МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Реферат

По предмету:

Психология кризисных ситуаций

На тему: «Этиология посттравматического стресса»

Выполнила студентка ЮП 5.2

Нагайникова Екатерина

Москва 2009

**Этиология посттравматического стресса.**

Содержание

1. Исследования посттравматического стрессового расстройства……3
2. ПТСР у участников боевых действий…………………………………4
3. ПТСР у участников ликвидации аварии на ЧАЭС…………………..5
4. Вопросы генеза и этимологии ПТСР………………………………….9
5. Психическая травма и ПТСР…………………………………………..15
6. Психологическая помощь при ПТСР………………………………….18

Заключение ……………………………………………………….……….19

Список литературы………………………………….................................20

**Исследования Посттравматического стрессового расстройства.**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром») — психологическое состояние, которое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей. Отличается пролонгированным воздействием, имеет латентный период, и проявляется в период от шести месяцев до десяти лет после перенесения однократной или повторяющейся психологической травмы.

Исследования в области посттравматического стресса в ИП РАН проводятся сравнительно недавно: работы были начаты в последнее десятилетие прошлого века группой научных сотрудников, ставшей в последующем лабораторией, название которой последовательно менялось по мере того как расширялся круг изучаемых вопросов, и в настоящее время - это лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии. За эти годы произошло много кардинальных и разнонаправленных изменений как в стране, так и в отечественной психологии. Включение проблематики посттравматического стресса в русло академических исследований, безусловно, можно отнести к числу позитивных. В самом общем смысле, речь идет об изучении психологических последствий переживания людьми экстремальных ситуаций, с которыми они сталкиваются на протяжении всей истории своего существования.

Необходимо отметить, что отечественные психологи и физиологи активно занимались проблемами воздействия на психику экстремальных ситуаций. Огромное количество наблюдений, эмпирических и экспериментальных психологических работ выполнено в общей и, особенно, авиационной и космической психологии, что было во многом вызвано социальным заказом: необходимостью качественного психолого-профессионального отбора и подготовки людей к деятельности в особых условиях.

Однако, всестороннее и специально ориентированное исследование негативных последствий пребывания человека в катастрофических для его жизни ситуациях стало возможно только в последние десятилетия, в эпоху "гласности".

Специалисты, работающие в данной области, делают вывод: сформировалась самостоятельная отрасль наук о психическом здоровье - психотравматология, предметом исследования которой является широкий спектр психических состояний, охватываемых понятием посттравматического стресса. Введение ПТСР в международный классификатор болезней, в соответствии с которым работают отечественные клиницисты, интенсифицировало исследовательские работы в этом направлении, а их актуальность непрерывно увеличивается в связи с растущим количеством жертв травматического стресса.

Планирование и проведение исследований в этой области сопряжено с пониманием многоас-пектности и многоуровневости феномена посттравматического стресса. Известно, что ПТСР характеризуется тремя группами основных симптомов: навязчивыми переживаниями по поводу травматического события; стремлением избегать любых ситуаций, напоминающих о травматическом событии, повышенной физиологической реактивностью организма и эмоциональной возбудимостью.

**ПТСР у участников боевых действий.**

Исследования по психологической и психофизиологической диагностике ПТСР, проведенные в рамках российско-американского проекта, показали, что основные параметры психологического состояния участников боевых действий в Афганистане в целом аналогичны результатам других исследований, в первую очередь, в США. У 17% афганских ветеранов из обследованной выборки наблюдается состояние, классифицируемое как ПТСР (что согласуется с данными, имеющимися в психологической литературе). При этом группу ветеранов с ПТСР достоверно характеризуют более высокие уровни тревожности, депрессии и общей психопатологической симптоматики, а также высокий уровень алкогольной зависимости - 66.7%. Наряду с клинико-психологическим изучением, участники войны в Афганистане проходили психофизиологическое обследование. На каждого испытуемого был получен комплекс психофизиологических показателей, включающих характеристики ЯСС, КГР и ЭМГ (left Lateral Frontalis), регистрация которых осуществлялась в процессе воспроизведения испытуемыми в воображении их личного травматического опыта по специально разработанной для изучения психофизиологической реактивности при ПТСР методике "IMAGERY". Сравнительный анализ изменения психофизиологических параметров у ветеранов войны в Афганистане в процессе воспроизведения ими в воображении индивидуального боевого травматического опыта показал, что значимые различия между двумя группами и характерные для ПТСР особенности психофизиологической реактивности наиболее выражены именно у испытуемых с высокой интенсивностью проявления клинической симптоматики расстройства .

