

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: АПРОБАЦИЯ ЭССЕНСКОГО ОПРОСНИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

А.Б. ХОЛМОГорова, В.А. ГОРЧАКОВА

Впервые на российской выборке осуществлена апробация оригинального Эссенского опросника травматических событий [Tagay, Erim, Stoelk, Mollering, Mewes, Senf, 2007]. В обследованной выборке из 64 человек наиболее тяжелыми оказались следующие травматические события: развод, расставание или ссора со значимым человеком, партнером (30 %), смерть близкого человека (15,6 %), тяжелое заболевание (12,5 %). У 3,1 % испытуемых наблюдалась отсроченная реакция в виде симптомов острого стрессового расстройства и у 12,5 % — в виде симптомов посттравматического стрессового расстройства. Полученные данные свидетельствуют о связи давности пережитого травматического события и выраженности психопатологической симптоматики.

Ключевые слова: травма, травматическое событие, Эссенский опросник травматических событий, посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство.

В современном мире вероятность попадания любого человека в травмирующую ситуацию непрерывно растет. Этот факт ставит перед специалистами разного профиля задачи разработки адекватных методов диагностики и лечения возникающих негативных последствий для здоровья.

В США с 1985 года существует международное общество, исследующее последствия травматического стресса (The International Society for Traumatic Stress Studies), издаются специализированные научные издания: «Травматический стресс» (Journal of Traumatic Stress), «Психологиче-

ская травма: теория, исследования, практика, стратегии» (Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy), публикующие данные специалистов разных направлений: психиатров, психологов, социальных работников, журналистов и т. п. В России за последние десятилетия также возросло количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу [Абабков, Перре, 2004; Калмыкова и соавт., 2002; Китаев-Смык, 2009; Падун, Тарабрина, 2003, 2004; Падун, 2009; Падун, Котельникова, 2012; Тарабрина и соавт., 2006; Тарабрина, Ворона, Быховец, 2007; Тарабрина и соавт., 2008; Тарабрина, 2009; Тарабрина, 2012; Холмогорова, Гаранян, 2006].

М. Перре, А.П. Лайрейтер и У. Бауманн определяют «травматический стресс» как специфический класс критических событий, которым присущи следующие характеристики: они нежелательны, обладают крайне негативным воздействием по причине серьезной угрозы собственной жизни и высокой интенсивностью; их тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; как правило, они превышают возможности совладания и чаще всего непредсказуемы. Энергия для новой адаптации требуется огромная, так как обычно эти события затрагивают не только самого индивида, но и близких ему людей, иногда — еще и материальное имущество, а при случае — социальное и личное существование в целом (например, ураган, пережитое насилие)» [Перре, Лайрейтер, Бауманн, 2007, с. 365].

В отечественной науке пионерские исследования травматического стресса были начаты и проводятся до сих пор под руководством Н.В. Тарабриной. В одной из своих работ она отмечает, что стресс становится психической травмой, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения [Тарабрина, 2007; 2009].

Факт переживания «травматического стресса» для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматических стрессовых состояний. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способная вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Диагностическим признаком ПТСР считается возникновение определенных симптомов вслед за тем, как человек подвергнулся действию

острого травматического стресса: лично или стал свидетелем травматизации другого человека. Они перечислены ниже.

Травматическое событие должно постоянно переживаться повторно в одной из следующих форм.

1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии: в виде вызывающих дискомфорт вторгающихся или периодически возникающих воспоминаний, образов, мыслей о событии, ночных кошмарах, в ощущении, что событие возвращается как будто наяву (флэшбэк эффект), в интенсивной физиологической реакции на сигналы, напоминающие человеку о событии.

2) Избегание или эмоциональное оцепенение: проявляется в избегании видов деятельности, мест, людей, связанных с травматическим событием, ощущении отделенности или эмоционального отчуждения от других людей, в неспособности вспомнить важные аспекты травматического события, чувство отсутствия перспективы в будущем.

3) Постоянная повышенная возбудимость, проявляющаяся в двух или более симптомах: нарушения сна, раздражительность или вспышки гнева, трудности сосредоточения, чрезмерная настороженность, повышенная реакция вздрагивания.

4) Диссоциации, деперсонализация, дереализация: проявляется в нарушении восприятия чувства времени, реальности событий, изменении образа тела, смысла или значимости ситуаций прошлого или настоящего.

