

2)эмоциональные значения,

3)физиологические реакции.

Поэтому посттравматические структуры боязни образуются через связь эмоционально чрезвычайно значимого раздражителя с одним или многими когнитивными элементами и физиологической реакцией. Эта связь происходит в форме продолжительной активации всех структур памяти. В результате возникает легко активируемая структура боязни, объединяющая много элементов (лишь слабо ассоциируемых с травмой фактов). Однажды возникшая структура боязни легко может активироваться ключевыми раздражителями, поскольку имеются сформированные ассоциативные связи. Тем более, если присутствует повторная непосредственная угроза жизни.

Чем больше элементов включает структура боязни, чем интенсивнее травматическое воздействие, тем более если она носит повторяющийся характер, тем чаще она активируется ключевыми раздражителями и тем сильнее выражается посттравматическая симптоматика. Так симптомы вторжения основаны на активации соответствующих элементов. Спонтанное формирование структуры боязни после переживания травмы является, по мнению Фоа и Козака вполне нормальным и непатологическим процессом. Меж тем в патологическом случае происходит спонтанная редукция структуры боязни в первые дни или недели после травмы и она сохраняет влияние на поведение.

В зависимости от представленной модели модификация устойчивых структур боязни возможна полная и разносторонняя мысленная конфронтация, когда все виды элементов – факты, эмоции, реакции организма – терапевтически активируются, и в результате достигается угашение активированного страха. Существует ряд данных экспериментальных исследований (McNally, Kaspi), которые подтверждаются и проведенными нами исследованиями, утверждающих, что у пациентов с ПТСР с повторяющейся травмой по сравнению с индивидами без ПТСР после травмы и здоровыми испытуемыми развивается избирательно повышенное внимание к относящимся к травме раздражителям (шорохи, фотографии, понятия). Здесь также важно отметить роль «оживлений», которые обладают свойством «здесь-и-сейчас» и не включают чувство прошлого, как это характерно для автобиографических воспоминаний, где присутствуют несвязные и фрагментированные элементы прошлого. В норме автобиографические воспоминания сохраняются в памяти в упорядоченном и абстрагированном виде и распределяются по лично релевантным темам и периодам времени, что способствует живому и эмоциональному повторному переживанию.

В рамках своей теории «двойной репрезентации» Бревин (Brewin,2001) считает, что в психологии памяти можно различать вербально доступные и ситуационно доступные воспоминания. Вербально доступные воспоминания содержат значения события, а также информацию о чувствах и реакциях тела. Ситуационно доступные воспоминания, напротив, состояются из элементов сенсорных впечатлений и непосредственных, соразмерных чувствам интерпретаций ситуации – в наших исследованиях повышенное чувство страха в момент повторяющейся травмы. Они не вызываются осознанно или интенционально. Ситуационно доступные воспоминания не могут просто измениться или встраиваться в рассказ как вербально доступные. У индивидов с ПТСР ситуационно доступные воспоминания являются доминирующими воспоминаниями о травме - из 368 респондентов подобные воспоминания выявлены у 61%.

Теория двойной репрезентации травматических событий подразумевает, что ПТСР является расстройством двух процессов: первого, включающего формирование негативных когниций и сопутствующих им эмоций, и второго, касающегося появления «оживлений»-flashbacks. Генезис должен объединять оба процесса. Для коррекции первого процесса должны редуцироваться негативные эмоции, возникающие на фоне когнитивной репрезентации травмы, - это происходит путем психической переработки травмы вновь доступным чувством контроля и интеграцией новых видов информации в уже имеющиеся концепции и убеждения. Для устранения второго процесса должно завершиться автоматическое реактивирование ситуационно доступных воспоминаний – для этого должны включаться новые ситуационно доступные воспоминания, замещающие прежние, относящиеся к травме, а также обеспечиваться редуцирование перевозбуждения и негативной аффективности, которые способствуют спонтанному активированию относящихся к травме воспоминаний. Согласно проведенным нами психотерапевтическим мероприятиям образование

новых, ситуационно доступных воспоминаний происходит во время терапевтической экспозиции травмы.

На основе описанных моделей, опираясь на разработки Элерса и Кларка и на собственные исследовательские данные мы можем выделить основные положения развития и поддержания продолжительного течения ПТСР с основным упором на объяснения сохраняющихся симптомов страха, а также таких сильных эмоций, как раздражение, стыд и печаль (таблица 4).

Когнитивная модель устойчивой угрозы повторяющегося травматического воздействия.

