

Н. Е. Харламенкова, Д. А. Проценко¹

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И ЕЕ СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТАХ²

Целью исследования стал анализ взаимосвязи уровня посттравматического стресса и типов социальной поддержки у людей среднего и старшего возраста. Показано, что в более молодом возрасте уровни посттравматического стресса и социальной поддержки не превышают средних значений, а связь между ними имеет характер обратной зависимости. В старшем возрасте интенсивность посттравматического стресса становится существенно выше, а характер связи с уровнем социальной поддержки — менее однозначным. Выявленная в старшем возрасте сопряженность высокого уровня посттравматического стресса и высокого уровня социальной поддержки указывает на недостаточность (нефункциональность) социальной поддержки в этом возрасте. Библиогр. 28 назв. Табл. 5

Ключевые слова: посттравматический стресс, социальная поддержка, типы социальной поддержки, средний возраст, старший возраст.

N. E. Kharlamenkova, D. A. Protsenko

SOCIAL SUPPORT AND ITS RELATION WITH THE LEVEL OF PSYCHOLOGICAL TRAUMATIZATION IN DIFFERENT AGES

The analysis of the relation between the level of post-traumatic stress and types of social support in middle-aged and older is the aim of this investigation. It is shown that at a younger age level of post-traumatic stress and social support does not exceed the average values, and the relationship between them has the character of an inverse relationship. At older ages, the intensity of post-traumatic stress becomes much higher, and the nature of the relationship with the level of social support – not so simple. The conjugation of high level of post-traumatic stress and high levels of social support, revealed in the older age, indicates a deficiency or dysfunction of social support at this age. Refs 28. Tables 5.

Keywords: post-traumatic stress, social support, the types of social support, middle age, older age.

В гуманитарных науках широко обсуждается проблема социальной поддержки как важнейшего ресурса, средствами которого обеспечивается нормальное функционирование человека в социуме. Существенную роль социальная поддержка играет в детско-родительских отношениях, когда ребенок получает от близких людей помощь в решении своих актуальных задач. Без родительской поддержки возникает угроза фрустрации базовых потребностей ребенка, угроза его физическому

Харламенкова Наталья Евгеньевна — доктор психологических наук, профессор, Институт психологии РАН, Российская Федерация, 129366, Москва, Ярославская ул., д. 13, корп. 1; nataly.kharlamenkova@gmail.com

Проценко Дарья Александровна — психолог, Социально-реабилитационный центр «Аврора», Российская Федерация, 123100, Москва, ул. Анатолия Живова, д. 1; dalesha79@yandex.ru

Kharlamenkova Natalya Evgenyevna — Doctor of psychological Sciences, Professor, Institute of Psychology RAS, 13, korp. 1, Iaroslavskaiia ul., Moscow, 129366, Russian Federation; nataly.kharlamenkova@gmail.com

Protsenko Darya Alexandrovna — graduate of Private educational institution (PEI) of higher vocational education “Higher School of Psychology (University)” (PEI HVE HSP), 1, ul. Anatoliia Zhivova, Moscow, 123100, Russian Federation; dalesha79@yandex.ru

¹ В сборе эмпирических данных также принимали участие Ю. В. Быховец, Л. Ш. Мустафина, Н. Н. Казымова, Е. Н. Дымова, Н. Е. Шаталова.

² Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 13-06-00537.

и психическому здоровью, приводящая к развитию психосоматических и иных расстройств [1].

Социальная поддержка удовлетворяет определенные потребности человека: в близости, доверии, защите, помощи, информации, разрядке, общении и пр. Для сохранения здоровой психики, полноценного личностного развития человек должен иметь постоянный и регулярный доступ к социальной поддержке, ему необходимо разделять с кем-то трудности и радости, испытывать удовлетворенность отношениями, построенными на основе взаимопонимания и взаимопомощи [2].

Социальная поддержка предоставляет человеку недостающие ресурсы (в том числе и материальные), что существенно снижает ощущение незащищенности, беспомощности, чувство одиночества. Поддержка помогает человеку гармонично интегрироваться в общество, создает и укрепляет связи с другими людьми и группами, способствует повышению самооценки.

Позитивная роль социальной поддержки выявлена при лечении соматических заболеваний [3], при совладании со стрессом на работе [4], в семье [5]; изучены особенности социальной поддержки при алекситимии [6] и других психических особенностях и заболеваниях [7–9].

Иногда сам факт доступности социальной поддержки является ресурсом. Человек, зная, что он может в любой момент получить поддержку от близких и значимых людей, легче справляется с ситуацией. В данном случае социальная поддержка относится к сфере внутренних ресурсов, поскольку базируется на прошлом и успешном опыте. И наоборот, невозможность получения социальной поддержки еще больше дезорганизует человека, а чувство изоляции на ранних этапах травматизации усугубляет симптомы протекания стресса.

В современных психологических исследованиях значительное внимание уделяется совладанию со стрессом, а также преодолению нежелательных последствий, вызванных влиянием на человека *стрессоров высокой интенсивности*. Одним из таких психологических последствий является посттравматический стресс [10–12]. Поддержка ближайшего окружения, а также людей, способных профессионально помочь травмированному человеку пережить драматическое событие, снижает риск развития длительных посттравматических реакций на стрессор, который продолжает переживаться актуально. Известно, что работа с людьми, пережившими сложную стрессовую ситуацию, ее проговаривание и обсуждение в первые часы после события помогают справиться с угрозой отсроченного влияния стрессора [13; 14]. Социальная поддержка способствует переоценке события, поскольку во время взаимодействия с другими людьми человек получает доступ к чужому опыту, что помогает ему качественно улучшить собственные поведенческие модели.

