



С.В. Котовская



ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

Учебно-методическое пособие



Москва
2018

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Московский государственный
гуманитарно-экономический университет

С.В. Котовская

ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

Учебно-методическое пособие

Москва
2019

УДК 159.942.5

ББК 88.28

К 73

Рецензенты:

Т.И. Бонкало, доктор психологических наук

Л.И. Ложкина, кандидат психологических наук, преподаватель ФГБОУ ВО «Северный государственный университет»

Котовская С.В.

К 73 Психология стресса: учебно-практическое пособие. — М.: МГГЭУ, 2019.
— 80 с.

Пособие предназначено для студентов-психологов, обучающихся по программе бакалавриата, и предназначено для ознакомления с основными причинами и механизмами возникновения стресса, а также способами проведения эффективной психокоррекционной работы. В пособии рассматриваются основы теории стресса как биологической и психологической категории, раскрываются основные причины и факторы, влияющие на возникновение и развитие стресса, дана классификация концепций стресса. Описываются последствия длительного стресса и его влияние на психосоматическое состояние человека, способы его превенции.

Соответствует программе подготовки психологов, обучающихся по программе бакалавриата (направление подготовки 37.03.01 «Психология»), осваивающих курс «Психология стресса».

© С.В. Котовская, 2019

© МГГЭУ, 2019

Введение

На протяжении всей своей жизни человек постоянно сталкивается со сложными ситуациями, грозящими ему гибелью или потерей здоровья, положения в обществе, статуса. Одни ситуации обусловлены природными явлениями, другие возникают при неразумной деятельности или поведении самого индивида. В любом случае они порождают стресс, влияющий на физическое и психическое состояние человека.

На Европейской конференции ВОЗ отмечено, что стресс является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза, в связи с чем стоимость решения проблем с психическим здоровьем составляет в среднем 3–4% валового национального дохода. Экономические потери от производственного стресса и связанных с ним проблем с психическим здоровьем работающих оказываются достаточно высокими: около 265 млрд евро ежегодно для 15 государств Европейского союза.

Центр тяжести перспективных исследований в нашей стране и за рубежом нацелен на раннюю диагностику стрессоустойчивости и профессиональной деформации личности, а также на поиск тончайших первичных составляющих восстановления организма и путей повышения эластичности психики по отношению к воздействию стресс-факторов. Появлению депрессии и чувства бессмысленности своего существования, низкой самооценке, приводящей к снижению эффективности деятельности, нарушению трудовой дисциплины и повышению заболеваемости, а также формированию психосоматических и психовегетативных нарушений способствует комплекс факторов синдрома выгорания, которые стали предметом научных исследований в конце прошлого столетия и не потеряли своей актуальности в начале XXI века.

В последнее время синдром выгорания выявляется и у специалистов, для которых контакт с людьми вообще не характерен. Причиной этого является психологическое и физическое переутомление, когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними) и у человека нарушается состояние равновесия, что неизбежно приводит к срыву функциональных ресурсов и, как следствие, к истощению и выгоранию.

В наши дни из-за быстро меняющихся социально-экономических и политических ситуаций, увеличения нервно-психических и информационных нагрузок, диверсификации производства, роста конкуренции проблемы

стрессоустойчивости становятся все более актуальными. Доминирующими делаются вопросы компенсаторно-приспособительных возможностей организма человека, выявление особенностей его адаптации, обоснование и разработка средств и методов защиты организма от неблагоприятных факторов стресса, а также нахождение внутренних ресурсов для купирования негативных воздействий. Проблема нахождения ресурсов восстановления, особенностей эластичности психики, способствующих жизнеспособности и нивелирующих воздействие стресс-факторов актуально и в свете Международной классификации болезней 10-го пересмотра, где в причины, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения, включена рубрика Z 73.0 «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни», в связи с чем проблемы толерантности к стрессу выходят на первый план.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов-психологов, обучающихся по программе бакалавра, и нацелено на их ознакомление с основными причинами и механизмами возникновения стресса, а также способами проведения эффективной психокоррекционной работы. Пособие включает 4 темы. Первая тема посвящена основам теории стресса как биологической и психологической категории, в ней рассматриваются основные эмоциональные состояния, дается классификация концепций стресса. Во второй теме достаточно подробно раскрыты причины и факторы, влияющие на его развитие. Третья тема направлена на рассмотрение последствий длительного стресса и его влияния на психосоматическое состояние индивида, а в четвертой описываются способы его превенции.

1. Стресс как биологическая и психологическая категория

1.1. Характеристика эмоциональных состояний

В процессе биологической эволюции у человека появилась способность к пристрастному отражению действительности, что проявляется в виде эмоций. Эмоциональное состояние в литературе рассматривается как разновидность психического состояния, в котором отражается целостная деятельность в виде определенного уровня функционирования физиологических процессов и определенного уровня психической деятельности, т.е. изменение состояний эмоций связано с изменениями психической деятельности и физиологических процессов.

Общей характеристикой всех психических состояний являются определенные четыре параметра (рис. 1):

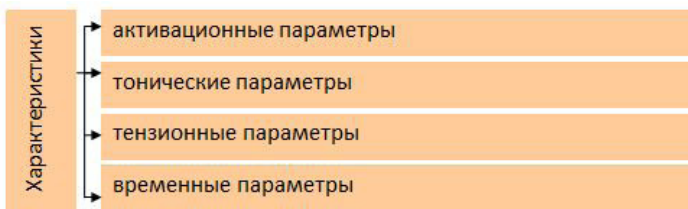


Рис. 1. Характеристики психических состояний

1. *Активационные параметры* отражают интенсивность психических процессов и детерминированы потребностно-мотивационной сферой. На психологическом уровне активация проявляется в ясности сознания, скорости психомоторных реакций, действий и движений, энергичном поведении и стремлении преодолевать трудности. Континуум данного параметра состоит из двух полюсов: на одном полюсе — возбуждение, подъем интенсивности психических процессов; а на другом — торможение, спад темпа действий. Уровень активации обусловлен силой актуализированных потребностей и мотивов, оптимистическим отношением к жизненной ситуации, верой в свои возможности.
2. *Тонические параметры* отражают на психологическом уровне ресурс сил, тонус индивида, наличие (отсутствие) энергии. Увеличен-

ная готовность к работе, ощущение собранности характерно для повышенного тонуса, а низкая работоспособность, усталость, несобранность, склонность обнаруживать реакции астенического типа на трудные жизненные ситуации свойственна пониженному тонусу.

3. *Тензионные параметры* отражают степень напряжения и детерминированы характеристиками эмоционально-волевой сферы. Уровень напряжения может формироваться под воздействием внутренних (психологических) факторов, таких как повышенный уровень требований, предъявляемых к собственной личности; неуверенность в себе, опасения и страхи перед возможными неудачами, а также может быть связан с воздействием внешних факторов: с условиями деятельности, общения, конкурентности и соревновательности. На одном полюсе континуума этого параметра раскованность, расслабленность, внутренний психологический комфорт, непринужденность в действиях и поведении, а на другом — закрепощенность, внутренний психологический дискомфорт, вынужденность поведения.
4. *Временные параметры* отражают устойчивость и продолжительность состояния. Считается, что психические состояния по параметру продолжительности занимают промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности.

К наиболее изученным хронически негативным состояниям относится утомление, которое является психологическим эквивалентом астении. Возникает данное затяжное психическое состояние вследствие эффекта суммации: длительное эмоциональное напряжения приводит к накоплению утомления, что в последующем способствует развитию хронического (эндемического) утомления. Последствия эндемического утомления в течение длительного времени могут оставаться скрытыми.

Обязательным признаком стрессового состояния является напряжение. В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния (рис. 2).

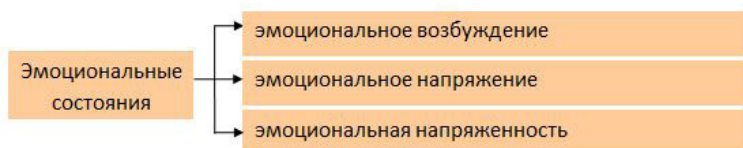


Рис. 2. Эмоциональные состояния

1. *Эмоциональное возбуждение* расценивается как сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.
2. *Эмоциональное напряжение* — это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.
3. *Эмоциональная напряженность* характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванное негативными или чрезмерными психогенными воздействиями.

