

**Н. В. ТАРАБРИНА**

**ПСИХОЛОГИЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО  
СТРЕССА**



**ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ  
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК**

Надежда Тарабрина

**Психология**  
**посттравматического стресса**

«Когито-Центр»

2009

## **Тарабрина Н. В.**

Психология посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина —  
«Когито-Центр», 2009

Монография посвящена изложению результатов изучения посттравматического стресса (ПТС) в разных группах: участников боевых действий, участников ликвидации аварии на ЧАЭС, детей, беженцев, пожарных, спасателей, больных раком молочной железы. Представлено исследование переживания террористической угрозы. На основе теоретического анализа и обобщения эмпирических исследований показано, что психологические последствия воздействия на человека экстремальных, психотравмирующих стрессоров высокого уровня интенсивности представляют континуум разных форм и степеней психической дезадаптации, одной из которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Эмпирически установлено, что только высокий уровень посттравматического стресса коррелирует с клинической картиной ПТСР. Выдвинуто и подтверждено предположение о том, что на психологическом уровне симптомы ПТСР представляют совокупность взаимосвязанных психологических характеристик (симптомокомплекс), входящих в семантическое поле понятия «посттравматический стресс».

© Тарабрина Н. В., 2009

© Когито-Центр, 2009

# Содержание

Введение	6
Раздел 1	10
Глава 1	10
1.1. История введения понятия «стресс» в научный дискурс	10
1.2. Концепция стресса Г. Селье	10
1.3. Развитие концепции стресса	12
Глава 2	14
2.1. К определению терминов: стресс, травма, травматический и посттравматический стресс	14
2.2. Краткая история исследований посттравматического стресса	16
Глава 3	19
3.1. Психодинамическое направление исследований психической травмы	19
3.2. Когнитивные концепции психической травмы	20
Конец ознакомительного фрагмента.	23

**Н. В. Тарабрина**  
**Психология посттравматического**  
**стресса. Теория и практика**

*Светлой памяти супруга и лучшего друга, Виктора Энговатова,  
посвящаю*

**Ответственный редактор:**

доктор психологических наук, член-корреспондент РАН *А. Л. Журавлев*

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук *В. Н. Краснов*

доктор психологических наук *Н. Е. Харламенкова*

© Институт психологии Российской академии наук, 2009

## Введение

Круг проблем, возникающих при взаимодействии медицинских и психологических наук, имеет тенденцию к расширению и изменению, что обусловлено как научными достижениями, так и запросами общества. И хотя драматические последствия катастрофических ситуаций для психики человека известны с древних времен, одна из «новых» проблем в отечественной клинической психологии последних десятилетий связана с воздействием на человека стрессоров высокой интенсивности [3, 34, 42, 89, 92].

Вероятность оказаться в травматической ситуации (военные и насильственные действия, антропогенные и техногенные катастрофы, угрожающие жизни болезни, террористические акты и т. п.) для любого человека в современном мире непрерывно возрастает. Это ставит перед специалистами разного профиля множество задач: комплексного медико-психологического изучения последствий пребывания в таких ситуациях, разработки адекватных методов диагностики и лечения возникающих патологических последствий. Количество исследований, посвященных изучению психологических последствий пребывания человека в травматической ситуации, за последние десятилетия стремительно растет [1, 2, 7, 8, 13, 14, 15, 28, 36, 46, 68, 74, 75, 79, 212, 228, 229, 291, 340]. Однако многие теоретико-методологические аспекты этой проблемы остаются либо нерешенными, либо дискуссионными.

Традиционно эти проблемы в основном изучались специалистами в области психологического стресса, которые включали в перечень стрессоров критические жизненные ситуации. Большинство современных авторов склонны рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром. Такое определение психологического стресса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые, прежде всего, относятся к необходимости установления дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по интенсивности, так и по феноменологии.

Как показано в первой части настоящей работы, именно последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности, прежде всего, боевого стресса послужили толчком к их последовательному изучению, приведшему в итоге к выделению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в американском психиатрическом классификаторе психических расстройств 1980 г. в отдельную нозологическую единицу (post-traumatic stress disorder – PTSD). Это, в свою очередь, стимулировало клиницистов и психологов к разработке клинических и психологических методов диагностики ПТСР, а также к поиску эффективных методов лечения расстройства. Возникла новая междисциплинарная отрасль науки, связанная с травматическим стрессом, или психотравматология.

Введение ПТСР в классификаторы неоднозначно оценивалось разными клиницистами в разных странах; одновременно с заметным прогрессом исследований в этой области повышается дискуссионность проблем, с ними связанных. Особенно это касается семантического поля травматического стресса, модели зависимости уровня реакции от интенсивности стрессора (dose-response model), внесения чувства вины в регистр посттравматических симптомов, возможного влияния мозговых нарушений, эффекта стресс-гормонов, искажений памяти при диагностировании ПТСР, возникшего в результате сексуального насилия в раннем детстве, влияния социально-политической обстановки в обществе на постановку диагноза ПТСР и т. п. [139, 164, 229, 293, 260].

Количество стран, применяющих в клинической практике диагноз ПТСР, выросло в период с 1983 по 1987, а с 1998 по 2002 с 7 до 39 [171]. Выявленная тенденция роста исследований в области ПТСР связана прежде всего с ростом международной террористической активности.

Большая часть работ по ПТСР посвящена эпидемиологии, этиологии, динамике, диагностике и терапии ПТСР. Исследования проводятся на самых разных контингентах: участников боевых действий, жертв насилия и пыток, антропогенных и техногенных катастроф, больных с угрожающими жизни заболеваниями, беженцев, пожарных, спасателей и т. д.