Согласно американской классификации психических расстройств DSM-IV, если продолжительность симптомов длится до четырех недель, ставится диагноз «острое стрессовое расстройство», которое рассматривается в качестве предшественника ПТСР. При продолжительности симптомов более четырех недель ставится диагноз «острое ПТСР», если продолжительность симптомов превышает три месяца, расстройством считается хроническим. Если симптомы проявляются через месяцы или годы после пережитой травмы, ставится диагноз «ПТСР с отсроченным началом» [приводится по: Вельтищев, 2010; Лихи, Сэмпл, 2002; Фоа, Кин, Фридман, 2005].

Распространённость ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы [Тарабрина, 2007].

ПТСР тесно связано с другими психическими расстройствами. Проведенные исследования показали, что примерно 40% всех пациентов с признаками ПТСР в течение первого месяца после психической травмы, не имея выраженных симптомов диссоциации, обнаруживали стойкие

тревожные и депрессивные проявления, ведущие к социальной дезадаптации. «Наиболее частыми коморбидными диагнозами являются генерализованное тревожное расстройство (53 %), социальная фобия (50 %), депрессивное расстройство (37 %), алкоголизм (31 %)» [Вельгишев, 2010, с. 49]. Кроме того, у пациентов с ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств. В связи с этим специалистам, работающим с последствиями травматических событий, важно использовать надежный диагностический инструментарий.

Описание Эссенского опросника травматических событий

Коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии при Московском НИИ психиатрии были осуществлены перевод и апробация Эссенского опросника травматических событий — Essen Trauma Inventory, разработанного немецкими коллегами [Tagay, Erim, Stoelk, Mollering, Mewes, Senf, 2007]. В процессе его разработки и апробации были опрошены 952 испытуемых как из клинической, так и неклинической популяции [Tagay at al., 2008].

Эссенский опросник травматических событий рассчитан на взрослую аудиторию от 18 лет и до позднего возраста. Опросник зарекомендовал себя как надежный инструмент для выявления симптомов ПТСР и ОСР в работе с немецкой выборкой, турецкими и курдскими эмигрантами, длительное время проживающими на территории Германии [Erim at al., 2011; Tagay at al., 2008]. К настоящему времени опросник переведен на 11 языков. Время его заполнения составляет от 10 до 15 минут.

Структурно опросник травматических событий делится на 5 частей и включает 58 вопросов. Первая его часть состоит из 14 возможных травматических событий, где опрашиваемый участник ставит отметку, пережил ли он определённое потенциально травматическое событие «лично» или же в качестве «наблюдателя». В следующем 15-м пункте участникам опроса предоставляется также возможность указать «другое травмирующее событие», если оно не было перечислено в основном списке травматических событий (вопросы 1—14).

Во второй части следует хронология «наиболее тяжелого события». Участникам опроса предлагается выбрать одно самое тяжелое событие из первой части опросника (пункты 1—15) или же вписать другое событие, если оно не было указано ранее. Далее представлена характеристика самого тяжелого события. Критерии, относящиеся к его описанию, взяты из DSM-IV и позволяют определить наличие угрозы физической целостности и субъективную оценку страха, ужаса или беспомощности во время травматического события.

23 пункта третьей части опросника позволяют выявить актуальную посттравматическую симптоматику по четырем кластерам симптомов: повторяющиеся навязчивые воспоминания (5 пунктов), избегание или эмоциональное оцепенение (7 пунктов), повышенная возбудимость (7 пунктов), диссоциации (6 пунктов). Частотность проявления измеряется по четырёхступенчатой шкале Ликерта со значениями: 0 = «совсем нет», 1 = «редко», 2 = «часто» и 3 = «очень часто». Описание перечисленных критериев взято из DSM-IV и позволяет в комбинации с установленными цифровыми значениями провести скрининг в отношении имеющихся симптомов ПТСР или ОСР.

Четвертая часть опросника направлена на выявление соматических жалоб, которые впервые появились после самого тяжелого события. Оценивание тяжести перечисленных соматических жалоб происходит по шестиступенчатой шкале Ликерта (1 = нет, 6 = невероятно сильно). Также 2 вопроса в этой части позволяют выяснить хронологию появления симптомов ПТСР и ОСР (во время первых 6 месяцев или после них) и продолжительность проявления перечисленных симптомов (меньше 1 месяца, меньше 3 месяцев, больше 6 месяцев).

Заключительная, пятая часть опросника состоит из 6 пунктов и направлена на изучение влияния травматического события на различные сферы жизни пережившего это событие человека.