В ситуации бурных эмоциональных реакций и эмоциональной напряженности участок нервной ткани, в котором локализован очаг возбуждения, становится доминантным. Вследствие этого другие влияния временно не принимаются, поскольку господствующая доминанта их гасит. Это продолжается до тех пор, пока не иссякнет эмоциональное подключение временно господствующего доминантного очага. С прекращением эмоциональной напряженности способность к объективной оценке информации восстанавливается.

Достаточно информативным показателем эмоциональной напряженности служит проявление выраженной *мышечной скованности* (непроизвольного напряжения многих групп мышц). Основной вегетативной реакцией на эмоциональную напряженность является высокая *частота сердечных сокращений* без физических нагрузок. Иногда отмечается *обильный профузный пот*, вызываемый эмоциональными воздействиями, а не температурными. На лице могут появиться выраженные *вазомоторные реакции*, заметные изменения в диаметре зрачка. В ряде исследований при значительном эмоциональном напряжении наблюдалось *повышение позывов на диурез*, резкое усиление работы кишечника и др.

Эмоциональная напряженность также характеризуется падением уровня психических познавательных процессов и ухудшением психомоторики. Причинами этого становятся избыточная мотивация, излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело, выраженное ощущение серьезной опасности, высокой тревожности и др. Развитию такого негативного психического состояния способствуют низкая эмоционально-волевая устойчивость, выраженная личностная тревожность, неуверенность в своих силах.

Среди внешних проявлений эмоциональной напряженности особое место отводится мимике, пантомимике, заиканию и тремору (рук, ног, щек,

губ, подбородка). Характерно появление желваков на щеках, затем в связи с утомлением лицевых мышц начинает отвисать нижняя челюсть, может появляться асимметричность (перекошенность) открытого рта. Среди мимических реакций, характеризующих состояние напряженности, одной из самых информативных является оживление рефлексов (рис. 3).



Рис. 3. Рефлексы, характеризующие состояние напряженности

1. *Хоботковый рефлекс* характеризуется вытягиванием губ «трубочкой» («хоботком») при легком постукивании твердым предметом по верхней губе. Его проявление без внешнего воздействия свидетельствует об очень сильном эмоциональном возбуждении или напряженности.
2. *Сосательный рефлекс* выражается в движениях губ при легком прикосновении к ним кисточкой.
3. *Ладонно-подбородочный рефлекс* выражается в том, что при проведении твердым предметом по ладони обнаруживается движение подбородка и губ.

Кроме внешних проявлений эмоциональной напряженности выделяют проявления эмоциональной напряженности в деятельности (рис. 4).



Рис. 4. Проявления эмоциональной напряженности в деятельности

1. *Эмоционально-сенсорные нарушения* включают в себя изменения процессов ощущений и восприятия.

2. *Эмоционально-моторные нарушения* характеризуются падением согласованности и точности движений.
3. *Эмоционально-ассоциативные* (эмоционально-мыслительные) *нарушения* предопределяют ошибочные умозаключения, принятие неправильных решений.

С точки зрения влияния на деятельность человека эмоциональные психические состояния подразделяются на стенические, которые стимулируют деятельность, увеличивают напряжение и энергию (паника, агрессия, бегство) и астенические, формирующие скованность и пассивность (оцепенение, слабость). Одна эмоция способна проявляться в этих двух вариантах, например, стенический страх позволит мобилизоваться и противостоять ситуации, а астенический встречается при упадке сил и неспособности сопротивляться обстоятельствам.

Любое эмоциональное состояние по своей природе является феноменом сознания. Оно всегда сознательно, но не всегда распознаваемо, в отличие от возбуждения, которое неосознаваемо и недифференцировано. Информационная специфичность эмоционального состояния делает его исключительно важным для эффективности поведения и адаптации индивида к новым условиям жизнедеятельности.

Состояние человека, возникающее в каждой конкретной ситуации, всегда уникально, но среди многообразия частных случаев достаточно отчетливо выделяются некоторые общие классы состояний (рис. 5).

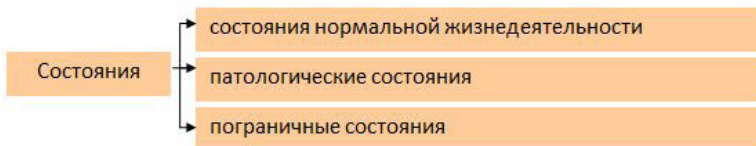


Рис. 5. Общие классы функциональных состояний

Критериями для отнесения состояния к определенному классу служат надежность и цена деятельности. С помощью критерия надежности функциональное состояние характеризуется с точки зрения способности человека выполнять деятельность на заданном уровне точности, своевременности, безотказности. По показателям цены деятельности дается оценка функционального состояния со стороны степени истощения сил организма и в конечном итоге влияния его на здоровье человека.

Другая классификация функциональных состояний строится на основании критерия адекватности ответной реакции человека (рис. 6).

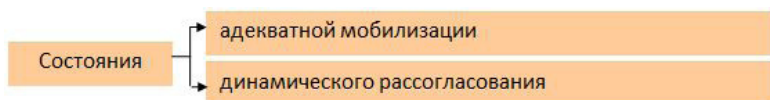


Рис. 6. Классификация функциональных состояний на основании критерия адекватности ответной реакции человека

Состояния *адекватной мобилизации* характеризуются соответствием степени напряжения функциональных возможностей человека требованиям, предъявляемым конкретными условиями деятельности. Оно может нарушаться под влиянием самых разных причин: продолжительности деятельности, повышенной интенсивности нагрузки, накопления утомления и т.д., тогда возникают состояния *динамического рассогласования*.

К. Изард среди многочисленных эмоционально-негативных состояний выделяет страх, аффект, фрустрацию и эмоциональный стресс. С.Л. Соловьева психические состояния подразделяет на:

- 1) экстремальные состояния физиологического и психофизиологического уровня (страх, стресс, психическая травма);
- 2) экстремальные состояния психологического и социально-психологического уровня (конфликт, фрустрация, депривация и кризис).

В свою очередь, Р. Карсон и Дж. Батчер фрустрацию, конфликт и пресинг считают категорией стресса, а депривацию, кризис и психическую травму относят к его предрасполагающим факторам.

Следовательно, стресс, будучи типичным эмоционально-психическим состоянием человека в трудных условиях, по форме протекания является фрустрацией или конфликтом, а фактором для его возникновения служат психическая травма, кризис или депривация, которые сами могут рассматриваться как этиологические модели различных состояний или расстройств. По мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова, страх выражается в виде стрессового состояния, паники, аффекта и др. (рис. 7).

Наиболее типичным негативным эмоциональным состоянием человека является стресс, который формируется, развивается и протекает с участием многих других эмоциональных проявлений, к которым относится страх, аффект, паника, фрустрация, конфликт, кризис, депривация и психическая травма.

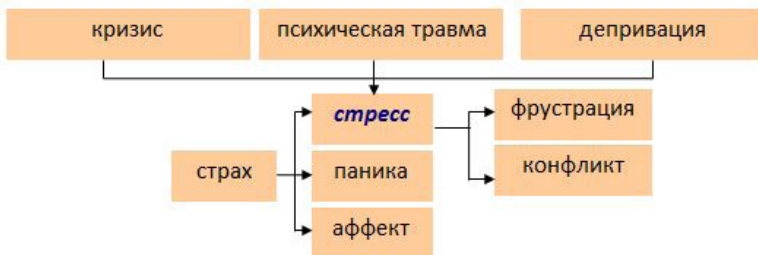


Рис. 7. Типичные негативные эмоциональные состояния

1.2. Классическая концепция стресса

Первоначально понятие стресса возникло в физиологии как неспецифическая реакция организма в ответ на любое неблагоприятное воздействие.

В переводе с английского слово «стресс» означает давление, натяжение, усилие, а также внешнее воздействие, создающее это состояние.

Стресс (англ. *stress* — напряжение) — особое состояние организма человека, возникающее в ответ на сильный раздражитель.

Психолог М. Кордуэлл приводит несколько различных определений стресса:

- стресс как стимул — может рассматриваться как характеристика окружающей среды (нехватка времени, нездоровая обстановка на работе и т. д.);
- стресс как реакция — рассматривается как состояние психического напряжения, возникающее в ответ на сложные обстоятельства;
- стресс как отсутствие равновесия в отношениях между человеком и окружающей обстановкой (модель взаимодействия для стрессовой ситуации). Человек испытывает стресс, когда предполагаемые требования обстановки становятся более высокими, чем предполагаемая способность удовлетворять эти требования.