Основные понятия, которые используют исследователи, работающие в этой области, это «травма», «травматический стресс», «травматические стрессоры», «травматические ситуации» и «посттравматическое стрессовое расстройство».

Однако, как указывают многие исследователи, последствия пребывания человека в травматических ситуациях не ограничиваются развитием острого стрессового расстройства (ОСР) или ПТСР (которому, как правило, коморбидны: депрессия, паническое расстройство и зависимость от психоактивных веществ); диапазон клинических проявлений последствий сверхэкстремального воздействия на психику человека, безусловно, шире и еще требует дальнейших комплексных и междисциплинарных исследований.

Посттравматический стресс, характеристики которого соответствуют клинической картине ПТСР, возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Интенсивность стрессогенного воздействия в этих случаях бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию или отражаться в клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Лица, страдающие ПТСР, могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его психологические проявления, как правило, сопровождаются психосоматическими нарушениями.

Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Имеет значение лишь то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Непрерывно растущее количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу, привело к выделению области изучения травматического стресса и его последствий для человека в самостоятельную междисциплинарную область науки. В нашей стране, несмотря на высокую актуальность этой проблемы, ее разработка находится на начальной стадии, имеются отдельные научные коллективы психологов и психиатров, которые занимаются изучением посттравматических состояний у людей, подвергшихся различным видам психической травматизации.

Одним из основных достижений в отечественной клинической психологии является, на наш взгляд, конструирование психологической картины отдельного психического расстройства, основанное на теоретико-эмпирическом изучении его клинических проявлений.

В отечественной психологии разработан синдромально-психологический подход (на материале локальной патологии мозга), который успешно доказал свою эффективность как в теоретических, так и в практических работах [21,41,47]. Обсуждая проблемы клинической психологии, В. Ф. Поляков в качестве одной из основных ее задач ставит вопрос о распространении этого подхода на область клинико-психологических исследований психических расстройств, предлагая рассматривать психологический синдром как «новообразование», влияющее на жизнедеятельность человека и затрудняющее его социально-психологическую адаптацию [55].

В разных областях психологии для обозначения эмпирически определенных взаимосвязанных психологических характеристик используется такие понятия, как «образование», «паттерн», «комплекс», «совокупность» и т. п. Рассмотрение совокупности эмпирически выделен-

ных и взаимосвязанных психологических параметров, являющихся результатом воздействия на человека стрессоров высокой интенсивности (травматических) в качестве «психологического синдрома» представляется и правомерным, и перспективным.

В данной работе сделана попытка применить эти подходы к анализу эмпирических исследований посттравматического стресса.

Очевидна актуальность изучения проблем посттравматического стресса: она обусловлена, во-первых, высокой социально-экономической значимостью проблемы в современном обществе; во-вторых, потребностью в целостном теоретико-методологическом анализе и интеграции различных направлений в области изучения психологических последствий пребывания человека в травматических ситуациях и дифференцированном подходе к пониманию этого феномена; в-третьих, необходимостью разработки научно обоснованной классификации посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменений в психике человека, что особенно важно при выборе мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы.

За годы работы лаборатории, одним из первых проектов которой в 1990-е годы был кросскультуральный российско-американский проект по психологическому и психофизиологическому изучению ПТСР у ветеранов Афганистана и Вьетнама, было выполнено большое количество эмпирических исследований, результаты которых опубликованы в ряде статей, коллективных монографий, изложены на международных и отечественных конгрессах и конференциях. Со всей очевидностью встала проблема их обобщенного и аналитического представления, что и составило содержание настоящей монографии.

В этой работе мы делаем попытку применить интегративный подход к изучению психологических аспектов посттравматического стресса, что включает: комплексное теоретико-эмпирическое исследование феномена посттравматического стресса (ПТС); теоретико-методологическое обоснование интеграции достижений отечественной клинической психологии с существующими зарубежными подходами к изучению посттравматического стрессового расстройства; соотнесение семантических полей понятий «стресс», «посттравматический стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство»; выделение понятия «посттравматический стресс» в самостоятельную категорию; определение места этой категории в структуре психологического знания.

Теоретико-методологической опорой в этой работе являются положения субъектно-деятельностного (Рубинштейн, Брушлинский, Знаков, Сергиенко), системного (Ломов, Завалишина, Пономарев, Барабанщиков) и синдромально-психологического подходов (Выготский, Лурия, Поляков); разработанные в отечественной психологии принципы целостности личности (Абульханова-Славская, Ананьев, Мясищев, Карвасарский), биопсихосоциальный подход к психической патологии (Перре, Холмогорова); представления отечественных ученых о внутренней картине болезни и о влиянии тяжелых соматических заболеваний на психику человека (Лурия, Николаева, Тхостов, Соколова и др.); представления когнитивной психологии о формировании психической патологии и ПТСР (Бек, Эллис, Янофф-Бульман, Пиаже); концепция стресса (Селье, Лазарус, Бодров, Абабков), а также принципы и подходы к разработке проблем посттравматического стресса (Pitman, Van der Kolk, Derogatis, Keane и др.), теоретические идеи и практические достижения психоонкологического направления и представления о многофакторной детерминации этиологии и течения онкологических заболеваний (Greer, Cella, Holland и др.).

