

15

А 234

На правах рукописи

АГАРКОВ Всеволод Александрович

**ДИССОЦИАЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В
КОНТЕКСТЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва, 2002

Работа выполнена в Институте психологии Российской Академии наук.

Научный руководитель:

кандидат психологических наук *Н.В. ТАРАБРИНА*

Официальные оппоненты:

доктор психологических наук, профессор *А.Ш. ТХОСТОВ*

кандидат психологических наук, профессор *А.Б. ХОЛМОГорова*

Ведущая организация: Научный центр психического здоровья РАМН.

Защита состоится "*25*" *декабря* 2002 г. в _____ часов
на заседании диссертационного совета Д.208.044.01 Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РФ по адресу: 107076 г. Москва, ул. Потешная, д. 3., ауд.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского НИИ психиатрии МЗ РФ.

Автореферат разослан "*23*" *ноября* 2002 г.


Т.В. Довженко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность темы. Минувшие десятилетия были важными для развития отечественной медицинской (клинической) психологии. Наметились пути интеграции отечественной медицинской психологии в мировую клиническую психологию. Исследования отечественных психологов, посвященные психологическим последствиям психической травмы (Епиколопов, 1997; Марьян и др., 1999; Соколова, Николаева, 1995; Тарабрина с соавт., 1992, 1994, 1995, 1996, 1999), вносят существенный вклад в этот процесс. Важное место в этих исследованиях занимает проблема диссоциации, которая относится к числу существенных факторов, определяющих процесс посттравматической адаптации (McFarlane и др., 1996; Van der Kolk, 1996). Диссоциативные состояния представляет собой один из компонентов как непосредственной, так и отсроченной реакции на психическую травму и в крайнем своем проявлении представляют собой симптомы диссоциативных расстройств (DSM-IV, МКБ-10) и некоторые симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Недостаточная изученность диссоциативных психических состояний ограничивает возможности их диагностики и прогноза динамики, затрудняет учет влияния этих состояний на поведение и межличностные отношения индивида.

В отечественной психологической науке тема диссоциации до сих пор не нашла должного отражения, хотя отдельные диссоциативные феномены, например, психогенная амнезия, состояния деперсонализации/дереализации, изменения личностной идентичности и т.д., — являлись предметом исследований (Зейгарник, 1986; Соколова, Николаева, 1996; Шибутани, 1969; Канторович, 1963). Однако эти феномены не рассматривались с точки зрения единой концепции диссоциации. До сих пор ряд зарубежных и отечественных клиницистов придерживается точки зрения, согласно которой некоторые диссоциативные феномены представляют собой патогномоничные признаки

шизофрении (Kluft, 1987). Между тем, исследования, проведенные как на Североамериканском континенте, так и в Европе (Ray, 1996) показали, что диссоциативные феномены распространены значительно шире, чем это предполагалось ранее, и встречаются не только у пациентов с психиатрическими расстройствами, но и у "нормальных" индивидов.

Вышесказанным определяется актуальность анализа представлений о диссоциативных феноменах, создания и адаптации методов, предназначенных для оценки выраженности трансситуативных и ситуативных диссоциативных состояний, а также необходимость эмпирического исследования особенностей диссоциативных психических состояний, их связи с признаками посттравматического стресса, характеристиками темперамента.

Цель исследования состояла в теоретико-эмпирическом исследовании диссоциативных состояний в контексте последствий психической травматизации.

Теоретический анализ проблемы позволил выдвинуть следующую основную гипотезу: диссоциация является особым защитным механизмом, который позволяет субъекту справиться с переживаниями, вызванными воздействием факторов психотравмирующей ситуации. Наряду с основной гипотезой были выдвинуты следующие частные гипотезы:

- а) диссоциация не обнаруживает связи как с оптогенетически ранними, примитивными, так и с более поздними, сложными механизмами психической защиты — с другой;
- б) существует взаимосвязь между частотой переживаний трансситуативных диссоциативных состояний и выраженностью признаков посттравматического стресса; эта связь будет более тесной для признаков вторжения (intrusion) и физиологической реактивности (arousal), чем для признаков избегания (avoidance);
- в) выраженность трансситуативных и ситуативных диссоциативных состояний у субъектов с диагнозом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) будет значимо выше, чем у субъектов без такого диагноза;

г) частота трансситуативных диссоциативных состояний связана с темпераментальной характеристикой "нейротизм".

Методологической основой исследования являются положения системного подхода (Ломов, 1984), разработанные в отечественной психологии принципы целостности личности (Абульханова-Славская, 1980), личностного подхода к субъекту деятельности и положение об "активном субъекте" (Брушлинский, 1994).

В соответствии с указанной выше целью необходимо было решить следующие задачи: 1) провести на основе литературных данных анализ содержания понятия диссоциация; 2) адаптировать опросник Шкала диссоциации (Dissociation Experience Scale, DES), предназначенный для оценки степени выраженности трансситуативных диссоциативных состояний; 3) разработать опросник для ретроспективной оценки интенсивности перитравматических диссоциативных состояний; 4) оценить степень взаимосвязи механизмов психической защиты с выраженностью диссоциативных состояний; 5) оценить взаимосвязь между выраженностью диссоциативных состояний и параметрами Нейротизм и Экстраверсия.

