

МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: ПОНЯТЬ И ПРЕОДОЛЕТЬ

Методическое пособие

Минск 2007

УДК
ББК
Г

Печатается по решению редакционно-издательского совета БГПУ

Рекомендовано секцией психологических наук (протокол)

Рецензенты:

кандидат психологических наук, доцент Амельков А.А.

кандидат психологических наук, доцент Финкевич Л.В.

Пергаменщик Л.А.

Посттравматический стресс. Методическое пособие.— Мн.: БГПУ, 2007.—

ISBN

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Основные концепции стресса	5	
2. История создания теории посттравматического стресса ...	10	
3. Этиология посттравматического стресса	15	
4. Симптоматика посттравматического стресса ...	17	
5. Эпидемиология посттравматического стресса ...	21	
6. Диагностика посттравматического стресса ...	22	
7. Динамика переживания посттравматического стресса ...	24	
8. Посттравматический стресс и крушение смысловых ориентаций (базовых иллюзий)	26	

2. История создания теории посттравматического стресса.

Проследить историю становления научной проблемы – само по себе интересное и увлекательное занятие. Жизнь постоянно ставит перед учеными вопросы, они призваны дать ответы, но не только объяснить, но и рассказать, что с этими проблемами делать, как поступать с наименьшими последствиями для здоровья. Ответы на вопросы отражают развитие науки, характеризуют преимущественное положение той или иной теории в научном сообществе. Теория посттравматического стрессового расстройства имеет короткую по размерам исторических вех продолжительность становления. Но даже в эти, немногие более ста лет, вошло много интересных заблуждений и находок.

Современное представление о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложилось окончательно в 1980-е годы XX столетия, однако интенсивные данные о воздействии травматических переживаний фиксировались в течение уже второй половины 19 века.

Первая запись о симптомах, способствующая нашедена историками науки еще в 17 веке. Это сведения о реакциях, которые впоследствии были систематизированы, получены из дневниковых записей Самюэля Пеписа (Samuel Pepys), в которых описывается Великий Пожар, случившийся в Лондоне в 1666 году и личные переживания автора, ставшего свидетелем этого события. Реакции на событие тех лет в виде кошмарных снов, бессонницы, чувства вины, вызванные тем, что он спас себя и свою собственность, в то время как другие погибли, в общих чертах соответствуют диагностическим критериям ПТСР.

Систематическое и уже профессиональное описание психических расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, начались, как я уже говорил в 19 веке. В 1862 г. английский хирург Д.Е. Эриксон в работе “Железнодорожная травма и другие травмы нервной системы” описал ряд симптомов психического расстройства, которые он наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорожной катастрофы. В течение многих недель после события эти больные испытывали постоянное ощущение “душевного дискомфорта”, страдали расстройством сна с тяжелыми сновидениями, связанными с несчастным случаем. Объективно у них отмечались нарушения памяти, ослабление концентрации внимания. Перечисленные расстройства Д. Эриксона пытались объяснить результатом “молекулярного поражения спинного мозга”. Однако такой вывод не нашел в дальнейшем поддержки среди ученых и практиков.

В 1871 году Da Costa описал психические нарушения у солдат времен гражданской войны в Америке. В клинической картине у них доминировали кардиологические симптомы, что позволило автору назвать это состояние «солдатское сердце».

В 1889 г. немецкий невролог Н. Опенгейм, ввел термин “травматический невроз” для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами.

В 1895 году И. Брайер и З. Фрейд опубликовали «Исследования истерии», где выдвигалось предположение, что корни психических расстройств иногда следует искать в психологической травме. Большинство их современников (Д. Эрикссон, например) считали, что психиатрические пациенты страдают преимущественно от биологических изъянов. Жане разработал эффективную, систематическую психотерапию для переживших травму, но он исходил из предпосылки, что эти пациенты не в состоянии интегрировать травматические воспоминания, потому что их мозг дегенерировал. Радикальная новизна воззрений Брайера и Фрейда заключалась в том, что, по их мнению, представления или переживания сами по себе могут быть патогенными. Они пытались найти патогенную мысль или воспоминание, чтобы, выявив ее, добиться излечения.

Психодинамическое понятие травмы существенно изменилось на протяжении столетия. В начале З.Фрейд считал, что все его истерические пациенты и пациентки сообщают о наличии в их жизненной истории сексуального злоупотребления. Поскольку он предполагал, что у детей отсутствуют сексуальные чувства, он сделал вывод о том, что соблазнение преждевременно и травматично пробуждает сексуальность. Впоследствии он отошел от «теории соблазнения» по причине того, что, во-первых, не все истерические пациенты пережили соблазнение, и, во-вторых, у детей в действительности имеются сексуальные чувства. Таким образом, Фрейд пришел к убеждению, что истерия и другие виды психологических проблем могут также возникать вследствие динамического конфликта между сексуальными импульсами и индивидуальными или социальными запретами.

Вновь Фрейда обратил к проблеме психической травмы уже после Первой мировой войны. В работе «По ту сторону принципа удовольствия» он определил психическую травму как результат прорыва в психическом стимульном барьере. Подобно Жане, Фрейд понимал симптомы вторжения и избегания (впоследствии центральные элементы симптоматики посттравматического стрессового расстройства) **как двухфазную попытку справиться с травмой**. Фрейд считал, что переживший травму повторяет свои воспоминания в надежде на совладание с ними. Он пересмотрел свою теорию сновидений, включив в нее отдельный класс посттравматических сновидений, корнящихся в явлении навязчивого повторения. Он также выдвинул гипотезу, что хотя все живые существа облают врожденным инстинктом самосохранения, они также стремятся аннулировать всю и всякую стимуляцию, как внешнюю, так и внутреннюю, даже если это означает отказ от самой жизни (влечение к смерти).

