

АНАЛИЗ ПСИХОЛИГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ
УЧАСТНИКОВ КАРАБАХСКОЙ ВОЙНЫ
А.А.ГАМБАРЯН, Р.А.ПОГОСЯН

Армянский государственный педагогический университет им.Х.Абовяна,
0010, Ереван, пр.Тигран Меци 17
e-mail: bakh_anna@yahoo.com

Травма (стресс), стрессовые ситуации являются актуальной проблемой по нескольким причинам. Прежде всего, это воздействие научно-технического прогресса и стремительное развитие современной цивилизации, повышающие риск и вероятность возникновения глобальных катастроф. Во-вторых, это высокий уровень физического и психического травматизма и последующих травматических расстройств, приводящих к определенным трудностям в диагностике, и реабилитации пострадавших. В-третьих, несмотря на существующие многочисленные исследования в этой области, еще не существует четких теоретических концепций, определяющих подходы к изучению психологических и биологических механизмов развития ПТСР.

Ключевые слова: травма, личность, война, стрессовая ситуация, личностный фактор.

Поступила в редакцию 6.10.2015 г.

Посттравматические стрессовые расстройства имеют несомненную актуальность для Армении и армянского общества, прошедших путь сложных общественно-политических трансформаций, имеющих в недавнем анамнезе, как общенациональные стрессы: катастрофическое Спитакское землетрясение 1988 года, национально-освободительная война в Арцахе, тяжелейший энергетический и экономический кризис, так и стрессы местного значения, расстрел парламента в октябре 1999 г., события 1-го марта, авиакатастрофа в Сочи. Чередующиеся друг за другом экстремальные ситуации (землетрясение, война, социально-политические перетурбации, экономический коллапс, энергетический кризис, блокада и

т.д.), вовлекающие большие массы людей, негативно сказываются на психическом и соматическом здоровье населения, вызывая продолжительные состояния психоэмоционального стресса.

Травма (стресс), стрессовые ситуации являются актуальной проблемой по нескольким причинам. Прежде всего, это воздействие научно-технического прогресса и стремительное развитие современной цивилизации, повышающие риск и вероятность возникновения глобальных катастроф. Во-вторых, это высокий уровень физического и психического травматизма и последующих травматических расстройств, приводящих к определенным трудностям в диагностике, и реабилитации пострадавших. В-третьих, несмотря на существующие многочисленные исследования в этой области, еще не существует четких теоретических концепций, определяющих подходы к изучению психологических и биологических механизмов развития ПТСР. Чередующиеся друг за другом экстремальные ситуации приводят к ухудшению психического здоровья населения, формированию различных по степени выраженности и форме стрессовых и постстрессовых расстройств, значительному изменению уровня невротизации, общей тревожности, к состоянию фрустрации и потери смысла жизни.

Клинические проявления ПТСР, а также личность пациентов с ПТСР, за долгие годы динамики болезни претерпевают значительные и формальные изменения. Наш опыт и наблюдения показывают: 1) у бывших участников войны в определенных условиях боевая травма перерастает в моральную травму; 2) ПТСР из социально-психологического феномена трансформируется в клинический феномен; 3) ПТСР сочетается одновременно или последовательно с какой-либо соматической или психической патологией.

В литературе, посвященной ПТСР, значительное место отводится обсуждению личностных изменений вследствие взаимодействия травмы и трансформированной ею личности, в результате чего в структуре личности обнаруживаются особенности, не свойственные человеку до переживания травматического события. Данная проблема актуальна тем, что исследуется воздействие неординарного стрессового события, которое, в свою очередь положило начало процессу дезадаптации с патологическими формами переживания неординарных стрессов и кризисов с маргинальным поведением, деструктивностью по отношению к себе и среде. В.А. Остапенко отмечает также, что важным фактором процесса становления Я-идентичности являются деформированность личностной структуры, дезадаптированность и дезинтегрированность. J. G. Gunderson, изучив проблему взаимосвязи травмы и личности, утверждает, что лица с