Исходя из определений М. Кордуэлла, в настоящее время выделяют различные подходы к пониманию стресса (рис. 8):

1. *Стимульные* модели рассматривают стресс как психологическое требование, приводящее к личностному напряжению. Считается, что любое жизненное событие есть стресс, если ответ на него выражается напряжением или усилием. Основываясь на этой теории, исследователи пытались оценить роль жизненных событий, воздействию которых личность под-



Рис. 8. Модели стресса

вергалась за определенный промежуток времени, а также влияние жизненных событий на формирование симптомов или синдромов болезней и т.д. (концепция N.H. Holmes, R.H. Rahe). В рамках рассматриваемого подхода выделено 8 типов ситуаций, классифицируемых как «стрессогенные»: высокая скорость переработки информации, вредные внешние воздействия, переживаемая угроза, нарушение физиологического функционирования, изоляция, препятствия, групповое давление, фрустрация.

2. *Модели ответной реакции* рассматривают стресс как физиологическую ответную реакцию на требование окружающей среды (модель Г. Селье).

3. *Трансактные модели* рассматривают стресс как взаимодействие между личностью и окружающей средой с позиции восприятия возможной или реальной угрозы (концепция Р. Лазаруса).

4. *Модели несоответствия* рассматривают стресс как динамический процесс, приводящий психологические ресурсы в соответствие с предъявляемыми требованиями. Механизмы регуляции психологического стресса включают в себя физиологические, психологические, когнитивные, поведенческие процессы, а также ресурсы личности, в которые входят, по мнению разных исследователей, способности субъекта, его личностные особенности, предшествующий опыт, знания, ценности, потребности, мотивы и другое (концепции совладания).

Понятие гомеостаза, ранее описанное физиологом, У.Б. Кэнноном, позволило осмыслить, каким образом стресс воздействует на организм, и позволило Г. Селье сформировать учение об общем адаптационном синдроме, выделяя две реакции на воздействия внешней среды:

- специфическая (реакция на обычное воздействие);
- неспецифическая (реакция на новое воздействие), которая подразделяется на три фазы (рис. 9).

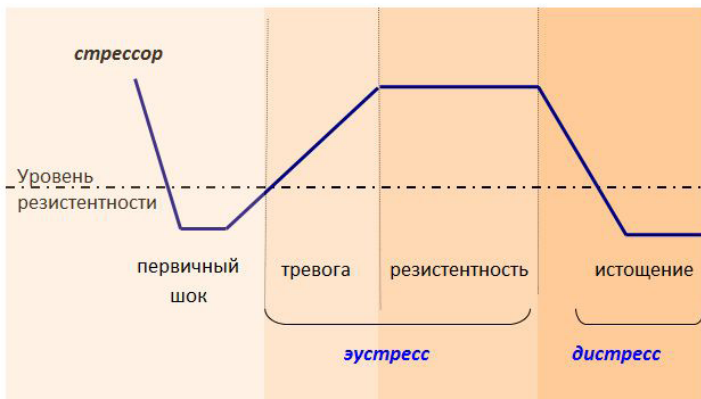


Рис. 9. Фазы развития стресса

1. **Фаза А. Реакция тревоги («аварийная»)** носит поисковый характер и является попыткой адаптироваться к новому фактору или к новым условиям, за счет органических и системных механизмов. Происходит мобилизация внутренних ресурсов организма для адаптации к новому воздействию.

2. **Фаза В. Реакция сопротивления (резистентности)** — организм пытается адаптироваться к новому воздействию. В ходе этой фазы приспособительные реакции человека постепенно переключаются на более глубокий тканевый уровень, гормональный фон видоизменяется, усиливают свое действие гормоны коры надпочечников — «гормоны адаптации». При условии совладания с новым воздействием организм приобретает специфическую резистентность — устойчивость организма, а организм получает новый положительный опыт — адаптацию, что Г. Селье классифицировал как полезный стресс или *эустресс*.

Факторы, способствующие переходу неспецифической реакции в *эустресс*:

- энергетический (достаточное количество адаптивной энергии для совладания);
- эмоциональный (положительный эмоциональный фон);
- когнитивный (положительный прогноз, достаточное количество времени и информации для выработки стратегии преодоления и др.);
- социальный (положительный опыт преодоления и одобрение стратегий преодоления в социальной среде).

3. **Фаза С. Реакция истощения.** Если стрессор действует длительно или обладает большей силой, а у организма не хватает ресурсов для совладания и адаптации, стресс приобретает патологический характер, который может завершиться психосоматическими или психовегетативными нарушениями — *дистрессом*.

Факторы, способствующие переходу неспецифической реакции в дистресс:

- энергетический (недостаточное количество адаптивной энергии для совладания);
- эмоциональный (негативный эмоциональный фон, чувство беспомощности и др.);
- когнитивный (негативный прогноз, недостаток времени и информации для когнитивной переработки и др.);
- социальный (отрицательный опыт преодоления и неодобрение стратегий преодоления в социальной среде).

Концепция, разработанная Г. Селье, рассматривает стресс как неспецифическую приспособительную реакцию организма на неизвестное, новое воздействие. На аварийной стадии при восприятии ситуации как стрессовой мобилизуются внутренние ресурсы организма. По Г. Селье, адаптация организма происходит благодаря наличию краткосрочной или долгосрочной адаптивной энергии, которая имеется в заданном и ограниченном количестве. В 1952 г. на основе эмпирических исследований В. Голдстоун опроверг аксиому Г. Селье, утверждая, что адаптационная энергия может производиться и сохраняться, благодаря чему организм способен сопротивляться воздействию стрессора и повышать исходный уровень резистентности. При повторных воздействиях данного стрессора организм будет к нему адаптирован, реакция станет специфической, а организм адаптирован к воздействию именно этого стрессора, возникнет состояние положительного эустресса. Если мобилизованной адаптивной энергии не хватило, так как стрессор был слишком сильным или длительным относительно количества выработанной или сохраненной энергии, организм истощается, появляется дистресс. Данное состояние характеризуется эмоциональным дефицитом, эмоциональной отстраненностью, деперсонализацией (цинизмом), а также проявлением психосоматических и психовегетативных нарушений.

1.3. Физиологический стресс

Физиологический стресс появляется в случае воздействия внешних факторов среды, грозящих внутреннему гомеостазу организма. Наиболее распространенным в современном мире является физиологический стресс, связанный с голоданием или строгой диетой. Среди разновидностей физиологического стресса выделяют:

- *химический* — воздействие на организм химических веществ, недостатка или избытка кислорода и т. д.;
- *биологический* — связанный с различного рода заболеваниями;
- *физический* — чрезмерные физические нагрузки, профессиональные занятия спортом;
- *механический* — связанный с повреждениями тела (кожи или органа), нарушением его целостности (травма или хирургическая операция).

За постоянство внутренней среды организма и регулирование вегетативных реакций (температуры тела, давления, потоотделения и др.) отвечает *гипоталамус* — особая структура промежуточного мозга, которая является высшим центром вегетативной нервной системы. Гипоталамус осуществляет координацию нервной и гуморальной систем организма, управляет секрецией гормонов передней доли гипофиза, формирует эмоциональные реакции человека, регулирует интенсивность питания, сна и энергетического обмена.

В ходе первичной реакции, возникающей при столкновении человека со стрессором, гипоталамус активизирует свою деятельность по двум основным направлениям стрессовой реактивности: это *эндокринная система* и *автономная (периферийная) нервная система*.

Чтобы активировать **эндокринную систему**, в передней части гипоталамуса вырабатывается кортикотропный рилизинг-гормон (КРГ), который действует на гипофиз таким образом, что там начинает вырабатываться адренотропный гормон (АКТГ). АКТГ активизирует кору надпочечников, где вырабатываются кортикоидные гормоны. Чтобы активировать автономную нервную систему, сигнал посылается из задней части гипоталамуса по нервным путям к мозговому веществу надпочечников (рис. 10).

