

СТРЕССОРНАЯ НАГРУЗКА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

© 2014 Т.Д.Азарных

Воронежский государственный университет инженерных технологий

Статья поступила в редакцию 25.04.2014

Целью исследования являлось изучение влияния пережитых тяжелых стрессов (стрессорная нагрузка) на выраженность посттравматического стресса (ПТС) в юношеском возрасте с учетом фактора пола. Исследования проведены на студентах высших учебных заведений г. Воронежа в возрасте 18 – 20 лет. Установлено, что независимо от пола существует связь между тяжестью течения ПТС и количеством пережитых стрессов, а также степенью их актуализированности.

Ключевые слова: посттравматические стрессы, юношеский возраст, пол.

Посттравматические стрессы (ПТС), крайней выраженностью которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникают в срок от одного до шести месяцев после стрессов, связанных с переживанием страха, ужаса или беспомощности, и включают весь спектр нарушений психики¹. ПТСР имеет следующий комплекс симптомов: повторяющееся воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и чувств, вызывающее тяжелые эмоциональные реакции (флэшбэк-эффекты); постоянное избегание стимулов, связанных с событием; оцепенение, эмоциональная блокировка; возрастающее напряжение и возбуждение, сопровождающиеся нарушением социальной адаптации². При этом ПТСР в 80 % случаев встречается совместно с депрессией, тревожными расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ³. Частота встречаемости ПТСР среди гражданского населения составляет 12 % у женщин и 6 % у мужчин⁴, среди участников боевых действий – 17 %⁵. Эти цифры ставят вопрос о выяснении причин, ведущих как к формированию ПТС, так и к утяжелению его течения. Одним из таких факторов может быть количество пережитых стрессов. Поскольку ПТСР впервые

был обнаружен и изучен у комбатантов (участников боевых действий), то и наличие такой связи впервые установлено именно у них. В частности, у комбатантов тяжесть боевого опыта, определяемая по количеству пережитых стрессовых ситуаций, связана с вероятностью возникновения ПТСР⁶. Позднее показано также, что у женщин с онкологическими заболеваниями тяжесть ПТС коррелирует с количеством пережитых тяжелых стрессов⁷. Однако эти исследования проведены на взрослых выборках. Исследования по взаимосвязи ПТС и пережитых стрессов в юношеском возрасте отсутствуют. Кроме того сами ПТС юношеского возраста невоенного генеза являются практически не изученными. Все это свидетельствует об актуальности проведенного исследования.

Целью исследования являлось изучение связи между стрессорной нагрузкой и тяжестью ПТС в юношеском возрасте с учетом фактора пола. Гипотезой исследования являлось предположение о том, что стрессорная нагрузка связана прямой зависимостью с тяжестью течения ПТС. Исследования проведены на студентах высших учебных заведений г. Воронежа инженерных и экономических специальностей в возрасте 18 – 20 лет. Всего в исследовании приняло участие 1457 чел., из них в группе с ПТС 457 девушек и 144 юноши, в контрольной – 549 и 286 соответственно. Определялись следующие показатели: уровень 1) ПТС по двум специфичным для него шка-

^о Азарных Татьяна Дмитриевна, кандидат биологических наук, доцент кафедры философии.

E-mail: azarnykh_t@mail.ru

¹ Тарабрина Н.В. Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. В 2 ч. – Ч.1. Теория и методы. – М.: 2007. – С.13 – 14.

² Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Фoa Э.Б., Кина Т.М., Фридмана М.Дж. – М.: 2005. – С.29.

³ Эффективная терапия – С.15.

⁴ Эффективная терапия – С.30 – 31.

⁵ Тарабрина Н.В. Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии – С.37.

⁶ Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. – 1997. – Т.18. – № 2. – С.34 – 49.

⁷ Тарабрина Н.В. Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2007. – Т.28. – № 4. – С.5 – 14.