В зарубежных исследованиях показано, что воспринимаемая человеком безопасность является модератором связи социальной поддержки и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после пережитого события [15], также установлено, что по тому, как воспринимается социальная поддержка, можно предсказать уровень депрессии [16], учитывая половую и расовую принадлежность субъекта [17].

Значительный объем проводимых в настоящее время исследований посвящен роли социальной поддержки в развитии ПТСР у ветеранов войны [18], а также мирных жителей [19].

В исследовании О. Нутманн-Шварц и др. сравнивался уровень ПТСР у городских и сельских жителей разного возраста после непрерывных ракетных атак. Также учитывался вклад отдельных ресурсов (социально-демографических переменных) и социальных факторов (например, места проживания, чувства принадлежности к определенному сообществу). Результаты показали, что в целом у пожилых людей уровень посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) выше, чем у молодых людей. Тем не менее место жительства, а также индивидуальные и социальные ресурсы, как показало исследование, влияют на уровень ПТСР больше, чем возраст участников [19]. Также было установлено, что на развитие ПТСР влияет социальная близость людей, например их совместное проживание. Обнаружено, что ПТСР может развиваться не только у супругов, имеющих реальный военный опыт, но и у их партнеров, не имеющих такого опыта, а это значит, что уровни ПТСР обоих супругов взаимосвязаны [20].

Влияние различных социальных факторов, в том числе и социальной поддержки, на снижение симптомов ПТСР во многом зависит от целого ряда побочных переменных, одной из которых является возраст. Данные многочисленных исследований показывают, что уровень ПТСР меняется от более молодого к старшему поколению [21; 22]; изменяются характер и интенсивность социальной поддержки. Если в период средней взрослости преобладают взаимовыручка, доверительные отношения, поиск помощи, основой которых является схожесть опыта и стоящих перед разными людьми задач — профессиональных, социальных, мировоззренческих, то в старшем возрасте отношение к социальной поддержке становится иным. Это изменение вызвано сужением социальных контактов, потерей интереса к разнообразному и тесному общению, уплотнением иерархии потребностей у достаточно большого числа людей старшего возраста. Немаловажную роль в этих изменениях играет ухудшение здоровья, которое ограничивает ресурсы человека, влияет на мотивационно-потребностную сферу личности, на предпочтения, вкусы, жизненные приоритеты. Изменения могут быть связаны и с недоверием к другим людям, с наличием негативного опыта в получении социальной поддержки, с неумением попросить о помощи, особенно при переживании человеком последствий влияния на него стрессоров высокой интенсивности, которое в старшем возрасте принимает кумулятивный характер.

Говоря о *возрастных различиях* в социальной поддержке, нельзя не коснуться вопроса о возможных *когортных различиях* между группами людей, взросление которых приходилось на разные исторические периоды развития общества. Действительно, интенсивные социальные изменения, которые произошли в России за последние два с лишним десятилетия, создали условия для появления межпоколенческих различий в системе ценностей, потребностей, нравственных ориентиров. При этом наряду с определенной динамикой социальных и этических ценностей отмечается и их стабильность, обусловленная многовековыми культурными особенностями российской ментальности. Целый ряд исследований, проводившихся в области социальных представлений (К. А. Абульханова, Т. П. Емельянова, Н. А. Смирнова (Александрова), М. И. Воловикова, И. А. Джидарьян и др.), показал, что социальные репрезентации россиян о порядочном человеке, о счастье, об умном человеке и т. д. устойчиво включают в себя социально-этический фактор (ассоциации «скромный», «доброжелательный», «добрый», «честный», «помогает

другим») [23]. В исследованиях социальных представлений об умном человеке, проведенных в начале 1990-х годов, а затем в 2004 и в 2010 гг. с использованием метода поперечных срезов, убедительно показано, что социально-этические характеристики входят в ядро социальных репрезентаций и не смещаются на периферию ни в одной из обследуемых групп [24]. «Устойчивость ядра может объясняться тем, что динамика структур как субъективного опыта, так и культуры имеет своей основой наслоение новых элементов на ранее сформированные, а не замену старых новыми» [25, с. 235], а это значит, что *социальная поддержка*, которая включается респондентами в социально-этический фактор, менее всего подвержена влиянию глобальных перемен, происходящих в обществе, и ее динамика во многом может быть обусловлена возрастом и связанным с ним изменением уровня социальной активности человека.

Для понимания того, как меняются уровень посттравматического стресса и его связь с разными типами социальной поддержки в старшем возрасте по сравнению со средним возрастом, было предпринято настоящее исследование.

Целью исследования является анализ взаимосвязи уровня посттравматического стресса и типов социальной поддержки у людей среднего и старшего возраста.

Гипотезы исследования: 1) существует тесная обратная связь между уровнем посттравматического стресса как одного из психологических последствий влияния на человека стрессоров высокой интенсивности и уровнем социальной поддержки; 2) характер связи между уровнем посттравматического стресса и типом социальной поддержки различен в среднем и старшем возрасте.