Выработка гипоталамусом тиреотропного рилизинг-гормона (ТРГ) в своей передней части позволяет активировать гипофиз, который начинает вырабатывать тиреотропный гормон (ТТГ). ТТГ активизирует тиреоидные ядра, которые начинают вырабатывать тироксин. Задняя часть гипоталамуса также стимулирует ядра гипофиза, в результате чего в них начинают

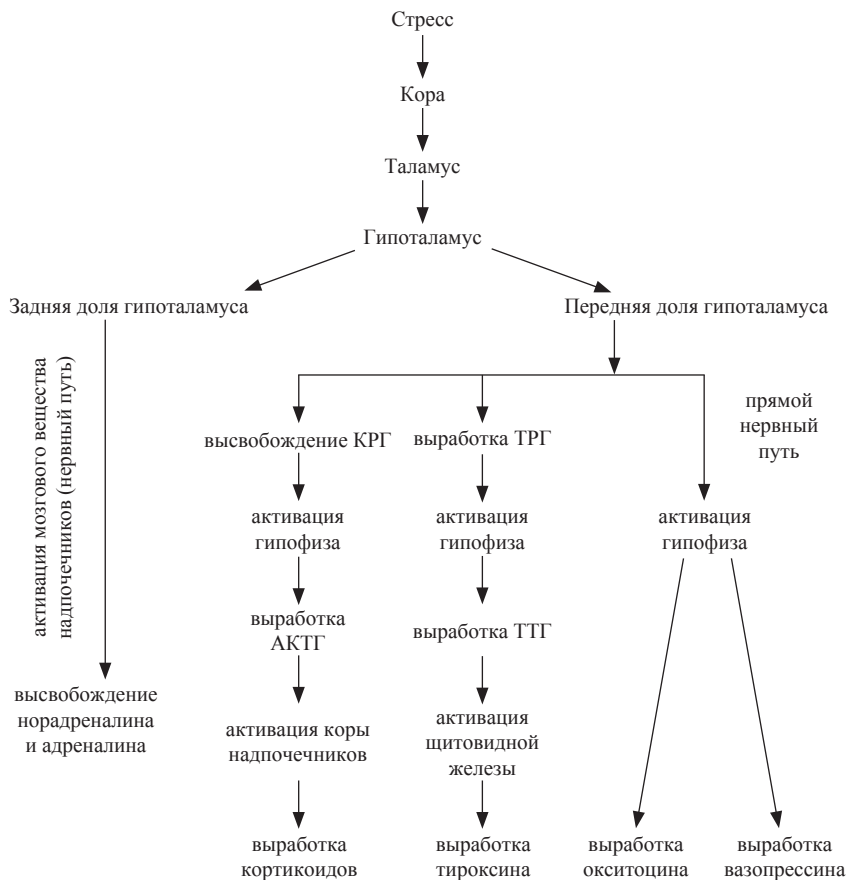


Рис. 10. Механизм физиологического стресса

вырабатываются окситоцин и вазопрессин (АДГ). Получив команду от гипоталамуса и гипофиза, кора надпочечников начинает вырабатывать глюкокортикоиды и минералокортикоиды. Самый важный из глюкокортикоидов — кортизол, а из минералокортикоидов — альдостерон. Гипоталамус также посылает команду мозговому веществу надпочечников начать выработку катехоламинов — эпинефрина и норэпинефрина. Гормоны надпочечников вызывают различные изменения в физиологическом состоянии:

учащение сердцебиения, расширение коронарных артерий, расширение бронхиальных путей, учащение ритма метаболизма, сокращение кровеносных сосудов в легких, увеличение объема потребляемого кислорода, увеличение содержания сахара в крови и повышение артериального давления. Щитовидная железа начинает вырабатывать тироксин, а гипофиз — окситоцин и вазопрессин. Эти гормоны также способствуют приведению организма в состояние готовности к борьбе со стрессором.

Автономная нервная система состоит из симпатической нервной системы, отвечающей за расход энергии во время стресса на реакцию борьбы или бегства, и парасимпатической нервной системы, ответственной за сохранение энергии во время расслабления организма. При активации симпатического отдела сердце бьется сильнее, зрачки расширяются, в крови появляется *адреналин* (при страхе) или *норадреналин* (при гнев), мышцы напрягаются и работают более интенсивно. Стресс влияет на выработку окситоцина и вазопрессина, что отражается на сокращении гладкой мускулатуры, стенок кровеносных сосудов. Выделение вазопрессина является причиной увеличения объема крови. Комбинация этих двух эффектов приводит к повышению артериального давления, что представляет собой угрозу сердечно-сосудистой системе. В результате стресса уменьшается количество слюны, что вызывает ощущение «тряпки во рту». Стресс приводит к непроизвольным сокращениям глотки, затрудняющим процесс глотания, усиливает секрецию соляной кислоты, способствуя развитию язвы. Сокращение скелетных мышц в результате стресса приводит к сильным головным болям, болям в спине и усталости. Сокращение гладкой мускулатуры стенок кровеносных сосудов может выразиться в гипертонии. Также стресс отражается на электрической активности кожи и ее температуре. На начальных этапах стресса первым повышается активность симпатического отдела, и в результате сердце бьется сильнее, дыхание учащается, мышцы напряжены, кожа бледнеет, и на ней может выступать холодный пот. В дальнейшем активируется парасимпатический отдел, что сопровождается слабостью, падением артериального давления, снижением тонуса мышц и желудочно-кишечными расстройствами.

1.4. Психологический стресс

Психологический стресс — это психические проявления синдрома, описанного Г. Селье. Изучением проявления стресса в психологической сфере активно занимался американский психолог Р. Лазарус, описавший

видение человеком окружающего мира и его специфическую реакцию на оценку мира и себя в нем. Когнитивная теория стресса, или когнитивная теория Р. Лазаруса, внесла значительный вклад в современную психологию в области стресса и методов работы с ним.

Психологический стресс — индивидуальная реакция человека на субъективную оценку угрозы (стрессового фактора) и своих ресурсов для преодоления данной угрозы.

В серии экспериментов Р. Лазарус предлагал испытуемым посмотреть кинофильм с демонстрацией проведения грубых хирургических вмешательств. Кинофильм предлагался к просмотру в виде немого кино, со звуковым сопровождением травмирующего, интеллектуализирующего или отрицающего характера. В результате эксперимента было установлено, что один и тот же зрительный стимул может вызвать у разных испытуемых стрессовые реакции разной интенсивности в зависимости от сформированного отношения к предъявляемому стимулу.

Психологический стресс обладает рядом специфических особенностей (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение психологического и биологического стресса

| Параметр | Биологический стресс | Психологический стресс |
|----------------------------------|---|---|
| Причина стресса | Воздействие стрессора на организм | Субъективное восприятие воздействия как стрессового |
| Характер опасности | Реальный всегда | Реальный или витальный |
| Направленность стресса | Жизнь, здоровье, физическое благополучие | Социальный статус, самоуважение и др. |
| Реальность угрозы | Есть угроза для жизни | Угрозы для жизни нет |
| Временные границы | Четкие | Размытые |
| Эмоциональные переживания | «Первичные» биологические эмоции (страх, боль, гнев, испуг) | «Вторичные» эмоциональные реакции (тревога, тоска, депрессия) |

Восприятие жизни во всей ее полноте требует сознательных усилий. Если в жизненной ситуации акцентируется внимание на плохом и она воспринимается как стрессовая, то эти чувства приводят к появлению эмоционального и физиологического возбуждения (рис. 11).



Рис. 11. Модель стресса по Д. Гринбергу

Основные симптомы стресса, проявляющиеся на психологическом уровне, показаны на рис. 12.

Человек реагирует не только на реальную опасность, но и на угрозы и символы опасности, связанные с прошлыми переживаниями. Физиологические изменения, происходящие в организме человека в ответ на стрессовые воздействия, являются следствием вызванных ими эмоциональных переживаний, т.к. без эмоциональных переживаний физиологические изменения не происходят. Стресс является для человека результатом восприятия такой угрозы, которая порождает эмоциональные переживания, оказывающие влияние на его способность к эффективной деятельности. Любая жизненная ситуация может быть воспринята как стрессовая, что вызывает определенную форму реагирования (рис. 13).