	Интерпретация травмы и ее последствий приводит к устойчивому восприятию угрозы и ущерба	
1	Интерпретации вероятности новой травмы	Я нигде не чувствую себя в безопасности
	Собственные переживания поведения во время травмы	Я заслужил, чтобы со мной происходило плохое
	Негативно интерпретируемые начальные симптомы	Я мертв внутри
2	Специфика «травматической» памяти и ее включение в другие автобиографические воспоминания – «травматическая память»	<ul style="list-style-type: none"> • Свойство вторжений «здесь-и-сейчас»; • Эмоции без воспоминаний – соматические реакции или эмоции переживаются без осознанного воспоминания о травме; • Недостаточная переработка автобиографической памяти
3	Когнитивные изменения и нарушения поведения	Подавление мыслей, вытеснение невольных мыслей и вторжений. Чрезмерные меры предосторожности и безопасное поведение

С помощью методов анализа в качестве признака «травматической памяти» была выявлена высокая степень неорганизованности памяти при повторяющемся травматическом воздействии (фрагментирование, «прыжки», повторы) – 41% из общего числа испытуемых. Степень диссоциации воспоминаний (частое замешательство, изменение чувства времени) – 27% - также приводилось в качестве подтверждения изменений памяти. Посттравматические когнитивные изменения – 36%, усиленно используемое подавление мыслей и устойчивое убеждение в своей неполноценности – 23%, - выявилось также у респондентов с повторяющимися травматическими воздействиями.

Способы и формы лечения последствий травматического события, особенно повторяющегося, могут оказывать влияние на выздоровление. В США исследователи ПТСР указывали, что старые хроники о днях побед союзников в Европе и Японии с танцующими на улицах людьми, с почестями вернувшимся со Второй мировой весьма отличались от телевизионных репортажей о возвращении из Вьетнама. Студенты на демонстрациях позорили вернувшихся из Вьетнама. Тогда впервые было выдвинуто предположение, что столь разные встречи имели влияние на род и вид рассмотрения ветеранами своего опыта. То же самое подтвердили и наши исследования, свидетельствующие о том, что на интерпретацию травматического события влияет то, как окружающие реагируют на травму, что и служит основой к тому, чтобы пострадавший смог поделиться своим опытом и реакциями или же уединиться и отгородиться от других.

Аналогично когнициям и стратегиям разрешения социальная поддержка может влиять как на предшествовавшие события, так и на посттравматические реакции. Знание еще до инцидента, что существует поддержка семьи и друзей, окружающих знакомых или незнакомых людей, может влиять

на степень переживания произошедшего, на то, какое это оказывает влияние. Если известно, что собственные семья или друзья в прошлом не помогали, а даже мешали, то выживший после травмы попытается справиться с ситуацией в одиночку. Можно говорить, что неоптимальные отношения в обыденной жизни могут быть приемлемыми, пока дело не доходит до чрезвычайных ситуаций. В периоды сильного стресса и травматических событий усиливается потребность в поддержке других, и тогда становится очевидной недостаточность связей, а взаимодействие с другими превращается в дополнительный стрессовый фактор.

Как показывает описание приема возвращавшихся с разных войн на родину солдат, социальное признание тех, кто имел чрезвычайно тяжелый опыт, может в разной степени повлиять на психическое самочувствие после травмы, а в благоприятном случае смягчить психические стрессы и симптомы. Поэтому в качестве психологического конструкта, исследующего социальные аспекты преодоления травмы, Мюллером была разработана концепция «общественного признания жертв/выживших» (Maercker, Muller, 2004). С помощью этого конструкта можно установить, в какой степени травмированный получает выражение сочувствия от окружения, понимание его особого положения, признаются ли особенности переживаний и ощущений после травматического события, а также выражается ли уважение достижениям по преодолению. В наших исследованиях важным был предыдущий опыт подобных отношений с 1994г. до апреля 2016г., который рассматривался как в пределах семьи, так и в кругу коллег и друзей, а также общественности, н-р, города, общины или села. Таким образом, общественное признание является первым существенным этапом для повторного прорабатывания травмы.

