

УДК 159.9.072

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кадыров Р.В., к. психол. н.,
доцент, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин
Тихоокеанский государственный медицинский университет

Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи психической травмы и психологических характеристик у больных с психическими расстройствами. Гипотеза состояла в том, что переживание психической травмы имеет положительную взаимосвязь с психологическими характеристиками у больных с психическими расстройствами. Испытуемые – пациенты психиатрической больницы с галлюцинаторно-параноидным синдромом и пограничными психическими расстройствами – обследованы с помощью ряда методик диагностики психической травмы и личностных опросников. Полученные результаты свидетельствуют в пользу взаимосвязи опыта переживания психической травмы с возникновением психического расстройства.

Ключевые слова: *галлюцинаторно-параноидный синдром, пограничные психические расстройства, психическая травма, психическое расстройство, психологические характеристики, базисные убеждения, копинг-поведение.*

Надані результати емпіричного дослідження взаємозв'язку психічної травми і психологічних характеристик у хворих на психічні розлади. Гіпотеза полягала в тому, що переживання психічної травми має позитивний взаємозв'язок із психологічними характеристиками у хворих із психічними розладами. Випробовувані – пацієнти психіатричної лікарні з галюцинаторно-параноїдним синдромом і межовими психічними розладами – обстежені за допомогою ряду методик діагностики психічної травми і особистісних опитувальників. Отримані результати свідчать на користь взаємозв'язку досвіду переживання психічної травми з виникненням психічного розладу.

Ключові слова: *галюцинаторно-параноїдний синдром, межові психічні розлади, психічна травма, психічний розлад, психологічні характеристики, базисні переконання, копінг-поведінка.*

Kadyrov R.V. THE RELATIONSHIP OF TRAUMA WITH PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

The results of empirical studies on relationship of mental trauma and psychological characteristics of patients with mental disorders. Our hypothesis was that experience of trauma has a positive relationship with psychological characteristics of patients with mental disorders. Subjects – psychiatric patients with hallucinatory-paranoid syndrome and borderline psychic disorders – examined by a battery of methods of diagnosis of mental trauma and personality questionnaires. The obtained results show benefit of relationship experience of trauma to emergence of a mental disorder.

Key words: *hallucinatory-paranoid syndrome, borderline psychic disorders, trauma, mental disorder, psychological characteristics, basic beliefs, coping behavior.*

Постановка проблемы. Проблема изучения психической травмы, определяемой, как «экстраординарное событие» для конкретной личности, способной вызвать тяжелый психический стресс, срыв адаптации и, как правило, сопровождающейся негативными эмоциями (интенсивным страхом, ужасом либо чувством беспомощности и др.), является одной из важнейших в современной психологии. Особая значимость ее связана не только с ростом природных и антропогенных катастроф, но и с травмирующими ситуациями, с которыми люди встречаются в разных сферах своего бытия (аварии на производстве, дорожно-транспортные происшествия, смерть близкого, сексуальное и домашнее насилие и т. п.). В зависимости от многих

личностных характеристик, психотравмирующая ситуация может стать причиной возникновения психического заболевания, как компенсаторного механизма личности. Следует отметить и тот факт, что по времени этот процесс может быть отсроченным. Так, в течение определенного промежутка времени у человека хватает сил и возможностей справиться с непроработанной травматической ситуацией, но далее может произойти истощение ресурсов, помогающих справиться с жизненными трудностями, и даже незначительная ситуация может спровоцировать полный срыв адаптивных возможностей человека. В России психические заболевания являются социально значимыми, как рак, туберкулез, и приводят к ухудшению общего уровня психиче-



ского здоровья населения [5]. По данным ВОЗ по частоте инвалидизации психическая патология населения вышла на третье место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 29,5% от общего числа инвалидов.

Степень разработанности проблемы.

