

Шестопалова Л.Ф., д. психол. н., професор, завідуюча відділом медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»;

Кожевнікова В.А., к. психол. н., старший науковий співробітник відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ЖЕРТВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПОДІЙ ТА ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Висвітлено основні результати дослідження особливостей трансформації особистості у жертв екстремальних подій. Описано порушення емоційної, мотиваційної, комунікативної сфер та сфери механізмів психологічного захисту у даній категорії хворих. Показано, що глибина особистісних порушень пов'язана зі ступенем вираженості посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Визначено основні підходи та напрямки психологічної корекції даних порушень.

Ключові слова: екстремальні події, посттравматичний стресовий розлад, особливості особистості, ціннісно-сміслова сфера, психологічна корекція.

Изложены основные результаты исследования особенностей трансформации личности у жертв экстремальных событий. Описаны нарушения эмоциональной, мотивационной, коммуникативной сфер и сферы механизмов психологической защиты у данной категории пациентов. Показано, что глубина личностных нарушений связана со степенью выраженности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Определены основные подходы и направления психологической коррекции данных нарушений.

Ключевые слова: экстремальные события, посттравматическое стрессовое расстройство, особенности личности, ценностно-смысловая сфера, психокоррекция.

Постановка проблеми. Наслідки дії психотравмуючих факторів різних екстремальних подій, таких як природні або техногенні катастрофи, локальні військові конфлікти, терористичні акти, інші злочини проти особистості можуть проявлятися як широким спектром можливих психічних порушень, в тому числі посттравматичних стресових розладів (ПТСР), так і особистісними трансформаціями, які, з одного боку, можуть поглиблювати наявні психічні розлади та сприяти їх хронізації, а з іншого – є самостійною проблемою, проявляючись на доклінічному рівні, що також призводить до формування психологічної дезадаптації та зниження якості життя у жертв екстремальних подій [1; 2].

Слід зазначити, що дані, висвітлені в науковій літературі, в основному відображають або клінічну феноменологію межових психічних розладів (переважно, ПТСР), або результати вивчення окремих особистісних характеристик у цих категорій людей. Питання, що стосуються особливостей трансформацій особистості постраждалих внаслідок впливу психотравмуючих ситуацій, розроблено недостатньо і мають фрагментарний характер [3-6].

Дослідження таких психологічних утворень, як механізми психологічного захисту і копінг-стратегії, ціннісно-сміслова, мотиваційна сфери особистості тощо, а також їх ролі і місця в процесах соціально-психологічної адап-

тації, зокрема, у жертв екстремальних подій, дозволить більш ефективно розробляти диференційовані підходи до психокорекційно-психотерапевтичних заходів щодо постраждалих [7-13]. В зв'язку з цим нами було здійснено комплексне психодіагностичне дослідження, спрямоване на вивчення трансформацій основних характеристик особистості постраждалих залежно від специфіки пережитих ними психотравмуючих ситуацій, від наявності і ступеня вираженості психічних порушень.

Мета. Дослідити особливості трансформацій особистості у жертв екстремальних подій та визначити основні підходи до їх психологічної корекції.

На базі ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України» було обстежено 49 осіб, з них 21 чоловік і 28 жінок у віці від 18 до 46 років, які пережили різні екстремальні події (колишні учасники бойових дій, жертви фізичного та сексуального насильства, жертви торгівлі людьми).

Клініко-психодіагностичне дослідження було направлене на вивчення: 1) наявності і ступеня вираженості ознак ПТСР; 2) основних емоційно-особистісних характеристик; 3) особливостей ціннісно-сислової сфери; 4) специфіки механізмів психологічного захисту і копінг-стратегій; 6) особливостей комунікативної сфери і соціального функціонування.

В процесі дослідження використовувались наступні методи: бесіда, спостереження, психодіагностичний метод, математико-статистичний метод. Психодіагностичний метод включав використання Місісіпської шкали (цивільний варіант), стандартизованого методу дослідження особистості в модифікації Л.М. Собчик (в англійській аббревіатурі – ММРІ), методик «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах», «Індекс життєвого стилю», рисованого аперцептивного тесту (РАТ).