лам а) Миссисипская шкала, гражданский вариант (MS) (Т.М.Keane)⁸ и б) шкала оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) (М.Ж.Ноговитз)⁹, 2) депрессии BDI (А.Бек)¹⁰, 3) психопатологической симптоматики SCL-90-R в виде девяти симптомокомплексов соматизации SOM, обсессивности-компульсивности О-С, межличностной сензитивности INT, депрессии DEPR и дополнительной шкалы ее дифференциальной диагностики ADD, тревожности ANX, враждебности HOS, фобической тревожности PNOB, паранойяльности PAR, психотизма PSY, а также трех индексов – положительных ответов PST, общей тяжести GSI и симптоматического дистресса PSDI (L.R.Derogatis)¹¹, 4) стрессорная нагрузка (количество стрессов КС, общий балл стрессов ОБС) по опроснику LEQ¹². Согласно этому опроснику фиксируется наличие в истории жизни тяжелых стрессов, связанных с криминальными событиями (кражи, ограбления), природными катастрофами и общими травмами (аварии, стихийные бедствия, несчастные случаи), ситуациями физического и сексуального насилия, смертью близких, разводом родителей, наличием в семье человека с эмоциональными нарушениями, (в том числе зависимостью от психоактивных веществ). При этом фиксируется как наличие самого стресса, так и его влияние на жизнь в течение последнего календарного года по пятибалльной шкале. Во всех случаях после стресса, приведшего к формированию ПТС, прошло не менее полугода. В качестве контрольной служила группа, в которой были стрессы из списка LEQ, но ПТС не сформировался. Все данные представлены в виде средней арифметической (М) и стандартного отклонения (SD), однако при определении статистической разницы между группами использовался непараметрический критерий U Манна-Уитни, поскольку данные в выборке не соответствуют законам нормального распределения (определяемому по критерию Колмогорова-Смирнова). Определялись также коэффициенты ранговой корреляции по Спирмену (r_s). Разница между коэффициентами корреляций вычислялась по формулам для зависимых и независимых выборок¹³. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS (версия 13).

⁸ Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. В 2 ч. – Ч.2. Бланки методик. – М.: 2007. – С.43 – 46.

⁹ Тарабрина Н.В. Практическое руковод..... – С.36 – 38.

¹⁰ Тарабрина Н.В. Практическое руковод..... – С.53 – 54.

¹¹ Тарабрина Н.В. Практическое руковод..... – С.47 – 52.

¹² Тарабрина Н.В. Практическое руковод..... – С.64 – 69.

¹³ Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. 3-е изд. – СПб.: 2008. – С.151 – 153.

Установлено, что самыми частыми причинами ПТС у девушек являются смерть близких (38,4 %), сексуальное насилие или его попытки (15,3 %), другие виды агрессии (10,9 %), у юношей – смерть близких и агрессия (в равных долях по 25,7 %). Полученные данные совпадают с результатами эпидемиологических исследований американских психиатров, согласно которым 30 % ПТСР дает неожиданная смерть близких¹⁴.

О том, что эти стрессы приводят к формированию ПТС, свидетельствует актуальный психоэмоциональный статус личности. Так, независимо от пола в группе с ПТС по сравнению с контрольной выше уровень как специфичной для ПС MS, так и симптомокомплексов, индексов SCL-90-R и депрессии BDI, ее субшкал А-С, S-P (таб. 1). В свою очередь уровень всех изученных показателей как при ПТС, так и в контрольной группе выше у девушек по сравнению с юношами за тремя исключениями. Так, в группе с ПТС отсутствует статистически значимая разница в выраженности MS, а также аффективно-когнитивной субшкалы А-С депрессии BDI, в контрольной группе – в выраженности симптомокомплекса PAR. Сопоставление с литературными данными показывает, что уровень депрессии в группе ПТС характеризуется как умеренно выраженная независимо от пола¹⁵. По остальным изученным параметрам в литературе отсутствуют данные по выраженности их при ПТС в юношеском возрасте, однако нормативные данные по студентам без учета фактора пола есть¹⁶. Сравнение с ними показывает, что все полученные данные даже у юношей выше, чем нормативные.