В зарубежных и в отечественных исследованиях (Д. Калшед, 2001; М.М. Решетников, 2006; Н.В. Тарабрина, 2009; К. Ясперс, 1997 и др.) уделяется немалое внимание изучению роли психотравмы в развитии психической патологии. Но одновременно с изучением влияния психотравмирующих событий, происшедших в жизни пациента, исследуются защитные механизмы психики и способы адаптации пациента к психической травме, которые, в свою очередь, могут перетекать в картину различных нарушений личности. Результатами ряда исследований подтверждена роль событий психотравмирующего характера, перенесенных пациентом для развития психопатологических процессов при таких болезненных состояниях, как «диссоциативные расстройства», «деперсонализационное расстройство», «пограничное расстройство личности», «расстройство пищевого поведения» [7; 8; 9]. Вопрос же о взаимосвязи психической травмы и психологических характеристик в течение психического заболевания, в частности галлюцинаторно-параноидного синдрома и пограничных психических расстройств, остается открытым и в настоящее время малоизучен.

Цель работы состояла в том, чтобы выявить и описать психологические характеристики психической травмы в структуре и развитии психического расстройства личности на примере галлюцинаторно-параноидного синдрома и пограничных психических расстройств.

В связи с этим основные задачи исследования сводились к тому, чтобы установить: соотношение переживания травматической ситуации по субъективной оценке испытуемых с психическим заболеванием; психологические характеристики пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом и пациентов с пограничными психическими расстройствами; взаимосвязь переживания травматической ситуации с психологическими характеристиками личности пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом и личности пациентов с пограничными психическими расстройствами.

Изложение основного материала исследования.

МЕТОДИКА

Испытуемые. Исследование проводилось на базе Краевой клинической психиа-

трической больницы (г. Владивосток). В исследовании галлюцинаторно-параноидного синдрома приняли участие 30 женщин, находившихся на медикаментозном лечении в условиях стационара, в возрасте от 16 до 58 лет, с диагнозом «галлюцинаторно-параноидный синдром» (с высшим образованием – 6 и со средним специальным – 21 испытуемая) не в острой форме. Среди испытуемых 21 женщина находилась на повторном лечении. В исследовании пограничных психических расстройств приняли участие 7 человек (4 мужчины и 3 женщины от 19 до 36 лет). Из числа испытуемых 5 человек наблюдались с диагнозом (предварительным диагнозом) тревожно-депрессивное расстройство, 1 пациент с маниакальным эпизодом и 1 – с шизоаффективным расстройством. В числе испытуемых находятся люди с высшим образованием, высшим незаконченным (студенты), средним специальным. В выборку включены испытуемые, находящиеся на различных стадиях лечения и различной степени остроты декомпенсации психопатологической симптоматики.

Выбор испытуемых был обусловлен предположением, что такой фактор в их жизнедеятельности, как психическая травма, может повлечь за собой появление психологических характеристик симптомов галлюцинаторно-параноидного синдрома либо пограничного психического расстройства. При этом мы руководствовались определением (критерий А DSM-4), согласно которому травматическим событием (психической травмой) считается объективное или субъективное переживание человеком угрозы смерти или нарушения физической целостности с переживаниями в этот момент эмоций страха, ужаса и/или беспомощности.

Методы. В исследовании использовался следующий блок психодиагностических методик:

– для оценки переживания психической травмы использовались: Опросник травматических событий (Life Experience Questionnaire) [6] – для изучения всех ситуаций в жизни человека, которые имеют травматический характер; Опросник перитравматической диссоциации (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ), в основе которого лежит секция модуля PTSD (СКИД для DSM-III-R, Spitzer и др., 1990), разработанная Агаркиным и Тарабриной (1998) [6] – для изучения различной степени диссоциативного состояния, такого, как опыт выхода из тела, дереализация и др., авторская Анкета переживания экстремальной (кризисной) ситуации, направленная на изучение актуального пе-

реживания значимой экстремальной (кризисной) ситуации;

– для оценки психологических характеристик личности использовались: Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман) [3] – для изучения основных типов копинг-поведения, основанных на субшкалах: решение задач, эмоции, избегание, отвлечение, социальное отвлечение; Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), созданный на основе психоэволюционной теории Р. Плутчика и структурной теории личности Г. Келлермана [4] – для изучения ведущих механизмов психологической защиты и степени их напряженности; Шкала базисных убеждений [2] – для оценки базовых установок личности, касающихся образа «Я» и окружающего мира, которые подвергаются воздействию психической травмы; Описание анамнеза больного (из истории болезни) – анализируется история больного с целью выявления соответствий между рассказом пациента и фактов его жизни, так как при диагнозе галлюцинаторно-параноидный синдром практически всегда проявляются такие симптомы, как бред и галлюцинации.