Второй конструкт также нацелен на область социального взаимодействия. Он основан на описанном Пеннебейкером (Pennebaker, 1995) наблюдении, что семейный или социальный климат определяет, сколько жертвы рассказывают близким или референтным лицам о травматических событиях и их последствиях. С помощью специально разработанного опросника по обсуждению травматического опыта (см.гл.2), основанного на социально-психологической концепции раскрытия, выявилось, что у индивидов, способных открыто говорить о травме, симптоматика меньше. Клинико-психологический конструкт обсуждения травматического опыта включает несколько параметров: стремление высказаться, скрытность и эмоциональные реакции при рассказе. Стремление высказаться и скрытность не являются взаимоисключающими, что соответствует коммуникативному поведению переживших травму, которые часто испытывают усиленное желание поговорить о травме, но одновременно не делают этого из опасения «сделать все еще хуже» или, часто встречающегося в нашем социуме, «стыдно говорить, что испугался». Тем не менее, пациенты с ПТСР с повторяющимся травматическим воздействием в среднем имеют более высокие показатели стремления высказаться – 57%, скрытности и эмоциональных реакций при рассказе – 43%, чем перенесшие травму индивиды без ПТСР.

Психологическое вмешательство при оказании помощи после травматического события ставит целью предотвращение ПТСР и поддержание процессов преодоления. Для психологической поддержки целесообразно проведение последующего обсуждения как на групповых, так и на индивидуальных сеансах – так называемый дебрифинг.

Дебрифинг (последующее обсуждение) стресса, вызванного критическим событием – Critical Incident Stress Debriefing – CISM, Mitchell, Everly, 1998. CISM состоит из единственного, однократного обсуждения, которое длится 2-3 часа и имеет четкую структуру с семью фазами:

1. Введение – формальности и цель обсуждения;
2. Фаза фактов – обобщающее сообщение о произошедшем;
3. Фаза мыслей – выражение тягостных мыслей во время происшествя;
4. Фаза реакций или чувств – выражение переживаний самых ужасных событий;
5. Фаза воздействия – выражение установленных к себе изменений;
6. Информация – о типичных посттравматических симптомах;
7. Завершение.

В отношении структурированного дебрифинга существуют рандомизированные исследования контрольных групп, где условием вмешательства был CISM, а контрольное условие состояло в повторных измерениях. Полученные данные показали, что субъективное принятие и оценка

дебрифинга участниками весьма высоки – 58,3%, переживание по поводу CISD оценивалось преимущественно как освобождающее и помогающее. Важным фактором здесь также явились феномены конфронтации с травмой и ее экспозиция.

Конфронтация с травмой и экспозиция травмы в данном контексте употребляются в качестве синонимов. При этих методах речь идет о прочувствовании и повторной активации относящихся к травме воспоминаний и раздражителей. Конфронтация с травмой является методом *in sensu* (в воображении). Целью здесь ставится уменьшение симптоматики ПТСР, снижение частоты спонтанных «вторжений» и минимизация выраженности избегающего поведения. Обычно пережившие травму не имеют спонтанной готовности еще раз точно представить, что произошло, так как опасаются или уже имеют опыт, что их захватят болезненные воспоминания. Поэтому в начале необходимо, особенно при терапии ПТСР, установить приемлемую терапевтическую связь.

Другой проблемой в начале терапии может быть то, что индивид не способен спонтанно заговорить о своем тяжелом опыте и переживании. Связанные с расстройством когнитивные и эмоциональные изменения, - избегание мыслей и чувств, чувство отчуждения,- способны уже изначально осложнить описание травматических событий или даже сделать это невозможным. Сюда же добавляется то, что проговаривание событий обычно провоцирует такие сильные эмоции, как страх, ужас, беспомощность, стыд и вина. При начальном неосторожно форсированном опросе о травматическом событии возникает опасность *ретравматизации* - нетерапевтическое «перечисление» травматических событий без возможности психической переработки. Однако, с другой стороны при слишком медленном рассмотрении травмы возникает опасность, что пациент переживет разочарование из-за демонстрации избегающего поведения самим терапевтом. Решение заключается во взвешенном подходе, при котором терапевт ободряет пациента обозначить свои переживания, когда он захочет и сколько захочет. Важно прежде всего создать чувство признания и принятия как перенесшего травму индивида.

Множество контролируемых психотерапевтических исследований, а также обобщающие метаанализы показали, что эффективность психотерапии ПТСР можно считать подтвержденной (Deutschsprachige Gesellschaft For Psychotraumatologie, DeGPT,2001; International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS,2000). Наше метааналитическое исследование включало 38 терапевтических исследований с 63 психотерапевтическим или фармакологическим условием. Результаты метаанализа показали, что психологические подходы имели значительно меньшие показатели прерывания, чем фармакотерапия – 16 или 30%. Среди психотерапевтических подходов как кратковременная, так и продолжительная когнитивно-поведенческая терапия имели преимущества - 59%,- относительно контрольных условий использования только методов релаксации и традиционных антидепрессантов. Для интегрированной психодинамически-когнитивной терапии при ПТСР эффекты были удовлетворительны, хотя и на значительно меньшей базе – 17%. В психофармакологии лишь селективные ингибиторы возврата серотонина давали столь же хорошие показатели улучшения, как и психотерапевтические методы, но в таком случае есть риск прекращения позитивного действия в связи с отменой препаратов. Однако, длительные катамнестические исследования для психофармакологических препаратов, применяющихся при ПТСР, у нас отсутствуют.