Виклад основного матеріалу. Залежно від наявності і ступеня вираженості симптоматики ПТСР пацієнти, що постраждали в результаті різних життєво небезпечних ситуацій, розподілилися таким чином:

- групу з клінічним варіантом ПТСР склали 27 осіб (55,1 %), з них 11 чоловіків і 16 жінок (середній показник Місісіпської шкали дорівнював $115,45 \pm 9,83$ балам);

- група з окремими симптомами ПТСР включала 22 особи (44,9 %), з них 10 чоловіків і 12 жінок (середній показник Місісіпської шкали складав $80,73 \pm 5,39$ балів).

При вивченні емоційно-особистісних особливостей осіб, що пережили різні екстремальні події, за допомогою СМІЛ було отримано високі значення профілю в групі хворих на ПТСР за шкалами іпохондрії, шизофренії, психастенії і психопатії, що свідчить про виражену фіксованість на соматичних відчуттях, своєрідність поведінкових реакцій, порушення емоційної сфери у вигляді тривожних і фобічних переживань. Помірне підвищення профілю у цих пацієнтів спостерігалось за шкалами істерії, гіпоманії, депресії і параної, що свідчить про риси демонстративності і емоційної нестійкості в поєднанні зі зниженням фону настрою, схильністю до формування ригідних стереотипів поведінки. Для обстежуваних з окремими симптомами ПТСР високі значення профілю СМІЛ було отримано тільки за шкалою іпохондрії. Помірне підвищення профілю СМІЛ в цій групі пацієнтів відзначалось за шкалою психас-

тенії, психопатії, депресії, істерії, шизофренії. Це відображає як виражену фіксованість на соматичних відчуттях, так і емоційну нестійкість в поєднанні з наявністю тривожних, фобічних і депресивних переживань, своєрідність поведінкових реакцій. Отже, типовими емоційно-особистісними особливостями постраждалих є виражена фіксованість на соматичних відчуттях, своєрідність сприйняття оточуючого, емоційні порушення у вигляді тривожних, фобічних і депресивних переживань, імпульсивність, тенденція уникати міжособистісних контактів, зниження адаптивного потенціалу особистості.

У всіх постраждалих в структурі ціннісно-сміслової сфери домінували цінності, що характеризують здоров'я та інтимно-особистісні стосунки («щасливе сімейне життя», «любов», «наявність друзів»). При цьому цінність «здоров'я» за показником доступності займала останнє місце, що відображає переконаність цих людей в своїй фізичній неспроможності. Існують загальні мотиваційні тенденції, що полягають в дисоціації між значущістю і доступністю в реальному житті найбільш значущих цінностей. Це проявляється у впливі функціонуючого в мотиваційній сфері значущого, але малодоступного дезадаптуючого чинника здоров'я, а також в суб'єктивній значущості сфери інтимно-особистісних стосунків і виражених негативних очікуваннях щодо сімейного життя. Структура ціннісно-сміслової сфери жертв екстремальних подій практично близька до загальнонормативної – найбільш значущими є інтимно-особистісні стосунки та здоров'я. Однак у всіх постраждалих має місце дисоціація між смислоутворюючими мотивами і механізмами, що відповідають за їх реалізацію. Існують певні особливості трансформації та дисоціації ціннісно-сміслової сфери постраждалих, які відображають характер пережитих психотравмуючих ситуацій, особливості суб'єктивного сприйняття життя «після психотравми» і специфіку постстресової адаптації особистості.