пограничными расстройствами личности являются наиболее уязвимым контингентом для развития ПТСР. Иными словами, личностные особенности и расстройства, существовавшие до воздействия травмы (стрессора), могут выступать в качестве факторов риска для развития ПТСР и играть определенную патогенетическую роль в его развитии. Кроме того, в литературе есть указания на то, что травма может явиться причиной стойких изменений в характере. Об этом свидетельствует большое количество работ, посвященных исследованию воздействия стрессора на формирование пограничных личностных расстройств. Некоторые исследователи утверждают, что лица с пограничными личностными расстройствами имеют высокую частоту травматизации в детстве. Вместе с тем, остается открытым вопрос о взаимодействии психической травмы и личности. Совокупный анализ травмы, симптомов ПТСР и особенностей личностных расстройств, проведенный S. R. Axelrod, выявляет наличие между ними не линейных взаимосвязей. О причинно-следственной роли травмы в стойких изменениях характера пишет в своих работах J. L. Herman. Автор утверждает, что выявленные при ПТСР пограничные расстройства непосредственно связаны со стрессорами. С другой стороны, J. Paris, не отрицая роль травмы в развитии ПТСР, считает фактор личностных особенностей необходимым условием для его развития. По мнению автора, необходимым условием развития расстройства являются личностные особенности, формирующие когнитивные обработки стрессовых событий, которые, вместе с тем, подвергаются влиянию раннего жизненного опыта. Как показали исследования В.А. Кожевниковой, рост степени выраженности симптомов ПТСР приводит к более глубоким нарушениям эмоционально-личностной сферы личности. Иными словами, по мнению автора, в основе патологических трансформаций личности и поведения лежат качественные изменения, возникающие в эмоциональной, ценностно-смысловой, мотивационной сферах, в сфере защитных механизмов и копинг-стратегий, а также сфере социального взаимодействия. На основании анализа результатов исследования 112 больных автор выделила постстрессовый патопсихологический симптомокомплекс, основным составляющим, которого являлись формирование и постепенное усиление черт подозрительности и отгороженности, своеобразие и ригидность поведенческих и эмоциональных реакций; узость диапазона и стереотипность механизмов психологической защиты; неадекватность и ригидность копинг-стратегий; значимая диссоциация ценностно-смысловой сферы; ограниченность микросоциальных связей и социальной поддержки; обеднение мотивационной сферы и пессимистическая оценка

собственного будущего. По мнению L. Gardozo, посттравматический психологический симптомокомплекс включает также и такие симптомы, как чувство ненависти, мести, агрессии против тех людей, которые несли ответственность за события травматического стресса. Многие авторы подтверждают, что после перенесенной психической травмы, возможно развитие хронического изменения личности. По мнению одних авторов изменения личности рассматриваются как вариант динамики ПТСР. В литературе, посвященной изучению воздействия локальных войн, значительное место отводится личностным изменениям, в основе которых лежат изменения так называемого «смыслового ядра личности. Другие исследователи высказывают мнение о коморбидности состояния.

Как показали исследования Е.А. Фау, переживания последствий критической ситуации (потрясения), могут быть различны (позитивные и негативные) и зависят от адаптационно-компенсаторных механизмов. Установлено, что потрясения, являясь особо значимыми событиями для человека, приводят к трансформации мировоззренческих и духовных установок с последующими изменениями на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях организации личности. В этом случае, как утверждает Миско Е.А., переживания психотравмирующей ситуации, проявляются феноменом укороченной жизненной перспектив. Исследование, проведенное Т.М. Харламовой, при изучении личностных детерминант посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий показывает, что воздействие травмирующих событий приводит к затруднению адаптаций к мирной жизни. Разрушение прежних ценностей, идеалов, мировосприятия, представлений о себе и своем месте в мире, способствуют выстраиванию у экс-комбатантов невротических защитных механизмов. Кроме того, в своих исследованиях многие авторы указывают, что невротизм, действуя наподобие фильтра, заставляет избирать негативные события окружающей среды.

Следует указать, что проблема личности с точки зрения патогенетического и клинического феномена в контексте боевого ПТСР, рассматривается на трех уровнях:

- 1) претравматические личностные особенности или расстройства (преморбидная личность),
- 2) интратравматические личностные расстройства (личностно обусловленные реакции на травматический стресс).
- 3) посттравматические расстройства личности (комбатантная акцентуация, хронические изменения личности и др.).

Подавляющее большинство обследованных пациентов имели свои семьи: в группе с ПТСР 35 набл. (77.8%), в группе без ПТСР - 32 набл.