Приведем результаты исследований, полученные разработчиками Эссенского опросника травматических событий С. Тагай с колл. [Tagay at al., 2008]. Исследователи выявили наличие корреляции между смертью значимо близкого родственника и распространенностью симптомов ПТСР, опросив 317 человек ($M = 37,4$; $SD = 12,6$). В исследуемой выборке 25,5 % отметили потерю значимо близкого родственника как самое тяжелое травматическое событие, из них у 15,1 % были выявлены симптомы ПТСР. Не было найдено различий в распространенности симптомов ПТСР у мужчин и женщин. При этом мужчины чаще отмечали «потерю значимо близкого родственника» как самое тяжелое событие в их жизни, нежели женщины.

У. Эрим с колл. [Erim at al., 2011] провели исследование среди турецких и курдских эмигрантов, проживающих в Германии в течение 25,3 лет в среднем ($SD = 8,9$). Всего в исследовании приняли участие 195 человек, записавшихся на прием в учреждения первичной медицинской помощи к врачам общей практики ($M = 40,5$; $SD = 13,3$), 63,6 % — женщины. В опрашиваемой выборке 53,5 % отметили, что пережили, по крайней мере, одно травматическое событие, из них у 19,6 % были выявлены симптомы ПТСР. В целом по результатам иссле-

дования было сделаны следующие выводы. Пациенты с ПТСР чаще обращались к врачам общей практики ($p \leq 0,03$), психотерапевтам ($p \leq 0,01$), а также чаще принимали психотропные средства ($p \leq 0,01$) по сравнению с нетравмированными пациентами. В дополнение у пациентов, переживших одно или несколько травматических событий, выше уровень депрессии ($p \leq 0,03$) и тревоги ($p \leq 0,03$).

Результаты апробации Эссенского опросника травматических событий в российской выборке

В российской выборке опросник апробировался впервые. В процессе исследования были обследованы две группы взрослых испытуемых: 1) «учебная, условно здоровая» группа — 33 человека; 2) «клиническая» группа — 31 человек. Общая выборка — 64 человека.

«Учебную группу» испытуемых составили слушатели, которые целенаправленно записались на обучающий семинар по теме «Преодоление последствий детской травмы, жестокого обращения и депривации». Автор и ведущая семинара Мерилин Мюррей являлась приглашенным преподавателем Института психотерапии и клинической психологии, профессором Оттавского университета (США). На русском языке опубликована автобиографическая книга М. Мюррей «Узник иной войны» [Мюррей, 2004].

Семинар, на котором проводилось обследование участников, проходил в специально арендованном помещении и был рассчитан на широкую аудиторию слушателей. По мотивации участия в семинаре можно выделить группы: 1) участники, осознающие, что в их жизни были травматические события, им нужна помощь / дополнительная информация, как можно справиться с последствиями таких событий; 2) участники, пришедшие по рекомендации друзей, родственников, знакомых, которым «стало лучше», «помогло», «понравилась ведущая семинара».

Эта группа была выбрана для обследования, так как изначально предполагалось, что участники, вошедшие в данную выборку, сталкивались с травматическими событиями, однако нет точной информации, обращались ли члены «учебной» группы к другим специалистам-психологам до посещения «учебного» семинара.

«Клиническую» группу составили 19 пациентов с расстройствами аффективного спектра, проходившие амбулаторное лечение в лаборатории клинической психологии и психотерапии при Московском НИИ психиатрии, и 12 пациентов с расстройством аффективного спектра, находившиеся на стационарном лечении в 13-м отделении психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина. Все 12 пациентов больни-

цы № 4 оказались на стационарном лечении после совершения суицидальных попыток: отравления таблетками, нанесения порезов на теле.

По социодемографическим параметрам участники исследования обеих групп не имели значимых статистических различий. В «учебной» группе 17 человек составили возрастную группу от 25 до 40 лет и 16 человек относятся к возрастной группе от 41 до 60 лет ($M = 40,1$; $SD = 11,6$). По гендерной принадлежности: 85 % — женщины и 15 % мужчины. В «клинической» группе 25 человек составили возрастную группу от 18 до 40 лет и 6 человек относятся к возрастной группе от 41 до 60 лет ($M = 37,5$; $SD = 8,8$). По гендерной принадлежности: 74 % (23 пациентки) женщины и 26 % (8 пациентов) мужчины.

Психиатрический диагноз по МКБ-10 был поставлен лечащим врачом пациентов.