В части теоретико-методологического анализа в работе применялись номотетический и идеографический методы исследования, системный, субъектно-деятельностный и биопсихосоциальный подходы. Поскольку в отечественной психологии отсутствовал адекватный психологический инструментарий, пригодный для измерения параметров посттравматического стресса, часть настоящей работы состояла в переводе и адаптации уже имеющихся и хорошо



зареккомендовавших себя зарубежных, а также в разработке оригинальных методов. Методический комплекс, использованный в данной работе, включает следующие блоки:

1) Методики, направленные на измерения признаков и уровня ПТС: Структурированное клиническое интервью – СКИД (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R); Шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS: Clinical – Administered PTSD Scale); Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of event scale – revised, IOES-R); Миссисипская шкала – военный и гражданский вариант (MS, Mississippi Scale); Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire, LEQ);

2) Методики, направленные на изучение психопатологических характеристик: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List); Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory, BDI);

3) Методики для изучения личностных и когнитивных параметров: Личностный опросник (адаптированный вариант методики Айзенка) (Eysenk Personality Inventory, EPI); Шкала базисных убеждений, ШБУ (World Assumption Scale, WAS); Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (ЛТ, СТ); Опросник переживания террористической угрозы – ОПТУ (Опросник разработан Н. В. Тарабриной в соавторстве с Ю. В. Быховец);

3) Методики для изучения ПТС у детей: Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей – ПИВППСД разработано Щепиной и Макарчук; Опросник структуры темперамента В. М. Русалова (ОСТ); Методика прогрессивных матриц Равена (ПМР); Детский вариант теста рисуночной фрустрации Розенцвейга (PF-study); Опросник Басса-Дарки (ОБД); Шкала тревожности Кондаша (ШТ); Модифицированный тест самооценки Дембо – Рубинштейн (МТС); Рисунок семьи (РС).

Интегративный подход к исследованию клинико-психологических, когнитивно-эмоциональных и личностных феноменов в разных социальных контекстах позволил сочетать современную психометрическую диагностику, качественный анализ материалов наблюдения, опроса, экспертных оценок, учет внешних критериев.

Эта книга – результат многолетней работы коллектива сотрудников; невозможно перечислить всех, кто в той или иной степени повлиял на возникновение и развитие идей, определивших написание этой работы. Очевидно, что книга не была бы написана без активной поддержки дирекции и сотрудников Института психологии, а также наших партнеров: профессоров Гарвардского университета США Р. Питмана, С. Орра и Н. Ласко. Выражаю им свою искреннюю признательность.

Большая работа по переводу и апробации методик, а также анализу литературы была проделана Е. О. Лазебной. В сборе материала, его обработке, анализе и написании отдельных статей, принимали участие: В. А. Агарков, Ю. В. Быховец, Н. А. Графинина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова, Е. С. Калмыкова, И. О. Котенев, М. В. Леви, Е. А. Миско, М. А. Падун, Е. В. Петрухин, Е. Г. Удачина, а также аспиранты и студенты: О. Андрейчикова, И. И. Бакусева, О. В. Ворона, И. Б. Дороднева, Я. Ю. Елутаев, Т. В. Ермаков, Д. М. Захарова, М. В. Иконникова, Е. В. Киселева, М. С. Курчакова, А. В. Макарчук, П. В. Соловьева, Д. В. Цыбина, А. А. Штатская, А. И. Щепина.

Особенную благодарность хочу выразить своим друзьям и сыновьям Даниилу и Михаилу за их терпеливую заботу и постоянную поддержку.

# Раздел 1

## Теоретические аспекты посттравматического стресса

### Глава 1

#### Исторический аспект развития учения о стрессе

##### 1.1. История введения понятия «стресс» в научный дискурс

Все работы, посвященные стрессу, содержат ссылки на Г. Селье; большинство отечественных авторов упоминают, что применение этого термина начинается в его публикациях. Однако этот термин довольно широко встречался до того, как Селье стал его использовать. У. Кэннон употребил термин «стресс» еще в 1914 г. в своих психоэндокринологических исследованиях взаимосвязи эмоций, используя словосочетания «большой эмоциональный стресс» или «времена стресса». В 1935 г. Кэннон опубликовал небольшое научное эссе «Стрессы и напряжение в гомеостазе», в котором развивал идею использования технической концепции напряжения и стресса в физиологическом контексте. Согласно этой точке зрения, он рассматривал стресс как воздействие физического стимула в качестве эмоционального и утверждал, например, что холод, недостаток кислорода, низкий сахар в крови и потеря крови являются «стрессами». Кэннон утверждал, что сила и выносливость корректирующих факторов организма и его способность таким образом сопротивляться воздействию тревожащих сил делает заслуживающим внимания вопрос о том, где находятся границы, за которыми воздействие стресса сокрушает эти корректирующие факторы и значительно изменяет устойчивое внутреннее состояние. Согласно этой точке зрения, он предложил концепцию уровня критического стресса, определяемого как способность к воздействию возникающего напряжения на механизмы гомеостаза. Он продолжил описывать некоторые возможные экспериментальные методы, оценивать эту концепцию, определять такие термины, как «постоянный стресс» и «переменный стресс», на основе временных параметров. Кэннон довольно широко использовал этот термин, применяя его даже относительно социальной и индустриальной организации [40].

Обращение к работам Кэннона не связано с решением вопроса о приоритете в использовании термина «стресс», поскольку важная роль Селье в его популяризации и уникальность его формулировок неоспоримы. Однако историческая перспектива с учетом более ранних теорий стресса в повседневной жизни и в медицине нужна для понимания некоторых аргументов, используемых в более ранних возражениях концепции стресса Селье, поскольку и в настоящее время далеко не все ученые (например, Лазарус) принимают взгляды Селье на стресс, некоторые используют их модификации, некоторые расценивают их все же как недоказанные рабочие гипотезы, а некоторые просто отклоняют или игнорируют их.