Для статистической обработки результатов применялся качественный и количественный анализ (версия 14.5 программы SPSS: описательная статистика и корреляционный анализ Спирмена).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Значимые травматические события у пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом (ГПС) и пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР).

Исследование психической травмы у пациентов с ГПС и ППР позволило установить, что для них характерны воспоминания о значимых травматических событиях, влияющих на повседневную жизнь (табл. 1).

Чаще всего у женщин с ГПС встречаются травматические события жизни, связанные с потерей близкого значимого человека, нападения на них, личный опыт аборт и выкидышей, при этом многие из них имеют в анамнезе неоднократный опыт травматических проживаний. При этом практически все субъективно значимые травматические ситуации предшествовали первому эпизоду заболевания.

В то время, как у пациентов с ППР чаще всего встречаются травматические события жизни, связанные с опытом эмоционального насилия в семье и школе, потерей значимого другого, здесь также отмечается неоднократное переживание травмирующего события.

2. Перитравматическая диссоциация, защитные механизмы, копинг-поведение и базисные убеждения у пациентов с ГПС и ППР.

Исследование перитравматической диссоциации позволило установить, что у большинства пациентов с ГСП (n=24) и пациентов с ППР (n=5) высокий уровень перитравматической диссоциации, помогающий им несколько дистанцироваться от непереносимой боли, уменьшая уровень переживаний, связанных с травматическими событиями. В то же время именно перитравматическая диссоциация позволяет личности избежать негативных эмоций и чувств, связанных с травмирующей ситу-

Таблица 1

Травматические события жизни у пациентов с ГПС и ППР

Вид травматического события	Количество ситуаций у ГПС	Количество ситуаций у ППР
Криминальные события (нападение, ограбление)	24	2
Природные катастрофы (землетрясение, наводнение)	6	н\а
Катастрофа, связанная с действием людей (пожар)	4	3
Нападение членов семьи или друзей	9	1
Опасное для жизни заболевание	8	1
Воспитание не в семье (ситуация усыновления)	9	н\а
Потеря значимого человека (отца, матери, ближайших родственников, друзей)	25	4
Развод с любимым человеком (разъезд)	19	н\а
Близкий человек с сильным эмоциональным нарушением (пристрастие к алкоголю, наркотикам)	10	2
Аборт или выкидыш	15	н\а
Нападение членов семьи или друзей	15	1
Попытка суицида	н\а	3
Эмоциональное насилие	н\а	5



ацией, повышая адаптивные возможности человека. Характерно, что при рассказе о прошедшей травматической ситуации на момент исследования пациенты с ГПС оценивали свое душевное состояние, как «максимально тяжелое», что может говорить о не проработанности травмирующей ситуации, и что она до сих пор является актуальной для них, в то время как пациенты с ППР оценивали свое состояние как удовлетворительное/нормальное.

По методике копинг-поведения в стрессовых ситуациях (С. Норман) для большинства пациентов с ГПС, как и для большинства пациентов с ППР, характерен тип поведения в стрессовой ситуации: проблемно-ориентированный копинг-стиль (n-21 и n-6 соответственно), который характеризуется поведением, ориентированным на решение существующей проблемы. Это позволяет предположить, что поведение большинства испытуемых направлено на окружающую действительность и может свидетельствовать о том, что пациенты в стрессовых ситуациях стремятся решить свои проблемы, но видимо не смогли справиться с психической травмой, адаптироваться к жизни в новых условиях и поэтому оказались в психиатрической больнице.