Предметом исследования являлись диссоциативные состояния.

Объектом исследования являлись лица, перенесшие воздействие внешних факторов, которые могут вызвать психическую травму в том числе, профессиональные пожарные, "спасатели", сотрудники ОВД; военнослужащие, беженцы и лица, вынужденно изменившие место жительства; а также студенты и сотрудники учреждений, подвергшиеся и не подвергавшиеся воздействию потенциально психотравмирующего события; а также пациенты психиатрической клиники.

Положения, выносимые на защиту. 1) Существует взаимосвязь между выраженностью ситуативных диссоциативных состояний, являющихся реакцией на внешнее психотравмирующее воздействие, и признаками ПТСР, такими как "вторжение" и "физиологическая реактивность". Частота

возникновения диссоциативных трансситуативных состояний связана с уровнем ПТСР.

2) Диссоциация является особым механизмом психической защиты, действие которого направлено на совладание с интенсивными негативными переживаниями, вызванными воздействием экстремальных внешних факторов. Диссоциация не связана с такими механизмами психической защиты, как вытеснение, отрицание, реактивная формация и интеллектуализация.

3) Диссоциативные ситуативные состояния являются предикторами ПТСР, что выражается в более высоких оценках интенсивности перитравматической диссоциации у лиц, страдающих ПТСР, по сравнению с лицами, перенесшими аналогичное психотравмирующее воздействие, но без диагноза ПТСР.

4) Высокий уровень черты темперамента "нейротизм" способствует возникновению диссоциативных состояний, тогда как экстраверсия-интроверсия не влияет на степень доминирования трансситуативных диссоциативных состояний.

Научная новизна исследования: Впервые проведен теоретический анализ понятия "диссоциация". Получены новые данные о распределении диссоциативных состояний на "нормальной популяции". Выявлены различия в уровне интенсивности ситуативных и трансситуативных диссоциативных состояний между группой лиц с диагнозом ПТСР и группой "норма". Впервые показано, что диссоциация является механизмом психической защиты, который служит для совладания с последствиями психической травматизации.

Практическая значимость исследования Разработан Опросник для ретроспективной оценки интенсивности ситуативных перитравматических, т.е. переживаемых субъектом непосредственно при текущей психотравмирующей ситуации или сразу после ее завершения, диссоциативных состояний (ОИД). Адаптирован опросник "Шкала диссоциации" (ШД), предназначенный для оценки степени доминирования трансситуативных диссоциативных состояний. Данные, полученные с помощью этих методик, позволяют рекомендовать их

для решения задач диагностики и профилактики последствий переживаний психотравмирующих ситуаций.

Апробация работы. Работа обсуждалась на совместном заседании лабораторий посттравматического стресса и психотерапии и лаборатории когнитивных процессов Института психологии РАН, заседании проблемной комиссии "Клиническая психология" Московского НИИ психиатрии МЗ РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 201 странице машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, выводов, приложений и списка литературы. В работе содержится 34 таблицы и 15 рисунков. Список литературы насчитывает более 200 наименований, 106 из них — зарубежные.

ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе настоящей работы приведен обзор истории развития представлений о диссоциации, анализ концепций и определений понятия "диссоциация".

Впервые термин "диссоциация" используется для обозначения описательной категории, объединяющей различные симптомы и проявления нормальной психической активности, характеризующиеся раздельным, независимым протеканием психических процессов. Первые исследователи диссоциации (П. Жане, Ж.М. Шарко, Й. Брейер, З. Фрейд, К.Г. Юнг, М. Принц и др.) исходили из материала клинических наблюдений над своими пациентами, диссоциативная патология которых проявлялась в форме психогенных амнезий, состояний деперсонализации, альтернирующих личностей и т.д. В этот период была отмечена возможность связи между диссоциацией и психической травмой, так как упоминание о ней присутствовало в анамнезе у многих пациентов с диссоциативной патологией. Однако по мере того, как в клинической практике утверждались принципы психоанализа З. Фрейда и концепция шизофрении Э. Блейлера, а в западной академической психологии доминирующие позиции занимал бихевиоризм,

концепция диссоциации оказывается на периферии клинической и психологической науки. На смену интереса к проблеме диссоциации, выразившемся в росте числа публикаций случаев и эмпирических исследований в конце девятнадцатого и начале двадцатого веков, приходит почти полное забвение этой концепции.

Бурные события прошлого века, небывалые по масштабам войны и вспышки насилия, вызвавшие массовую психическую травматизацию, заставили исследователей и клиницистов вновь обратить свое внимание на проблему диссоциации. К настоящему времени накоплено довольно много клинических данных о роли диссоциации в реакции на психическую травму. В 1980 году в DSM-III (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) появляется диагностическая категория "Диссоциативные расстройства". Предпринимаются попытки создания теоретических моделей диссоциации с привлечением понятийного аппарата современной когнитивной психологии (Hilgard, 1978; Yates, Nashby, 1993).