Таблица 1

**Диагностическая характеристика обследованных пациентов
«клинической» группы**

Код по МКБ 10	Диагноз	Пациенты с аффективными расстройствами, N = 31	
		N	%
F32	Депрессивный эпизод	15	48
F33	Рекуррентное депрессивное расстройство	8	26
F40.1 F40.1 + F32	Сочетание социальной фобии и депрессивного эпизода	1	3,2
F41.0	Паническое расстройство	2	6,5
F41.1	Генерализованное тревожное расстройство	2	6,5
F41.2	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	2	6,5
F42	Обсессивно-компульсивное расстройство	1	3,2
F60	Коморбидные расстройства зрелой личности	7	22,5

Как видно из табл. 1, на момент обращения большинству пациентов — 74 % (суммарно) был поставлен диагноз «депрессивное расстройство». В группе пациентов с депрессивным расстройством у 6 человек были также диагностированы коморбидные расстройства зрелой личности (4 пациентки имели эмоционально неустойчивое расстройство личности (пограничный тип) — F60.31, одна пациентка с гистрионным расстройством личности — F60.4, один пациент с зависимым расстройством лич-

ности (F60.7). У одного пациента с социальной фобией было диагностировано тревожное уклоняющееся расстройство личности (F60.6).

В таблице 2 отражены данные, какое одно из всех пережитых травматических событий явилось самым тяжелым в обследованной выборке.

Таблица 2

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, выделивших то или иное событие в качестве субъективно наиболее тяжелого для них

Тип события	Учебная группа (N = 33)	Клиническая группа (N = 31)	Общая выборка (N = 64)
Тяжелый несчастный случай, пожар или взрыв (например, дорожное происшествие, несчастный случай на работе, крушение самолёта или корабля)	6,3	9,7	7,8
Тяжёлое заболевание (например, инсульт, рак, инфаркт миокарда, сложная операция)	9	16	12,5
Насильственные действия со стороны незнакомого человека (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	3	3,2	3,1
Насильственное нападение со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	0	3,2	1,5
Смерть близкого человека (например, в результате несчастного случая, самоубийства, убийства)	6,3	26	15,6
Сексуальное насилие в детском или юном возрасте со стороны незнакомого человека (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)	9	3,2	3,1
Сексуальное насилие в детском или юном возрасте со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)	6,3	0	3,1
Участие в военных действиях или пребывание на территории военных действий	3	0	1,5
Заброшенность, недостаток заботы (например, постоянное отвержение, недостаток родительского внимания)	9	9,7	9,3

Сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны незнакомого человека (например, изнасилование или попытка изнасилования)	12,1	3,2	7,8
Сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, изнасилование или попытка изнасилования)	0	3,2	1,5
Другое травмирующее событие (например, намеренное унижение в присутствии других людей, разлука или развод)	36	22,6	30

Из таблицы 2 видно, что самые высокие показатели по субъективной оценке тяжести травматического события набрали: «смерть близкого человека», «тяжелое заболевание», «сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны близкого человека» и «другое травмирующее событие». В качестве «другого травмирующего события» респонденты отмечали события, которые условно можно обозначить как «интерперсональные трудности во взаимоотношениях»: измена мужа, развод, расставание с партнером, детско-родительские конфликты, как результат частые ссоры или полный разрыв отношений.

Как показывают исследования, смерть близкого человека является травматическим событием, которое приводит к тяжелым психологическим страданиям. В нашей «клинической» выборке, где большинству опрошиваемых участников (74 %) был поставлен диагноз «депрессивное расстройство», смерть близкого человека была названа самым тяжелым травматическим событием. Также в «клинической» выборке 37 % (7 человек) отметили случаи заверченного суицида среди своих близких родственников и сообщили о тяжелых последствиях этого события для остальных оставшихся в живых членов семьи.

Пример: пациентка А, 58 лет, генерализованное тревожное расстройство. «Самое тяжелое событие — самоубийство отца, мама была больна шизофренией. Я в течение 5 лет, младшие классы, находилась в детском доме».

Из данных табл. 3 можно сделать заключение о распределении стрессогенных событий за последние 6 месяцев на момент опроса исследуемой выборки. В «учебной» группе только 3 % испытуемых пережили самое тяжелое событие меньше месяца назад на момент опроса. В «клинической» группе число испытуемых, переживших травматическое событие меньше месяца назад, оказалось в два раза больше — 6,3 %. В «учебной» группе 75,7 % отметили, что самое тяжелое событие произошло больше пяти лет назад, в «клинической» группе таких

оказалось только 38,7 %. Таким образом, наиболее тяжелое травматическое событие чаще переживалось участниками «клинической» группы в менее отдаленном прошлом, чем участниками «учебной».

