

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

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

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	ориентаций

9. Механизмы возникновения посттравматического стресса	31
10. Квадратура травмированной личности...	37
11. Социальные роли травмированной личности..	40
12. Отдаленные последствия посттравматического стресса...	49
13. Психологическая помощь пострадавшим...	50
Литература	70
Приложения	
1. Идентификация стресса	71
2. Самопомощь при кратковременном и хроническом стрессе...	75
3. Оцепенение как разрыв непрерывности бытия	
4. Психофизиология стресса.....	81
5. Процесс преодоления. Иллюстрация	91

Почему я решил представить данное пособие уважаемому читателю? В этом виновата сама тема: посттравматический стресс, вернее его чрезвычайная распространенность. Действительно, если в 80-х годах распространенность посттравматического стресса в мире составляла 1-2%, то в 90-х годах эта цифра возросла до 7-8%. Первое десятилетие нашего века не дает основание строить оптимистически прогнозы о снижении этих показателей. Если XXI век ученые уже успели окрестить веком тревоги, то следствием тревоги не может не быть посттравматический стресс.

Теория посттравматического стресса получила широкое распространение в психологической науке и практике. Без понимания механизмов возникновения и протекания симптомов посттравматического стресса невозможно проводить эффективную психологическую помощь пострадавшим.

Однако, теории стало тесно в рамках научного сообщества, она перешагнула профессиональные границы и проникла в массовое сознание. Проводниками в обыденное сознание населения стали журналисты, которые свободно оперируют терминологией посттравматического стресса, психической травма, вина выжившего, стокгольмский синдром, с их легкой руки посттравматической терминология перетекла в художественную литературу. Только, пожалуй, психоанализ имеет преимущество перед теорией посттравматического стресса в своей экспансии в культуру и в обыденную жизнь. Там, случилась, что слова, понятие имеют большее значение, чем содержание, которое с ним связывается.

Мы считаем, что посттравматический стресс следует рассматривать не только как реакцию человека на неординарное событие. Как только психологическое понятие, психологическая теория выходит из кабинета профессионала, она начинает жить самостоятельной жизнью. Психическая травма один раз, выйдя из пробырки, начинает жить по своим законам и управляет, предлагает, исправляет психологические теории и клиническую практику. Психическая травма сама начинает рассказывать о себе нечто, что позволяет ей жить по своим законам, по законам нарратива.

Задача данной книги всесторонне проанализировать теорию посттравматического стресса, чтобы показать не только ее возможности, но и ограничения. Что значит всесторонне. Это показать историю ее возникновения, симптоматику, этиологию, распространенность, последствия, возможности психологической практики оказания помощи пострадавшим. При обозначении теории используют несколько терминов: посттравматический стресс, травматический стресс, ПТС, ПТСР, PTSD. Мы будем пользоваться термином «посттравматический стресс» и сокращенно ПТС.

13. Мысли о самоубийстве. У пострадавшего от травматического события могут возникать мысли о самоубийстве. Он может планировать какие-либо действия, которые в конечном итоге могут привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где не видно никаких способов выйти из ситуации, он начинает размышлять о самоубийстве.

14. «Вина выжившего». Данное чувство вины возникает из-за того, что ты выжил в тяжелых испытаниях, а другой или другие остались на месте события. Стремление «поправить» положение приводит пострадавшего к тому, что он не может и не хочет испытывать чувство радости и любви. Он готов на многие лишения, чтобы сгладить это незаживающее чувство, эту память о том, что ты выжил, а твои товарищи погибли.

Автор популярных книг по преодолению стресса [4, 5] Дж. Виткин наиболее распространенные симптомы стресса назвал четырьмя «Д»¹. Каждый из этих симптомов ведет к характерному изменению в нашем поведении. Вот эти четыре симптома: (1) **раздражительность и рассеянность**, (2) **сложность в принятии решения**, (3) **зависимость от нереализованных желаний**, (4) **депрессия**.

5. Эпидемиология посттравматического стресса

Исследований, посвященных распространенности посттравматического стресса, проведено немало.

Распространенность травматического стресса зависит от ряда факторов: частоты травматических событий, от географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, от политических режимов, от личностных особенностей и ресурсов пострадавших.

Исследования, проведенные в Дейтроте (США) показали, что распространенность ПТСР среди населения составила 9,2%. Для сравнения наркомания имеет распространение 5,9%, а депрессия — 8,3% [1].

По данным специальных исследований частота ПТСР среди ветеранов вьетнамской войны в возрасте до 36 лет составила 19%, среди камбожийских беженцев, подвергшихся геноциду — 86%, среди перепивших землетрясение в Югославии и Ташкенте — 75 %, а в Армении — 84%. После автомобильных аварий ПТСР встречается в среднем в 10% случаев. После тяжелых ожогов этот синдром развивается в 80% у детей и лишь в 30% у взрослых. Это объясняется несформированностью у детей механизмов эффективного копинга (эффективного преодоления).

То, что развитие ПТСР после психической травмы развивается не всегда, объясняется длительностью воздействия стресса (вероятность развития синдрома больше при длительной травме), а также выраженностью психической травмы (например, при попытках это наблюдается всегда, а при автомобильных катастрофах возникает не так часто).

Кесслер в 1995 году опубликовал статистические данные связи развития ПТСР с характером травмы.

Таблица. Частота различных травм и последующего развития ПТСР в репрезентативной американской выборке

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3

¹ От англ. Disorganization - дезорганизованность, рассеянность. Decision-making difficulties — трудности, с принятием решения. Dependency- fantasies — зависимость от фантазий. Depression — депрессия.

Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар, стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

В мирное время случаи ПТСР в популяции составляют для мужчин 0,5 %, для женщин – 1,2%.

Американские исследователи отмечают следующую динамику распространения ПТСР: выросла частота возникновения ПТСР с 1-2 % в 80-х годах до 7-8% в 90-х годах. Не следует ожидать снижения распространения посттравматического стресса в наступившем XXI веке. Терроризм не сходит с экранов телевизора, техногенные катастрофы стали обычным спутником жизни человека, от которых стало все труднее и труднее отгородиться.

6. Диагностика посттравматического стресса.

Большинство диагностического инструментария было адаптировано для русскоязычной выборки в лаборатории посттравматического стресса, которую много лет возглавляет Н. В. Тарабрина [24].

Основным инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств по критериям DSM-III-R, в том числе ПТСР, является метод структурированного клинического интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM-II-R). СКИД был опубликован в 1987 году и с тех пор широко применяется врачами и психологами как в клинической практике, так и в исследовательских целях.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоки вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с модулями необходимыми для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего (обзорного) опроса пациента на первом этапе исследования. Окончательный диагноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля.

Кроме основного инструмента (СКИД) при диагностике ПТС, применяются следующие методики:

Миссисиппская шкала (Mississippi Scale). Позволяет определить наличие PTSD-синдрома в 93% случаев и в 89% случаев — отсутствие этого синдрома.

Субшкала PTSD-синдрома, разработанная на базе MMPI. Применение субшкалы MMPI выявляет до 22% случаев PTSD.

Опросник депрессии Бека.

Тест Филбергера для определения личностной и ситуативной тревожности.

Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale — IES) Горовитца, позволяющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выраженности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы или к избеганию всего связанного с ней.

Датский психолог В. Юл представил свой опыт применения шкалы Горовитца для 8-летних детей (1993).

Локус контроля. Шкала Дж. Роттера.