Таким образом, у девушек по сравнению с юношами при ПТС существует разница в выраженности одной из специфичных для ПТС IES-R и отсутствует по второй – MS, уровень же всех остальных показателей у них выше. Но эта же разница между полами есть и в контрольной группе, поэтому нельзя говорить о том, что ПТС у девушек протекает тяжелее, чем у юношей, правильнее говорить о вообще более высокой реактивности женщин. В связи с этим встает вопрос о гиподиагностике ПТС у мужчин. Иначе говоря, ПТС у мужчин могут оказаться нераспознанными, т.к. рассмотрение групп без учета фактора пола приводит к тому, что нормативные показатели относительно мужчин оказываются завышенными.

¹⁴ Эффективная терапия – С.31.

¹⁵ Тарабрина Н.В. Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство – С.170.

¹⁶ Тарабрина Н.В. Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство – С.149; 165 – 168.

Таб. 1. Уровень MS, IES-R, симптомокомплексов SCL-90-R, депрессии BDI при ПТС и в контрольной группе с учетом фактора пола

Показатели		Девушки					
		ПТС		Контрольная группа (КГ)		Достоверность разницы между группами ПТС – КГ	
		М	SD	М	SD	U	p#
ПТС	MS	93,7	21,08	75,5	11,89	59734,5	,000
	IN	16,2	8,87	–	–	–	–
	AV	20,0	8,04	–	–	–	–
	AR	13,4	8,63	–	–	–	–
	IES-R	49,6	22,20	–	–	–	–
SCL-90-R, симптомо-комплексы	SOM	0,93	0,635	0,48	0,391	71736,0	,000
	O-C	1,12	0,692	0,58	0,43	67072,0	,000
	INT	1,25	0,779	0,72	0,529	75800,5	,000
	DEPR	1,12	0,739	0,53	0,436	64864,0	,000
	ANX	1,06	0,752	0,45	0,426	62139,0	,000
	HOS	1,00	0,738	0,48	0,422	71594,5	,000
	PHOB	0,55	0,572	0,2	0,277	75377,0	,000
	PAR	1,06	0,748	0,48	0,438	67400,5	,000
	PSY	0,71	0,629	0,28	0,331	70404,5	,000
	ADD	0,89	0,688	0,39	0,396	68541,0	,000
SCL-90-R, индексы	PST	49,31	19,689	30,78	17,009	62506,5	,000
	PSDI	1,67	0,487	1,3	0,305	68655,0	,000
	GSI	0,93	0,566	0,47	0,319	61030,5	,000
Депрес-сия	A-C	8,1	6,21	3,7	3,52	69257,0	,000
	S-P	4,4	3,62	2,1	2,13	76052,5	,000
	BDI	12,6	9,10	5,7	5,09	66076,0	,000
Стрессор-ная на-грузка	KC	5,1	3,26	3,0	2,00	75471,5	,000
	ОБС	15,9	12,26	6,9	5,74	58057,0	,000
N	–	478	–	549	–	–	–