Таблица 3

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших ту или иную давность наиболее тяжелого стрессогенного события

Давность события	Учебная группа (N = 33)	Клиническая группа (N = 31)	Общая выборка (N = 64)
Меньше месяца назад	3	6,3	4,6
1—3 месяца назад	0	13	6,3
1—6 месяцев назад	0	13	6,3
Полгода или три года назад	15	16	15,5
3—5 лет назад	6,3	13	9,3
Больше пяти лет назад	75,7	38,7	58

Заметна разница в ответах на вопрос «насколько тяжело Вам воспринимать случившееся с Вами сейчас»: 39,4 % и 27,2 % опрошиваемых в «учебной» группе ответили «в некоторой степени» и «немного» соответственно (табл. 4). Ни один опрошиваемый в «учебной» группе не отметил пункты «очень сильно» и «невероятно сильно». В «клинической» группе большинство опрошиваемых 29 % отметили пункт «сильно», 25,8 % — «немного», а 13 % и 9,6 % опрошиваемых выбрали пункты «очень сильно» и «невероятно» сильно соответственно.

Таблица 4

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших ту или иную степень субъективной тяжести восприятия пережитого стрессогенного события в текущий период жизни

Степень тяжести	Учебная группа (N = 33)	Клиническая группа (N = 31)	Общая выборка (N = 64)
Совсем нет	18,2	9,6	14
В некоторой степени	39,4	13	26,5
Немного	27,2	25,8	26,5
Сильно	15,2	29	21,8
Очень сильно	0	13	6,3
Невероятно сильно	0	9,6	4,7

Отвечая на вопрос, на какие сферы жизни повлияло травматическое событие, участники «учебной» и «клинической» групп значительно рас-

ходятся по показателю «общее удовлетворение жизнью» — 42 % и 71 % соответственно. При этом практически выравниваются по показателям «сексуальность» (64 % — «учебная» группа и 61 % — «клиническая» группа) и «отношение к членам семьи» (обе группы по 61 %). К сожалению, Эссенский опросник травматических событий не предоставляет возможности уточнить полярность изменений отношения к членам семьи, так как некоторые опрашиваемые сообщали, что после несчастного случая, болезни или смерти близкого человека, наоборот, начинали сильнее ценить тех, кто находится рядом с ними.

Важно отметить различие во влиянии, которое травматическое событие оказало на «отношение к работе». В «учебной» группе такое влияние отметили 27 % опрашиваемых, а в «клинической» эти показатели превышают больше чем в два раза — у 58 % опрашиваемых. Принимая во внимание, что пациенты «клинической» выборки имеют диагноз депрессивное и / или тревожное расстройство и 39 % (12 пациентов) на момент опрашивания были безработными, при дальнейшей работе с этой группой пациентов необходимо учитывать наличие травматических событий в жизненном опыте пациентов и их влияние на эту сферу жизни. Для сравнения, в «учебной» группе на момент опрашивания было 18 % безработных (6 человек), т. е. в два раза меньше.

Таблица 5

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие влияния наиболее тяжелого стрессогенного события на разные сферы жизни и наличие симптомов стрессовых расстройств в текущий период жизни

Степень тяжести	Учебная группа (N = 33)	Клиническая группа (N = 31)	Общая выборка (N = 64)
Общее удовлетворение жизнью	42	71	56
Учеба	21	16	19
Работа	27	58	42
Отношение к домашним обязанностям	30	52	41
Отдых и свободное время-препровождение	42	52	47
Отношение к друзьям, знакомым, коллегам	55	55	55
Отношение к членам семьи	61	61	61
Сексуальность	64	61	63

На основании субъективной самооценки опрашиваемых в «учебной» группе 3 % (1 человеку) можно поставить диагноз ОСР¹ и 3 % (1 человеку) диагноз ПТСР². В «клинической» группе диагноз ОСР можно поставить 3,2 % (1 пациент) и 22,5 (7 пациентов) — диагноз ПТСР.

Также должно быть отмечено влияние травматического события на психосоциальное функционирование.

Таблица 6

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие симптомов острого стрессового расстройства и ПТСР

Степень тяжести	Учебная группа (N = 33)	Клиническая группа (N = 31)	Общая выборка (N = 64)
Симптомы ОСР	3	3,2	3,1
Симптомы ПТСР	3	22,5	12,5

В «учебной» группе под диагноз ОСР попадает женщина, 53 года, высшее образование, работает с душевнобольными детьми. Самое тяжелое событие — продолжительная болезнь младшего сына (тревожность, депрессия, эмоциональные нарушения). На основании субъективного самоотчета в соответствии с отмеченной симптоматикой диагноз ПТСР может быть поставлен женщине в возрасте 51 год, (образование среднее, домохозяйка). Самое тяжелое событие — измена мужа 2 года назад. ПТСР сопровождается проявлениями физических недомоганий: усилением аллергии, желудочно-кишечных, неврологических и сердечно-сосудистых болей.