Данное комплексное эмпирическое исследование выполнялось коллективом сотрудников лаборатории и было завершено к 1997 году. Продолжением этой работы стало изучение психологических закономерностей переживания военного стресса и его специфических особенностей у участников боевых действий на территории Чеченской республики, выполненное М.Е, Иконниковой. Показано, что в обследованной выборке (п = 97) у 22% военнослужащих отмечается высокая выраженность признаков ПТСР. Выявлены достоверные различия между группами лиц с и без ПТСР по степени тяжести боевого опыта, а также получена достоверная взаимосвязь между тяжестью такого опыта и ПТСР. Группы различаются по уровню депрессивности и тревожности. Был проведен сравнительный анализ выраженности признаков ПТСР, психопатологической симптоматики, депрессивных симптомов, личностной и ситуативной тревожности у ветеранов войны во Вьетнаме, Афганистане и Чечне. Анализ полученных данных подтверждает предположение: участие в боевых действиях является психотравмирующим фактором, вызывающим полиморфные изменения в психике человека; картина этих изменений во многом отлична от той, которая характерна для участников вьетнамской и афганской войн.

**ПТСР у участников ликвидации аварии на ЧАЭС**

Комплексное клинико-психологическое и психофизиологическое обследование ликвидаторов аварии на ЧАЭС, проведенное в 1994-1996 гг., дало возможность получить информацию о развитии посттравматических стрессовых расстройств у жертв радиационного стресса. По современным критериям DSM-4, опубликованным в 1994 г., ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший подобную травматическую ситуацию, может быть как свидетелем страданий других лиц, так и жертвой происходящего. В любом случае, в момент пребывания в травматической ситуации он должен испытать интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности. Сформулированный таким образом ведущий критерий в диагностическом руководстве DSM-4, диагноз "посттравматическое стрессовое расстройство" стал применим к психологическим последствиям более широкого регистра травматических стрессоров.

Большинство исследований ПТСР проводятся на контингенте лиц, переживших так называемый событийный стресс: участие в боевых действиях, стихийные и антропогенные катастрофы, сексуальное и физическое насилие. Гораздо меньшее количество работ посвящено изучению влияния на психику травматических ситуации с меньшей интенсивностью прямого воздействия, которые не связаны с непосредственным, "видимым" восприятием опасности, однако представляют реальную угрозу для жизни и здоровья. К разряду "невидимых" травматических событий может быть отнесено действие ряда токсических и биологических веществ, болезней, угрожающих жизни, а также различных видов ионизирующего излучения. При этом опасность радиационного облучения является одним из самых активных стрессоров в этом ряду.

Как показало обследование ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, пребывание в ситуации, связанной с возможностью сильного радиационного облучения, имеющимся и ожидаемым впоследствии ухудшением состояния здоровья, вызвало у значительной части ликвидаторов психическое состояние, которое в соответствии с критериями DSM-3-P классифицируется как посттравматическое стрессовое расстройство. Частота встречаемости ПТСР среди ликвидаторов - 19.7% всех обследованных - соответствует частоте возникновения посттравматического стресса у жертв других травматических ситуаций.