##### 1.2. Концепция стресса Г. Селье

Развитие концепции стресса наиболее ясно представлено в книге Селье «Стресс в жизни» (1956). В значительной степени используя биографические данные, Селье описывает то, как работа, завершившаяся созданием концепции стресса, велась изначально в поисках нового сексуального гормона. В этих экспериментах Селье обнаружил, что введение экстракта яичников у крыс произвели «триаду» морфологических изменений, включающих: 1) увеличе-

ние коры надпочечников, 2) атрофию тимуса и других лимфатических структур и 3) глубоко кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Так как никакие гормоны яичников, известные в то время, не производили подобной триады морфологических изменений, то он стал продолжать исследование в этом направлении. В ходе тщательной проверки другой ткани, извлеченной подобным образом, он обнаружил, что экстракты плаценты, гипофиза, почек, печени или «любого другого органа» также производили ту же самую триаду изменений.

Селье был очень разочарован тем, что эта триада не была присуща только для извлечений яичников и что его надежда относительно обнаружения нового сексуального гормона не сбылась. Однако он допускал мысль, что триада изменений была просто результатом «токсичности» его относительно нечистых извлечений. Дополнительные эксперименты с введением формалина также произвели ту же самую триаду, что убедило его в том, что действительно он, скорее всего, имел дело с синдромом, в котором общим было повреждение ткани различными ядовитыми жидкостями.

В последовавшем затем изучении вопроса, как много других агентов способны производить ту же самую ответную триаду, Селье получил подобные результаты с разнообразными дополнительными стимулами, типа адреналина, инсулина, холода, высоких температур, рентгена, механической травмы, кровоизлияния, возбудителей туберкулеза, боли, принудительного мышечного упражнения и возбужденных стимулов. В итоге он заявил, что не может найти никакого вредного агента, который не вызывал бы выявленный синдром.

В его первом сообщении в 1936 г. в статье «Синдром, произведенный разнообразными вредными агентами» он предложил назвать это «общим адаптационным синдромом». Когда синдром был изучен более детально, с длительным воздействием вредного агента, то обнаружилось, что имеют место три стадии: реакция тревоги, стадия сопротивления и стадия истощения. Изложенная в терминах физиологических механизмов, гипотеза Селье состояла в том, что разнообразные стимулы или агенты, перечисленные выше, например, холод, высокая температура, упражнения и т. д., все имеют общее качество: будучи «вредными» для организма, они все одним или более «первичных медиаторов» активизируют некоторую неизвестную общую центростремительную систему.

Такие «первичные медиаторы» несут сообщение о том, что организм подвергся воздействию «вредных» агентов через нервные или гуморальные пути к интегральным центрам, которые, в свою очередь, вызывают неопределенную триаду ответа, включая возбуждение системы гипофиз – кора надпочечников.

Однако до 1946 г. термин «стресс» Селье не использует, возможно, из-за негативного общественного мнения, возникшего вслед за его первым употреблением. Неизвестен ход размышлений Селье по этому поводу. Данный термин вновь появляется в публикации, изданной в 1946 г. В ней Селье разрабатывает свою концепцию относительно «стресса» и «общего адаптационного синдрома», утверждая, что «болезни адаптации» могут представлять собой побочные продукты неправильных адаптивных реакций.

В этом кратком обзоре Селье использует термин «стресс» в смысле стимулов, вызывающих воспоминания агентов, сил, действующих на организм извне. Селье обнародовал свои теории в книге «Стресс», изданной в 1950 г. и признанной фундаментальным трудом. Селье предложил использовать термин «систематический стресс», который он определил как обозначение состояния организма в ответ на вызывающих воспоминания агентов. Для таких агентов он предложил новый термин «стрессоры».

В 1951 г. Селье также занимала возможность определения биологического «стресса» в том смысле, в каком термин используется в физике: обозначить взаимодействие между силой и сопротивлением ей. Известно, что в разные периоды Селье был склонен к определению «стресса» по-разному: как стимула, ответа или взаимодействия между стимулом и ответом.

В 1955–1956 гг., к моменту окончания издания пяти годовых отчетов по стрессу, Селье, очевидно, пришел к заключительному решению: «Стресс является, по существу, физиологическим ответом и должен быть определен как сумма всех неспецифических изменений, вызванных функционированием или повреждением». В течение двух последующих десятилетий это определение претерпело лишь незначительные модификации. Так, в 1974 г. Селье заявил, что «стресс – неопределенный ответ организма на любое требование»; это отличается от более ранних определений только более комплексной фразеологией. Исследования Селье и его революционные концепции имели чрезвычайный эффект в стимулировании исследований во многих областях медицины и биологии. Например, это вызвало сильный интерес в области изучения гормонального регулирования не только системы гипофизкара надпочечников, но также косвенно и других эндокринных систем, для которых надежные биохимические методы гормонального исследования стали доступны в 1950-е годы.

Особенно его концепции захватили воображение специалистов в области психиатрии и психосоматики, традиционно предрасположенных к мышлению с точки зрения медицинской важности угрозы адаптивным механизмам организма со стороны требований окружающей среды [65, 66].

В частности, упоминание Селье о «невротических стимулах» среди «стрессоров» было с большим интересом оценено в области психосоматики и стало главным фактором начала плодотворной новой эры в психоэндокринологии. Несмотря на эти и многие другие продуктивные последствия работы Селье, его теория стресса и «болезни адаптации» вызвала большое количество критических замечаний. Возможно, наиболее широко распространенные возражения, основанные на суждении многих ученых, состоят в том, что Селье недооценил размер и характер основных данных, которые будут требоваться, чтобы поддержать обобщения таких широких возможностей, как те, которые воплощены в его теориях. В любом случае его концепции стресса, очевидно, были оценены многими специалистами со своего рода скептицизмом, как окончательно не доказанные и не опровергнутые на основе экспериментальных данных, доступных в 1950-е годы.