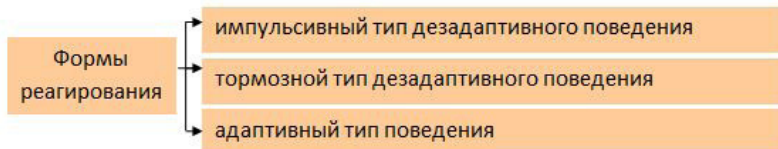


Рис. 13. Формы реагирования на стрессовую ситуацию

1. *Импульсивный тип дезадаптивного поведения* проявляется резким снижением организованности поведения, импульсивными, несвоевременными действиями, утратой сформированных навыков, повтором ответной двигательной реакции, снижением надежности вследствие повышения общей чувствительности.



Рис. 12. Симптомы стресса психологического уровня

2. *Тормозной тип дезадаптивного поведения* характеризуется торможением действий и движений (замедление вплоть до ступора), подавлением процессов восприятия и мышления, приводящим к нарушениям приема и переработки информации, пропуску значимых сигналов и сложностям в принятии решений.

3. *Адаптивный тип поведения* выражается целесообразной активностью, четким восприятием и осмыслением ситуации, высоким самоконтролем, адекватными действиями.

Человек находится в состоянии стресса или периодически возвращается в это состояние до тех пор, пока продолжается переработка информации о стрессовом событии. Продолжительность процесса реагирования индивидуальна и обусловлена значимостью информации, связанной с этим событием.

Степень тяжести стрессового события зависит от следующих факторов:

- наличия или отсутствия угрозы для жизни;
- тяжести потерь;
- внезапности события;
- степени изолированности от других людей в момент события;
- степени воздействия окружающей обстановки;
- наличия или отсутствия защиты от возможного повторения события;
- наличия или отсутствия моральных конфликтов, связанных с психотравмирующим событием, и их характера;
- пассивной или активной ролью индивида в стрессовой ситуации;
- характера непосредственного воздействия данного события.

В качестве основных принципов противострессовой защиты называют следующие:

- изоляцию от стрессора;
- активацию стресс-лимитирующих систем;
- подавление очага повышенного возбуждения в ЦНС путём создания новой доминанты (переключения внимания);
- подавление системы отрицательного подкрепления, связанной с негативными эмоциями;
- активацию системы положительного подкрепления;
- восстановление энергетических ресурсов организма;
- физиологическую релаксацию.

Характер поведения индивида и психотравмирующие последствия в стрессовой ситуации зависят от ее значимости и психологической структуры личности: отношения человека к трудностям в работе, к успеху и не-

удаче, степени уверенности в своих силах, направленности личности, соотношения притязаний и возможностей. Различные психотравмирующие последствия имеют ряд своеобразных эффектов (рис. 14).

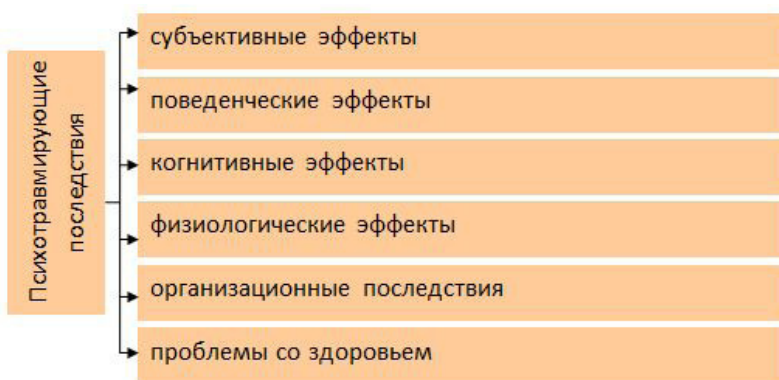


Рис. 14. Психотравмирующие последствия стрессовых событий

1. *Субъективные эффекты:* чувство общей усталости, апатия, низкая самооценка.
2. *Поведенческие эффекты:* злоупотребление алкоголем, потеря аппетита и суетливость.
3. *Когнитивные эффекты:* чрезмерно острая реакция на критику и неспособность сосредоточивать внимание.
4. *Физиологические эффекты:* повышенное кровяное давление и содержание глюкозы в крови, учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание.
5. *Организационные последствия:* неудовлетворенность работой, плохие отношения с коллегами и прогулы.
6. *Проблемы со здоровьем:* коронарная недостаточность, язва желудка, головные боли.

В результате теоретических и экспериментальных исследований было установлено, что для совладания (копинга) со стрессом каждый человек использует собственные стратегии. Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения. Наиболее распространенная классификация строится на основании трех основных критериев (рис. 15).



Рис. 15. Стратегии копинг-поведения

1. Эмоциональный проблемный:

- *эмоционально-фокусированный копинг* — направлен на урегулирование эмоциональной реакции;
- *проблемно-фокусированный копинг* — направлен на решение проблемы или изменение ситуации, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный поведенческий:

- *«скрытый» внутренний копинг* — когнитивное решение проблемы, с изменением неприятной ситуации, вызывающей стресс;
- *«открытый» поведенческий копинг* — ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

3. Успешный — неуспешный:

- *успешный копинг* — используются конструктивные стратегии, приводящие к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс;
- *неуспешный копинг* — используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Успешность выбранного стиля реагирования связана с восприятием события как угрожающего (рис. 16).

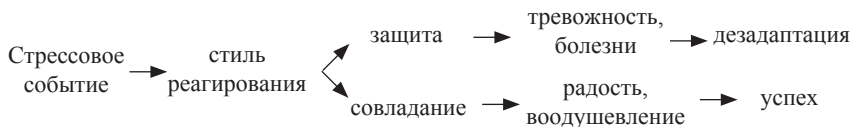


Рис. 16. Варианты стилей поведения при реагировании на стрессовое событие

Стили реагирования являются промежуточным звеном между случившимися стрессовыми событиями и их последствиями в виде тревожности, психологического дискомфорта, соматических расстройств, сопутствующих защитному поведению или же характерных для совладающего стиля поведения, душевного подъема и радости от успешного решения проблемы.

Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции, от них зависит сохранение эмоционального равновесия через уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора, что способствует вторичной оценке последнего. Результатом этой оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- *непосредственные активные поступки* индивида для уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);
- *косвенная или мыслительная форма* без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего торможения (вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции для ее нейтрализации и т. д.;
- *совладание без эмоций* — при оценке угрозы личности как нереальной (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которые мы избегаем).

Выделяют три способа формирования устойчивости к стрессу (рис. 17).

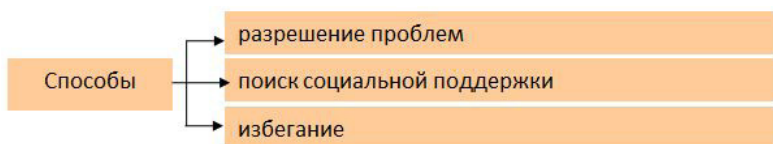


Рис. 17. Способы формирования толерантности к стрессу

Полноценная жизнь в обществе зависит от двух важных факторов: наличия спокойной, надежной обстановки дома и удовлетворенности работой. Наличие этих факторов является косвенным показателем относительной стрессоустойчивости человека, его социально-психологической сбалансированности.

1.5. Профессиональный стресс

Профессиональный стресс могут вызывать в трудовой деятельности как ситуации с интенсивными профессиональными нагрузками, так и недостаточное обеспечение работой.

Профессиональный стресс — состояние, отражающее физическое и психическое воздействие напряженных ситуаций в трудовой деятельности.

Видов профессиональных стрессов достаточно много (рис. 18).

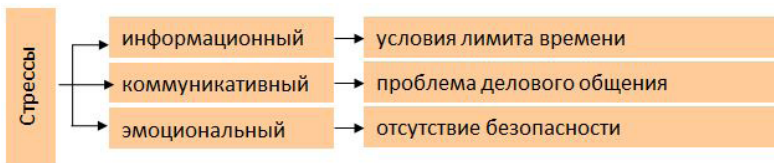


Рис. 18. Виды профессиональных стрессов

В случае информационных перегрузок, когда человек не успевает решить важную задачу, принять решение, возникает информационный стресс. Коммуникативный стресс проявляется в повышенной раздражительности, неумении нивелировать агрессию во взаимоотношениях, неспособности сформулировать отказ, неумении противостоять манипулятивным техникам. При разрушении внутренних установок, переживания негативных эмоций (гнев, обида, недоверие, несправедливость) и наличии конфликтов возникает эмоциональный стресс.

