистресса (соматизация, тревожность, депрессивность, фобии, межличностная чувствительность), у респондентов, не покидавших зоны конфликта в течение более 6 мес. или весь исследуемый период, дистресс утрачивал симптоматическую окраску, что связано, возможно, со способами преодоления стрессовой ситуации военного времени. Полученные данные могут быть положены в основу адекватных реабилитационных технологий в отношении лиц, проживающих в зоне боевых действий и ставших жертвами военной, социально-экономической и информационной составляющих данного конфликта. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 12-20).

*Ryapolova T.L., Abramov A.V., Rogovaya Yu.V.*

## **SYMPTOMATIC PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN PERSONS EXPOSED TO THE IMPACT OF EXTREME TRAUMATIC WARTIME EVENTS**

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

*Key words:* symptomatic psychological distress, extreme traumatic wartime events

The article presents the results of a study of symptomatic psychological distress among 100 respondents exposed to extreme traumatic wartime events. In women, symptoms of psychological distress were statistically significant ( $p < 0,05$ ) more explicit in comparison with those in males. The absence of clinically significant distress symptoms, combined with an increase in the index of distress in men reflect a specific "style" of expression of distress in males with a tendency to downplay the presence and severity of symptoms. Subjective deterioration of physical health was accompanied by the development of distress symptoms, especially somatization, depression and obsessive thoughts about the state of health and the role of stress in its deterioration. Symptoms of psychological wartime distress were clearly experienced by respondents as a subjective deterioration of mental health. At the same time, regardless of the degree of awareness of mental health problems, indicators of index of symptomatic distress were statistically higher ( $p < 0,05$ ) than population norms, which may be associated with different ways of coping with a stressful situation in war. Those who were in the zone of conflict for at least 6 months were found a number of symptoms of distress (somatization, anxiety, depression, phobias, interpersonal sensitivity). For the respondents who have not left the conflict zone for more than 6 months or the entire study period distress lost its symptomatic color, which is due perhaps to the methods of overcoming the stress of war. The data obtained can be used as a basis of adequate rehabilitative technologies for persons living in a combat zone and who are victims of war, socio-economic and informational components of the conflict. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 12-20).

### *Литература*

1. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. - М.: Наука, 1983. - 370с.
2. Медведев В.И. Психологические реакции человека в экстремальных условиях / В.И. Медведев // Экологическая физиология человека. Адаптация человека к экстремальным условиям среды. - М.: Наука, 1979. - С. 625-672.
3. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов / А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова. - М.: Изд-во МГУ, 1993. - 286с.
4. Aldwin C.M. Stress, coping and development / C.M. Aldwin. - New York; London: The Guilford Press, 1994. - 449p.
5. Greenberg J.S. Compressive stress management. 4th ed. / J.S. Greenberg. - New York: Brown and Benchmark, 1993. - 394p.
6. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. - М.: Прогресс, 1979. - 123с.
7. Селье Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. - М.: Прогресс, 1992. - 212с.
8. Гринберг Д. Управление стрессом / Д. Гринберг. - СПб.: Питер, 2002. - 494с.
9. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р.С. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. - Л.: Медицина, 1970. - 230с.
10. Тимошенко Т.В. Проблема стресса (дистресса) и когнитивные теории / Т.В. Тимошенко // Инженерный вестник Дона, 2011 - Т. 18, № 4. - С. 25-28.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и его коррекция / Ю.В. Щербатых. - СПб.: Питер, 2006. - 256с.
12. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. - М.: ПЕР СЭ, 2000. - 352с.
13. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. - Москва: ПЕР СЭ, 2006. - 528с.
14. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории,