Анализируя результаты анкеты переживания экстремальной (кризисной) ситуации, следует учитывать, что характерные для респондентов изменения в эмоциях, таких как частая смена настроения, немотивированная агрессия, быстрая утомляемость, а также потеря интереса к выполнению заданий, выступают одними из наиболее характерных изменений для такого заболевания, как шизофрения. Также следует учитывать, что все переживания, чувства и эмоции женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом напрямую связаны с изменениями восприятия окружающего мира. Это, в свою очередь, объясняет тот факт, что у испытуемых появляется множество немотивированных эмоциональных переживаний. Однако у пациентов с ППР анкета переживания экстремальной ситуации выявила характерное чувство отчуждения от окружающих сразу после травмирующей ситуации, соматические проявления в виде болей в спине, груди и головных болей, переживания беспомощности, ужаса и безысходности. При этом стоит отметить, что переживание именно этих чувств многие психологи, начиная с Юнга, считали причиной психической травмы.

С помощью опросника Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI) у пациентов с ГПС и пациентов с ППР обнаружено,

что наиболее распространенным типом психологической защиты является «проекция» (n-20 и n-6 соответственно), посредством которой неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли приписываются другим людям и для личности становятся несущественными. Так, пациенты с ГПС, приписывая другим людям свои собственные эмоции и чувства, становятся более внимательными и осторожными в общении с окружающими, что, в свою очередь, соответствует формированию такой личностной черты, как подозрительность, характерная для параноидного типа расстройства личности [1], при этом у пациентов с ППР следствием выраженности проекции являются состояние злости и стойкая неадекватная действительности реакция страха перед определенными людьми, местами. Так мы видим, проекция, как механизм защиты направленный вовне, влечет за собой негативное отражение реальности. Для пациентов с ГПС так же характерным является сильная выраженность механизма «отрицание» (n-25) – это психологическая защита, посредством которой личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства или факторы, либо отрицается какой-либо внутренней импульс или сторону самого себя. Отрицание, как психологическая защита, чаще всего реализуется в конфликтах и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. В нашем случае это проявляется отрицанием наличия у себя психического заболевания, так как большинство женщин считают себя вполне здоровыми и не понимают, почему их не выписывают.

Кроме отрицания, у женщин с ГПС в значительной мере выражена психологическая защита – «компенсация» (n-23), которая, по определению, проявляется в попытках найти подходящую замену нестерпимого чувства, реального или воображаемого недостатка, дефекта другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, поведенческих характеристик другой личности. Именно этот механизм практически у всех испытуемых чаще всего лежит в основе галлюцинаций, связанных с травмирующей ситуацией. Напряжение этой защиты у женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом также можно рассматривать, как попытку адаптироваться к новым условиям жизни. Здесь необходимо отметить, что одним испытуемым необходимо адаптироваться к условиям психиатрической больницы (это характерно в ос-

новном для женщин, которые первый раз госпитализированы), а другим, напротив, – к жизни вне стен психиатрической больницы (это касается женщин, которые долгое время находятся на лечении в больнице).

Однако для пациентов с ППР напряжение защиты «отрицания» и «компенсации» не характерно. Для них характерным, помимо «проекции», является напряжение механизма защиты «вытеснения». Вероятно, из-за этого конфликт из интрапсихической сферы переходит в психосоматическую сферу.

Исследование базисных убеждений выявляет у 14 респондентов с ГПС и 4 респондентов с ППР низкие значения по шкале «доброжелательность окружающего мира», что свидетельствует об их склонности считать, что окружающий мир настроен против них, и доверять людям небезопасно, так как они могут предать, обидеть. Это частично подтверждалось и устными комментариями испытуемых на вопросы самой методики, что свидетельствует о недоверии к миру, как характерной черты травмированной личности. По шкале «справедливость окружающего мира» у 11 пациентов с ГПС были выявлены высокие показатели, что характеризует убеждения индивида о справедливом распространении удач и несчастий среди людей, то есть «каждый получит по заслугам». Это частично объясняется тем, что многие респонденты данной группы являются глубоко верующими в Бога.