Результаты исследования показали, что переживание стресса радиационной угрозы в зоне аварии сопровождалось интенсивными отрицательными эмоциями. При этом уровень осознания травматичности действия угрозы радиационного поражения, опосредован индивидуально-личностными особенностями, В постсобытийный период ликвидаторы подверглись воздействию информационного стресса, вызванного волной публикаций в СМИ (не всегда научно обоснованной) о действии радиации на организм человека: для части ликвидаторов это воздействие стало вторичным стрессом и пусковым механизмом формирования симптомов ПТСР. Для ликвидаторов с симптомами ПТСР удаление из зоны радиации не явилось гарантом безопасности жизни. Знание об отсроченном характере воздействия радиации приводит к тому, что ликвидаторы постоянно находятся в состоянии напряжения, ожидания неприятных последствий для своего здоровья. В течение прошедших после аварии полутора десятков лет они продолжают находиться в состоянии хронического стресса, что пагубно отражается на их психическом и физическом здоровье. Особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов физиологической возбудимости, а также направленность, обращенность симптомов ПТСР в будущее. У них также наблюдается более высокий уровень тревоги и депрессии. Исследование показало, что такие симптомы, как нарушения сна, потеря аппетита, снижение сексуального влечения, раздражительность свидетельствуют об их тяжелом эмоциональном состоянии. Известно, что эмоции вовлечены в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, вследствие чего активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующее поведенческие реакции. В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое вкупе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При неоднократном повторении или большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму и спровоцировать психосоматические расстройства.

Вопросы генеза психосоматических расстройств у ликвидаторов являются темой исследования З.Г Химчян. Анализ историй болезни 82 ликвидаторов, прошедших клинике-психологическое обследование на определение у них признаков ПТСР, выявил высокие уровни астено-невро-тических нарушений, вегето-сосудистой дистонии, гипертонической болезни, что соответствует общепринятому регистру психосоматических расстройств и позволяет предположить психогенный характер заболеваний как результат переживания хронического стресса, каким для многих стала чернобыльская катастрофа. Далее эти заболевания были сформированы в нозологические подгруппы: нервно-психические, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, болезни печени и почек, позвоночника, органов дыхания и прочие. Сравнение групп "Норма" и "Симптомы ПТСР" показало достоверное превышение нервно-психических и желудочно-кишечных заболеваний в последней. Можно предполагать, что более интенсивное переживание стресса радиационной угрозы ведет не только к генезу ПТСР, но и корреспондирует с более высоким уровнем психосома-тизации [26].

Исследования "невидимого" стресса радиационной угрозы имеют, на наш взгляд, важное научное и практическое значение. Во-первых, показано, что ПТСР занимает определенное и достаточно большое место в континиуме негативных психологических последствий аварии на ЧАЭС. Учитывая, что ПТСР - расстройство, которое возникает в любой отдаленный от переживания психотравмы момент, то своевременное его диагностирование и соответствующее лечение могут в значительной степени ослабить уровень социально-психологического напряжения, вызванного Чернобыльской катастрофой.

Во-вторых, к числу "невидимых" стрессоров, помимо стресса радиационной угрозы, относятся угрозы химического и биологического поражения, а также ситуации, связанные с опасными для жизни заболеваниями, такими, как рак. Психологические механизмы развития постстрессовых состояний при такого рода воздействиях сходны. Эти механизмы изучены крайне недостаточно, однако то, что их возможно диагностировать, уже имеет несомненное практическое значение для разработки профилактических, лечебных и реабилитационных мер.

И, в-третьих, одна из самых актуальных проблем современного мира - жизнь в условиях постоянной угрозы терроризма. Террористическая атака может произойти в любой момент в любом месте, и каждый из нас (обычных мирных людей) может стать ее жертвой. Очевидно, что некоторая часть населения (и какая - неизвестно), испытывая реальность и непредсказуемость угрозы, находится под воздействием гипербдительности, что, в свою очередь, способствует развитию тревожных и невротических состояний. Психологические последствия угрозы терроризма способны принять характер психической эпидемии. Жертвы террористических атак, и это уже показано американскими исследователями, относятся к группе с высоким риском развития ПТСР. Получение писем с антраксом окончилось в США пятью смертями, а более чем тридцати тысячам людей понадобилась специализированная помощь в связи с ухудшением здоровья. Таким образом, актуальность фундаментальных клинико-психоло-гических исследований, направленных на изучение индивидуальных особенностей субъективно-личностного переживания угрозы террора, выявление предикторов развития посттравматического стресса, для специалистов очевидна.

**Вопросы генеза и этимологии ПТСР**

Одна из самых сложных и актуальных теоретических проблем, имеющих важное практическое значение, которые стоят перед исследователями посттравматического стресса - это определение факторов, обусловливающих генез ПТСР. В настоящее время не существует единой, общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, в которых выделяются: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы. Их содержательный анализ говорит о том, что каждая отражает одну из сторон развития и динамики ПТСР и по сути дополняет другую.