Вместе с тем, несмотря на многолетнее официальное признание диссоциативных расстройств в DSM, а позже — в МКБ-10, в понимании концепции диссоциации отсутствует единодушие. Например, некоторые американские психиатры (Pore и др., 1999) ставят под сомнение валидность диагнозов психогенной амнезии и РМЛ/РДИ (Расстройства множественной личности/Расстройства диссоциированной идентичности). Среди европейских клиницистов сохраняется тенденция рассматривать РМЛ/РДИ либо как "американский" культуральный феномен, либо как артефакт, имеющий ятрогенное происхождение, отражающий, скорее, теоретические пристрастия диагноста, но не реально существующее расстройство. Кроме этого следует отметить, что в МКБ-10 предпринята попытка отождествления конверсионных и диссоциативных расстройств. Однако, в DSM-IV диссоциация, как таковая, определяется как нарушение связности протекания психических процессов, преходящее нарушение интегрированных в норме функций сознания, идентичности и поведения.

В изучении диссоциации также нет единого утвердившегося подхода, и о диссоциации, в зависимости от контекста, говорят как о процессе, психическом состоянии, механизме психологической защиты, психопатологическом и психиатрическом симптоме или синдроме.

В настоящей работе термин "диссоциация" относится к нарушению связности протекания психических процессов. Диссоциация является универсальным механизмом психической регуляции, действующим как в обыденных условиях, так и в экстремальных обстоятельствах. Так, в экстремальных ситуациях диссоциация может служить изоляции интенсивного негативного аффекта, разделению элементов переживания ситуации, кодированию воспоминаний на разных уровнях и участках системы памяти индивида. В условиях избытка информации диссоциация способствует разделению информационного потока на несколько составляющих, способствуя, таким образом, более эффективной ее переработке. Избыточное действие диссоциации как защитного механизма приводит к формированию диссоциативных психопатологических симптомов и синдромов. В случае диссоциативных патологических состояний психическая активность субъекта, реализующаяся в диссоциативном процессе, приобретает черты внутренней агрессии, выражающейся в насильственном разделении различных аспектов субъективного мира, в формировании внутреннего психотравмирующего фактора (Калшед, 2001).

Рассматривая диссоциацию как одну из форм нарушения связности (интегативности) протекания психических процессов, в настоящей работе мы опирались на концепцию Левитова (1964) согласно которой психическое состояние, как категория, представляет собой целостную характеристику психической деятельности за определенный период времени, в которой отражается своеобразие протекания психических процессов.

На основе анализа литературных данных можно говорить о том, что основными характеристиками диссоциативных состояний являются: а) изменения в мышлении, при которых доминируют архаические формы; б)

изменение чувства времени; в) утрата контроля над поведением; г) изменения в эмоциональной экспрессии; д) изменения образа тела; е) чувство "омоложения" или возрастная регрессия; ж) высокая восприимчивость к суггестии.

Во второй главе диссертационной работы приведены описание методов и выборок испытуемых

Всего в исследовании приняло участие 1653 испытуемых, 815 мужчин и 838 женщин. Это были сотрудники: Государственной противопожарной службы (ГПС) г. Москвы и Московской области (n=124); МЧС России (n=47); ОВД России, принимавшие участие в боевых действиях в Чечне в период 1995-6 г.г. (n=34); ОВД России, курсанты Учебного центра ГУВД г. Реутова Московская область (n=103); исследовательских институтов, ИТР (n=185), – также студенты гг. Москвы и Смоленска (n=826); беженцы и лица, вынужденно изменившие место жительства (n=60); военнослужащие Северо-Кавказского военного округа (СКВО), принимавшие участие в боевых действиях в Чечне в период 1995-6 г.г. (n=100). Опросы проводились как в индивидуальном, так и в групповом формате. Испытуемые получали брошюру с методиками, на заполнение которой уходило в среднем от полутора до трех часов.

В исследовании применяли следующие методики: Шкала клинической диагностики Посттравматического стрессового расстройства (CAPS); Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; Опросник личностных защит (LSI, Life Style Index); Личностный опросник Айзенка (EPI) Опросник жизненного опыта (Life Experience Questionnaire, LEQ; LEQ-2); Шкала диссоциации (ШД); Опросник перитравматической диссоциации (ОПД).

Третья глава посвящена описанию результатов процедуры адаптации и разработки опросников "Шкала диссоциации" и Опросника перитравматической диссоциации.

ШД представляет собой адаптированный вариант англоязычного опросника Dissociation Experience Scale, разработанного американскими учеными Е. Бернштейн и Ф. Патнемом (Bernstein, Putnam, 1986) и

предназначена для оценки частоты переживания субъектом транситуативных диссоциативных состояний. ОПД служит для оценки выраженности ситуативных диссоциативных состояний, которые индивид переживал в момент потенциально психотравмирующей ситуации. ОПД представляет собой метод для ретроспективной оценки интенсивности пережитых диссоциативных ситуативных состояний.