В исследовании приняли участие 179 человек, из которых 87 человек — люди среднего возраста, 45 мужчин и 42 женщины (распределение по возрасту внутри группы: 30–35 лет — 25 чел., 36–40 лет — 25 чел., 41–45 лет — 22 чел., 46–54 года — 15 чел.) и 92 человека — люди старшего возраста, 34 мужчины и 58 женщин (распределение по возрасту внутри группы: 55–60 лет — 31 чел., 61–65 лет — 27 чел., 66–70 лет — 15 чел., 71–75 лет — 11 чел., 76–80 лет — 8 чел.). Контроль переменной «пол» выявил лишь различие между мужчинами и женщинами старшего возраста в части инструментальной поддержки ($p=0,045$). Отсутствие существенных различий по полу позволило проверять гипотезы без учета этого фактора.

Методики исследования. Для проверки гипотез исследования были использованы следующие методики.

1. *Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ)* в адаптации Н. В. Тарабриной и др. [26] основан на самоотчете и предназначен для оценки влияния на личность психических травм, предшествующих актуальной травме. Охватывая жизненный путь с раннего детства до настоящего момента, методика дает возможность определить степень влияния события на актуальное состояние человека. Фиксируются количество и характер травматических событий и степень их влияния в настоящем. Опросник состоит из четырех разделов: криминальные события (грабежи, кражи), природные катастрофы и общие травмы, ситуации физического и сексуального насилия, другие события. По результатам опросника подсчитывается Индекс травматизации (ИТ). Уровень ИТ выше 3 свидетельствует о наличии признаков посттравматического стресса (ПТС), от 2 до 3 — группа риска, ниже 2 — отсутствие признаков ПТС.

2. *Миссисипская шкала — гражданский вариант (Mississippi Scale)* в адаптации Н. В. Тарабриной и др. [26]. Методика позволяет оценить степень выраженности посттравматических реакций у людей, не принимавших участия в боевых действиях. Опросник включает 39 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале, в соответствии с предпочтениями респондента. Оценка результатов проводится путем суммирования баллов по двум типам шкал: прямой и обратной. Итоговая сумма показывает степень воздействия собственного травматического опыта на респондента.

Изначально опросник разрабатывался для людей, побывавших в зоне боевых действий [27], а потом был адаптирован для гражданского населения. При этом он имеет высокие показатели внутренней согласованности (0,91) и тест-ретестовой надежности (0,87).

Миссисипская шкала была создана на основе *MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). 30 вопросов образуют три основные шкалы, которые соотносятся с тремя группами симптомов ПТСР согласно DSM-III: 11 вопросов первой шкалы описывают симптомы группы вторжения, 11 вопросов второй шкалы — симптомы группы избегания, 8 вопросов третьей шкалы — симптомы возбудимости. Оставшиеся вопросы описывают симптомы, относящиеся к чувству вины и суицидальным наклонностям.

3. *Опросник социальной поддержки F-SOZU-22* Г. Зоммера и Т. Фюдрика (*G. Sommer, T. Fydrich, 1993*) в адаптации А. Б. Холмогоровой и Г. А. Петровой [2].

Опросник содержит ряд утверждений с ответами от «совсем не соответствует» до «полностью соответствует» и включает следующие шкалы: эмоциональная поддержка (наличие позитивного чувства близости, доверия и общности); инструментальная поддержка (возможность получения важной, полезной информации, получения помощи в решении проблем, в домашних, учебных делах, материальной помощи); удовлетворенность социальной поддержкой (степень удовлетворенности респондента вниманием и пониманием других людей, его оценка этих отношений как безопасных, доверительных); социальная интеграция (наличие круга значимых людей и людей с общими интересами, а также степень включенности опрашиваемого человека в этот круг, ощущение человеком собственной значимости для данной группы лиц). Подсчитываются баллы по отдельным шкалам и общий балл по всему опроснику.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ *Statistica 8.0*; использовались U-критерий Манна — Уитни, критерий Спирмена (r_s), H-критерий Крускала — Уоллиса, кластерный анализ (*k-means clustering*).

Анализ и обсуждение результатов. Для проверки первой гипотезы о том, что существует тесная обратная связь между уровнем посттравматического стресса как одного из психологических последствий влияния на человека стрессоров высокой интенсивности и уровнем социальной поддержки, был подсчитан коэффициент корреляции между общим показателем Миссисипской шкалы (МШ), индексом травматизации (ИТ) опросника *LEQ* и показателями опросника «Социальная поддержка». Была выявлена положительная корреляция между общим показателем МШ и индексом травматизации *LEQ*: $r_s=0,39$ при $p=0,00$, а также отрицательные корреляции показателей МШ и шкал опросника «Социальная поддержка»: эмоциональная

поддержка ($r_s = -0,21$), социальная интеграция ($r_s = -0,32$), удовлетворенность поддержкой ($r_s = -0,32$) при $p \leq 0,05$. Связь показателя МШ с инструментальной поддержкой не обнаружена ($r_s = -0,065$). При сравнении двух возрастных групп выявлены значимо более высокие уровни посттравматического стресса — по общему показателю МШ ($U = 2516,5$, $p = 0,00$), индексу травматизации ($U = 2902,0$, $p = 0,002$), количеству травматических событий ($U = 2943,0$, $p = 0,003$) — и эмоциональной поддержки ($U = 3241,0$, $p = 0,03$) в группе респондентов старшего возраста. В целом можно утверждать, что первая гипотеза исследования нашла свое подтверждение.