Этиологическую мультифакторную концепцию предлагает А. Мэркер, с помощью которой он делает попытку объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса приобретают ПТСР, а другие - нет. Он выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР. Во-первых, это факторы, связанные с наличием самого факта травматического события, интенсивностью травмы, ее неожиданностью и неконтролируемостью. Во-вторых, факторы, связанные с формой и силой защитных механизмов личности, способностью к осмыслению ситуации и наличием социальной поддержки; в-третьих, это факторы риска: возраст к моменту травматизации, наличие травматических событий и психических расстройств в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

Проблеме генеза ПТСР посвящено эмпирическое исследование, выполненное под руководством Е.С. Калмыковой в 2000-2001 гг..

Исходной посылкой было рассмотрение генеза ПТСР как результата взаимодействия двух систем психической организации индивида - мотивационной системы привязанности личности к значимым другим, с одной стороны, и системы защитных механизмов личности, совокупная работа которых проявляется в способности к стабильному функционированию психической организации в условиях психотравмирующего воздействия - с другой. Анализ литературы по проблеме ПТСР, а также исследований привязанности у взрослых, показал, что нет работ, где изучалось бы взаимовлияние и взаимосвязь типов привязанности реакций индивида на психическую травму. Теоретической основой исследования послужила теория привязанности, разработанная английским исследователем Дж. Боулби. Одним из условий стабильного функционирования психики он считает наличие у индивида репрезентаций "надежной привязанности", или "внутренней рабочей модели", которая выступает как "операбельная" модель своего "я" и партнера на основе общей истории отношений. Эта модель служит для регуляции, интерпретации и предсказания поведения, мыслей и чувств значимого другого и самого индивида. Термин "надежность" в рамках теории привязанности описывает уверенность индивида любого возраста в том, что защищающая и поддерживающая фигура будет доступна и досягаема. Индивид, рассчитывающий на отклик, поддержку и защиту со стороны своего объекта привязанности, т.е. располагающий "надежной рабочей моделью", способен свободно отдавать свое внимание другим заботам. В качестве гипотетической модели возникновения ПТСР была взята концепция травмы Яноф-Бульман (1998). Согласно данной теории, основой внутреннего мира человека являются его неосознанные базисные убеждения относительно сущности внешнего мира, и большинство людей конструируют собственный опыт через призму внутренних убеждений: а) о доброжелательности окружающего мира; б) о его справедливости и в) о ценности и значимости собственного "Я". Базисные убеждения дают ребенку чувство защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем - ощущение собственной неуязвимости. В результате психической травмы базисные убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между "Я" и ним, оказываются полностью или частично разрушены.

Сходство понятий "базисных убеждений" Яноф-Бульман с конструктом "внутренняя рабочая модель" Боулби позволило соотнести развитие ПТСР с качеством "рабочей модели". На основании анализа литературы по теории привязанности было выдвинуто предположение, связывающее появление посттравматической симптоматики с активацией ненадежных типов привязанности при нарушении функционирования "надежной рабочей модели" у травмированного индивида. Эта гипотеза операционализирована следующим образом: испытуемые, в "рабочей модели" которых преобладают репрезентации ненадежных типов привязанности, более склонны к проявлениям посттравматической симптоматики, нежели те, у которых превалирует надежный тип привязанности. Иными словами, выраженность ненадежных типов привязанности как независимая переменная должна коррелировать с выраженностью посттравматической симптоматики у испытуемых. Выдвинутая гипотеза получила подтверждение: результаты эмпирического исследования свидетельствуют о том, что ненадежные типы привязанности - ненадежно-тревожный и ненадежно-дистанцированный - достоверно коррелируют с выраженностью посттравматических симптомов, в то время как надежный тип привязанности оказывается никак не связан с психопатологической симптоматикой. Кроме того, обнаружена тенденция к проявлению у индивидов отдельных групп ПТСР-симптомов (избегания, интрузий) в зависимости от преобладающего типа привязанности (дистанцированного или тревожного).