Описаны этапы работы над переводом ШД, апробация, оценка надежности методики (с применением методов расщепления теста пополам, тест-ретестовой надежности, вычисление параметра α -Кронбаха). Приведены данные о конструктивной валидности, критериальной валидности (см. табл. 1-2).

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения значения балла ШД.

Обследованные группы	Возраст			ШД		
	М	S.D.	N	М	S.D.	N
Юношеская возр. группа жен.	18.87	1.00	372	11.82	9.24	370
Юношеская возр. группа муж.	19.41	1.36	284	10.99	9.09	260
Группа средн. возр. первого пер. жен.	24.08	3.75	334	10.61	8.54	332
Группа средн. возр. первого пер. муж.	27.02	3.78	439	7.52	7.86	343
Группа средн. возр. втор. пер. жен.	43.77	5.03	69	6.80	6.66	68
Группа средн. возр. втор. пер. муж.	42.08	5.79	92	7.80	8.27	80

Таблица 2. Медианы, средние значения и стандартные отклонения показателя ШД, результаты теста Манна-Уитни, сравнения между группой "норма" и группой пациентов психиатрической больницы с диагнозом пизофрения.

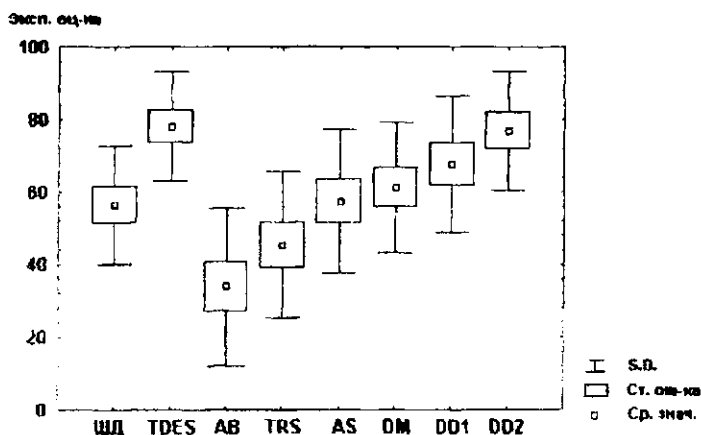
"норма"				пациенты п/б с diagn. sch				U
n	медиана	M	SD	n	медиана	M	SD	
349	7.50	9.34	7.36	21	15.36	19.18	18.36	2579*

* $p < 0.05$

Получена 6-ти факторная модель ШД, объясняющая 56% дисперсии данных. Выделены следующие факторы: Абсорбция (AB), Транс (TRS), Амнезия сегментарная (AS), Диссоциативная амнезия (DA), и два фактора, в которые вошли, в основном, проявления деперсонализации/дереализации (DD1 и DD2). В соответствии с факторной структурой опросника были определены субшкалы с соответствующими названиями.

Была проведена экспертная оценка пунктов ШД. В качестве экспертов выступили врачи-психиатры, врачи-наркологи и медицинские психологи (n=9). Эксперты оценивали уровень патологии переживаний, описанных в вопросах ШД, пользуясь шкалой интервалов, на которой оценка "0" означала "норму", а оценка "100" – крайнюю степень патологии. Наименьшие оценки, т.е. ближе к полюсу нормы, получили субшкалы Абсорбция и Транс.

Рисунок 1. Распределение факторов ШД на континууме "норма-патология" в соответствии с экспертными оценками



На рис. 1 для сравнения приведены результаты экспертной оценки субшкалы T-DES, выражающей, согласно результатам таксонометрического анализа, полученным в исследовании (Waller, Putnam, 1996), таксон патологической диссоциации. T-DES, наряду с субшкалами деперсонализации-дереализации, получила наибольшие значения экспертной оценки. Результаты экспертной

оценки показали, что диссоциативные проявления в целом расположены примерно в центре гипотетического континуума "норма-патология" и, по-видимому, могут быть отнесены к пограничным, между нормой и патологией, психическим феноменам.

Таким образом, анализ данных показал, что русскоязычная версия ШД обладает хорошей надежностью и показателями конструктивной и критериальной валидности.

Опросник перитравматической диссоциации был разработан в Лаборатории посттравматического стресса и психотерапии ИПРАН. Основу опросника составили вопросы из модуля PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) структурированного клинического интервью (СКИД) для DSM-III-R, служащие для ретроспективной оценки диссоциативных состояний, которые испытывал интервьюируемый во время психотравмирующей ситуации. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы (1-5). Результаты специального анализа продемонстрировали высокие значения надежности опросника ОПД.

В четвертой главе приведены результаты эмпирического исследования диссоциации как механизма психологической защиты.