В настоящее время, состояние дел не намного изменилось. Есть специалисты, принимающие теорию стресса Селье, использующие ее модификации, расценивающие ее как недоказанные рабочие гипотезы, и те, кто ее просто отклоняют или игнорируют. Конечно, нельзя сказать, что «стресс» не остался широко используемым термином, но только относительно немного специалистов в настоящее время используют его, точно согласуясь со специфическими определениями и формулировками Селье. За последние десятилетия популярность теории стресса постепенно снизилась в области физиологии, но сохраняется в психологических и социальных науках. Кажется, что ключевым в понимании существующего состояния дел в исследовании стресса является то, что подавляющая часть интересов и усилий сосредоточена в области, заинтересованной в изучении психологического стресса, т. е. в его психосоциальном влиянии на организм.

### **1.3. Развитие концепции стресса**

В области психологии стресса неоднократно наблюдалось, что ответы на любой предъявленный психосоциальный стимул могут широко варьироваться от одного индивида к другому или в разное время у одного и того же индивида. Далее было обнаружено, что такие ответы становятся более предсказуемыми только в том случае, если индивидуально учитывать все прошлые факторы типа предшествующих историй, успеха или защитного стиля, или особенных факторов в восприятии угрозы. В результате подобного распознавания сложных взаимодействующих факторов, определяющих поведенческие и физиологические ответы на психосоциальные стимулы, появилась естественная тенденция многосторонне рассматривать психоло-

гические явления стресса, избегая упрощенных, односторонних определений, основанных на одном из параметров.

Поскольку развитие психологических концепций стресса проходило таким довольно автономным образом, очевидно, тенденция многих специалистов состояла в том, чтобы принять в довольно неопределенном виде существование некоторой главной связи между этой областью психологического исследования стресса и работой Селье, который имел дело в значительной степени с физиологическими ответами на физические и гуморальные стимулы. Это предположение может подтвердиться или нет, но в настоящее время можно говорить о степени логической непрерывности или совместимости концепций, развивающихся в области стресса, с концепцией стресса Селье, поскольку неопределенный физиологический образец ответа – проблема, которая должна быть непосредственно сопоставлена и решена, если мы хотим продвигаться к определенности в этой области.

Можно предположить, что есть две особенности формулировок Селье, заслуживающие специального критического исследования, и не только потому, что они обладают особой важностью в оценке уникальных концепций Селье, но также и потому, что они до настоящего времени продолжают быть источником неопределенности.

Во-первых, необходимо подчеркнуть, что Селье вкладывает большое значение в разведение понятий. Стресс – это физиологический ответ организма, и этот «стресс» не должен быть перепутан со стимулами, вызывающими такой ответ, которые должны называться «стрессорами».

Во-вторых, концепция физиологического неспецифического ответа на стресс, состоящая в том, что стресс выявляется широким разнообразием различных агентов или «любыми требованиями» – не только ключевая предпосылка, на которой построена теория стресса Селье. Она имеет основное значение для отличия концепции стресса Селье от более ранних представлений.

Подводя некоторый итог, необходимо дать критическую оценку двух особенностей концепции стресса Селье. Первая касается, прежде всего, семантической проблемы определения терминов, а вторая, гораздо более серьезная, адекватности экспериментальных данных, на основании которых была получена концепция физиологического неспецифического ответа.

## Глава 2

# Стресс, травма, травматический и посттравматический стресс

### 2.1. К определению терминов: стресс, травма, травматический и посттравматический стресс

Исторически исследования стресса и травматического стресса проводились в разных направлениях, хотя, безусловно, имели точки пересечения. Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома присвоено наименование «эмоциональный стресс», т. е. это аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов [5, 73], что связано в вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие 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 некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств [31]. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем.

Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы.

Наряду с возникновением понятия «эмоциональный стресс» широко используется понятие «психологический стресс». В литературе эти термины, как и «главный» термин «стресс», трактуются совершенно различно. Многие авторы выделяют в качестве дифференцирующего критерия фактор социальности в происхождении психологического стресса. При этом подчеркивается, что стрессовые реакции на психосоциальные трудности – это не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение [4, 164].

#### *К определению термина «посттравматический стресс»*

Согласно современным воззрениям, стресс становится психической травмой, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения.

В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события, экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощными негативными последствиями, ситуации угрозы жизни индивида или его значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматических стрессовых состояний (посттравматического стресса), которые достигают максимальной интенсивности в развитии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Некоторые известные исследователи стресса (например, Лазарус) по большей части игнорируют ПТСР, как и другие расстройства в качестве возможных последствий стресса, ограничивая поле внимания исследованиями особенностей эмоционального стресса.

Теории травматического горя Линдермана [243] и «синдрома стрессовой реакции» Горовица [200] часто приводятся как пример расширения концепции классической теории стресса. Эти модели включают понятия о фазе восстановления или ассимиляции, суть которых сводится к пролонгированной борьбе с последствиями экстремального или травматического стресса. Авторы этих концепций указывают, что для лиц, перенесших травматический стресс, характерны переживания психического дискомфорта, дистресса, тревоги и горя в течение этого периода.

Попытки рассматривать эти концепции как разновидность классической теории стресса, видимо, проистекают из обозначения авторами вышеописанных реакций как «стресс» и «хронический стресс». Хронический стресс не ограничен ситуацией воздействия стрессора. Реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни. С теоретической точки зрения, было бы более корректно использовать термин «стресс» для обозначения непосредственной реакции на стрессор и понятие «посттравматический стресс» для отсроченных последствий травматического стресса.