Эмпирические исследования последних лет, выполненные в США, подтверждают, что биологические факторы, в том числе и генетические, имеют большой вес среди факторов риска генеза ПТСР. В этом направлении, начиная с 1997г., Я.Ю. Епутаев проводит изучение взаимозависимости формально-динамических (биологически обусловленных) параметров индивидуальности с выраженностью признаков ПТСР. Были обследованы военнослужащие РА, принимавшие участие в боевых действиях в Чечне. Выбор объектов исследования именно этой популяции обусловлен рядом факторов. Во-первых, это вывод о том, что свойства темперамента наиболее сильно проявляются в экстремальной ситуации и в этом смысле данная выборка адекватна задачам исследования. Во-вторых, положение об онтогенетической стабильности свойств темперамента и меньшей их подверженности влиянию социальных факторов. Рассмотрение этих двух факторов во взаимосвязи позволило предположить, что изучение структуры темперамента участников боевых действий позволит выделить ряд его компонентов, на основании которых возможно прогнозировать развитие ПТСР у того или иного участника боевых действий. Выделен новый фактор риска развития ПТСР, а именно - темперамент. На момент обследования у 19% военнослужащих установлен высокий уровень выраженности признаков ПТСР, у 33 - частичная выраженность и у 48% не были выявлены признаки ПТСР. Наиболее ярко выраженными оказались такие признаки ПТСР, как избегание и гипервозбуждение. Показано, что выделенные "крайние" группы ("Норма" и "ПТСР") значимо различаются по уровню выраженности эмоциональности в коммуникативной, психомоторной и интеллектуальной сферах, а также по общему индексу адаптивности. При этом испытуемые с высоким и низким индексом общей адаптивности значимо различаются по уровню выраженности симптома ПТСР - гипервозбуждения, по сумме всех шкал опросника IOES-R и по общему уровню ПТСР. Выявлены взаимосвязи между адаптивностью и признаками ПТСР. Высоко- и низкоэмоциональные испытуемые также значимо различаются по уровню выраженности всех признаков ПТСР и общему его уровню. Общий тип темперамента, характерный для испытуемых без признаков ПТСР, смешанный низкоэмоциональный. Группы "Норма" и "ПТСР" значимо различаются по уровню эргич-ности в интеллектуальной сфере. Получена отрицательная корреляционная связь между уровнем выраженности признаков ПТСР и эргичностью в интеллектуальной сфере. Сделано предположение о том, что между уровнем интеллекта и ПТСР, а также между коммуникативной скоростью и такими признаками ПТСР, как вторжение и гипервозбуждение, существует взаимосвязь. Я.Ю. Епутаев делает предположение: формально-динамические свойства индивидуальности (темперамент) можно выделить как фактор риска развития ПТСР. Это исследование продолжается на большем контингенте испытуемых.

Анализ и интерпретация результатов собственных экспериментальных исследований, посвященных изучению латеральных опережающих движений глаз в их связи с функциональной асимметрией полушарий и эмоционально-личностной сферой, позволил Е.Г. Удачиной обосновать новое направление в изучении механизма возникновения ПТСР. Функциональная асимметрия и взаимодействие полушарий мозга - один из важнейших нейропсихологических факторов, проявляющихся в самых различных аспектах организации психических процессов. В силу этого оправдан нейропсихологический подход к проблеме развития посттравматических стрессовых расстройств в контексте межполушарной асимметрии. Такой подход плодотворен, по крайней мере, в трех направлениях:

1) исследование связи индивидуально-личностных особенностей и функциональной асимметрии полушарий мозга в контексте посттравматических стрессовых расстройств;

2) изучение индивидуальных особенностей полушарных механизмов регуляции состояния в психотравмирующих ситуациях при действии стрессовых факторов;

3) изучение связи функциональной асимметрии и взаимодействия полушарий головного мозга с механизмами психологической защиты.

Восприятие того или иного психологического воздействия как стрессового, непосредственная или отдаленная реакция на это воздействие, механизмы совладания с психической травмой во многом зависят от индивидуально-личностных особенностей человека. Известно, что личностные характеристики в определенной степени связаны с типом функциональных взаимоотношений левого и правого полушарий мозга. В исследованиях Удачиной отражена большая выраженность показателей психотизма, эмоциональной неустойчивости при правополушарном, а экстраверсии - при левополушарном типах профиля латеральной организации (профиль латеральной организации - степень выраженности признаков доминирования того или другого полушария в различных сферах - мануальной, слухоречевой, зрительной).