Для проверки второй гипотезы были рассчитаны коэффициенты корреляции между показателями посттравматического стресса и типами социальной поддержки внутри возрастных групп. Результаты соответствовали тем тенденциям, которые были выявлены на общей выборке респондентов, и не позволили выявить специфику связи уровня посттравматического стресса и типов социальной поддержки при учете фактора возраста.

Для дальнейшей проверки второй гипотезы вся выборка ($n = 179$) была разделена на пять возрастных групп (30–39 лет; 40–49 лет; 50–59 лет; 60–69 лет; 70–80 лет), которые сопоставлялись между собой по анализируемым показателям. В результате сравнения первых двух возрастных групп по показателям посттравматического стресса и типам социальной поддержки различия между группами выявлены не были. Между последними двумя группами различия были выявлены только по уровню посттравматического стресса с помощью МШ ($U = 291,5$, $p = 0,02$). Эти данные позволили принять решение о делении выборки на три группы: 1-я группа — респонденты в возрасте 30–46 лет ($n = 73$), 2-я группа — респонденты в возрасте 47–59 лет ($n = 38$), 3-я группа — респонденты в возрасте 60–80 лет ($n = 68$).

С помощью критерия Крускала — Уоллиса три возрастные группы были дифференцированы по показателям посттравматического стресса: МШ ($H = 19,2$, $p = 0,0001$), количеству травматических событий ($H = 6,1$, $p = 0,047$), суммарному влиянию травматических событий ($H = 11,5$, $p = 0,003$) и индексу травматизации ($H = 10,8$, $p = 0,0045$), — а также по показателям социальной поддержки: эмоциональной поддержке ($H = 8,2$, $p = 0,016$), инструментальной поддержке ($H = 6,7$, $p = 0,03$) и по общему суммарному баллу опросника «Социальная поддержка» ($H = 11,3$, $p = 0,0035$). Различия по шкалам «Социальная интеграция» и «Удовлетворенность поддержкой» отсутствуют. Важно отметить, что использование приемов описательной статистики позволило выявить интересную закономерность: уровень посттравматического стресса связан с возрастом линейно (а именно, уровень ПТС выше в старшем возрасте), тогда как связь уровня социальной поддержки с возрастом имеет вид инвертированной U-образной зависимости, которая по всем показателям выше в период 47–59 лет, по сравнению с респондентами 30–46 и 60–80 лет.

Попарное сравнение групп респондентов с помощью критерия Манна — Уитни показало, что первая и вторая группы различаются по всем показателям посттравматического стресса и социальной поддержки, кроме шкалы «Удовлетворенность поддержкой», причем уровень посттравматического стресса и социальная поддержка выше в возрасте 47–59 лет по сравнению с периодом 30–46 лет. В старшем возрасте (60–80 лет) уровень посттравматического стресса выше по сравнению с двумя более молодыми группами, а уровень социальной поддержки не отличается от группы 30–46-летних, но ниже по сравнению с группой 47–59-летних.

Анализ корреляции уровней посттравматического стресса и социальной поддержки в разных возрастах (табл. 1) показал, что в возрасте 30–46 лет эта связь наиболее тесная: уровень посттравматического стресса связан со всеми типами социальной поддержки, кроме инструментальной поддержки, сопряженность которой с ПТС не была выявлена ни в одном возрасте.

Таблица 1. Корреляция уровней посттравматического стресса (МШ) и социальной поддержки в разных возрастах

Показатели социальной поддержки	Возраст		
	30–46 лет	47–59 лет	60–80 лет
Эмоциональная поддержка	-0,26*	-0,3	-0,26*
Инструментальная поддержка	0,09	-0,09	-0,12
Социальная интеграция	-0,37*	-0,3	-0,34*
Удовлетворенность поддержкой	-0,39*	-0,35*	-0,22
Суммарный бал по опроснику «Социальная поддержка F-SOZU-22»	-0,37*	-0,35*	-0,29*

Примечание: *Различия значимы на уровне $\leq 0,05$.

В возрасте 47–59 лет связи уровня ПТС с социальной поддержкой ослабевают: выявлены значимые корреляции ПТС только с удовлетворенностью поддержкой и суммарным баллом по опроснику «Социальная поддержка». В старшем возрасте связь опять становится наиболее тесной: выявлены корреляции ПТС с эмоциональной поддержкой, социальной интеграцией и суммарным баллом по опроснику «Социальная поддержка». Полученные данные подтверждают вторую гипотезу исследования. Для уточнения полученных результатов в трех возрастных группах по общему показателю МШ, индексу травматизации (ИТ), типам и суммарному показателю социальной поддержки был дополнительно проведен кластерный анализ данных. Предварительно, с целью оценки уровня выраженности каждого из показателей, были рассчитаны средние значения, медиана, нижний и верхний квартили (табл. 2).