Вмешательство при повторяющихся посттравматических стрессовых расстройствах является быстроразвивающейся областью. Особенно необходимы основополагающие исследования в области раннего вмешательства, чтобы при всех наилучших намерениях психотерапевта не нанести вред травмированному индивиду побочными воздействиями уже существующих методов. Дополнения к представленным методам можно ожидать в области переработки печали и горя, поскольку у переживших войны или военные действия, которые утратили близких, представленные психотерапевтические подходы приемлемы лишь отчасти.

Կարինե Խաչատրյան
ԱրՊՀ մանկավարժության և հոգեբանության ամբիոնի ասպիրանտ
email: Karina_1318@mail.ru

ԵՐԵՔ ՏԱՐԵԿԱՆԻ ՃԳՆԱԺԱՄԻ ԴԵՏԵՐՄԻՆԱՆՏՆԵՐԸ
(ՏԵՍԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ՓՈՐՁ)

Երեք տարեկանի ճգնաժամը համարվում է անձի հոգեւոցիալական զարգացման խիստ կարևոր շրջան: Ճգնաժամի ճիշտ հաղթահարումը կարևոր է ոչ միայն երեխայի հուզական-պահանջմունքային ոլորտի, այլև նրա հոգեկան զարգացման համար: Որո՞նք են այն առանցքային դետերմինանտները, որոնք ծնում են երեք տարեկանի ճգնաժամը: Այս հարցադրման կոնտեքստում՝ հիմք ընդունելով խնդրո առարկայի մասին գիտատեսական ուշագրավ տեսակետները, փորձ է արվել ներկայացնել երեք տարեկանի ճգնաժամի և դրա ունեցած ներգործության նկարագիրը:

Ճգնաժամի հաղթահարումն առնչվում է դաստիարակող բոլոր ինստանցիաների մշակված ու կիրառության մեջ դրված բոլոր այն նորմերի ու սկզբունքների պահպանման հետ, որի արդյունքում երեք տարեկանը կարող է հաղթահարել կամ չհաղթահարել այն: Ճգնաժամի հաղթահարումը կարելի է կապել արժեհամակարգային ճիշտ դրդիչների, երեխայի վարքի ճիշտ դրդապատճառվածության հետ:

Բանալի բառեր-ճգնաժամ, երեք տարեկաններ, ինքնագնահատական, նորագոյացություն, ընդդիմություն, ինքնագիտակցություն, դետերմինանտ, ինքնակամություն, արժեզրկում, նեգատիվիզմ:

Карине Хачатрян
Аспирант кафедры педагогики и психологии АрГУ

ДЕТЕРМИНАНТ ТРЕХЛЕТНЕГО КРИЗИСА
(ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ)

Кризис трехлетнего возраста считается крайне важным периодом духовно-социального развития личности. И правильное преодоление кризиса важно не только для эмоциональной сферы и потребностей ребенка, но и его духовного развития. Каковы те ключевые детерминанты, которые порождают кризис трехлетнего возраста? В контексте такой постановки вопроса, приняв за основу заслуживающие внимания научно-теоретические взгляды по данному вопросу, автором была сделана попытка представить картину кризиса трехлетнего возраста и оказываемого им воздействия.

Преодоление кризиса связано с соблюдением разработанных и введенных в применение всех тех норм и принципов занимающихся задачами воспитания инстанций, в результате которого трехлетний ребенок может преодолеть или не преодолеть его. Преодоление кризиса можно связать с правильными побудителями системы ценностей и правильной мотивированностью поведения ребенка.

Ключевые слова - кризис, трехлетние дети, самооценка, новообразование, возражение, самосознание, детерминант, своеволие, обесценивание, негативизм.

Karine Khachatryan
Postgraduate of Pedagogy
and Psychology Chair of ArSU

THE DETERMINANTS OF THREE-YEAR-CRISIS
(THEORETICAL ANALYTICAL EXPERIENCE)

The three-year-crisis is considered to be a most important period of personal psychosocial development. The exact overcoming of crisis is important not only for child's sphere of emotions and requirements, but also for his psychological development. What are the key determinants which create three-year-crisis? In this statement of a question taking these scientific standpoints as a principal, we make an effort to present three-years-crisis and its description of influence.