Типовим механізмом психологічного захисту (МПЗ) для хворих на ПТСР був механізм проєкції, який полягає в неусвідомленому перенесенні своїх негативних думок і відчуттів на інших людей. Також достатньо часто ці обстежувані використовували механізм регресії, що психологічно проявляється в суб'єктивному спрощенні психотравмуючої ситуації і, отже, в реалізації більш примітивних стереотипів поведінки. Найбільш рідко у пацієнтів з ПТСР зустрічалися механізми компенсації і витіснення. Це означає практичну відсутність саме таких механізмів психологічного захисту, за допомогою яких шляхом фантазування психотравмуючі для особистості думки та відчуття змінюються на більш прийнятні. Для осіб з окремими симптомами ПТСР провідним захисним механізмом також була проєкція. Проте ці обстежувані реалізували його достовірно рідше, ніж пацієнти групи з клінічним варіантом ПТСР. Також досить часто хворі з окремими симптомами ПТСР підсвідомо використовували механізм заперечення. Дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які очевидні для оточуючих, але є травмуючими для самої особистості. За даними нашого дослідження, всі особи, що пережили різні екстремальні події, характеризуються не стільки відсутністю в арсеналі «зрілих захисних механізмів», скільки значно більш частим використанням МПЗ іншого полюсу. Загалом, механізми психологічного захисту у осіб, які пережили різні екстремальні події, суттєво відрізня-

ються від типових захисних механізмів у здорових людей. У пацієнтів з симптоматикою ПТСР переважали механізми проєкції, регресії та заперечення. Неадекватні МПЗ можуть спричинити формування станів психологічної дезадаптації осіб, які зазнали впливу екстремальних факторів, а також призводити до поглиблення й хронізації наявних психічних розладів.

У більшості осіб, які пережили різні життєво небезпечні ситуації, мають місце ті або інші форми порушень соціального функціонування й поведінки, переважно, в сфері міжособистісних стосунків. Пацієнти з ПТСР достовірно частіше осіб з окремими ознаками ПТСР в спілкуванні демонструють відверті агресивні реакції та використовують деструктивні способи вирішення конфліктних ситуацій. Існуючі афективні розлади поглиблюють порушення комунікативної сфери, що призводить до загального погіршення мікросоціального функціонування і зниження якості життя. Такий комплексний підхід до дослідження порушень особистості внаслідок переживання екстремальних подій сприяє пошуку та визначенню змістовних мішеней для психотерапевтичного та психокорекційного впливу.

Згідно з принципами обов'язковості, максимально раннього початку, комплексності та тривалості психотерапевтично-психокорекційні заходи повинні здійснюватись вже на етапі первинного моніторингу за постраждалими внаслідок екстремальних подій. На цьому етапі здійснюється весь комплекс лікувальних заходів, який передбачає застосування як психофармакологічних препаратів, так і психотерапевтичних та психокорекційних технологій і немедикаментозного відновного лікування. Надалі, в залежності від етапу розвитку розладів, пов'язаних з важким стресом, було розроблено систему надання психокорекційно-психотерапевтичної допомоги, що включала застосування не тільки вже класичних технік та методик когнітивно-поведінкового і психодинамічного напрямків психотерапії (методика розкриваючих інтервенцій і систематичної десенситизації, тренінг подолання тривоги і стійкості до стресу, техніки імпульсивної терапії і поведінковий тренінг), але й нового психокорекційно-психотерапевтичного комплексу (ППК). Розроблений ППК включає методики когнітивно-поведінкової терапії (когнітивну терапію Бека та техніки, моделюючі поведінку), а також методику прогресивної м'язової релаксації [14].

На подальших етапах продовжує здійснюватись моніторинг всіх категорій постраждалих в результаті надзвичайних подій. Тривалість цих етапів залежить від характеру розвинутої психопатології, тобто може складати від декількох тижнів до декількох років (при ПТСР). Для осіб з психічними порушеннями можливо продовження курсу медикаментозної терапії, однак основний акцент робиться на методи і техніки психотерапевтичного втручання й психологічної корекції. Реабілітаційні заходи переважно проводяться у формі групової роботи з обов'язковою умовою індивідуального підходу до кожного пацієнта. Даний принцип визначає першорядну важливість групової роботи в реабілітації, використання компонентів, принципів і ефектів терапії середовищем, створення терапевтичної субкультури.

Програма індивідуальної психотерапії та психокорекції передбачає наступні пріоритетні завдання та види реабілітаційного втручання:

- для виявлення „дефектів” соціальної адаптації, визнання и прийняття факту хвороби, корекції неадекватних реакцій на неї, формування мотивації до фармакотерапії і групової психотерапії та психокорекції, формування адекватних планів на майбутнє – призначається проблемно-орієнтована психотерапія;

- для ідентифікації проблем та усвідомлення неадекватних когніцій, дистанціювання від них та формування більш гнучких правил поведінки – застосовується когнітивна терапія.