Таблица 2. Описательная статистика (среднее значение, медиана, нижний и верхний квартили) показателей посттравматического стресса и социальной поддержки по всей выборке (n=179)

Показатели	Среднее значение	Медиана	Нижний квартиль	Верхний квартиль
МШ	80,7	78,0	69,0	90,0
ИТ	2,4	2,25	1,7	3,0
Эмоциональная поддержка	36,5	38,0	32,0	42,0
Инструментальная поддержка	17,2	17,0	15,0	19,0
Социальная интеграция	28,6	29,0	26,0	32,0
Удовлетворенность поддержкой	5,2	5,0	4,0	6,0
Суммарный показатель по опроснику «Социальная поддержка»	87,1	91,0	79,0	97,0

В возрасте 30–46 лет 49% выборки (3-й кластер) составляют респонденты с низким уровнем посттравматического стресса и средними значениями по показателям социальной поддержки (табл. 3). Менее частотными, но весомыми оказались кластер со средними значениями по ПТС и низкими значениями по социальной поддержке (2-й кластер) и кластер со средними (с тенденцией к высоким) значениями по ПТС и средним уровнем социальной поддержки (1-й кластер).

Таблица 3. Средние значения показателей в выделенных кластерах в возрасте 30–46 лет

Показатели	Кластеры		
	1-й кластер	2-й кластер	3-й кластер
МШ	85,5 ср.	80,3 ср.	67,1 низ.
ИТ	2,5 ср.	2,2 ср.	1,9 ср.
Эмоциональная поддержка	38,6 ср.	30,8 низ.	37,8 ср.
Инструментальная поддержка	17,5 ср.	14,5 низ.	17,4 ср.
Социальная интеграция	28,7 ср.	26,05 низ.	30,1 ср.
Суммарный показатель	89,3 ср.	74,7 низ.	91,0 низ.
Количество респондентов (n=73)	15 чел. (21%)	22 чел. (30%)	36 чел. (49%)

Примечание: низ. — низкий, ср. — средний, выс. — высокий уровень.

Следует отметить, что в целом в выборке 30–46-летних людей уровень социальной поддержки при низком значении ПТС остается на среднем уровне, однако у некоторых респондентов (2-й кластер) при среднем уровне ПТС социальная поддержка оказывается низкой. Возможно, это связано с наличием у данной группы других источников совладания с посттравматическим стрессом, либо это — группа риска, которая по каким-то причинам не получает социальной поддержки. Данный вывод нуждается в дополнительной проверке.

В возрасте 47–59 лет соотношение уровня посттравматического стресса и социальной поддержки меняется: 60,5% выборки (2-й кластер) — респонденты со средним уровнем ПТС и высокими значениями социальной поддержки (табл. 4). При этом интересно отметить, что 23,5% выборки — люди с высокими значениями ПТС и крайне низкими значениями социальной поддержки (3-й кластер).

Таблица 4. Средние значения показателей в выделенных кластерах в возрасте 47–59 лет

Показатели	Кластеры		
	1-й кластер	2-й кластер	3-й кластер
МШ	105,3 выс.	71,2 ср.	91,6 выс.
ИТ	3,4 выс.	2,3 ср.	3,3 выс.
Эмоциональная поддержка	38,2 ср.	41,2 выс.	29,9 низ.
Инструментальная поддержка	23,0 выс.	19,5 выс.	14,3 низ.
Социальная интеграция	31,3 выс.	31,5 выс.	24,8 низ.
Суммарный показатель	96,2 выс.	97,7 выс.	73,2 низ.
Количество респондентов (n=38)	6 чел. (16%)	23 чел. (60,5%)	9 чел. (23,5%)

Небольшая группа этого возраста — респонденты с очень высокими значениями ПТС и высокими значениями социальной поддержки (1-й кластер). Выделенные связи ПТС и социальной поддержки подтверждают наличие слабой корреляции между этими показателями в возрасте 47–59 лет (табл. 1), показывая, что при высоком уровне ПТС социальная поддержка может быть либо крайне низкой (3-й кластер), либо крайне высокой (1-й кластер). В первом случае ПТС остается устойчиво высоким при отсутствии воспринимаемой человеком помощи со стороны других людей или невозможности ее принять, а во втором — при наличии такой помощи, которая, по-видимому, является нефункциональной. Подобное соотношение не встречается в возрасте 30–46 лет.

В старшем возрасте 50% выборки — респонденты с высоким ПТС и средним уровнем социальной поддержки, в которую значительный вклад вносит эмоциональная поддержка (1-й кластер), функционально малоэффективная (табл. 5).

Таблица 5. Средние значения показателей в выделенных кластерах в возрасте 60–80 лет

Показатели	Кластеры		
	1-й кластер	2-й кластер	3-й кластер
МШ	95,5 выс.	62,3 низ.	90,4 выс.
ИТ	2,6 ср.	2,3 ср.	2,6 ср.
Эмоциональная поддержка	38,9 выс.	41,9 выс.	25,5 низ.
Инструментальная поддержка	19,4 ср.	17,7 ср.	12,4 низ.
Социальная интеграция	29,4 ср.	32,7 выс.	21,3 низ.
Суммарный показатель	92,8 ср.	97,8 выс.	63,7 низ.
Количество респондентов (n=68)	34 чел. (50%)	15 чел. (22%)	19 чел. (28%)

Вторая половина выборки пожилых людей — респонденты с высоким уровнем ПТС и низким уровнем социальной поддержки (3-й кластер) и с низким уровнем ПТС и высоким уровнем социальной поддержки (2-й кластер), т. е. большинство людей этого возраста (78% — 1-й и 3-й кластеры) имеют высокий уровень психической травматизации, а социальная поддержка либо крайне низка, либо высока, но обращение человека за поддержкой не влияет на его психическое благополучие. Лишь четверть выборки составляют люди с низким уровнем психической травматизации, ощущающие поддержку со стороны социального окружения.

На основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод о том, что в старшем возрасте уровень посттравматического стресса выше по сравнению с другими возрастными группами, а его связь с социальной поддержкой имеет свои особенности. В возрасте 30–46 лет уровни ПТС и социальной поддержки не превышают средних значений, и, как показало корреляционное исследование, все типы поддержки в этот период жизни связаны с уровнем посттравматического стресса. Люди этого возраста обращаются к разным видам социальной поддержки, прежде всего к таким типам, как эмоциональная поддержка и социальная интеграция, которые сопряжены с уровнем посттравматического стресса по типу обратной связи: чем выше уровень ПТС, тем ниже воспринимаемая социальная поддержка, и наоборот.

В 47–59 лет большинство (три четверти) респондентов имеет средний уровень ПТС в сочетании с высоким уровнем разных типов социальной поддержки.

Это и переживание позитивного чувства близости, доверия и общности (эмоциональная поддержка); и возможность получения важной, полезной информации, получения помощи в решении проблем, материальной помощи (инструментальная поддержка); и наличие круга значимых людей и людей с общими интересами, ощущение человеком собственной значимости для определенной группы лиц (социальная интеграция). У более чем трети респондентов 47–59 лет наблюдается высокий уровень ПТС, при этом социальная поддержка оказывается либо очень низкой, либо высокой, с преимущественным значением инструментальной поддержки. Выявленное в этом возрасте соотношение высокого уровня ПТС и высокого уровня социальной поддержки показывает, что для совладания с посттравматическим стрессом человеку 47–59 лет не всегда достаточно социальной помощи, либо он не способен ее принять.

В старшем возрасте (60–80 лет) высоким уровнем психической травматизации в сочетании с низким либо средним уровнем социальной поддержки характеризуются уже три четверти выборки. Высокий уровень эмоциональной поддержки в двух первых кластерах показывает, что люди 60–80 лет склонны искать в отношениях с другими людьми укрепления позитивного чувства близости, доверия и общности, что не всегда может быть эффективным в преодолении симптомов ПТС, который в этом возрасте носит кумулятивный характер. Кроме того, специфическим и частым стрессовым событием, типичным для этого возраста, является утрата близких людей, которая вызывает интенсивный посттравматический и пролонгированный стресс. Как показали наши предыдущие исследования [28], социальная поддержка в этом случае скорее усугубляет, нежели улучшает состояние человека.

В целом важно отметить, что в старшем возрасте связь социальной поддержки с уровнем посттравматического стресса становится менее однозначной, чем в более ранних возрастах, и при высоком уровне ПТС может наблюдаться средний или высокий уровень социальной поддержки. В этом результате мы видим определенный парадокс. Он состоит в том, что с возрастом, вследствие расширения жизненного опыта, у человека появляется больше возможностей для преодоления как актуального, так и посттравматического стресса. Однако, несмотря на расширение ресурсов совладания, социальная поддержка может быть не столь действенной в ослаблении симптомов ПТС, как в возрасте 30–46 и 47–59 лет.

С нашей точки зрения, этот интересный факт требует дальнейшего изучения, направленного на выявление спектра ресурсов помимо социальной поддержки, которые становятся потенциально доступными для человека старшего возраста, а также спектра фрустраторов, препятствующих реальному обращению к этим возможностям.

Литература

1. *Лифинцева А. А., Холмогорова А. Б.* Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психологии и психотерапия. 2015. № 1. С. 70–83.
2. *Холмогорова А. Б., Петрова Г. А.* Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра // Медицинская технология. М.: МНИИ психиатрии Росздрава, 2007. 24 с.
3. *Ярославская Л. И., Ярославская М. А.* Исследования роли социальной поддержки в адаптации к болезни у пациентов, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение,

практика: электрон. науч. журн. 2014. № 1 (3). URL: http://www.medpsy.ru/climp/2014_1_3/article11.php (дата обращения: 10.02.2014).

4. *Toker S., Shirom A., Melamed S., Armon G.* Work characteristics as predictors of diabetes incidence among apparently healthy employees // *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012. Vol. 17, N 3. P. 259–267.

5. *McEachern A.D., Fosco G.M., Dishion T.J., Shaw D.S., Wilson M.N., Gardner F.* Collateral benefits of the family check-up in early childhood: Primary caregivers' social support and relationship satisfaction // *Journal of Family Psychology*. 2013. Vol. 27, N 2. P. 271–281.

6. *Холмогорова А. Б., Московская М. С., Шерягина Е. В.* Алекситимия и способность к оказанию разных видов социальной поддержки // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. Т. 22, № 4. С. 115–129.

7. *Критская В. П., Мелешико Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.

8. *Powell T. J., Yeaton W., Hill E. M., Silk K. R.* Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001. Vol. 25, N 1. P. 3–11.

9. *Denenry D., Thompson E., Pitts S. C., Dixon L. B., Schiffman J.* Subthreshold psychotic symptom distress, self-stigma, and peer social support among college students with mental health concerns // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2015. Vol. 38, N 2. P. 164–170.

10. *Тарабрина Н. В.* Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во ИП РАН, 2009. 304 с.

11. *Тарабрина Н. В.* Теоретико-эмпирическое обоснование выделения термина «посттравматический стресс» в самостоятельную категорию // *Стресс, выгорание, совладание в современном мире* / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. М.: Изд-во ИП РАН, 2011. С. 44–65.