Различия между исследованиями в области стресса и травматического стресса вызваны методологическими подходами. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также на оценке степени травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности, поскольку выявление признаков посттравматического стресса начинается после установления наличия в анамнезе субъекта пережитого травматического события. Такие психометрические инструменты, как шкала оценки воздействия травматического события Горовица и Миссисипская шкала ПТСР Кина, были разработаны для оценки этих специфических последствий психической травмы.

Исследования в области стресса в основном носят экспериментальный характер и используют специальные планы эксперимента в контролируемых условиях. Работы, посвященные проблеме травматического стресса, напротив, носят натуралистический, ретроспективный характер и по большей части могут быть отнесены к наблюдению.

Хобфол высказал положение, которое может служить связующим элементом между концепциями стресса и травматического стресса, – идею наличия тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, который заключается в консервации адаптационных ресурсов («притвориться мертвым») [198]. Подобная идея высказана Кристэлом [229], который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», а также последующие нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия – основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия.

Подводя итог сравнительному анализу, можно сказать, что понятие «стресс» соотносится с понятиями гомеостаза, адаптации и «нормальности», тогда как термин «травматический стресс» – скорее с нарушениями, расстройствами, психопатологическими реакциями.

Анализ западной, в основном американской литературы показывает, что термин «посттравматическое стрессовое расстройство» – ПТСР (post-traumatic stress disorder) используется как вполне определенный диагноз. Однако при описании и обсуждении результатов клинических исследований в качестве синонима употребляют термины «травматический» или «посттравматический» стресс. Эту же тенденцию можно наблюдать и в отечественных, особенно научно-популярных изданиях. На вопрос о том, что такое посттравматический стресс, следует свободное изложение основных симптомов ПТСР.

В настоящей работе обосновывается положение о том, что основой для определения самостоятельного содержания термина «посттравматический стресс» служит критерий наличия в биографии индивида травматического события, связанного с угрозой жизни и сопровождающегося переживанием негативных эмоций интенсивного страха, ужаса или чувства безвыходности (беспомощности), т. е. пережитого травматического стресса, одним из психологических последствий которого и является посттравматический стресс. Высокий уровень выраженности посттравматического стресса коррелирует с клинической картиной ПТСР (в последующем изложении эмпирических исследований это утверждение иллюстрируется конкретными данными) и, согласно с традицией отечественной клинической психологии, представляет психологическую картину ПТСР.

## **2.2. Краткая история исследований посттравматического стресса**

В качестве преамбулы к этой части работы уместно привести цитату одного из современных теоретиков в области ПТСР Р. Мак-Нелли: «научная литература сейчас столь обширна, что, даже обладая высоким мастерством чтения и анализа, любой обзор с неизбежностью будет синоптическим» [264, р. 229]. К этому можно добавить, что недавно были изданы практическое руководство по психологии посттравматического стресса [56] и ряд других изданий, в которых в той или иной степени подробно изложены исторические аспекты изучения травматического стресса. Уже говорилось, что большая часть многочисленных работ по этой проблеме – это клинические исследования, основной целью которых является выявление наличия ПТСР, его этиологии, течения и лечения. Основной акцент данной работы заключается в теоретическом анализе и эмпирическом обосновании выделения понятия «посттравматический стресс» в самостоятельное психологическое, тесно сопряженное с категорией ПТСР.

Современные представления о ПТСР сложились окончательно к 1980-м годам [119, 133, 134], однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий. В качестве примера можно привести описание военной психотравмы, принадлежащее историку Геродоту, который рассказал об афинском воине Эпизелосе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Свидетели большого пожара в Лондоне, случившегося в XVII в., рассказывали о нарушениях сна и ночных кошмарах, в которых они переживали заново ужас происшествия. Подобные переживания солдат описывал DaCosta во время Гражданской войны в Америке в 1871 г. Наблюдая кардиологические расстройства, которые характеризовались болями в груди, тахикардией, затрудненным дыханием, неприятными сновидениями и раздражительностью, он называл это состояние «солдатским сердцем», синдромом, который возник из-за трудностей военной службы.

Дж. Эрихен (Erichsen) [159] в 1882 г. в Англии наблюдал сходное реагирование на травматические инциденты. Эрихен, описавший такие реакции после железнодорожной катастрофы, будучи приверженцем анатомического направления предположил, что синдром возникает из-за молекулярных изменений в спинном мозге. Не все с ним согласились, предполагая, что, помимо физических повреждений, наличествуют и психологические причины. В итоге появился термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств



у участников боевых действий, причины которых усматривались в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами.

Эмиль Крепелин, блестящий нозолог XIX в., использовал термин *schreckneurose* («невроз пожара») для того, чтобы обозначить клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Это состояние наблюдалось после серьезных несчастных случаев, особенно пожаров, железнодорожных катастроф или столкновений. Много наблюдений за развивавшимися после участия в боевых действиях психопатологическими состояниями было сделано во время Первой мировой войны.

Психологическими проблемами участников Первой мировой и гражданской войн в России занимались Бехтерев, Ганнушкин, а после Великой Отечественной войны – Краснушкин, Гиляровский, Архангельский [9, 24, 38] и мн. др. После Первой мировой войны осталась обширная документация неврологических и психологических последствий военной травмы. Отдельные описания последствий пережитого солдатами военного стресса были опубликованы. В них говорилось о навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также о повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др.

Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919» определил отличия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер рассматривал посттравматический стресс как «физионевроз». Этот термин очень точно передает сочетание психологических и биологических паттернов, представляющих собой сущность травматического стресса. Хотя уже Фрейд [91] оценивал процесс травматического стресса как некое смешение психологических и биологических процессов, Кардинер, кажется, выступил первым, показавшим специфику неразрывного объединения этих двух областей, создающих явление посттравматического стресса.