В этом исследовании приняли участие студенты московских вузов, сотрудники Государственной противопожарной службы г. Москва (ГПС), сотрудники федерального Министерства по чрезвычайным ситуациям ("спасатели") .

Результаты корреляционного анализа по совокупной выборке показали, что наибольшее ($p < 0.001$) значение получено для коэффициента корреляции ($r = 0.37$) между общим баллом ШД и параметром LSI, оценивающим степень выраженности у субъекта механизма психической защиты по типу замещения. Значимые коэффициенты корреляции получены также и между общим баллом ШД и показателями Проекция, Компенсация и Регрессия методики LSI.

Показано, что общий балл ШД не связан с субшкалами Вытеснение и Отрицание опросника LSI. Тезис о том, что диссоциация и вытеснение

являются различными защитными механизмами, был сформулирован и теоретически обоснован Хилгардом, и результаты настоящего исследования подтверждают это положение. Отсутствие связи между диссоциацией и отрицанием, возможно, объясняется тем, что в основе последнего лежит игнорирование, отвержение, нивелирование значимости угрожающих аспектов внешней ситуации. Отрицание, как и диссоциация, является одним из ранних защитных механизмов и обычно относится к воздействию внешних факторов. Однако диссоциация не приводит к уничтожению смыслов и отвержению значения события, напротив, при диссоциации сохраняется контакт с реальностью, но за счет нарушения единства внутреннего мира субъекта.

Между общим баллом ШД и субшкалами Интеллектуализация и Реактивная формация взаимосвязей не обнаружено, что соответствует представлениям о диссоциации, как об архаичном врожденном защитном механизме, который, по мере развития индивида, заменяется более сложными механизмами психической защиты, такими как интеллектуализация и реактивная формация (Putnam, 1989). Кроме того, интеллектуализация и реактивная формация, в крайних проявлениях, составляют существо синдрома навязчивости, который, по определению, противоположен диссоциации, так как предполагает деавтоматизацию поведения и контроль над ним.

Известно, что диссоциация связана с регрессией. По сути, диссоциация, как отмечалось, является архаичным механизмом защиты и его активация уже предполагает регрессию. Это положение и данные клинических наблюдений подтверждаются результатами настоящего эмпирического исследования. Значимая взаимосвязь между замещением и проекцией, с одной стороны, и диссоциацией – с другой, может быть объяснена тем, что при проекции и замещении субъект отщепляет, отчуждает аффект, мысли и т.д.. Возможно, диссоциация является одним из элементов этих защитных механизмов. Что касается компенсации, то, (Романова, Гребенников, 1996), действие этого типа защиты проявляется в уходе в фантазирование, в игре воображения, компенсирующих объективные или мнимые недостатки, несостоятельность

субъекта. Способность погружаться в мир фантазии составляет существо диссоциативного феномена "абсорбция", что подтверждают наши данные. Показатель LSI Компенсация с наибольшим значением коэффициента корреляции связан с субшкалами ШД Абсорбция (0.26) и Транс (0.32).

Изучение роли диссоциации в реакции на психотравмирующую ситуацию было предпринято в эмпирическом исследовании, в котором приняли участие:

Сотрудники ГПС г. Москвы и Московской области (n=124); студенты (n=323); беженцы и лица, вынужденно изменившие место жительства (n=60); сотрудники МЧС России (n=47) и ОВД России, принимавшие участие в боевых действиях в Чечне в период 1995-6 гг. (n=34); военнослужащие Северо-Кавказского военного округа (СКВО), принимавшие участие в боевых действиях в Чечне в период 1995-6 гг. (n=100); сотрудники московского отраслевого исследовательского института (n=104).

На основании полученных данных были вычислены коэффициенты корреляции Спирмена между показателями Шкалы диссоциации и Шкалы воздействия травматического события (ШОВТС), а также между значениями баллов по каждому пункту ШОВТС и субшкалами ШД.

Наибольший коэффициент корреляции между общим баллом ШД и оценками по пунктам, составившим шкалу ШОВТС Вторжение получен для пункта 16, описывающего состояние, характеризующееся переживанием интенсивных негативных, неконтролируемых эмоций, связанных с травматическим опытом. Значение коэффициента корреляции между шкалой Вторжение и общим баллом ШД составило $r=0.35$. Остальные показатели ШД коррелируют с Вторжением с меньшими значениями.

Наименьшие значения коэффициентов корреляции пунктов шкалы Избегание с общим баллом ШД были получены для тех пунктов ШОВТС, которые служат для оценки произвольных усилий, направленных на избегание воспоминаний, мыслей и переживаний, связанных с психотравмирующей ситуацией ($r=0.16-0.21$).

Шкала ШОВТС Физиологическая реактивность (Ar) теснее всего связана с общим баллом ШД, а также с субшкалами ШД T-DES, TRS, Деперсонализация-дереализация-2 и Абсорбция.

Наибольшее значение коэффициента корреляции общего балла ШОВТС с параметрами ШД получено для общего балла ШД ($r=0.37$).