Причиной профессиональных стрессов могут быть как объективные гигиенические факторы (освещенность помещений, наличие благоустроенного личного рабочего места, теснота, холод и др.), так и субъективные факторы (отсутствие информации, времени, мотивации и др.). Считается, что уровень стресса на рабочем месте возрастает по следующим причинам:

- психологическое давление;
- отсутствие свободы в принятии решений;
- уровень моральной и материальной удовлетворенности трудом.

Западные специалисты выделяют шесть источников стресса:

- 1) режим труда (плохие условия, нехватка времени и т.д.);
- 2) коммуникация (взаимодействия на горизонтальном и вертикальном уровнях);
- 3) личность работника (роль сотрудника, конфликты, ответственность и т.д.);
- 4) построение карьеры (притязания, стремления к достижению, успешность деятельности и т.д.);
- 5) организационная культура и психологический климат (ограничение индивидуальной свободы, несоответствие аффилиации ожиданиям и т.д.);

- б) внеорганизационный источник (неумение разделять семейные и профессиональные роли, нехватка времени на семью и т.д.).

Ю.В. Щербаков предлагает выделять стрессы, связанные с соматическим состоянием здоровья и личностными особенностями, которые являются неспецифической реакцией на трудовую деятельность.

Задания для проверки усвоения знаний

1. Дайте определение понятию «стресс».
2. Раскройте концепцию стресса Ганса Селье.
3. Сравните биологический и психологический стрессы.
4. Назовите значение гуморальной регуляции в развитии стрессовых реакций.
5. Дайте определение понятиям «эустресс» и «дистресс».
6. Опишите копинг-стратегии в поведении при стрессе.
7. Назовите способы толерантности к стрессу.
8. Раскройте психотравмирующие последствия стрессовых событий.
9. Опишите информационный стресс.
10. Перечислите источники профессионального стресса.

Выберите правильный вариант ответа

1. Общей характеристикой всех психических состояний являются параметры:
А) силы, продолжительности, скорости, устойчивости, динамичности;
Б) физиологические, психофизиологические, психологические;
В) активационные, тонические, тензионные, временные;
Г) нет правильного ответа.
2. Эустресс объединяет стадии:
А) первичного шока и тревоги;
Б) резистентности и истощения;
В) тревоги и резистентности;
Г) нет правильного ответа.
3. Характерная реакция на психические стрессоры на стадии истощения:
А) одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает психическая готовность к борьбе, предрасполагающая также к реакциям агрессии и страха;

Б) многообразие психовегетативных расстройств способствует развитию у некоторых личностей ипохондрических расстройств;

В) в зависимости от конституционального предрасположения и иных факторов проявляются заболевания внутренних органов или психические заболевания;

Г) другой вариант.

4. К основным симптомам стресса, проявляющимся на психологическом уровне, относят:

А) ощущение враждебности со стороны окружающих;

Б) нет правильного ответа;

В) повышенная способность к концентрации;

Г) асоциальное (делинквентное) поведение.

5. Характерная реакция на психические стрессоры на стадии резистентности:

А) одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает психическая готовность к борьбе, предрасполагающая также к реакциям агрессии и страха;

Б) многообразие психовегетативных расстройств способствует развитию у некоторых личностей ипохондрических расстройств;

В) в зависимости от конституционального предрасположения и иных факторов проявляются заболевания внутренних органов или психические заболевания;

Г) нет правильного ответа.

6. Формы реагирования на стрессовую ситуацию:

А) гиперстеничный тип адаптивного поведения, гипостеничный тип адаптивного поведения, эксплозивный тип дезадаптивного поведения;

Б) импульсивный тип дезадаптивного поведения, тормозной тип дезадаптивного поведения, адаптивный тип поведения;

В) ажитированный тип дезадаптивного поведения, ступорозный тип дезадаптивного поведения;

Г) нет правильного ответа.

7. К одному из основных критериев стратегий копинг-поведения в стрессовой ситуации относится копинг:

А) эмоциональный проблемный;

Б) морально-волевой;

В) эмоциональный моторный;

Г) сенсорный.

8. К профессиональному стрессу относят:

- А) эмоциональный;
- Б) коммуникативный;
- В) информационный;
- Г) все ответы верны.

9. К эмоциональному стрессу относят:

- А) лимит времени;
- Б) отсутствие безопасности;
- В) проблемы во взаимодействии;
- Г) все ответы верны.

10. К информационному стрессу относят:

- А) лимит времени;
- Б) отсутствие безопасности;
- В) проблемы во взаимодействии;
- Г) все ответы верны.

2. Причины и факторы, влияющие на развитие стресса

Причины возникновения стресса подразделяются на объективные и субъективные (рис. 19).

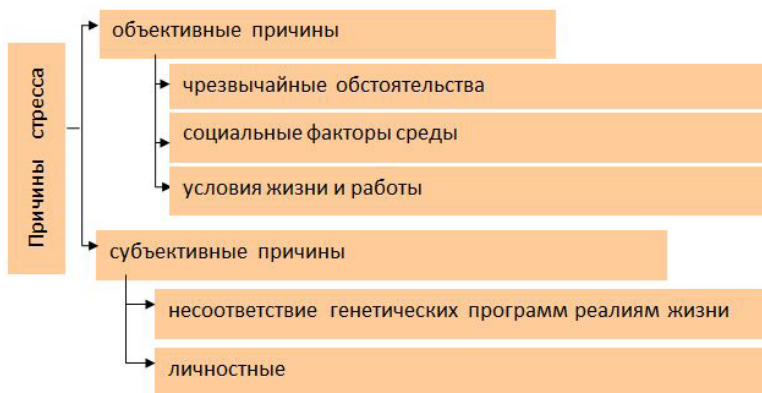


Рис. 19. Объективные и субъективные причины возникновения стресса

Следует отметить, что выделение объективных и субъективных причин весьма условно и обусловлено восприятием влияния среды на человека или человека на среду. К разряду личностных субъективных причин следует отнести:

- неэффективные установки и убеждения личности (политические, религиозные, личностные);
- невозможность реализовать актуальную потребность;
- коммуникативные сложности;
- неэффективное использование временных ресурсов;
- неэффективные способы психологической защиты и копинг-стратегии.

Несоответствие генетических программ реалиям жизни связано с реализацией негативных родительских программ, а также с тем, что генетически человек запрограммирован на сохранение жизни при воздействии биологических факторов голода, холода и т.д. Современная реальность чаще заставляет справляться с социальными стрессами.

На развитие стресса влияет множество врожденных и приобретенных факторов (рис. 20).

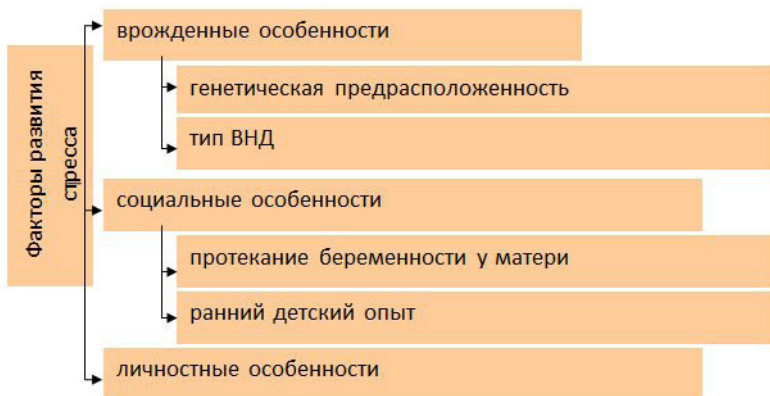


Рис. 20. Факторы развития стресса

1. *Врожденные особенности.* По данным исследования реакция людей на различные факторы среды определена в 60% генами. Остальное зависит от воспитания, стереотипов реагирования, жизненного опыта и т.д. Сила и динамика нервных процессов, приобретенная при рождении, также влияет на подверженность стрессу. «Слабый» меланхолический тип темперамента более подвержен воздействию, чем «сильные».
2. *Социальные особенности.* В последнее время все больше подтверждений находит тот факт, что стрессы беременной женщины влияют на развитие плода и развитие стрессов у ребенка в последующем. Кроме того, у каждого человека есть свой индивидуальный сценарий стрессового поведения, развивающийся с детства на основе сценария родительского воспитания и поведения.
3. *Личностные особенности.* Люди, обладающие чувством юмора менее подвержены стрессу, а наиболее подвержены эмоциональному напряжению лица, обладающие акцентуациями характера. Тревожность, сензитивность и импульсивность являются наиболее значимыми личностными характеристиками, влияющими на развитие стресса. Эмпирически доказано влияние мотивации на адаптивные возможности человека. Адаптация к стрессовым условиям лучше осуществляется у лиц, характеризующихся высокой мотивацией

достижения успеха. Наличие большого круга родственников и знакомых, также оказывает благоприятное воздействие.