¹ При обработке результатов Эссенского опросника травматических событий диагноз «острое стрессовое расстройство» ставится, если опрашиваемый выбирает минимум один симптом в подшкалах «навязчивое воспроизведение», «избегание», «повышенная возбудимость» с любым из значений «редко» — 1, «часто» — 2, «очень часто» — 3 и три симптома из подшкалы «диссоциации» со значением «очень часто» — 3. По продолжительности симптоматики, с момента травматического события, должно пройти максимум 4 недели. Также должно быть отмечено влияние травматического события на психосоциальное функционирование.

² Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» ставится, если опрашиваемый отметил по три симптома в подшкалах «навязчивое воспроизведение», «избегание» с любым из значений «редко» — 1, «часто» — 2, «очень часто» — 3; два симптома из подшкалы «повышенная возбудимость» со значением «очень часто» — 3 и три симптома из подшкалы «диссоциации» со значением «очень часто» — 3. По продолжительности симптоматики, с момента травматического события, должен пройти минимум один месяц.

В «клинической» группе симптомы, подходящие под диагноз ПТСР, были отмечены тремя пациентами, проходившими амбулаторное лечение в Московском НИИ психиатрии, и четырьмя пациентками, находящимися на момент опрашивания на стационарном лечении в больнице № 4 им П.Б. Ганнушкина. Приведем примеры.

Пациентка Л.В., 41 год, высшее образование, работает. Самые тяжелые отмеченные события: смерть мамы — 12 лет назад и смерть брата — 25 лет назад. Пациентка К.Н., 35 лет, среднее специальное образование, не работает, от 1—6 месяцев назад изменил муж. Пациентка И.Ю., 44 года, образование среднее специальное, не работает. Самое тяжелое событие — насильственные действия со стороны мужа по отношению к дочери. Цитата из бланка опрашиваемой пациентки: «Мой муж, с которым я проживаю в одной квартире, напоил дочь водкой и пытался ее изнасиловать. Я сделала все, чтобы замять дело, чтобы не опозорить младшую дочь. Старшей было 13—14 лет, она резала себе вены. С тех пор я не занимаюсь с мужем сексом. Я очень сильно его боюсь. Я не хочу домой».

Пациентка О.В., 46 лет, образование высшее, работает, диагноз депрессивное расстройство. Самое тяжелое событие — смерть мужа и пожар в доме. Выписка из медицинской карточки: «Поступает повторно, появились суицидальные мысли, пыталась отравиться таблетками, старые послеожоговые изменения на спине. Последняя попытка отравления в ноябре 2011 г. Постоянно испытывает суицидальные мысли, хотела выброститься с балкона. Просит о помощи, заявляя, что в прошлый раз ей хорошо помогли».

Примеры из жизни этих и других опрашиваемых пациентов наглядно иллюстрируют влияние травматических событий, семейных стрессов, социальных факторов (например, отсутствие образования, работы, предпенсионный возраст, как следствие сложности с устройством на работу, страх расстаться с партнером, который проявляет агрессивное поведение) в развитие симптомов ОСР и ПТСР.

Обсуждение результатов

В процессе исследования были выявлены различия в распространенности типа травматического события. Н.В. Тарабриной (2009) приводятся данные американской выборки относительно наиболее распространенных среди населения типов травмы: свидетель насилия, несчастного случая (25 %), несчастные случаи (19,4 %), пожар/стихийное бедствие (17,1 %), угроза применения оружия (12,9 %). Здесь необходимо отметить наличие особого интереса американских исследователей к влиянию интерперсональных факторов на развитие психопатологичес-

кой симптоматики в результате травматических событий. [Kaehler, Freyd, 2011; Platt, Freyd, 2011; Tang, Freyd, 2011; Martin et al., 2011].

В нашем исследовании наиболее тяжелыми стрессогенными событиями оказались: развод или расставание с партнером (30 %), смерть близкого человека (15,6 %), тяжелое заболевание (12,5 %), заброшенность, недостаток заботы (9,3 %). Все перечисленные стрессогенные события объединяет интерперсональный фактор влияния.

Субъективно наиболее тяжелые травматические события могут оказывать как незамедлительное, так и отсроченное пролонгированное воздействие, которое пострадавшие (участники исследования) видят в изменении отношения к сексуальности (63 %), членам семьи (61 %), общему удовлетворению жизнью (56 %), отношениям друзьям, знакомым, коллегам (55 %). Участники «клинической» группы чаще, чем участники «учебной» группы, отмечают негативное влияние на общее удовлетворение жизнью, отношение к работе, домашним обязанностям. Соответственно, пережитые ими травматические события относятся к более недавнему прошлому и у них чаще выявляются симптомы ОСТ и ПТСР.