12. *Тарабрина Н. В.* Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // *Психологический журнал*. 2012. Т. 33, № 6. С. 20–33.

13. *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства* / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005. 467 с.

14. *Тарабрина Н. В., Быховец Ю. В.* Террористическая угроза. Теоретико-эмпирическое исследование. М.: Изд-во ИП РАН, 2014. 156 с.

15. *Cai W., Ding C., Tang Y.-L., Wu S., Yang D.* Effects of social supports on posttraumatic stress disorder symptoms: Moderating role of perceived safety // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014. Vol. 6, N 6. P. 724–730.

16. *Ferrajão P. C., Oliveira R. A.* Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans // *Traumatology*. 2014. Vol. 20, N 4. P. 277–285.

17. *Boyratz G., Horne S. G., Armstrong A. P., Owens A. C.* Posttraumatic stress predicting depression and social support among college students: Moderating effects of race and gender // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015. Vol. 7, N 3. P. 259–268.

18. *Brinn A. J., Auerbach C. F.* The warrior's journey: sociocontextual meaning-making in military transitions // *Traumatology*. 2015. Vol. 21, N 2. P. 82–89.

19. *Nuttman-Shwartz O., Dekel R., Regev I.* Continuous exposure to life threats among different age groups in different types of communities // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015. Vol. 7, No. 3. P. 269–27.

20. *Bramsen I., van der Ploeg H. M., Twisk J.* Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70, N 1. P. 241–245.

21. *Wetherell J. L.* Treatment of anxiety in older adults // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1998. Vol. 35, N 4. P. 444–458.

22. *Ron P.* Posttraumatic stress disorder among three-generation families in times of war: A comparison between Israeli Jewish and Arabs after the Second Lebanon War (2006) and Cast Lead Operation (2009) // *Traumatology*. 2014. Vol. 20, N 4. P. 269–276.

23. *Абульханова К. А.* Российский менталитет: кросс-культурный и типологические подходы // *Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики* / отв. ред. К. А. Абульханова, А. В. Брушлинский, М. И. Воловикова. М.: Изд-во ИП РАН, 1997. С. 7–37.

24. *Александров Ю. И., Александрова Н. Л., Харламенкова Н. Е.* Субъективный опыт: личностное и социокультурное // *Человек*. 2011. № 2. С. 104–113.

25. *Александров Ю. И., Александрова Н. Л.* Субъективный опыт, культура и социальные представления. М.: Изд-во ИП РАН, 2009. 320 с.

26. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 2. М.: Когито-Центр, 2007. 77 с.

27. Keane T. M., Wolfe J., Taylor K. L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // *Journal of Clinical Psychology*. 1987. Vol. 43. P. 32–43.

28. Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В. Картина травматических событий у пожилых людей и принципы организации психологической помощи // *Психология человека и общества: научно-практические исследования* / под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко, Н. В. Тарабриной. М.: Изд-во ИП РАН, 2014. С. 248–261.

References

1. Lifintseva A. A., Kholmogorova A. B. Semeinye faktory psichosomaticeskikh rasstroistv u deti i podrostkov [Family factors of psychosomatic disorders of children and teenagers]. *Konsul'tativnaia psikhologii i psikhoterapiia* [Consulting Psychology and Psychotherapy], 2015, no. 1, pp. 70–83.

2. Kholmogorova A. B., Petrova G. A. Metody diagnostiki sotsial'noi podderzhki pri rasstroistvakh affektivnogo spektra [Diagnostic methods of social support for affective disorders]. *Meditinskaiia tekhnologiia* [Medical Technology]. Moscow, MNIi psikhiiatrii Roszdruva, 2007. 24 p.

3. Iaroslavskaia L. I., Iaroslavskaia M. A. Issledovaniia roli sotsial'noi podderzhki v adaptatsii k bolezni u patsientov, stradauiushchikh khronicheskimi nespetsificheskimi zabolevaniiami legkikh [Elektronnyi resurs] [The research of a role of social support in adaptation to disease for patients having chronic obstruction lung disease [e-resource]]. *Klinicheskaiia i meditsinskaiia psikhologiia: issledovaniia, obuchenie, praktika: elektron. nauch. zhurn.* [Clinic and Medical Psychology: Research, Teaching, Practice: scientific e-journal], 2014, no 1 (3). Available at: http://www.medpsy.ru/climp/2014_1_3/article11.php (accessed 10.02.2014).

4. Toker S., Shirom A., Melamed S., Armon G. Work characteristics as predictors of diabetes incidence among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2012, vol. 17, no. 3, pp. 259–267.

5. McEachern A. D., Fosco G. M., Dishion T. J., Shaw D. S., Wilson M. N., Gardner F. Collateral benefits of the family check-up in early childhood: Primary caregivers' social support and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 2013, vol. 27, no. 2, pp. 271–281.

6. Kholmogorova A. B., Moskovskaia M. S., Sheriagina E. V. Aleksitimia i sposobnost' k okazaniiu raznykh vidov sotsial'noi podderzhki [Alexitimia and ability to provide various types of social support]. *Konsul'tativnaia psikhologiia i psikhoterapiia* [Consulting Psychology and Psychotherapy], 2014, vol. 22, no. 4, pp. 115–129.