Очень часто стресс человека связан с анализом прошлых психотравмирующих событий, а когнитивные процессы находятся в обратной зависимости от эмоций. Чем ярче эмоциональное реагирование на стресс, тем сложнее проводить когнитивную переработку события.

Задания для проверки усвоения знаний

1. Назовите основные причины возникновения стресса.
2. Перечислите факторы, влияющие на возникновение стресса.
3. Раскройте генетические факторы.
4. Опишите особенности психологических факторов.
5. Назовите социальные факторы возникновения стресса.

Выберите правильный вариант ответа

1. К причинам возникновения стресса относят:
А) генетические и социальные;
Б) физиологические, психофизиологические, психологические;
В) субъективные и объективные;
Г) все правильные ответы.
2. Генетические факторы влияют на возникновение стресса:
А) в 40%;
Б) в 50%;
В) в 60%;
Г) нет правильного ответа.
3. К каким факторам, влияющим на возникновение стресса, относится сензитивность?
А) генетическим;
Б) социальным;
В) психологическим;
Г) другой вариант.
4. Эмоции с когнициями находятся в зависимости:
А) прямо пропорциональной;
Б) обратно пропорциональной;
В) зависимости нет;
Г) другой вариант.

5. К объективным причинам возникновения стресса относят:

А) чрезвычайные обстоятельства;

Б) объективные факторы среды;

В) условия жизни и работы;

Г) другой вариант.

3. Последствия длительного стресса

3.1. Психосоматические заболевания

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть невротические и психосоматические расстройства. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

В качестве доказательства существенной значимости психологического состояния для формирования соматической болезни обратимся к экспериментам М. Селигана по изучению состояний «*обученной беспомощности*». В исследовании происходило обучение крысят из одной группы беспомощности, в то время как крысята другой группы приобретали опыт успешного противодействия стрессу. Оказалось, что крысы с обученной беспомощностью не предпринимали серьезных усилий для спасения даже в тех случаях, когда спасение объективно было возможно, они вели себя пассивно. В то же время крысы, получившие в прошлом опыт успешного сопротивления, активно искали выход даже в безнадежной ситуации, и хотя они постоянно получали отрицательное подкрепление, т.е. свидетельства бесполезности своей активности, они в большинстве своем сохраняли активность.

Под *психосоматическими расстройствами* понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «*святой семеркой*», относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной (рис. 21):

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания, как: гипертоническая болезнь, миома матки, ишемическая болезнь сердца и некоторые др.

Основными параметрами личности, склонной к формированию *эссенциальной гипертонии*, В.Д. Менделевич считает интерперсональное напря-



Рис. 21. Психосоматические заболевания

жение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Американский врач и психоаналитик Ф. Александер считал, что появление гипертонии обусловлено желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями, как одновременная нацеленность на прямоту, честность и открытость в общении, с одной стороны, и вежливость, учтивость, избегание конфликтных ситуаций — с другой. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. По мнению В.С. Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характерен для людей со склонностью к заболеваниям *язвенной болезнью 12-перстной кишки*. У человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни.

При *бронхиальной астме* отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается

как конфликт «владеть – отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой, часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Кроме того, отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Личность больного *сахарным диабетом* описывается как включающая в обязательном порядке чувство хронической неудовлетворенности. Однако считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности.

К нейродермитам психосоматического генеза относят *экзему* и *псориаз*. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение.

Замечено, что *язвенный колит* возникает после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали.

Для больных *ревматоидным артритом* специфичными считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности прийти на помощь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Следует отметить, что перечисленные личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями не следует абсолютизировать. Они лишь отражают общие тенденции.

Наиболее разработанными являются психологические типы личности, склонные к ишемической болезни сердца. *Коронарный тип личности А*, предрасположенный к инфаркту миокарда, включает в себя такие свойства, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени для выполнения своих многочисленных планов, находится в цейтноте. Он одержим стремлением сделать все лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, постоянно напряжен. Его рабочий день расписан по минутам. Ишемия может возникнуть в случае появления неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля и самооблада-

ния. Попадая в такие ситуации, человек вначале начинает энергично предпринимать усилия по восстановлению контроля над ситуацией, поскольку невозможность разрешить конфликт унижает его в собственных глазах. Но если эта активность (даже гиперактивность) не приводит к немедленному успеху и неэффективность действий становится очевидной для индивида, он дает реакцию капитуляции и заболевает. Противоположностью типа личности А является *тип В*, у которого стенокардия и инфаркт миокарда встречаются вдвое реже.

Психосоматические причины наименее характерны для травматически-ортопедической патологии, хотя и в ее структуре можно усмотреть психологические корни. К примеру, фактом можно считать влияние антиципационной несостоятельности и нарушений вероятностного прогнозирования у больных, склонных к поясничному остеохондрозу. У таких пациентов оказывается нарушенной преднастройка к двигательным актам, которая опосредуется психическими процессами и психологическими качествами человека.

Человек, находящийся в стрессовом состоянии, приспосабливается к нему, активизируя психологические и физиологические механизмы адаптации, привлекая интеллект и эмоциональное поведение [6].

Психологические и психофизические исследования стресса позволили выделить ряд форм адаптационной активности — *субсиндромов стресса*. Каждый субсиндром характеризуется большим числом симптомов, принадлежащих к какому-либо одному классу проявлений жизнедеятельности человека. Согласно позиции Л.А. Китаевой-Смык, в настоящее время выделяют четыре формы субсиндрома стресса (см. рис. 22).

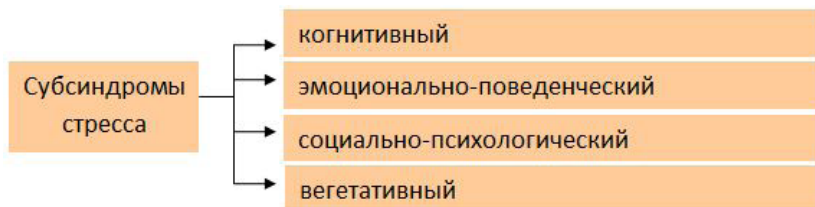


Рис. 22. Субсиндромы стресса

Когнитивный субсиндром проявляется в виде изменений восприятия и осознания информации, поступающей к человеку, находящемуся в экс-

тремальной ситуации; изменения его представления о внешней и внутренней пространственной среде, направленности его мышления и т.д.

Эмоционально-поведенческий субсиндром заключается в эмоционально-чувственных реакциях на экстремальные, критические условия, ситуации и др.

Социально-психологический синдром обнаруживается в изменениях общения людей, находящихся в стрессовых ситуациях. Эти изменения могут проявляться в виде социально-позитивных тенденций: в сплочении людей, увеличении взаимопомощи, в склонности поддерживать лидера, следовать за ним и т.п. (при стрессе могут складываться и социально-негативные формы общения: самоизоляция, склонность к конфронтации с окружающими людьми и т.п.).

Вегетативный субсиндром проявляется в возникновении либо тотальных, либо локальных физиологических стрессовых реакций, которые имеют адаптационную сущность, но могут становиться основанием для развития «болезней стресса».

Заболевание может проявиться как в результате незначительного стресса, так и в результате чрезмерного (рис. 23).



Рис. 23. Взаимосвязь стресса и заболевания

По данным врачей Германии, Франции и Австрии, у 25% обращающихся к врачу лиц обнаруживают психовегетативные нарушения, функциональные нарушения органов, психосоматические заболевания и депрессивные состояния на разных стадиях стресса (рис. 24).



Рис. 24. Реакции на воздействие психических стрессов

Под влиянием хронического или постоянно повторяющегося стресса формируются депрессивные, ипохондрические, тревожные расстройства личности с возникновением риска развития алкоголизма, лекарственной зависимости, суицидального поведения (вторичные проявления воздействия стресса). Острым или хроническим стрессом могут быть спровоцированы проявления таких психических заболеваний, как эпилепсия, шизофрения и др. У людей пожилого возраста в 90% случаев развивается депрессия.