Таб.1. Продолжение

Показате-ли	Юноши						Достоверность разницы между полами			
	ПТС		Контрольная группа (КГ)		Достоверность разницы между группами ПТС – КГ		ПТС		КГ	
	М	SD	М	SD	U	p	U	p	U	p
MS	92,3	20,41	73,3	11,22	8449,0	,000	33498,0	,627	70693,0	,018
IN	11,2	8,04	–	–	–	–	23053,5	,000	–	–
AV	17,0	8,68	–	–	–	–	27655,0	,000	–	–
AR	9,4	7,06	–	–	–	–	24900,5	,000	–	–
IES-R	37,7	21,14	–	–	–	–	23597,0	,000	–	–
SOM	0,7	0,591	0,32	0,293	11743,0	,000	26080,5	,000	57919,0	,000
O-C	0,93	0,702	0,48	0,429	11716,5	,000	27800,0	,000	66148,5	,000
INT	0,96	0,718	0,49	0,42	11786,0	,000	26219,5	,000	56968,0	,000
DEPR	0,84	0,66	0,33	0,324	10169,0	,000	26292,5	,000	55161,5	,000
ANX	0,71	0,669	0,23	0,278	9881,0	,000	23934,5	,000	52329,5	,000
HOS	0,81	0,773	0,33	0,371	11397,5	,000	27835,5	,000	59799,5	,000
PHOB	0,38	0,487	0,12	0,185	12397,5	,000	27700,0	,000	66041,5	,000
PAR	0,94	0,754	0,43	0,425	11284,0	,000	30532,5	,039	72877,5	,085
PSY	0,57	0,596	0,18	0,243	10494,5	,000	29285,0	,007	61848,5	,000
ADD	0,69	0,718	0,29	0,31	12471,0	,000	26837,5	,000	66203,0	,000
PST	41,35	21,113	22,47	15,409	9625,5	,000	26291,0	,000	55311,0	,000
PSDI	1,49	0,463	1,21	0,314	11559,5	,000	26793,0	,000	63317,0	,000
GSI	0,75	0,568	0,32	0,249	9290,5	,000	26751,0	,000	55572,5	,000
A-C	7,0	5,47	3,1	3,09	10588,5	,000	31166,0	,109	71691,5	,041
S-P	3,3	3,23	1,3	1,90	11749,0	,000	27726,0	,001	58209,0	,000
BDI	10,4	8,11	4,4	4,36	10107,0	,000	29275,0	,009	65594,0	,000
KC	5,7	3,22	3,1	2,15	10319,0	,000	29683,0	,012	77013,5	,645
ОБС	15,9	11,30	6,0	4,89	7456,0	,000	33877,0	,0775	72282,0	,059
N	144	–	286	–	–	–	–	–	–	–

Примечание: # – здесь и далее везде ноль перед запятыми опущен

В группе с ПТС по сравнению с контрольной независимо от пола выше также стрессорная нагрузка, определяемая как по количеству пережитых стрессов КС, так и по общему баллу стрессов ОБС. При этом между полами статистически значимая разница установлена только в группе с ПТС: количество стрессов больше у юношей, т.е.

стрессорная нагрузка при ПТС у них выше. Независимо от пола между общим баллом стрессов ОБС и выраженностью обеих специфичных для ПТС MS, IES-R и ее субшкал, а также депрессии BDI и ее субшкал, симптомокомплексов, индексов SCL-90-R установлена корреляционная связь (таб. 2).

Таб. 2. Коэффициенты корреляций между стрессорной нагрузкой и уровнем ПТС, а также симптомокомплексов SCL-90-R, депрессии BDI