(76.2%), в контрольной группе в браке состоял 31 обследуемый (83.8%). Во всех группах оказались холостыми примерно одинаковое количество обследованных: в группе с ПТСР 5 пациентов (11.1%), в группе без ПТСР пациентов 6 (14.3%) и в контрольной группе – 4 респондента (10.8%). Вместе с тем выявлялись различия между группами по такому параметру, как «разведенные: в группе с ПТСР состояли в разводе 4 пациентов (8.9%) и еще 1 (2.2%) состоял в повторном браке; в группе без ПТСР в разводе состоял 1 (2.4%) и 3 пациентов (7.1%) состояли в повторном браке. В контрольной группе лишь 2 респондента (5.4%) состояли в повторном браке. Как показывает простое сравнение выделенных групп, ветераны войны как с ПТСР, так и с редуцированными симптомами ПТСР чаще разводились, несмотря на то, что все же большинство из них сохраняло свои семьи. Однако, несмотря на то, что официально многие пациенты имели семьи, боевая психическая травма, как и последующее ее развитие и воздействие на личность, приводили к определенным изменениям мироощущения и миропонимания, что сказывались на внутрисемейных взаимоотношениях пациентов. Иными словами, формировался своего рода порочный круг, т.е. психическое состояние пациентов отрицательно воздействовало на межличностные отношения в семье. Это приводило к развитию чувства одиночества, отгороженности, нарастанию социальной изоляции. При целенаправленном опросе выявилось, что в группе с ПТСР 20 пациентов (44.4%) расценивали взаимоотношения в семье как ровные; 7 (15.6%) считали их «не спокойными»; 6 пациентов (13.3%) – напряженными и 12 (26.7%) отмечали постоянные скандалы. То есть больше половины обследованных пациентов (55.6%) в группе с ПТСР отмечали трудности в семейных взаимоотношениях. Среди наиболее актуальных причин конфликтности, пациенты отмечали социально-экономические трудности, неприятие со стороны общества. В группе без ПТСР 21 пациент (50.0%) оценивал отношения между членами семьи как ровные, 2 пациента (4.8%) оценивали, как беспокойные, 9 пациентов (21.4%) – как напряженные и 10 пациентов (23.8%) отмечали постоянные скандалы. Наиболее позитивные взаимоотношения в семье отмечались в контрольной (здоровой) группе: 26 обследованных (70.3%) расценивали отношения с членами семьи как ровные, 8 (21.6%) – беспокойные, 3 пациента (8.1%) считали их напряженными. Многие нерешенные социально-психологические проблемы, связанные с семьей и бытом (экзистенциальные проблемы), страх перед неопределенным будущим, не всегда желанная оценка со стороны общества и близких приводила к формированию враждебного отношения к окружающим их людям, нарастанию социальной отгороженности.

Согласно данным Г.А. Фастовцова, личностный фактор в развитии ПТСР не исчерпывается только довоенными патохарактерологическими особенностями. В условиях боевого стресса происходит личностная трансформация, способствующая адаптации в условиях боевой обстановки. Синдромообразующим фактором поведенческих расстройств и агрессивности в дальнейшем является перестройка ценностно-смысловой сферы, регресс высших свойств личности, снижение уровня социальных и духовных потребностей. В той или иной форме чувство одиночества испытывал 31 (68.9%) пациент группы с ПТСР. Состояние полного одиночества отмечали 2-е (4.4%), иногда испытывали одиночество 14 пациентов (31.1%), постоянно испытывали одиночество 6 пациентов (13.3%), страдали от подобного ощущения 9 пациентов (20%). «Одинокими не считали себя 14 пациентов (31.1%). В группе без ПТСР состояние полного одиночества не отмечалось ни у кого, чувство одиночества иногда испытывали 11 пациентов (26.2%), постоянно чувствовали себя одинокими 4 пациента (9.5%), одиночество причиняло страдания 5 пациентам (11.9%). Не считали себя «одинокими 20 пациентов (47.6%). Наибольшее количество не считающих себя одинокими, было выявлено в группе контроля (27 набл., 72.9%), состояние полного одиночества испытывал 1 респондент (2.7%), 9 обследованных (24.3%) иногда испытывали одиночество. Постоянное чувство одиночества и страдание от одиночества в группе контроля не было выявлено.