В ходе апробации Эссенского опросника травматических событий были выявлены следующие преимущества опросника: применение критериев DSM-IV для выявления симптомов ОСТ и ПТСР; возможность выявления типа перенесенного травматического события, включая такие травматические события, о которых в российском обществе не принято говорить открыто (например, пережитое сексуальное насилие); возможность получить от опрашиваемого субъективную оценку тяжести, давности и влияния травмы на различные сферы жизни.

Опросник может применяться как в исследовательских, так и в диагностических целях. Как известно из других исследований и хорошо видно из данных нашего, отсроченное влияние травматического стресса на человеческую жизнь очень велико. Пережитая травма в ряде случаев продолжает сильно влиять на восприятие жизни спустя годы. В ходе психотерапии и консультирования многие пациенты не решаются рассказать о ряде тяжелых событий из-за чувства стыда или страха не справиться с эмоциями при воспоминаниях. Применение опросника дает терапевту возможность облегчить для клиента обращение к тяжелой теме, а также нередко впервые задуматься о степени влияния пережитого события на его жизнь и осознать необходимость переработки пережитого. Мы не рекомендуем применять данный опросник на первых стадиях работы с клиентом, так как для его заполнения необходима определенная степень доверия и чувства безопасности. Применение опросника предъявляет очень высокие требования к соблюдению этических норм и профессионализму консультанта и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

- Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу: Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004.
- Вельтищев Д.Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактика затяжного течения // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 2. С. 48—50.
- Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А., Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса // Психологический журнал. 2002. Т. 24. № 6. С. 89—97.
- Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М.: Академический Проспект, 2009.
- Лихи Р., Сэмл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: Когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 141—158.
- Мюррей М. Узник иной войны. М.: Альварес Паблишинг, 2004.
- Падун М.А. Когнитивный стиль и депрессия // Экспериментальная психология. 2009. Т. 2. № 4. С. 81—90.
- Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: ИП РАН, 2012.
- Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. 2004. № 5. С. 5—15.
- Падун М., Тарабрина Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121—140.
- Перре М., Лайрейтер А.-П., Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния: Гл. 17 // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманн. СПб.: Питер, 2007. С. 358—392.
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
- Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Гл. 5 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229—269.
- Тарабрина Н.В. и др. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, М.А. Падун, Л.И. Коробкова, Н.Е. Шаталова // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 4. С. 22—33.
- Тарабрина Н.В. и др. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, Л.И. Коробкова, О.А. Ворона, М.А. Падун // Вестник РФФИ. 2006. № 1. С. 10—20.
- Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Быховец Ю.В. Представления о теракте у населения различных регионов России // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 6. С. 40—50.

- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: МГППУ, 2006.
- Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фридмана. М.: «Когито-Центр», 2005.
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W. Prävalenz, Komorbidität und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). P. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466&lang=ru&site=ehost-live>
- Kaehler L.A., Freyd J.J. Betrayal trauma and borderline personality characteristics: Gender differences // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011. № 15 (August).
- Martin C.G. et al. The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011, November 28.
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W. Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [Psychosom Med Psychother]. 2008. Vol. 54 (2). P. 164—173. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live>
- Platt M., Freyd J. Trauma and negative underlying assumptions in feelings of shame: An exploratory study // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011, June 20.
- Tang S.S.S., Freyd J.J. Betrayal trauma and gender differences in posttraumatic stress // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011. № 10.

TRAUMATIC STRESS AND ITS INFLUENCE ON SUBJECTIVE WELLBEING AND MENTAL HEALTH: VALIDATION OF THE ESSEN TRAUMA INVENTORY

A.B. Kholmogorova, V.A. Gorchakova

In the present study the Essen Trauma Inventory (Tagay, Erim, Stoelk, Mollering, Mewes, Senf, 2007) has been tested on a Russian sample for the first time. Divorce, separation or quarrel with a significant other or partner (30%), death of a significant other (15.6 %), and severe illness (12.5 %) emerged to be the most severe traumatic events in the examined sample of 64 subjects. 3.1 % of participants displayed delayed reaction in the form of acute stress disorder symptoms and 12.5 %

in the form of posttraumatic stress disorder. The data obtained gives evidence to the connection between remoteness of the experienced traumatic event and severity of psychopathologic symptoms.

Keywords: trauma, traumatic event, Essen Trauma Inventory, posttraumatic stress disorder, acute stress disorder.