Для коэффициентов корреляции между параметрами ШОВТС и ОПД получены следующие значения. Шкала Вторжение – ($r=0.47$), шкала Избегание – ($r=0.46$), шкала Физиологическая возбудимость – ($r=0.45$). Значение коэффициента корреляции между общим баллом ШОВТС и ОПД составило $r=0.50$.

В табл. 3 приведены результаты сравнительного анализа показателей ОПД, ШД и CAPS для групп "норма" и ПТСР среди беженцев и лиц, вынужденно изменивших место жительства. Всего из обследованной группы беженцев ($n=60$), диагноз ПТСР был поставлен, на основании данных структурированного интервью CAPS, семи испытуемым. Среднее значение балла CAPS для группы "ПТСР" составило 61.3, что согласуется со средними значениями по CAPS, полученными в ряде зарубежных исследований для выборок испытуемых с диагнозом ПТСР. Как видно из таблицы, получены достоверно значимые различия по общему баллу ШД, а также по параметрам ШОВТС, ОПД и CAPS.

Корреляционная связь между общим баллом ОПД и параметрами ШОВТС, а также высокий уровень достоверных различий балла ОПД между группами ПТСР и "норма", полученный для выборки беженцев, свидетельствует о связи интенсивности перитравматической диссоциации с выраженностью симптомов ПТСР.

Полученные результаты подтверждают мнение, что перитравматическая диссоциация является предиктором возникновения отсроченной реакции на психическую травму в форме симптомов ПТСР. Диссоциативная активность в момент переживания экстремального события помогает индивиду справиться с невыносимыми переживаниями, снижает уровень психологической и/или

физической боли, создавая дистанцию между переживающим и наблюдающим "я" индивида.

Таблица 3. Результаты сравнительного анализа с использованием критерия Манна-Уитни для демографических характеристик и психометрических параметров между группами "норма" и ПТСР выборки беженцев и лиц вынужденно изменивших место жительства.

Демографические и психометрические параметры	ПТСР		"Норма"		U	P
	Ранг. Σ	N	Ранг. Σ	N		
Возраст	259.0	7	1571.0	53	140.0	0.2948
Образование	185.0	7	1645.0	53	157.0	0.5117
Шкала диссоциации						
Общий балл ШД	302.0	7	1528.0	53	97.0*	0.0416
Таксон патолог. дисс. (T-DES)	270.5	7	1559.5	53	128.5	0.1893
Абсорбция (AB)	221.0	7	1609.0	53	178.0	0.8629
Транс (FRS)	296.5	7	1533.5	53	102.5	0.0560
Сегм. амнезия (AS)	326.0	7	1504.0	53	73.0*	0.0096
Дисс. амнезия (DA)	300.5	7	1529.5	53	98.5*	0.0451
Дереал./деперсон. 1 (DD1)	307.0	7	1523.0	53	92.0*	0.0313
Дереал./деперсон. 2 (DD2)	293.0	7	1537.0	53	106.0	0.0672
Шкала оценки воздействия травматического события						
Вторжение (In)	330.5	7	1439.5	52	61.5*	0.0047
Избегание (Av)	341.5	7	1428.5	52	50.5*	0.0021
Физ. реакт. (Ar)	325.5	7	1444.5	52	66.5*	0.0068
Общий балл ШОВТС	339.0	7	1431.0	52	53.0*	0.0025
Опросник перитравматической диссоциации						
Общий балл ОПД	345.5	7	1424.5	52	46.5*	0.0015
Миссисипская шкала (гражданский вариант)						
MS	348.0	7	1482.0	53	51.0*	0.0020
Параметры интервью CAPS						
Частота (F)	377.5	7	1452.5	53	21.5**	0.0002
Интенсивность (I)	390.0	7	1440.0	53	9.0**	<0.0001
Общ. балл CAPS	385.0	7	1445.0	53	14.0**	0.0001

*p<0.05; **p<0.001

Согласно данным, полученным в настоящем исследовании, с диагнозом ПТСР оказались связаны перитравматические диссоциативные состояния дереализации, деперсонализации, изменения чувства времени и образа тела, а также трансовые феномены "гиперидентификации". Итогом диссоциативной активности во время психотравмирующей ситуации является нарушение образования нормальных ассоциативных связей как между отдельными

элементами воспоминаний, связанных с экстремальной ситуацией, так и между этими воспоминаниями и когнитивными структурами индивида, в которых конденсирован его жизненный опыт, что создает условия для возникновения симптомов ПТСР в будущем.

Уровень диссоциативной активности, проявляющийся в трансситуативных диссоциативных состояниях, значимо выше у лиц с диагнозом ПТСР. Это означает, что диссоциация, как защитный механизм, не позволяет индивиду соприкоснуться с болезненными воспоминаниями. Таким образом, диссоциация, с одной стороны, создает предпосылки для формирования ПТСР, а с другой – диссоциативные состояния являются составной частью отсроченной реакции на травму.

Полученные результаты подтвердили гипотезы, выдвинутые в настоящем исследовании.