Изучение полушарных механизмов регуляции состояния при длительном стрессе позволило получить данные о характере динамического взаимодействия полушарий в процессе адаптации. Результаты свидетельствуют о наличии двух типов регуляции функционального состояния - левополушарного и правополушарного, смена которых соответствует определенному переломному моменту в процессе психической адаптации; при этом доминирование левого полушария, имеющее место в начальном периоде, сменяется доминированием правого полушария. Данный факт интерпретируется Удачиной как повышение роли эмоциональной регуляции при длительном действии стрессового фактора; это дает основание предполагать, что и в психотравмирующих ситуациях, связанных с длительным стрессом, проявляются те же закономерности динамических отношений левого и правого полушария, и что изучение этой динамики окажется полезным для понимания механизмов возникновения психической травмы. В этом же исследовании получен ряд экспериментальных данных, которые позволяют говорить о преимущественной связи правого полушария с механизмами психологической защиты, что наблюдается как в нормальных условиях, при предъявлении эмоционально неприятных стимулов, так и в экстремальных условиях деятельности при предъявлении фрустрирующих стимулов.

Проблемы, связанные с функционированием психологической защиты, сравнительно недавно стали предметом экспериментального исследования в отечественной психологии. В то же время, бесспорно, психологическая защита - один из важнейших механизмов совладания с психической травмой. Имеется достаточно много работ, в которых неосознаваемые процессы, в том числе и механизмы психологической защиты, связываются исключительно или преимущественно с правым полушарием. Однако защитные механизмы представляют собой сложную, иерархически организованную структуру, включающую как примитивные защиты, так и более высокоуровневые, социально обусловленные. Исходя из этого можно думать, что и мозговые механизмы, связанные с психологической защитой, имеют системный характер и по-разному соотносятся с традиционно выделяемыми нейропсихологическими факторами.

В исследованиях Удачиной при сопоставлении результатов нейропсихологического анализа с показателями опросника LSI (Life Style Index), получены данные о том, что статические, конституционально обусловленные признаки правостороннего мануального доминирования положительно коррелируют со шкалой "отрицание" опросника, в то время как эти же показатели отрицательно коррелируют со шкалой "регрессия". Иными словами, доминирование по этим признакам правого полушария связано с механизмами регрессии, а доминирование левого - с механизмами отрицания. Психологические защитные механизмы более высокого уровня оказались связанными с динамическими характеристиками мануальной доминантности, при этом показано, что высшие защитные механизмы связаны, в основном, с активностью левого полушария. Не вызывает сомнений перспективность использования нейропсихологических подходов к изучению функциональной асимметрии и взаимодействия полушарий при исследовании проблемы возникновения психической травмы и развития посттравматических расстройств.

В теоретической работе С.В. Кравец предложена категориальная модель феномена кризиса, который представлен как момент активного взаимодействия "актуальной" и "потенциальной" реальностей сложной субъектной системы; показано методологическое значение понятия "кризис" для осуществления междисциплинарных исследований в области социогуманитарного знания и создания методологического инструментария для анализа кризисных ситуаций в системах аккумуляции и представления знаний.

Введенная в работе классификация кризисных явлений по критерию их нормативности для внутренней логики развития системы, открывает возможность рассмотреть в контексте теории кризиса посттравматическое стрессовое расстройство. Один из возможных путей включения этого понятия в некую целостную теоретическую схему, по мнению Кравец, репрезентировать ПТСР как ненормативный психологический кризис (т.е., вызванный причинами, внешними по отношению к собственной логике развития системы).

Надо отметить, что изучение коллизий, связанных с понятием ПТСР, не сводится к нахождению ему места в современном научном дискурсе -наблюдение за судьбой этого понятия, осуществляющееся на наших глазах, типичной судьбой понятия, рожденного вследствие необходимости дать имя клинически наблюдаемому феномену, открывает внимательному исследователю возможность непосредственно обратиться к живому процессу становления знания в клинической психологии, что, может быть, даст ключ к разрешению острых и животрепещущих методологических проблем клинической психологии и психиатрии.