Благодаря работам З. Фрейда в 20—30-е годы в Европе произошло психоаналитическое осознание травматических неврозов. З. Фрейд писал: “Ужасная война, которая только что закончилась, вызвала большое количество “травматических неврозов” и, по крайней мере, положила конец искушению относить эти случаи к органическому повреждению нервной системы, вызванному механической силой”. Фрейд считал, что основная причина заболевания — неожиданность и страх.

Последствия Первой мировой войны такие как участие в боевых действиях во время войны, пребывание в лагерях для военнопленных были давно отмечены как факторы, способствующие возникновению ПТСР.

Военный опыт дал исследователям и практикам дополнительные материалы, которые позволили расширить представления о психологических последствиях травмы войны.

Так, Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914—1919» ввел понятие «снарядный шок» - психическое состояние, вызванное сильным стрессом как последствия нахождения под артиллерийской и авиационной бомбежкой. Реакции на участие в боевых действиях разными авторами назывались отличными терминами: «военная (боевая) усталость», «боевое истощение», «военный невроз».

Один из коллег З. Фрейда Абрахам Кардинер занимался лечением участников сражений Первой мировой войны и опубликовал свои наблюдения когда уже началась Вторая мировая война (1941 год). А. Кардинер подчеркивал, что в симптоматике пострадавших присутствует взаимодействие биологических и психологических факторов. Наблюдения ученого отразилось в термине и в предложенном им понятии **физинерва** участников боев. Несмотря на неуклюжесть термина, он отражает двухфакторную структуру симптоматики посттравматического стресса.

А. Кардинер в 1941 году провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплексное описание симптоматики:

- 1) возбудимость и раздражительность;
- 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители;
- 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события;
- 4) уход от реальности;
- 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Две мировые войны заставили многих практиков и теоретиков психологической помощи пострадавшим уточнить и даже пересмотреть ранее существующие объяснительные модели поведения человека в посткризисной ситуации и предложить альтернативные методы психотерапевтической интервенции.

Крепелин Э. использовал термин «невроз психический» для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее много численные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных, эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Он же впервые обратил внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и **пентные установки** больных. Ученый считал обязательным при реабилитации пострадавших – ограничение для них пенсий и пособий и скорейшее возвращение к предшествующей событию работе.

Начиная с 40-х годов, центр изучения проблемы посттравматического стресса переместился в США.

Так, Е. Линдеман предложил для определения расстройств, вызванных тяжелой психической травмой использовать понятие “патологическое горе”. Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преувеличенно выражен или, наоборот, мало заметен. Линдеман дал первую классификацию расстройств, наблюдаемых у пострадавших от несчастного случая.

Он предложил для анализа пять признаков патологического горя:

- (1) физическое состояние,
- (2) поглощенность образом умершего человека,
- (3) вина перед ним,
- (4) враждебные реакции на социальное окружение и
- (5) потеря моделей поведения.

Эти признаками, по мнению Линдемана представляются патогномическими для горя.

В дальнейшем, исследования таких ученых как Р.С.Леопольд, Н. Диллоон, В.Г. Хилл, Р.И. Лифтона обнаружили следующие психологические расстройства: назывчивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, которые были определены как “синдром выживших”. Ученые вводят понятие “синдром изнасилованных”,

определяя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в определенные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию.

Другим наследием Второй мировой войны стала необходимость подвергнуть рассмотрению воздействие **массовой психической травмы** на тех, кто не участвовал в сражениях. Исследования людей, переживших Холокост и Хиросиму, показали, что трагические события могут парализовать основные человеческие способности и приводит к тому, что называется «смерть при жизни».

Кристалл (Krystal) с 1988 разрабатывает информационно-процессуальную модель переработки психической травмы, включающую мысль о том, что к использованию тревоги как сигнала к мобилизации защиты. Когда эта система разрушена, тревога и другие аффекты не могут обслуживать потребности души. Аффекты как реакции на психическую травму становятся приглушенным, сокрушительными и неадекватными. Это в отсутствие нормальной переработки сигнала становится виртуально беззащитным. Один из возможных результатов этого — депрессия (глубокий разрыв между словами и чувствами).

Вьетнамская война и ее ветераны заставили ученых пересмотреть некоторые существующих взглядов на проблему травматического стресса. Так, примерно у 25% воевавших во Вьетнаме солдат развились неблагоприятные изменения личности под влиянием психической травмы. Около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство (на начало 90-х годов). На то же время около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучия в семье и проблемы с социальными контактами.

Была принята этиология симптоматика психических расстройств, разработаны методы диагностики и психотерапии.

Таким образом, к концу 70-х годов был накоплен значительный материал, который показывал, что у пострадавших, несмотря на различный характер событий, вызвавший психическую травму, наблюдается целый ряд общих повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из нозологических форм в целом эти расстройства не соответствовали, М. Боровитц предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство». С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру. В 1995 году в США введена новая, четвертая редакция — DSM-IV. В том же году (1995г.) диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства были введены в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах.

3. Этиология посттравматического стресса

В основе этиологии посттравматического стресса, по мнению большинства исследователей этого вопроса, лежит психическая травма, событие, способное вызвать психический стресс. Во всех случаях событие, ставшее причиной психической травмы, — это трагедия, бедствие для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности. Посттравматический стресс — это реакция организма на событие (события), которые выходят за границы нормального человеческого опыта.

Можно предложить терапевтическое определение травматического стресса: **травматический стресс есть нормальная реакция на ненормальную ситуацию (ненормальные обстоятельства)**. Терапевтическое данное определение мы называем потому, что при его анализе пострадавшие смогут снять у себя страхи предшествующими, возникшими после травматического события.