В пятой главе приведены результаты эмпирических исследований взаимосвязи темпераментальных характеристик и диссоциативных состояний.

В эмпирическом исследовании взаимосвязи диссоциативных состояний и темпераментальных характеристик экстраверсии-интроверсии и нейротизма приняли участие 470 испытуемых. Все испытуемые были распределены при помощи метода кластерного анализа (метод К-средних) на 4 группы по параметрам опросника Айзенка. Четыре группы испытуемых, соответствующие четырем кластерам, были обозначены как: "холерики" ($M_{cx}=14.8$; $M_n=17.4$); "флегматики" ($M_{cx}=9.3$; $M_n=9.2$); "сангвиники" ($M_{cx}=15.4$; $M_n=9.4$); "меланхолики" ($M_{cx}=8.0$; $M_n=17.5$).

Общий балл ШД значимо выше ($p<0.001$) у группы "холериков" и "меланхоликов", по сравнению с "флегматиками" и "сангвиниками". Такая же картина наблюдается и для субшкал ШД Т-DES, Абсорбция и Деперсонализация-дереализация-2.

Две группы, соответствующие высокоэмоциональным темпераментальным типам "холерики" и "меланхолики" характеризуются значимо высокими значениями среднего балла ШД, что подтверждает

выдвинутую гипотезу. Можно говорить о том, что индивиды, склонные к более острым и продолжительным реакциям на болезненные как в психологическом, так и в физическом плане, стимулы, более склопны к образованию диссоциативных состояний. При этом фактор Экстраверсия, или, согласно Айзенку, уровень корковой активации, в самом общем случае, не играет роли, так как, согласно полученным результатам, хотя значение среднего балла ШД для группы "холериков" ($M=14.8$) и выше, чем средний балл ШД для "меланхоликов", но различия эти не являются статистически значимыми. Результаты исследования указывают, скорее, на то, что влияние фактора Экстраверсия на возникновение диссоциативных состояний является менее сильным, по сравнению с Нейротизмом, чем на отсутствие этого влияния вообще.

Проведенный корреляционный анализ (с использованием коэффициента Спирмена) показал наличие взаимосвязей между показателем Нейротизм и всеми параметрами ШД, подтверждая данные клинических наблюдений о темпераментальной обусловленности диссоциативной активности индивида.

Выводы: 1. Понятие диссоциации является контекстуально-зависимым. Диссоциацию, в зависимости от контекста, рассматривают как процесс, состояние, механизм психологической защиты. Диссоциация, прежде всего, характеризуется сепарацией, разрывом связей между отдельными психическими процессами, информационными потоками, личностными структурами. Предложено различать ситуативные и транситуативные диссоциативные состояния. Транситуативные диссоциативные состояния более выражены у лиц, переживших потенциально психотравмирующие ситуации (ППС). Перитравматическая диссоциация, возникающая как реакция на ППС, играет большую роль в формировании отсроченной реакции на ППС, которая может проявляется как симптомы ПТСР. Диссоциативные феномены расположены на континууме "норма"-патология.

2. Адаптированная методика Шкала диссоциации — русскоязычный вариант опросника Dissociation Experience Scale (DES) оказалась пригодной для

оценки диссоциативной активности субъекта, проявляющейся в трансситуативных диссоциативных состояниях. ШД обладает хорошими параметрами надежности, а также показателями критериальной и конструктивной валидности.

3. Разработанный Опросник перитравматической диссоциации зарекомендовал себя как надежный метод для ретроспективной оценки интенсивности диссоциативных состояний в момент переживания субъектом психотравмирующей ситуации. Исследования, проведенные при помощи ОПД показали, что уровень перитравматической диссоциации является важным предиктором возникновения симптомов посттравматического стрессового расстройства. Обнаружена связь между перитравматической диссоциацией и симптомами ПТСР, а также выраженностью диссоциативных трансситуативных состояний.

4. Результаты эмпирических исследований, проведенных в рамках настоящей работы, показали, что диссоциация является самостоятельным механизмом психической защиты. Диссоциация не связана с такими механизмами психической защиты, как вытеснение, отрицание, интеллектуализация и реактивная формация. Вместе с тем, существует связь диссоциации с действием таких защитных механизмов, как проекция, замещение, регрессия и компенсация.

5. Обнаружена положительная связь между диссоциативной активностью, проявляющейся в трансситуативных диссоциативных состояниях, и темпераментальной чертой "нейротизм", охватывающей проявления эмоциональной стабильности-нестабильности. Эта связь свидетельствует о том, что эмоциональная нестабильность, т.е. высокая эмоциональная реактивность на внешние стимулы, снижает "силу синтеза" и способствует возникновению диссоциативных состояний. В настоящем исследовании не выявлено значимой связи между чертой Экстраверсия-интроверсия. Степень доминирования диссоциативных трансситуативных состояний значимо выше у

лиц, относящихся к нестабильным темпераментальным типам "меланхолики" и "холерики", по сравнению с "сангвиниками" и "флегматиками".