**Психическая травма и ПТСР**

Понятие "психическая травма" является одним из основных при изучении травматического и посттравматического стресса. Коллективом сотрудников лаборатории (В.А. Агарков, М.А. Падун, С.В. Кравец) начата работа по интеграции понятия ПТСР в культурно устоявшуюся понятийную систему научной психологии путем анализа понятия "травмы". Была осуществлена попытка понять природу психической травмы на основе системного подхода, т.е. рассмотрения психического феномена в том множестве внешних и внутренних отношений, в которых он существует как целостная система. Требование целостности к изучению психического феномена создает для исследователя огромные трудности. Каждая теория рассматривает феномен психической травмы только в одной системе координат, абстрагируясь от других систем измерений. С точки зрения Б.Ф. Ломова, подуровневый анализ психического феномена позволяет раскрыть его многомерность, основания каждого из его измерений и взаимосвязи между ними.

Цель теоретического семинара, проводимого в лаборатории с 2001 года, рассмотрение зарубежных концепций психической травмы, которые отражают различные грани или аспекты этого феномена. Промежуточным результатом работы стало опубликование тезисов, в которых рассмотрены представления, сложившиеся в зарубежной психологии в рамках четырех основных подходов: психоанализ, аналитическая психология, когнитивная психология и бихевиоральный подход. В качестве системообразующего фактора феномена психической травмы рассматривается идея катастрофического взаимодействия между субъектом и средой, имплицитно заложенная в представлениях об этом феномене.

Известно, что травма воздействует на индивида на различных уровнях: биохимическом, психофизиологическом, эмоциональном, когнитивном, личностном, микро- и макросоциальном, В исследовании М,А. Падун рассматривается влияние на индивида психической травмы на когнитивно-личностном уровне (с точки зрения изменения базисных когнитивных убеждений), содержащих глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру). В рамках этого уровня делается также попытка исследовать и осмыслить механизмы влияния на личность различных по этиологии и характеру стрессоров.

Также как и работа Калмыковой, исследование Падун, с одной стороны, опирается на концепцию психической травмы Янофф-Бульман, а с другой - базируется на методических подходах, разработанных в лаборатории. Концепция Янофф-Бульман послужила теоретическим обоснованием методики "World assumptions scale" ("Шкала базисных убеждений"), которая переведена на русский язык, апробирована на отечественной популяции и была использована в данной работе.

Убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между Я и окружающим миром, наиболее сильно подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым внешним миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью: существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей личность в состояние дезинтеграции, преодоление которого состоит в восстановлении базисных убеждений.

В проведенном исследовании приняли участие две группы испытуемых: военнослужащие, участвовавшие в военных действиях в Чечне (г. Чита) и пациенты онкологического отделения федерального Центра экспертизы труда и реабилитации инвалидов (г. Москва), прооперированные по поводу диагноза "рак молочной железы". Результаты исследования показали, что у индивидов, переживших психическую травму, источник которой находится во внешнем мире (участие в военных действиях), при возникновении посттравматических стрессовых реакций наблюдается изменение убеждений об окружающем мире и собственном Я в негативную сторону. В случаях, когда источник травматизации находится внутри индивида (опасное для жизни заболевание), при развитии посттравматических стрессовых реакций происходит изменение в негативную сторону убеждения о ценности и значимости собственного Я, которое характеризуется представлениями о самоценности, собственной удачливости и способности контролировать ситуацию. При этом базисное убеждение о доброжелательности окружающего мира не страдает.

Данные результаты подтверждают гипотезу о том, что существуют кардинальные различия между исследуемыми видами психических травм. По всей видимости, участие в военных действиях, сопровождающееся включенностью индивида в ситуации насилия и агрессии со стороны окружающего мира, разрушает существующую у него концептуальную систему: мир становится враждебным, а собственное Я - неудачливым, не заслуживающим любви и уважения. В случае неэффективного совладания с травмой негативная картина мира и собственного Я сопровождают развитие посттравматических стрессовых реакций.