Показатели		Девушки					Юноши				
		КС		ОБС		p (r _{ОБС} - r _{КС}) [^]	КС		ОБС		p (r _{ОБС} - r _{КС}) [^]
		r _{КС}	p	r _{ОБС}	p		r _{КС}	p	r _{ОБС}	r _{КС}	
ПТС	MS	,35	,000	,40	,000	,002	,25	,002	,37	,000	,001
	IES-R	,28	,000	,35	,000	,000	,12	,162	,31	,000	–
	IN	,25	,000	,33	,000	,000	,08	,372	,29	,000	–
	AV	,20	,000	,25	,000	,007	,08	,324	,21	,013	–
	AR	,27	,000	,34	,000	,000	,11	,172	,32	,000	–
SCL-90-R, симптомокомплексы	SOM	,36	,000	,39	,000	–	,23	,006	,29	,000	–
	O-C	,32	,000	,35	,000	,032	,19	,025	,25	,003	–
	INT	,30	,000	,33	,000	,046	,17	,048	,20	,016	–
	DEPR	,36	,000	,40	,000	,009	,18	,027	,27	,001	,035
	ANX	,35	,000	,39	,000	,013	,29	,001	,39	,000	,007
	HOS	,31	,000	,35	,000	,012	,27	,001	,28	,001	–
	PHOV	,28	,000	,31	,000	–	,16	,054	,24	,004	–
	PAR	,37*	,000	,40*(*)	,000	,039	,17	,045	,18	,035	–
	PSY	,34	,000	,37	,000	–	,19	,020	,24	,004	–
ADD	,34	,000	,38*	,000	,019	,11	,192	,20	,018	–	
SCL-90-R, индексы	PST	,37*	,000	,41	,000	,024	,20	,018	,25	,002	–
	GSI	,38	,000	,42	,000	,020	,25	,003	,31	,000	–
	PSDI	,35	,000	,38	,000	,016	,28	,001	,35	,000	,048
Депрессия	BDI	,36	,000	,39	,000	–	,35	,000	,41	,000	–
	A-C	,33	,000	,36	,000	–	,32	,000	,37	,000	–
	S-P	,35	,000	,37	,000	–	,33	,000	,40	,000	–
N	–	478	–	478	–	–	144	–	144	–	–

Примечания: достоверность разницы между полами с вероятностями: * – p < 0,05, *(*) – p = 0,01; ^ – достоверность разницы между коэффициентами корреляций

Кроме того у девушек корреляционная связь установлена также по всем изученным показателям с количеством стрессов. При этом по большинству показателей, в частности по специфичным для ПТС MS, IES-R и ее субшкалам, а также всем индексам SCL-90-R и симптомокомплексам O-C, INT, DEPR, ANX, HOS, PAR, шкале ADD коэффициенты корреляций выше по общему баллу стрессов, чем по количеству стрессов. Это значит, что на тяжесть течения ПТС, а также выраженность симптомокомплексов оказывает влияние количество пережитых стрессов, но в большей степени – общий балл стрессов, отражающий степень их актуализированности для личности. У юношей коэффициентов корреляций по количеству стрессов меньше, чем по общему баллу стрессов. В частности, они отсутствуют по специфичной для ПТС IES-R и ее субшкалам, а также по симптомокомплексу PHOV и шкале ADD. Кроме того, коэффициенты различны по величине: выше по общему бал-

лу стрессов ОБС, чем по количеству стрессов КС только по MS, симптомокомплексам DEPR, ANX, индексу PSDI. Это значит, что у юношей, как и у девушек, в большей степени на тяжесть течения ПТС оказывают влияние неdezактуализированные стрессы, а не просто пережитые. Коэффициенты корреляций только в единичных случаях имеют статистически значимую разницу между полами. Так, у девушек выше коэффициенты корреляций между количеством стрессов, общим баллом стрессов и симптомокомплексом PAR, между количеством стрессов и индексом PST, между общим баллом стрессом и шкалой ADD. Таким образом, судя по количеству коэффициентов корреляций и их разнице в величине между полами, можно сделать вывод о том, что связь между всеми изученными показателями по количеству стрессов сильнее у девушек, по общему баллу стрессов правильнее говорить о тенденции к более сильной связи у девушек. Таким образом, пережитые стрессы и в большей

степени их общий балл оказывают влияние на течение самого ПТС, определяемого по выраженности специфичных для него MS, IES-R, а также на выраженность депрессии BDI и симптомокомплексов SCL-90-R. В свою очередь ме-

жду специфичными для ПТС MS, IES-R и всеми симптомокомплексами, индексами SC-90-R, а также депрессией BDI и ее субшкалами независимо от пола установлена положительная корреляционная зависимость (таб. 3).