Анализ шкалы «базисное убеждение о ценности и значимости собственного «Я»» показал, что у 11 женщин выявлены высокие показатели, что говорит о том, что испытуемые склонны довольно высоко ценить себя, как личности. У 5 женщин, напротив, выявлены низкие показатели, что указывает на низкую самооценку испытуемых, их неуверенность в собственных силах и своих возможностях. Таким образом, личностный адаптационный потенциал, который рассматривался А.Г. Маклаковым, у испытуемых снижен, что делает их более уязвимыми к действиям стрессорных факторов [3].

Анализ по шкале «Удача» показал, что у 11 женщин выявлена тенденция считать себя довольно удачливыми людьми, в жизни которых очень часто происходит удачное стечение обстоятельств, позволяющее благоприятно разрешить ту или иную ситуацию. Частично это можно объяснить нарушенным восприятием окружающего мира и склонностью отрицать многие факторы, что подтверждается результатами исследования защитных механизмов. У 6

женщин, напротив, низкие показатели, которые характеризуют эту категорию женщин, как людей, редко рассчитывающих на удачу.

В отличие от описанных характерные для пациентов с ГПС базовые убеждения пациентов с ППР не характеризуются подобными показателями. Но анализ по шкале «контролируемости мира» показал, что у 4 респондентов с ППР показатели высоки, что может говорить о представлении мира респондентами как системы, поддающейся контролю и предсказуемости событий.

3. Взаимосвязь переживания травматической ситуации с психологическими характеристиками личности пациентов с ГПС.

В результате анализа взаимосвязи с помощью коэффициента корреляции Спирмена и уровнем значимости α не более 0,05 в ходе статистической обработки выявлены следующие значимые корреляционные связи:

- между шкалой «отрицание» и шкалой диссоциации ($r = 0,006$). Это свидетельствует о возможной тенденции диссоциироваться от травмирующей ситуации за счет увеличения напряжения отрицания, т. е. непринятие травмирующей информации является эффективным механизмом психологической защиты;

- между шкалой «замещения» и шкалой «диссоциации» ($r = 0,014$). Это можно объяснить тем, что дистанцируясь от какого-либо события, женщины с ГПС замещают его другими мыслями, эмоциями и воспоминаниями, которые не вызывают столь сильное переживание. Ведь именно механизм «замещения» разрушает эмоциональное напряжение, возникшее в значимой для личности ситуации, являющейся фрустрирующей. Следует отметить и тот факт, что действие этого защитного механизма проявляется в разряде тех эмоций, которые испытуемые подавляют (враждебность, гнев). В свою очередь, эти эмоции направляются на те объекты, которые представляют собой меньшую опасность. Именно таким образом женщинам удается дистанцироваться от травмирующих их психику событий за счет высокого уровня перитравматической диссоциации и напряжения защитного механизма «замещение»;

- между проблемно-ориентированным копинг-стилем и копинг-поведением, ориентированным на избегание ($r = 0,026$), это может свидетельствовать о том, что в разных жизненных ситуациях женщины с ГПС могут либо активно решать возникшие проблемы, либо всячески их избегать. Это все зависит как от личностных психологи-



ческих характеристик испытуемых, так и от уровня значимости жизненной ситуации;

- между копинг-поведением, направленным на решение задач и основным базисным убеждением «удача» ($p = 0,010$), это объясняется тем, что многие женщины с ГПС считают, что в жизни, решая те или иные проблемы, им часто сопутствует удача во всем. Частично это можно объяснить нарушенным восприятием окружающего мира;

- между защитным механизмом «отрицание» и копинг-поведением, направленным на решение задач ($p = 0,034$). Это означает, что женщины с ГПС, отрицая события, обстоятельства или отдельные факторы, вызывающие тревогу, вполне могут справиться с возникшей травмирующей ситуацией, так как она воспринимается ими не полностью, а фрагментарно, что снижает тревожность и переживания личности;