- Ababkov V.A., Perre M.* Adaptacija k stressu: Osnovy teorii, diagnostiki, terapii. SPb.: Rech', 2004.
- Vel'tischev D.U.* Ostryje stressovye rasstrojstva: factory prognoza i profilaktiki zatjazno-go techenija // Social'naja i klinicheskaja psihijatrija. 2010. № 2. S. 48—50.
- Kalmykova E.S., Komissarova S.A., Padun M.A., Agarkov V.A.* Vzaimosvjaz' tipa privjazannosti i priznakov posttravmaticheskogo stressa // Psihologicheskij zurnal. 2002. T. 24. № 6. S. 89—97.
- Kitaev-Smyk L.A.* Psihologija stressa. Psihologicheskaja antropologija stressa. M.: Akademicheskij prospect, 2009.
- Lihl P., Sempl P.* Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: Kognitivno-bihevioral'nyj podhod // Moskovskij psihoterapevticheskij zurnal. 2002. № 1. S. 141—158.
- Murrej M.* Uznik inoj vojny. M.: Al'vares Publishing, 2004.
- Padun M.A.* Kognitivnij stil i depressija // Eksperimental'naja psihologija. 2009. T. 2. № 4. S. 81—90.
- Padun M.A., Kotel'nikova A.V.* Psihicheskaja travma i kartina mira: Teorija, empirija, praktika. M.: IPRAN, 2012.
- Padun M.A., Tarabrina N.V.* Kognitivno-lichnostnyje aspekty perezivaniya travmaticheskogo stressa // Psihologicheskij zurnal. 2004. № 5. S. 5—15.
- Padun M.A., Tarabrina N.V.* Psihicheskaja travma i bazisnyje kognitivnyje shemy lichnosti // Moskovskij psihoterapevticheskij zurnal. 2003. № 1. S. 121—140.
- Perre M., Lajrejtser A.-P., Baumann U.* Stress i koping kak factory vlijaniya: Gl. 17 // Klinicheskaja psihologija / Pod red. M. Perre, U. Baumann. SPb.: Piter, 2007. S. 358—392.
- Tarabrina N.V.* Psihologija posttravmaticheskogo stressa: Teorija i praktika. M.: Izd-vo "Institut psihologii RAN", 2009.
- Tarabrina N.V.* Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (PTSR): Gl. 5 // Klinicheskaja psihologija: V 4 t. / Pod red. A.B. Holmogorovoj. T. 2. Chastnaja patopsihologija / A.B. Holmogorova, N.G. Garanjan, M.C. Radionova, N.V. Tarabrina. M.: Izdatel'skij centr "Akademija", 2012. S. 229—269.
- Tarabrina N.V.* i dr. Vzaimosvjaz' psihologicheskikh harakteristik posttravmaticheskogo stressa I immunologicheskikh parametrov u bol'nyh rakom molochnoj zelezy / N.V. Tarabrina, G.P. Gens, M.A. Padun, L.I. Korobkova, N.E. Shatalova // Social'naja i klinicheskaja psihijatrija. 2008. № 4. S. 22—33.
- Tarabrina N.V.* i dr. Stress i jego posledstvija u bol'nyh rakom molochnoj zelezy / N.V. Tarabrina, G.P. Gens, L.I. Korobkova, O.A. Vorona, M.A. Padun // Vestnik RFFI. 2006. № 1. S. 10—20.

- Tarabrina N.V., Vorona O.A., Byhovets U.V.* Predstavlenija o terakte u naselenija razlichnyh regionov Rossii // Psihologicheskij zurnal. 2007. T. 28. № 6. S. 40—50.
- Kholmogorova A.B., Garanjan N.G.* Psihologicheskaja pomosch' ljudjam, Perezivshim travmaticheskij stress. M.: MGPPU, 2006.
- Jefferktivnaja terapija posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva / Pod red. E. Foa, T.M. Kina, M. Fridmana. M.: "Kogito-Centr", 2005.
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W.* Prävalenz, Komorbidität und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychother Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). P. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466&lang=ru&site=ehost-live>
- Kaehler L.A., Freyd J.J.* Betrayal trauma and borderline personality characteristics: Gender differences // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011. № 15 (August).
- Martin C.G. et al.* The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011, November 28.
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W.* Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [Psychosom Med Psychother]. 2008. Vol. 54 (2). P. 164—173. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live>
- Platt M., Freyd J.* Trauma and negative underlying assumptions in feelings of shame: An exploratory study // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011, June 20.
- Tang S.S.S., Freyd J.J.* Betrayal trauma and gender differences in posttraumatic stress // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011. № 10.