Таб. 3. Коэффициенты корреляций между специфичными для ПТС MS, IES-R и симптомокомплексами SCL-90-R, депрессией BDI

Показатели		Девушки				Юноши			
		MS		IES-R		MS		IES-R	
		R _{MS}	p	R _{IES-R}	p	R _{MS}	p	R _{IES-R}	p
SCL-90-R, симптомо- комплексы	SOM	,517	,000	,427	,000	,506	,000	,472	,000
	O-C	,591	,000	,422	,000	,622	,000	,541	,000
	INT	,527	,000	,336	,000	,591	,000	,384	,000
	DEPR	,639	,000	,485	,000	,645	,000	,555	,000
	ANX	,613	,000	,527	,000	,567	,000	,606	,000
	HOS	,593	,000	,426	,000	,485	,000	,426	,000
	PHOB	,553	,000	,447	,000	,510	,000	,398	,000
	PAR	,497	,000	,405	,000	,522	,000	,397	,000
	PSY	,561	,000	,436	,000	,563	,000	,500	,000
ADD	,609	,000	,510	,000	,557	,000	,487	,000	
SCL-90-R, индексы	PST	,641	,000	,506	,000	,648	,000	,569	,000
	GSI	,612	,000	,463	,000	,667	,000	,577	,000
	PSDI	,586	,000	,451	,000	,570	,000	,456	,000
Депрессия	BDI	,706	,000	,431	,000	,669	,000	,544	,000
	A-C	,671	,000	,404	,000	,638	,000	,520	,000
	S-P	,590	,000	,363	,000	,580	,000	,472	,000
N	–	478	–	478	–	143	–	143	–

Это значит, что чем тяжелее течение ПТС, определяемое по выраженности MS и IES-R, тем он в большей степени «нагружен» симптомокомплексами и депрессией. При этом между самими симптомокомплексами и индексами также установлена положительная корреляционная связь: коэффициенты корреляций между общим индексом тяжести GSI (определяемого как частное от деления суммы баллов всех положительных ответов на число вопросов в тесте) и симптомокомплексами находятся в диапазоне от 0,74 до 0,85 у девушек и от 0,70 до 0,90 у юношей. Это значит, что при ПТС выше уровень не одного отдельно взятого симптомокомплекса, а всех одновременно. Иначе говоря, тяжело текущие ПТС сопровождаются одновременно присутствующими фобиями (страхами), тревожностью (дрожью, паникой и ожиданием негативных вариантов развития событий), депрессией (сниженным настроением, отсутствием энергии, сил и удовольствия от жизни), обсессивностью-компульсивностью (переживанием мыслей, импульсов, действий как непрерывных, непреодолимых и чуждых Я), соматизацией (телесными болями и недомоганиями), межличностной сензитивностью (чрезвычайной чувствительностью и негативными ожиданиями в любых коммуникациях), враждебностью (агрессией, раздражительностью, гневом, негодованием), паранойяльностью (подозрительностью, страхом потери независимо-

сти), психотизмом (одиночеством, ощущением, что с телом и рассудком не все в порядке), а также нарушениями сна и пищевого поведения. Следует отметить, что такая «спаянность» симптомокомплексов отмечается и другими исследователями ПТСР как военного, так и невоенного генеза¹⁷ и позволяет говорить о единой картине течения ПТС в разных возрастных группах.

Таким образом, чем тяжелее течение ПТС (выше MS, IES-R), тем он в большей степени «нагружен» совместно присутствующими симптомокомплексами SCL-90-R и депрессией BDI. Поэтому в данном случае можно говорить о том, что тяжело текущие ПТС в юношеском возрасте независимо от пола «нагружены» также психопатологической симптоматикой и депрессией.

Сопоставляя данные таб. 2 – 3, можно говорить о том, что чем выше стрессорная нагрузка, тем тяжелее течение ПТС, определяемое не только по выраженности специфичных для него MS, IES-R, но и коморбидных симптомокомплексов и депрессии. При этом в большей степени на тяжесть ПТС оказывает влияние общий балл пережитых стрессов, чем их количество. Однако с общим баллом стрессов ситуация не такая простая, как с их количеством. Если не брать в рассмотрение теорию виктимной лично-

¹⁷ Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: Автореф. дис. докт. мед. наук. – СПб.: 2008. – 36 с.