Отталкиваясь от идей Фрейда, введя понятие «центральный физионевроз», он предположил, что именно это образование служит причиной нарушения ряда психических функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Он впервые осуществил комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность, 2) интенсивная реакция на внезапные раздражители, 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности, 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В течение и после окончания Второй мировой войны было выполнено множество исследований по этой проблеме [162, 194, 228, 151].

Гринкер и Шпигель в монографии «Человек в условиях стресса» [187] перечислили симптомы, в целом обозначенные как «военный невроз», от которого страдали так называемые «возвращенцы» – солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабление памяти, гиперактивность симпатической нервной системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность.

После Второй мировой войны появились работы, посвященные изучению психологических последствий у узников немецких и японских концентрационных лагерей и военноплен-

ных [120]. Отсроченные последствия пребывания в концентрационных лагерях отражены во множестве публикаций. Описана эмоциональная адаптация 34 военнопленных, перенесших 3 года японского плена. Кроме плохого питания и болезней, эти люди подвергались принудительному труду, побоям и более изощренным видам пыток. Из числа обследованных почти 23 % страдали от связанных с войной ночных кошмаров и страхов, притупленности аффекта, ослабления памяти, приступов сильной раздражительности и депрессии. Были обследованы 100 норвежских заключенных нацистских лагерей и было обнаружено, что у 85 обследуемых имели место хроническая утомляемость, сниженная способность к концентрации внимания и сильная раздражительность [163].

Дискуссия между органическим и психологическим подходом к выделенному разными авторами состоянию продолжалась вплоть до окончания Второй мировой войны, после ее окончания психологическое направление стало превалирующим. В общих чертах выделенные Кардинером симптомы сохранились и в последующих исследованиях, хотя представление о характере и механизмах воздействия факторов боевых действий на человека значительно расширилось, особенно в результате изучения проблем, связанных с войной во Вьетнаме.

Все эти годы обсуждался такой сложный вопрос, как симуляция симптомов травматического невроза. Как показал Тримбл [337] в 1985 г., введение закона о компенсации привело к росту инвалидности после железнодорожных катастроф. В 1879 г. был даже предложен специальный термин «компенсационный невроз». Этому вопросу много внимания уделил Миллер уже в 1961 г. [268], а Фейрбанк с соавт. даже разработали специальную методику для определения симуляции [165].

## Глава 3

### Теоретические модели посттравматического стресса

Известные в литературе теоретические подходы и направления в изучении ПТСР создавались как модели расстройства, которые возникли после вхождения в научный дискурс нозологической единицы ПТСР, что сформировало потребность к выяснению этиологии, предикторов и механизмов возникновения и развития этого расстройства. Единой общепринятой теоретической концепции к настоящему моменту создать не удалось, однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических направлений: психодинамическое, когнитивное, биологическое и психосоциальное. Эти модели создавались в рамках клинического направления в изучении ПТСР, однако анализ их содержания показывает, что в этиологии и развитии ПТСР психологическим факторам принадлежит весомая роль. Особенно это очевидно в направлениях, которые можно отнести к психологическим моделям: психодинамическим, когнитивным и психосоциальным.

#### 3.1. Психодинамическое направление исследований психической травмы

Исследования травмы и ее воздействия на индивида восходят к работам Пьера Жанэ. Работая в знаменитой клинике Сальпетриер у Шарко, он обнаружил, что многие психопатологические симптомы пациентов были связаны с их вытесненными воспоминаниями о травматических событиях.

В работе «Психические автоматизмы» [25] он утверждает, что воспоминание о травматическом опыте часто оказывается недостаточно переработанным, поэтому оно отделяется от сознания, т. е. диссоциируется, чтобы затем в какой-то момент вновь ожить либо как эмоциональное состояние, либо как телесное, либо в виде представлений и образов, либо как инсценирование определенного поведения. Не поддающиеся интеграции состояния могут в крайних случаях вести к формированию различных «частичных личностей», что соответствует диссоциативному нарушению идентичности [33, 135].

Фрейд, который также работал в клинике Шарко, в своем понимании травмы прошел различные фазы. В период исследования истерии (1895) он был убежден, что сексуальное соблазнение ребенка и, следовательно, сексуальная травматизация лежит в основе любого истерического невроза. Начиная с 1906 г. он несколько смягчил формулировку и выработал теорию, касающуюся роли детских побуждений и фантазий в формировании невротических структур.

В более поздних работах Фрейд формулирует свою концепцию психической травмы следующим образом. Помимо невыносимых травматических внешних воздействий, выделяются неприемлемые и интенсивные побуждения и желания, т. е. внутренние травмирующие факторы. При этом травма становится составной частью истории жизни как истории развития побуждений и жизненных целей. Согласно его «энергетическому» истолкованию, психическая травма возникает в том случае, когда чрезмерной силы стимул или раздражитель пробивает «стимульный барьер» или «щит». Фрейд предлагал различать два случая: 1) когда травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имевшуюся в наличии невротическую структуру; 2) когда травма детерминирует возникновение и содержание симптома. При этом повторение травматических переживаний, вновь и вновь возвращающиеся ночные кошмары, расстройство сна и т. п. – все это можно понять как попытки «связать» травму, отреагировать ее.