Ситуация в случае опасного для жизни заболевания по своим качественным характеристикам травматизации имеет сходство в большей степени с так называемым "информационным" стрессором. Таковым является, например, стресс радиационной опасности, роль которого в генезе ПТСР убедительно показана в коллективных исследованиях лаборатории, выполненных на контингенте участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: травма направлена в будущее, травматичны не столько сама ситуация, сколько субъективные представления о том, что может произойти (ухудшение состояния, смертельный исход). Так как источник травматизации находится как бы внутри индивида, убеждение об окружающем мире в случае возникновения посттравматических реакций не страдает, однако изменяются убеждения о собственном Я - оно представляется не достойным любви и уважения, неудачливым и не способным контролировать ситуацию.

**Психологическая помощь при ПТСР**

Анализ литературы показал, что лечение ПТСР психотерапевтическими методами представляет собой неотъемлемую часть реабилитационных мероприятий, поскольку главная их цель - реинтеграция психической деятельности, нарушенной вследствие травмы. При этом психотерапия направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травматизации, либо присутствуют изначально. Выявлена также специфика психотерапевтического лечения ПТСР по сравнению с психотерапией невротических и пограничных личностных расстройств: пациенты с ПТСР демонстрируют высокую степень недоверия к психотерапевтическому воздействию, склонны отказываться от лечения или обрывать его в самом начале.

Терапевтические отношения с ПТСР-пациентами чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта - недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть - имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Кроме того, работа с травмами порождает интен сивные эмоциональные реакции у психотерапевта и, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму. Наиболее распространены методы психотерапии ПТСР: когнитивно-поведенческие техники, индивидуальная психодинамическая и групповая психотерапия .

**Заключение**

Посттравматическое стрессовое расстройство– это тревожное расстройство, вызванное воздействием травматического события. Травматическим событиям подвержена значительная часть населения нашей планеты, многие из них  могут быть опасными для жизни. Травматические события включают террористические акты, транспортные аварии, акты насилия, сексуальные нападения, болезнь близкого человека и многое другое. Переживание такой ситуации или наблюдение за ней со стороны вызывает во многих из нас чувства страха, беспомощности, а иногда и гнева на весь мир за то, что он так опасен и непредсказуем.

ПТСР – это крайне тяжелое и угнетающее состояние как для человека, который его испытывает, так и для окружающих его людей. Знание различных симптомов посттравматического стресса может помочь понять, страдаете ли вы или ваши близкие этим недугом. Существуют проверенные эффективные методы лечения ПТСР, и нет никакой причины страдать в одиночестве.  
Посттравматическое стрессовое расстройство является тяжёлой реакцией на травматическое событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, которое оказалось бы потрясением почти для любого человека - такое, как серьёзный несчастный случай, природная катастрофа, нападение, изнасилование, участие в военных действиях и т.д.  
Эти события выходят за рамки обычного человеческого опыта. Иногда, стандартного резерва психики недостаточно для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. Через одну или несколько недель после экстремальной ситуации может развиться ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство) или, как его иначе называют, посттравматический стрессовый синдром.

Иногда люди, с симптомами ПТСР, избегают обращения к психотерапевту, т.к. боятся непонимания. Важно убедить в таких случаях, что врач-психотерапевт сможет понять страдающего и оказать ему помощь.

**Список литературы.**

1. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О.,  Тарабрина Н.В.Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны вАфганистане // Психол. журн. 1997. № 2. С. 34-49.
2. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А.,Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности ипризнаков посттравматического стресса (сообщение 2) // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89-97.
3. Калмыкова Е.С.,Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психол. журн. Т. 22. № 4. С. 70-80.
4. Миско Е.А. Представления о жизненной перспективе у лиц, переживших травматический стресс
5. Тарабриной. Н.В..Психология посттравматического стресса: Практикум Спб., 2001
6. Тарабрина Н.В. Клиническая психология. Хрестоматия. Спб., 2000.
7. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Агарков В.А., Миско Е.А. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс. М., 1997.
8. Тарабрина Н.В., Химчян З.Г. Психосоматические последствия переживания стресса радиационной опасности у ликвидаторов ЧАЭС. М.2002.
9. Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство 2002.
10. Тарабрина Н.В. Травматический стресс М., 2002.
11. Удачина Е.Г. Признаки мануальной асимметрии и структура психологической защиты. М., 2002. С. 144.