7. Kritskaia V. P., Meleshko T. K., Poliakov Iu. F. *Patologiia psikhicheskoi deiatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiia, obshchenie, poznanie* [Pathology of mental sphere in a case of schizo-affective psychosis: motivation, communication, cognition]. Moscow, Izd-vo MGU, 1991. 256 p.

8. Powell T. J., Yeaton W., Hill E. M., Silk K. R. Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, vol. 25, no. 1, pp. 3–11.

9. Denenny D., Thompson E., Pitts S. C., Dixon L. B., Schiffman J. Subthreshold psychotic symptom distress, self-stigma, and peer social support among college students with mental health concerns. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2015, vol. 38, no. 2, pp. 164–170.

10. Tarabrina N. V. *Psikhologiia posttravmaticheskogo stressa* [Psychology of posttraumatic stress]. Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 2009. 304 p.

11. Tarabrina N. V. Teoretiko-empiricheskoe obosnovanie vydeleniia termina «posttravmaticheskii stress» v samostoiatel'noi kategorii [Theoretical and experimental recognition of a term «Posttraumatic stress» as a special concept]. *Stress, vygoranie, sovladanie v sovremennom mire* [Stress, Burnout, Coping in Modern World]. Ed. by A. L. Zhuravlev, E. A. Sergienko. Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 2011, pp. 44–65.

12. Tarabrina N. V. Psikhologicheskie posledstviia vozdeistviia stressorov vysokoi intensivnosti: posttravmaticheskii stress [Psychological consequences of high-intense stressors: posttraumatic stress]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2012, vol. 33, no 6, pp. 20–33.

13. *Effektivnaia terapiia posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva* [Effective therapy of posttraumatic stress disorder]. Ed. by E. Foa, T. M. Kin, M. Fridman. Moscow, Kogito-Tsentr, 2005. 467 p.

14. Tarabrina, N. V., Bykhovets Iu. V. *Terroristicheskaiia ugroza. Teoretiko-empiricheskoe issledovanie* [Terroristic threat. Theoretical and experimental research]. Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 2014. 156 p.

15. Cai W., Ding C., Tang Y.-L., Wu S., Yang D. Effects of social supports on posttraumatic stress disorder symptoms: Moderating role of perceived safety. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2014, vol. 6, no. 6, pp. 724–730.
16. Ferrajão P.C., Oliveira R.A. Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology*, 2014, vol. 20, no. 4, pp. 277–285.
17. Boyraz G., Horne S.G., Armstrong A.P., Owens A.C. Posttraumatic stress predicting depression and social support among college students: Moderating effects of race and gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2015, vol. 7, no. 3, pp. 259–268.
18. Brinn A.J., Auerbach C.F. The warrior's journey: sociocontextual meaning-making in military transitions. *Traumatology*, 2015, vol. 21, no. 2, pp. 82–89.
19. Nuttman-Shwartz O., Dekel R., Regev I. Continuous exposure to life threats among different age groups in different types of communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2015, vol. 7, no. 3, pp. 269–27.
20. Bramsen I., van der Ploeg H.M., Twisk J. Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, vol. 70, no. 1, pp. 241–245.
21. Wetherell J.L. Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1998, vol. 35, no. 4, pp. 444–458.
22. Ron P. Posttraumatic stress disorder among three-generation families in times of war: A comparison between Israeli Jewish and Arabs after the Second Lebanon War (2006) and Cast Lead Operation (2009). *Traumatology*, 2014, vol. 20, no. 4, pp. 269–276.
23. Abul'khanova K.A. Rossiiskii mentalitet: kross-kul'turnyi i tipologicheskie podkhody [Russian mentality: cross-cultural and typological approaches]. *Rossiiskii mentalitet: voprosy psikhologicheskoi teorii i praktiki* [Russian mentality: issues of psychological theory and practice]. Ed. by K.A. Abul'khanova, A.V. Brushlinskii, M.I. Volovikova. Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 1997, pp. 7–37.
24. Aleksandrov Iu.I., Aleksandrova N.L., Kharlamenkova N.E. Sub"ektivnyi opyt: lichnostnoe i sotsiokul'turnoe [Subjective experience: personal, social and cultural items]. *Chelovek* [ПЕРЕВОД], 2011, no 2, pp. 104–113.
25. Aleksandrov Iu.I., Aleksandrova N.L. *Sub"ektivnyi opyt, kul'tura i sotsial'nye predstavleniia* [Subjective experience, culture and social representations]. Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 2009. 320 p.
26. Tarabrina N.V. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa: v 2 ch. Ch. 2* [Practical guide of psychology of post-traumatic stress: in 2 parts. P. 2]. Moscow, Kogito-Tsentr, 2007. 77 p.
27. Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 1987, vol. 43, pp. 32–43.
28. Kharlamenkova N.E., Bykhovets Iu.V. Kartina travmaticheskikh sobytii u pozhilykh liudei i printsipy organizatsii psikhologicheskoi pomoshchi [Specific nature of traumatic events for seniors and principles of organization of psychological support]. *Psikhologiya cheloveka i obshchestva: nauchno-prakticheskie issledovaniia* [Psychology of a Human Being and Society: Scientific and Practical Researches]. Ed. by A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko, N.V. Tarabrina Moscow, Institute Psikhologii RAN Publishing, 2014, pp. 248–261.

Статья поступила в редакцию 17 сентября 2015 г.