сти, то количество пережитых стрессов не зависит от личности, а вот степень их актуализированности может быть связана как с личностными, так и с темпераментальными особенностями. В таком случае возможны следующие варианты: либо недеактуализированные прошлые стрессы увеличивают риск формирования ПТС, либо ПТС актуализирует прошлые стрессы. О том, что второй вариант может иметь место, свидетельствуют слова самих студентов, переживающих ПТС, о том, что «сразу все вспомнилось и навалилось». В настоящее время существует несколько теорий, которые могут объяснить этот феномен. Во-первых, об этом говорили еще психоаналитики, когда утверждали, что ПТСР есть активация детских психотравм¹⁸. Естественнонаучным доказательством этих утверждений является теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей Р.Питмена¹⁹. Другим доказательством является теория условнорефлекторного научения, открытая И.П.Павловым.

Пережитые стрессы оказывают влияние не только на течение самого ПТС. В ранее опубликованных результатах исследования, проведенного на этой же выборке, показано, что при тяжело текущих ПТС выше процент девушек и юношей, имеющих суицидальные идеации (мысли)²⁰, которые психиатрами рассматриваются как инициальная стадия суицидального поведения и фактор риска самих суицидов²¹. Кроме того в группе с тяжело текущим ПТС выше также выраженность алкогольного поведения²². Речь идет об алкогольном поведении, а не об алкоголизме в силу того, что алкогольная зависи-

мость в этом возрасте в большинстве случаев просто не успевает сформироваться²³.

Таким образом, количество пережитых стрессов и степень их актуализированности являются факторами, утяжеляющими течение ПТС. Пережитые тяжелые стрессы могут длительное время оставаться латентными, но при определенных обстоятельствах могут быть актуализированы. Обнаруженные закономерности позволяют говорить о том, что одним из путей снижения тяжести текущего ПТС является дезактуализация пережитых стрессов, т.е. их психологическая проработка. Не исключено, что дезактуализация пережитых стрессов может быть и превенцией ПТС, поскольку психометрический диагноз ПТС и ПТСР ставится при наличии определенного балла по специфичным для них шкалам.

¹⁸ Эффективная терапия – С.212 – 218.

¹⁹ Тарабрина Н.В. Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство – С.33.

²⁰ Азарных Т.Д. Суицидальные идеации и профиль личности при посттравматических стрессах в юношеском возрасте с учетом фактора пола // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2014. – Т.1. – Вып.1. – С.104-107.

²¹ Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д.Вассерман; пер. Е.Ройне. – М.: 2005. – С.77 – 78.

²² Азарных Т.Д. Посттравматические стрессы и употребление алкоголя в юношеском возрасте // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – Т.9. – № 2. – С.20.

²³ Шамрей В., Лытаев А. Аддиктивное поведение у лиц призывного возраста (обзорная статья) // Юбилейная научная сессия «Психоневрология в современном мире» 14 – 18 мая 2007. – СПб.: 2007. – С.127 – 134.

STRESS LOAD AND POSTTRAUMATIC STRESS AT JUVENILE AGE

© 2014 T.D.Azarnykh^o

Voronezh State University of Engineering Technologies

The aim of the study was to investigate the influence of experienced severe stress (stress load) on the posttraumatic stress severity (PTS) at juvenile age, taking into account the gender factor. Students of Voronezh higher educational institutions at the age of 18 – 20 years were under investigation. The results of the research show that in spite of gender differences, there is a link between the severity of PTS and stress relevance and a number of stresses experienced.

Key words: posttraumatic stress, juvenile age, gender.

^o Tatjana Dmitriewna Azarnykh, Candidate of the biological sciences, Associate professor of the department of philosophy. E-mail: azarnykh_t@mail.ru