- диагностики, терапии / В.А. Абабков. - М. Пеппе. - СПб: Речь, 2004. - 83с.
15. Никифоров Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. - СПб., 2002. - 256с.
16. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р.С. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. - М.-Женева, 1989. - С. 121-126.
17. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход : автореф. дис. на соиск. ученой степ. доктора психол. наук : 19.00.04 «Мед. психология» / Тарабрина Н.В. - СПб., 2008. - 35с.
18. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. - Медгиз, М., 1960. - 254с.
19. Davidson J. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV / J. Davidson, E.B. Foa. // J. Abnormal Psychol. - 1991. - Vol. 100. - P.346-355.
20. Соколова Е.Д. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия / Е.Д. Соколова, Ф.Б. Березин, Т.В. Барлас // *MateriaMedica*. - 1996. - № 1(9). - С. 5-25.
21. Tennen H. Personality and daily experience: The promise and the challenge / H. Tennen, J. Swis, G. Affeck // *J. Pers.*, 1991. - Vol. 59. - P. 313 - 337.
22. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook / R.S. Lazarus // *Ann. Rev. Psychol.*, 1993. - Vol. 44. - P. 1-21.
23. Egendorf A.N. The postwar healing of Vietnam Veterans. Recent research / A.N. Egendorf // *Hospital and Community Psychiatry*. - 1982. - Vol. 33. - P. 901-908.
24. National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary Findings from the National Survey of the Vietnam Generation / R. Kulka, W. Schlenger, J.A. Fairbank [et al.]. - V. A. - Washington, D. C., 1988. - 710p.
25. Lee E. Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence / E. Lee, F. Lu // *Journal of Traumatic Stress*. - 1989. - Vol. 2. - P. 93-120.
26. Маклаков А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов // *Психологический журнал*. - 1998. - Т. 19, №2. - С. 15-26.
27. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев, А.М. Снедков, Е.В. Резник. - М.: Медицина, 2005. - 432с.
28. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / В.В. Знаков // *Вопросы психологии*. - 1990. - № 4. - С. 108-116.
29. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic co-morbidity in a disaster sample / B.L. Green, J.D. Lindy, M.C. Grace [et al.]. // *J. Nerv. Mental Disorder*. - 1992. - Vol. 180. - P. 760 - 766.
30. Kilpatrick D.G. Mental health correlates of criminal victimization/ D.G. Kilpatrick, C.L. Best, L.J. Veronen // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. - 1985. - Vol. 53. - P. 866-873.
31. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак [и др.]. - М.: Медицина, 1991. - 144с.
32. Краснов В.П. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные комментарии / В.П. Краснов // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2005. - № 2. - С. 5-11.
33. Dew M.S. Predictors of temporal patters of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island / M.S. Dew, E.J. Bromet // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 1993. - Vol. 28. - P. 49-55.
34. Collins D.L. Chronic Stress from the Goiania 137Cs radiation accident / D.L. Collins, A.B. de Carvalho // *Behavioral Medicine*. - 1993. - Vol. 18. - P. 149-157.
35. Horowitz M.J. Stress-response syndromes / M.J. Horowitz. - 2nd ed. - Northvalc, NJ: Aronson N.J., 1986. - 154p.
36. The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidally in Vietnam veterans / T.L. Kramer, J.D. Lindy, B.L. Green [et al.]. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. - 1994. - № 24. - P. 58-67.
37. McFarlane A.C. Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder / A.C. McFarlane, D.L. Weber, C.R. Clark // *Biological Psychiatry*. - 1993. - Vol. 34. - P. 311-320.
38. Тарабрина Н.В. Психологические последствия террористических актов / Н.В. Тарабрина // *Материалы 2-ой Международной конференции «Мировое сообщество против глобализации, преступности и терроризма»*. - М., 2004. - С. 212-215.
39. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Гене, Л.И. Коробкова [и др.]. // *Вестник РФФИ*. - 2005. - №6. - С. 10-20.
40. Ястребов В.С. Терроризм и психическое здоровье (масштаб проблемы, толерантность населения, организация помощи) / В.С. Ястребов // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2004. - № 6. - С. 4-8.
41. Derogatis L.R. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bulletin*. - 1973. - Vol. 9 (1). - P. 13-27.
42. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - 272с.

Поступила в редакцию 18.09.2016