Полученные в диссертационном исследовании результаты отражены в следующих публикациях:

1. Анализ представлений о психической травме в западной психологии. Материалы VI научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 2001 (В соавт. Кравец С.В., Надун М.А.)
2. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации DSM-IV. Материалы IV научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 1999. (В соавт. Тарабрина Н.В.)
3. Взаимосвязь интенсивности перитравматической диссоциации с выраженностью симптомов посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войны в Афганистане. Материалы научно-практической конференции "Подготовка и организация работы клинических психологов в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования" Москва, 21 апреля 2001.
4. Диагностика, профилактика и коррекция стрессовых расстройств среди сотрудников Государственной противопожарной службы МВД России. Методическое пособие. М. 1999 (В соавт. Марьин М.И., Ловчан С.И., Леви М.В. и др.)
5. Диссоциация и посттравматический стресс // Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макаруч Л.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В., СПб.: Питер, С. 76-94, 2001 (В соавт. Тарабрина Н.В.)

6. Изучение признаков посттравматического стресса у студентов. Материалы IV научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 1999. (В соавт. Тарабрина Н.В., Соловьева П.В.)
7. Кросс-культурное исследование диссоциативных феноменов. VII Международная конференция "Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф", Минск Республика Беларусь, 2000. (В соавт. Тарабрина Н.В., Метелев А.В., Иконникова М.Е., Елутаев Я.Ю.)
8. Методический комплекс для выявления групп риска развития посттравматических стрессовых расстройств среди сотрудников МЧС. Материалы научно-практической конференции "Проблемы подготовки кадров для пожарной охраны", Москва, 1998 (В соавт. Марьин М.И., Леви М.В., Тарабрина Н.В.)
9. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций // Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макаруч А.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В., СПб.: Питер, С. 140-145, 2001 (В соавт. Тарабрина Н.В. и др.)
10. Опросник перитравматической диссоциации. Материалы III научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 1998. (В соавт. Тарабрина Н.В.)
11. Последствия травматического стресса, связанного с профессиональной деятельностью, у пожарных / Брушлинский А.В., Журавлев А.Л. (ред.) Современная психология: состояния и перспективы исследований. Часть I. Общая психология, психология труда и инженерная психология. Материалы юбилейной научной конференции ИП РАН, 28-29 января 2002 г. М.: Изд-во

- ИП РАН, С. 207-230, 2002. (В соавт. Тарабрина Н.В., Марьин М.И., Леви М.В., Ловчан С.И.)
12. Психическая травма: разрушение базовых убеждений личности // Современная психология: состояния и перспективы. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИПРАН, 28-29 января 2002г. отв. ред. А.В. Брушлинский, А.П. Журавлев / М.: Изд. "Институт психологии РАН", 2002, Т1, С. 290. (В соавт. Падун М.А.)
13. Психологические особенности посттравматического стресса у спасателей. Материалы IV научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 1999. (В соавт. Тарабрина Н.В., Захарова Л.М.)
14. Психологические последствия вынужденной миграции. V Международная конференция "Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф", Минск Республика Беларусь, 1998. (В соавт. Тарабрина Н.В., Хаскельберг М.Г.)
15. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс. Труды ИП РАН, Москва, 1997 (В соавт. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.В., Миско Е.А.)
16. Психометрический профиль лиц, переживших травму. Тезисы доклада IV Международной конференции "Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф", Минск, Республика Беларусь, 1997. (В соавт. Тарабрина Н.В.)
17. Связь между интенсивностью аффекта во время потенциально психотравмирующей ситуации (ПТС) и психологическими последствиями ППС. Материалы VI научно-практической конференции "Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход". Пермь, 2001. (В соавт. Ермаков Т.В., Киселева Е.В.)

18. Шкала диссоциации // Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макарчук А.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В., СПб.: Питер, С. 197-208, 2001 (В соавт. Тарабрина Н.В.)
19. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical Administered Scale – CAPS) // Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макарчук А.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В., СПб.: Питер, С. 118-124, 2001 (В соавт. Тарабрина Н.В. и др.)
20. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R – IOES-R) // Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макарчук А.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В., СПб.: Питер, С. 125-139, 2001 (В соавт. Тарабрина Н.В. и др.)
21. Эмпирические исследования диссоциации // Современная психология: состояния и перспективы. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИПРАН, 28-29 января 2002г. отв. ред. А.В. Брушлинский, А.П. Журавлев / М.: Изд. "Институт психологии РАН", 2002, Т1, С. 242.
22. Relationship Between Peritraumatic Dissociation and Severity of the Long-term Psychopathology. Proceeding for the XIII annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1997, Montreal, Quebec, Canada (В соавт. Tarabrina, N.V., Lasko N.B.)
23. Trauma responses among Moscow firefighters. Proceeding for the XIV annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, November, 1998, Washington, USA. (В соавт. Tarabrina, N.V., Levy, M.V., Maryin, M.I., Kotenev, I.O., Lasko, N.B., Orr S.P.)