Психическая травма, влияя на эмоциональное отношение к будущему, вызывала у пациентов чувство неопределенности, безразличия, разочарования, безысходности. Как утверждает Е.А. Миско одно из последствий переживания психотравмирующей ситуации, относящееся к числу симптомов ПТСР, является феномен укорочения жизненной перспективы. В ходе наших исследований выяснилось, что в группе с ПТСР 10 пациентов (22.2%) отмечали чувство неопределенности в отношении будущего, безразличие отмечали 4 пациента (8.9%), надеялись на изменения в течение жизни трое (6.7%), были оптимистичны также 3 пациента (6.7%). Все же большинство из них (25 пациентов, 55.5%) были крайне негативно настроены в отношении будущего (будущего нет). Пациенты же без ПТСР, по сравнению с первой группой, были менее безрадостны: чувство неопределенности в отношении будущего отмечали 8 пациентов (19.1%), безразличие – 4 (9.5%), надеялись на изменения в течение жизни – 12 (28.6%) «были полностью оптимистичны 2 (4.8%), полностью отрицали будущее (будущего нет) 16 (38.1%). Сравнительно оптимистичные данные продемонстрировала контрольная группа: чувство неопределенности в отношении будущего отмечали 5 обследованных

(13.5%), безразличие – 1 (2.7%) «надеялись на изменения в течение жизни 19 (51.4%) «были полностью оптимистичны 11 (29.7%), отмечал, что «будущего нет всего 1 исследуемый (2.7%). Таким образом, феномен «укорочения жизненной перспективы чаще наблюдался у пациентов с ПТСР ($p=0.002$).

Таблица 1. Феномен укорочения жизненной перспективы

Феномен укорочения жизненной перспективы	Группа контроля		Группа с ПТСР		Группа без ПТСР		Р
	абс	%	абс	%	абс	%	
Негативное отношение	1	2.70	25	55.55	16	38.10	0.002
Неопределенность в отношении к будущему	5	13.52	10	22.22	8	19.05	
Безразличие	1	2.70	4	8.89	4	9.52	
Надеется на изменения	19	51.35	3	6.67	12	28.57	
Оптимистично настроены	11	29.73	3	6.67	2	4.76	
Всего	37	100.00	45	100.00	42	100.00	

Согласно Л.И. Исмаиловой, отрицательный перенос «боевых моделей поведения личности в условия мирной жизни негативно влияет на формирование адаптационных возможностей социального взаимодействия человека с окружающей средой, мешает ему нормально существовать спустя много лет после несения службы в горячих точках. Это подтверждают и данные наших исследований. В частности, что в группе с ПТСР большинство пациентов (38 набл., 84.5%) отмечало трудности в межличностных отношениях; примерно столько же пациентов, испытывающих трудности в межличностных отношениях, было среди пациентов без ПТСР – 34 пациентов (80.9%). Не могли входить в контакт с окружающими 6 пациентов (13.3%) группы с ПТСР и всего 1 пациент (2.4 %) из группы без ПТСР. Не испытывал никаких трудностей в общении только 1 пациент (2.2%) из группы с ПТСР и 7 пациентов 16.7 % из группы без ПТСР. В группе контроля «с трудом входили в контакт 9 обследуемых (24.3%), не мог входить в контакт с окружающими 1 обследуемый (2.7%) и «не испытывали никаких трудностей в общении 27 пациентов (72.9%).

Таблица 2. Соотношение пациентов с межличностными конфликтами по отдельным группам.

Межличностные конфликты	Группа контроля		Группа с ПТСР		Группа без ПТСР		Р
	абс	%	абс	%	абс	%	
не испытывал трудностей во взаимоотношениях	27	72.98	1	2.22	7	16.67	0.009
не может войти в контакт	1	2.70	6	13.33	1	2.38	
входит с трудом	9	24.32	38	84.45	34	80.95	
Всего	37	100.00	45	100.00	42	100.00	