В рамках эго-психологии – одного из направлений современного психоанализа – в работах Анны Фрейд [90], Д. Винникотта [19] и др. подчеркивается роль отношений между матерью и ребенком и радикально пересматривается характер и смысл понятия психической травмы. Развивая эти представления, английский психоаналитик Масуд Хан [217] предложил понятие «кумулятивной травмы». Он рассматривал роль матери в развитии ребенка с точки зрения ее защитной функции (функции «щита») и утверждал, что кумулятивная травма возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении этой функции. Данное утверждение, считает он, справедливо на протяжении всего развития ребенка от рождения до подросткового возраста в тех сферах жизни, в которых ребенок нуждается в этом «щите» для поддержания своего еще неустойчивого и незрелого Я. Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения могут и не иметь еще травматического характера, однако, накапливаясь, они превращаются в психическую травму. В оптимальном случае неизбежные промахи матери корригируются или преодолеваются в сложном процессе созревания и развития; если же они происходят слишком часто, то возможно постепенное формирование у ребенка психосоматического расстройства, которое затем становится ядром последующего патогенного поведения.

В современном психоаналитическом сообществе понятие травмы может рассматриваться как: 1) наличие внешнего события, субъективно воспринимаемого индивидом как травматическое; 2) психопатологические последствия травматического события, возникающие либо немедленно, либо отсрочено; 3) усиление подверженности будущей травматизации вследствие пережитого травматического события; 4) причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия [307].

«Энергетическое» понимание травмы Фрейда некоторые современные исследователи предлагают заменить на «информационное», что позволяет включить как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу [200, 237].

Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. При этом информация под воздействием психологических защитных механизмов навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом состоянии принадлежит важная роль, являются, по существу, реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

Успешность адаптации зависит от оптимального соотношения между фиксацией на травмирующей ситуации и вытеснением ее из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания («инкапсуляция травмы»), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду, она помогает преодолеть последствия внезапной травмы. При развитии постстрессовых состояний осознание всех аспектов травмы становится непременным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в часть собственного бытия субъекта.

В отечественной психологии и психиатрии психическая травма традиционно рассматривалась как нарушение нормальной динамики процессов торможения и возбуждения, протекающих в центральной нервной системе, которое имело место в результате воздействия на индивида факторов чрезвычайной экстремальной ситуации.

### **3.2. Когнитивные концепции психической травмы**

Когнитивные концепции психической травмы восходят к теории стресса Р. Лазаруса и работам А. Бека. В так называемой «оценочной» теории стресса [237] большая роль отводится

когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. В более поздних работах [238] Лазарус полагает, что процесс оценивания включает первичное оценивание (оценку стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценку индивидом собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируется тип копинг-стратегии: проблемно-фокусированный копинг (действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и эмоционально-фокусированный копинг (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

А. Бек и Г. Эмери [117] впервые описали когнитивную модель реакции страха, которая легла в основу когнитивных концепций ПТСР. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку степени опасности ситуации и оценку собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией или избежать ее.

В процесс оценивания ситуации страха включается когнитивная схема, в рамках которой воспринимаются лишь релевантные ей признаки. Другими словами, люди воспринимают только то, что ожидают увидеть или услышать. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме и игнорировать остальную информацию. В конечном счете, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям: застыванию на месте, борьбе или бегству.

Концепция психической травмы Р. Янофф-Бульман [204] в большей степени имеет отношение к личности пережившего травму человека. В интерпретации Янофф-Бульман психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности о доброжелательности – враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного Я.

Отнесение того или иного убеждения к разряду базисных обусловлено несколькими критериями [54]. Первым критерием является то, что истоки базисных убеждений лежат в раннем детстве.

Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка на довербальном уровне (в возрасте примерно 7 месяцев) на основе взаимодействия со значимыми взрослыми. Безусловно, довербальные представления ребенка не являются еще убеждениями, но, тем не менее, они ложатся в основу будущих убеждений об окружающем мире и собственном Я взрослого человека.

Вторым критерием базисного характера убеждений является их относительная стабильность на протяжении жизненного пути личности. Если поверхностные убеждения (например, убеждение «Я хороший специалист») постоянно подвергаются эмпирической проверке и корректируются в зависимости от полученного опыта, то базисные убеждения остаются относительно неизменными на протяжении жизни. Однако существуют особые жизненные ситуации (травматический опыт), которые могут изменить базисные убеждения.

Третьим критерием отнесения убеждений к разряду базисных может служить высокий уровень их обобщенности и глобальности, так как они отражают представления индивида о собственном Я и окружающем мире в целом.

Базисные убеждения обеспечивают ребенка чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем – ощущением собственной неуязвимости и стабильности. Имплицитная концепция окружающего мира и собственного Я у большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает в основном с теми, кто делает что-то не так. Я хороший человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Речь идет о так называемых позитивных иллюзиях, выявленных в исследованиях Тейлора [334], который показал, что хорошо адаптированным людям свойственно переоценивать вероятность возникновения положительных ситуаций в жизни и недооценивать вероятность отрицательных. Данное утверждение легко

подтверждается тем, что часто от жертв психических травм можно услышать признание: «Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной».

Согласно Янофф-Булман, базисные убеждения о доброжелательности и справедливости окружающего мира и значимости собственного Я подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым внешним миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью. Привычные комфортные убеждения рушатся, повергая человека в состояние дезинтеграции. Процесс совладания с травмой состоит в восстановлении базисных убеждений.

Авторы когнитивных теорий травмы считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «Я плохой», а «Я совершил плохой поступок»).

В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом – восстановление в сознании гармонии существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР. В когнитивной психологии психическая травма рассматривается как разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений. Схемы представляют собой относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в онтогенезе. Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом, называются базовыми. Формирование базовых убеждений происходит в процессе удовлетворения базовых потребностей личности.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.