Пріоритетними завданнями та видами реабілітаційного втручання програми групової психотерапії та психокорекції є наступні:

- для оптимізації поведінки, подолання відчуття невпевненості у собі і страху спілкування – застосовується поведінковий тренінг;

- для подолання страху перед виявленням своїх емоцій та фізичним контактом з оточуючими, підвищення комунікативних здібностей – доцільним є застосування тілесно-орієнтованої психотерапії;

- для виявлення і корекції дезадаптивних особистісних установок, формування здібності самостійно визначати життєві пріоритети – використовується когнітивна психотерапія;

- для покращення когнітивної диференційованості, соціальної перцепції, комунікативної проблемно-вирішальної поведінки – застосовується підтримуюча психотерапія;

- для нормалізації реакції родини на психічний розлад постраждалого, посилення сімейного опору хворобі, зниження сімейного навантаження – адекватним є використання сімейної психотерапії.

Висновки. Таким чином, існують загальні закономірності формування змін особистості й поведінки, що складають постстресовий патопсихологічний симптомокомплекс, незалежно від характеру пережитих екстремальних подій, а саме – переважання і поступове посилення рис підозрливості; своєрідність і ригідність поведінкових та емоційних реакцій; збідніння мотиваційної сфери і песимістична оцінка власного майбутнього. В сфері міжособистісних стосунків у них спостерігається тенденція до обмеження соціальних контактів і формування унікаючої поведінки. Ступінь виявлених особистісних трансформацій значною мірою пов'язаний з виразністю симптоматики ПТСР [15]. В рамках лікувально-реабілітаційного процесу необхідне здійснення моніторингу за постраждалими внаслідок екстремальних подій з вирішенням актуальних для кожного етапу завдань – від призначення психофармакологічних препаратів і немедикаментозного відновного лікування до застосування психотерапевтичних і психокорекційних технологій і технік.

Проведення даних заходів спрямоване на попередження формування та хронізації таких психічних захворювань, як ПТСР, розлади адаптації тощо, а також превенцію психологічних наслідків впливу психотравмуючих подій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин П.В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2000. – Т.6, №3. – С. 31–34.

2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : [учебное пособие] / Александровский Ю. А. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
3. Логановский К. Н. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы / К. Н. Логановский // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 1. – С. 5–17.
4. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны / Н. В. Тарабрина // Психол. обозрение. – 1996. – № 1(2). – С. 26–29.
5. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс : особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 5. – С. 62–75.
6. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т.3, № 2. – С. 183–184.
7. Вассерман Л. И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л. И. Вассерман, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, № 1. – С. 73–74.
8. Сотникова Ю. А. Специфика защитных механизмов у лиц, совершающих суицидальные попытки / Ю. А. Сотникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т.14, № 3. – С. 11–18.
9. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : методические рекомендации / под ред. Л. И. Вассермана. – СПб. – 1999. – 50 с.
10. Иванов В. Б. Использование модифицированного варианта теста на психологические защиты Р. Плутчика у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, осложненными сексуальной дисфункцией / В. Б. Иванов, И. Б. Полонская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.10, № 3. – С. 75–77.
11. Падун М. А. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса / М. А. Падун, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2004. – Т.25, № 5. – С. 5–15.
12. Васильева О. С. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека / О. С. Васильева, Е. А. Демченко // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 74–85.
13. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов / Е. Б. Фанталова // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13, №1. – С. 107–117.
14. Шестопалова Л. Ф. Эффективность комплекса психотерапевтических методик когнитивной терапии, прогрессивной мышечной релаксации и телесно-ориентированной терапии у лиц, переживших экстремальные события / Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевникова // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія». – 2005. – №653. – С. 215–219.
15. Шестопалова Л. Ф. Особенности изменений личности и социального функционирования у жертв экстремальных ситуаций / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова // Міжнародний медичний журнал. – 2010. – Т.16, № 1(61). – С. 6–10.