Можно предположить, что в сознании ветеранов деструктивная действительность войны противопоставлялась действительности мирных условий. Со временем пережившие боевую травму ветераны становились замкнутыми, подозрительными, проявляли немотивированные вспышки агрессии с деструктивными и аутодеструктивными тенденциями уничтожения, отчужденности, постепенно ограничивая свои контакты кругом боевых товарищей, ограничением социальных контактов частично или полностью доходящей до социальной изоляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилова О.М. Психофизиологический статус раненых, пациентов с бытовой травмой, психосоматических больных и его значение для оптимизации процесса восстановительного лечения // Автореф. дисс... канд. мед. наук, Москва, 2007.
2. Кожевникова В.А. Особливості особистості та поведінкові зміни у осіб, що пережили екстремальні події. – Дис... канд. психол. наук. – Х., 2006. – 186 с.
3. Миско Е.А. Представления о жизненной перспективе у лиц, переживших травматический стресс // Современная психология: состояния и перспектива / Тезисы доклада на юбил. научн. конф. ИП РАН 28-29 янв 2002 – М.: Институт психологии РАН, 2002. – Т.1. –286 с.
4. Остапенко А.В. Клинико-психологические характеристики личности участников локальных войн и их защитно-совладающего

- поведения: – Автореф. дис... канд. мед. психол. наук – СПб, 2007.– 16 с.
5. Фастовцов Г.А. Криминальная агрессия комбатантов с ПТСР (клинический и судебно-психиатрический аспекты). – Автореф дисс... док. мед. наук. – Москва, 2010.
 6. Фау Е.А. Сравнительный анализ психологических и психосоматических характеристик людей, переживших кризисные ситуации: – Дис... канд. психол. наук: – СПб, 2004. – 260 с.
 7. Харламова Т.М. Личностные детерминанты посттравматического стрессового расстройства ветеранов боевых действий // Научный журнал "Современные наукоемкие технологии". – 2007, N 11. – С. 67.
 8. Axelrod S.R., Morgan C.A. III, Southwick S.M. Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in Veterans of Operation Desert Storm // Am J Psychiatry, 2005; 162: 270-275.
 9. Cardozo L., Kaiser B., Gotway R., Agani F. Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo // Journal Gunderson J.G., Sabo A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD // Am J Psychiatry, 1993;150:19-27. of Traumatic Stress, 2003; 16: 351-60.
 10. Gunderson J.G., Sabo A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD // Am J Psychiatry, 1993;150:19-27.
 11. Herman J., Perry J.C., van der Kolk B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder // Am J Psychiatry, 1989;146: 490-5.
 12. Paris J., Zweig-Frank H., Guzder J. Risk factors for borderline personality disorder in male outpatients // J Nerv Ment Dis, 1994;182:375-80.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ
ՂԱՐԱԲԱՂՅԱՆ ՊԱՏԵՐԱԶՄԻ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԻ ԱՆՁԻ
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ
Ա. Ա. ՂԱՄԲԱՐՅԱՆ, Ռ. Ա. ՊՈԳՈՍՅԱՆ

Տրավման (սթրես), սթրեսային իրավիճակները համարվում են արդիական խնդիրներ մի քանի պատճառներով: Առաջին հերթին, դա գիտական առաջընթացի և ժամանակակից քաղաքակրթության արագ զարգացման ազդեցությունն է, որ բարձրացնում է գլոբալ աղետների վտանգը և հավանականությունը: Երկրորդը, բարձր մակարդակի ֆիզիկական և հոգեկան վնասվածքը և հետագա տրավմատիկ խանգարումներն են՝ հանգեցնելով ախտորոշման և ապաքինման դժվարությունների: Երրորդը, չնայած այս ոլորտում առկա բազմաթիվ հետազոտությունների՝ դեռ չկան հստակ տեսական հայեցակարգեր, որոնք սահմանում են հոգեբանական և կենսաբանական մեխանիզմների զարգացումը՝ ՀՏՄ:

SUMMARY
ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE
PESONALITY OF KARABAKH WAR PARTICIPANTS.
GHAMBARYAN A.A., POGOSYAN R.A.

Trauma (stress), stress situations are the actual problem according to many reasons. First of all it is the influence scientific-technical progress and rapid development of modern civilization, increasing the risk and possibility of the arising of global catastrophes. Secondly it is the high level of physical and psychological traumatism and the following traumatic disorders, bringing to the certain difficulties in diagnostics and rehabilitation of the suffered people. Thirdly despite the existence of numerous investigations in this sphere there are no exact theoretical concepts determining the steps to the study of psychological and biological mechanisms of PTSD development.