- между защитным механизмом «проекция» и копинг-стилем, направленным на решение задач ($p = 0,022$). Это означает, что неприемлемые для пациента навязчивые чувства и мысли, напоминающие о травмирующем событии, приписываются другим людям и становятся как бы вторичными. Таким образом женщины способны справиться с трудной ситуацией;

- между шкалой копинг-стиль, направленной на решение задач, психологическими защитами «интеллектуализация» ($p = 0,0009$) и «компенсация» ($p = 0,037$). Это означает, что при напряжении защитных механизмов интеллектуализации и компенсации появляется в сложных, травмирующих психику, ситуациях, требующих немедленных решений;

- между копинг-поведением, основанном на эмоциях и защитным механизмом «замещение» ($p = 0,028$). Это объясняется следующим: «замещение» – механизм, посредством которого эмоции (чаще всего подавленные или вытесненные) направлены на те объекты, которые являются более доступными и безопасными, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции и переживания. Защитный психологический механизм разрешает эмоциональное напряжение, в связи с этим часто испытуемые совершают неожиданные, подчас бессмысленные поступки и действия, которые снижают внутреннее напряжение, но не решают саму ситуацию или конфликт;

- между копинг-поведением, основанным на эмоциях и базисным убеждением, касающимся образа «Я» ($p = 0,043$). Данная связь основана на том, что образ «Я» у большинства испытуемых не полностью сформирован (низкая самооценка, личностный адаптационный потенциал, рассматриваемый А.Г. Маклаковым, у испытуемых снижен), по-

этому они более уязвимы к действиям стрессорных факторов и в сложных жизненных ситуациях подчас склонны поступать неожиданно и бессмысленно, опираясь только на свои эмоции.

4. Взаимосвязь переживания травматической ситуации с психологическими характеристиками личности пациентов с ППР.

В результате анализа взаимосвязи с помощью коэффициента корреляции Спирмена и уровнем значимости α не более 0,01, в ходе статистической обработки выявлены следующие значимые корреляционные связи:

- между шкалой отрицания и шкалой депрессии ($r = -0,878$). Данная связь свидетельствует об увеличении функции контроля за счет увеличения напряжения отрицания. Это обозначает, что непринятие травмирующей информации является эффективным механизмом психологической защиты;

- между шкалой подавления (вытеснения), индексом травматичности методики LEQ ($r = 0,900$) и шкалой соматизации ($r = 0,963$). Данная связь может означать, что при наличии вытесненного реального травмирующего опыта интрапсихический конфликт сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение вытесняется и переходит в область телесного;

- между шкалой проекции и обсессивно-компульсивностью ($r = 0,953$) и шкалой вторжения методики ШОВТС ($r = 0,926$). Это означает, что неприемлемые для пациента навязчивые чувства и мысли, напоминающие о травмирующем событии, проявляющиеся как обсессии, приписываются другим людям и таким образом становятся как бы вторичными;

- между шкалой проекции и шкалой враждебности ($r = 0,866$), а также шкалой фобической тревожности ($r = 0,866$). На этом можно сделать вывод, что следствием напряжения защитного механизма проекции у пациентов с ППР будут являться негативное аффективное состояние злости и стойкая неадекватная действительности реакция страха перед определенными людьми, местами. Так, мы видим, что проекция, как механизм защиты, направленный вовне, влечет за собой негативное отражение реальности;

- между шкалой интеллектуализации и межличностной сензитивности ($r = 0,864$) и шкалой избегания методики ШОВТС ($r = 0,908$). Это означает, что при напряжении защитного механизма интеллектуализации появляется в негативных ожиданиях касательного межличностного взаимодействия и как следствие избегания данного взаимодействия;

- между шкалой общей напряженности психологических защит и шкалой сомати-

зации ($r = 0,954$). Это обозначает, что выраженность интрапсихического конфликта отражается на телесном уровне, т. е. через соматические заболевания;

– между копинг-стратегией избегания и индексом травматичности ($r = -0,882$) и шкалой межличностной сензитивности ($r = -0,864$). Можно сделать вывод об адаптивности использования копинга избегания. При этом, чем сильнее выражен данный копинг, тем меньше личность испытывает различного рода негативные переживания относительно межличностного взаимодействия. Но стоит напомнить, что именно копинг, направленный на решение задачи у пациентов с ППР, стал наиболее предпочитаемым;

– между шкалой контролируемости мира и индексом травматичности ($r = 0,973$). Это означает, что убежденность личности в возможности контролировать внешние события тем сильнее, чем больше травмирующего опыта у нее было;

– между шкалой доброжелательности мира и шкалой обсессивность-компульсивности ($r = -0,944$). Это означает, что имеется зависимость между наличием навязчивых мыслей, воспринимаемых как непреодолимые и нежелательные, и убежденности в жестокости, озлобленности мира на саму личность;

– между шкалой степени самоконтроля и шкалой депрессии ($r = -0,850$). Это означает, что пациенты с выраженными симптомами депрессии склонны рассматривать свои негативные переживания, как неподдающиеся контролю, а это мы можем рассматривать, как тенденцию непротивления внешним событиям, т. е. «плыть по течению».

Выводы:

1. Психологические характеристики женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом взаимосвязаны с переживанием травматических субъективно значимых ситуаций, имеющих место в их жизни и возможно влияющих на обострение, протекание психического расстройства и предшествовавших первому эпизоду заболевания. В случае с пограничными психическими расстройствами в психологических характеристиках респондентов отражается травматический опыт, накопленный за всю жизнь, и здесь вследствие кумулятивного эффекта даже незначительное травмирующее событие (триггер) может запустить процесс декомпенсации и обострение психопатологической симптоматики.

2. Психологические характеристики личности в структуре и развитии психического расстройства на примере галлюцинаторно-параноидного синдрома и пограничных психических расстройств значимо зависят

от личностных переживаний, связанных с травматическими событиями.

В заключение отметим, что в жизни каждого респондента есть такое травматическое событие, которые до сих пор является актуальным и вызывает неприятные эмоции, то есть является «не проработанным» с психологической точки зрения. Всем пациентам для дальнейшей жизни приходится как-то справляться с этими эмоциями и переживаниями. И в зависимости от адаптивных возможностей и личностных особенностей каждый из них по-своему реагирует даже на воспоминания о психической травме: одни полностью вытесняют все воспоминания и связанные с ними эмоции о событии; вторые – постоянно думают о травмирующей ситуации, прокручивая ее вновь и вновь, при этом испытывая сильные эмоциональные переживания; для третьих же психическая травма оказалась настолько сильной, что они не смогли адаптироваться и в настоящее время живут в мире своих галлюцинаций, как случае с ГПС, или уходят в декомпенсацию, как в случае с ППР.

Исследование по данной теме необходимо продолжать с целью уточнения и проверки результатов, а также расширения выборки и сравнения ее с другими испытуемыми.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей. – СПб.: 2005.
2. Падун М.А., Котельникова А.В. Методика исследования базисных убеждений личности. Лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса. – М. – 2007.
3. Полетаева А.В. Психологические механизмы переживания травматического события. – Кемерово: Кузбассвузиздат. – 2007.
4. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. – Мытищи: Талант. – 1996.
5. Социальные значимые заболевания населения России в 2014 году: статистические материалы. – М.: «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. – 2015. – С. 31–41.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер. – 2001.
7. Draijer N. Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients / N. Draijer, W. Langeland // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 379–385.
8. Gershuny B.S. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a reviewing integration / B.S. Gershuny, J.F. Thayer // *Clin. Psychol. Rev.* – 1999. – Vol. 19. – P. 631–657.
9. The detection and measurement of depersonalization disorder / D. Simeon et al. // *J Nerv Ment Dis.* – 1998. – Vol. 186. – P. 536–542.