Болезнь как страдание человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание.

Индивидуальное содержание болезни связано с возможностью переносить страдания, с возможностью устанавливать отношения с другими людьми по поводу переживаемого или пережитого страдания, на уровне индивидуального содержания болезнь связана с установлением межличностных отношений и отношения к самому себе.

Социальное содержание болезни связано с необходимостью для других людей, которые не являются носителями болезни, заботиться о больном человеке, то есть как бы распределять между собой и больным человеком

степень ответственности за характер и течение его болезни, за жизнь человека, переживающего страдание.

Изучение личности больного человека, которое представлено в работах отечественных и зарубежных психологов (Б.В. Зейгарник, К. Ясперса, Б.Д. Карвасарского, В.Х. Кандинского и их учеников), говорит о том, что в основе психической жизни больного лежат те же закономерности, что и у здорового человека. Своеобразием структуры мотивационной сферы больного является жесткая подчиненность одному мотиву — *мотиву переживания страдания*. Болезненный процесс развивается по психосоматической спирали: *соматические нарушения вызывают трудности в социальной адаптации, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению соматического состояния*.

Болезнь как защитный механизм приобретает смысл (рис. 25).

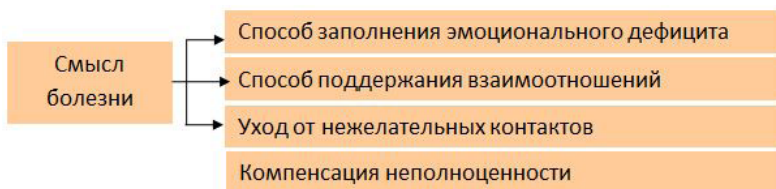


Рис. 25. Смысл болезни как защитного механизма

В психологии критерии оценки психического здоровья, понятие психологического благополучия личности раскрываются во многих отечественных и зарубежных теориях. Психодинамическая теория З. Фрейда определяет душевное здоровье как способность Эго индивида разрешать конфликт между его Ид (бессознательными влечениями) и Супер-Эго (сознательными требованиями общества). Устранение конфликта между сознательным и бессознательным приводит к душевному здоровью. Критерием оценки психического здоровья, по А. Адлеру, является выраженность социального интереса, формирующегося в результате взаимодействия ребенка с матерью, отцом и сами отношения между отцом и матерью. По мнению Г. Олпорта, личность является здоровой, если она наделена зрелостью: имеет широкие границы Я; способна к теплым, сердечным социальным отношениям; демонстрирует социальную неозабоченность и самопринятие; реалистичное восприятие; способность к самопознанию и чувство юмора; имеет цельную жизненную философию. В терминах теории социального науче-

ния А. Бандуры психическое здоровье определяется как способность удовлетворять требованиям жизни. А. Маслоу описывает психически здоровых людей как личностей, имеющих высшую степень восприятия реальности; с более развитой способностью принимать себя, других и мир в целом такими, какими они есть на самом деле; с повышенной спонтанностью и непосредственностью; с более развитой способностью сосредоточиться на проблеме; с выраженной отстраненностью и явным стремлением к уединению; с выраженной автономностью и противостоянием приобщения к какой-то одной культуре; с большей свежестью восприятия и богатством эмоциональных реакций; с улучшением в межличностных отношениях; с более демократичной структурой характера; с высокими творческими способностями. Ю.Н. Казаков социально обусловленный феномен нарушения психического здоровья определяет как снижение активности человека в самореализации на должном уровне, выделяя биологическую, социальную и психологическую стороны психического здоровья. И.В. Дубровина предлагает в психологии говорить о психологическом здоровье, как динамической совокупности психических свойств, обеспечивающих возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности и гармонию между различными сторонами личности человека, между человеком и обществом. В медицине психическое здоровье рассматривается с позиции отсутствия болезни.

3.2. Острая стрессовая реакция

Острую стрессовую реакцию (ОСР) выявляют у людей переживших психическую травму или подвергшихся воздействию чрезвычайного фактора не позднее 4-х часов после воздействия.

Около 50–90% пострадавших после несчастья или серьёзного инцидента имеют клинические проявления ОСР (стрессовый шок). Если ситуация неострая или пострадавшие не случайные люди, а лица, прошедшие обучение по выходу их стрессовой реакции, частота развития симптоматики значительно меньше.

Общие клинические проявления ОСР имеют свои определенные характеристики (рис. 26).

1. Вегетативная дисфункция:

- поверхностное дыхание, чувство удушья;
- сердцебиение, тахикардия;
- потливость или чувство холода, влажные руки;

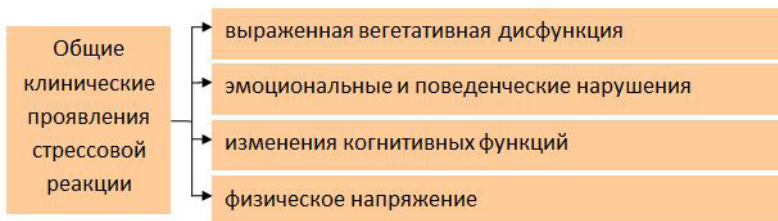


Рис. 26. Общие клинические проявления ОСП

- сухость во рту;
- ощущение дурноты, головокружение;
- тошнота, диарея, другие симптомы нарушения функций ЖКТ;
- приступы жара или озноб;
- частое мочеиспускание;
- затруднённое глотание, «ком в горле».

2. Эмоциональные и поведенческие нарушения:

- тревожность и страх, эйфория;
- гнев, раздражительность;
- апатия, депрессия;
- чувство вины;
- чувство отчуждённости;
- нарушение сна;
- усиление подозрительности;
- изменение поведения (по сравнению с индивидуальной нормой);
- трудности в общении с окружающими;
- гиперактивность, невозможность переключения внимания (от анализа сложившейся критической ситуации);
- склонность к затеванию споров;
- снижение работоспособности;
- увеличение количества употребляемых сигарет и алкоголя.

3. Изменение когнитивных функций:

- заторможенность и рассеянность;
- проблемы с памятью и концентрацией внимания;
- трудность в принятии решений;
- утрата объективности в оценке происходящего.

4. Физическое напряжение:

- тремор, мышечные подёргивания, дрожь;

- напряжённость и болезненность в разных группах мышц;
- психомоторное возбуждение;
- астения.

ОСР также имеет *типичные специфические клинические проявления* (рис. 27).

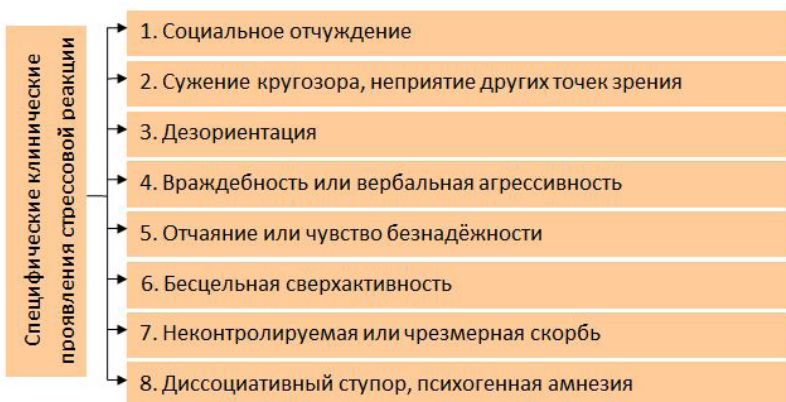


Рис. 27. Специфические клинические проявления ОСР

Ситуации катастроф классифицируются по трем степеням тяжести воздействия в зависимости от наличия признаков специфических клинических проявлений (рис. 28).

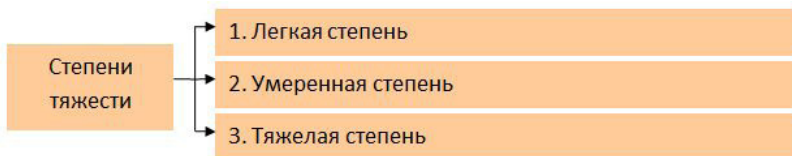


Рис. 28. Степени тяжести воздействия ситуации катастрофы

1. *Лёгкая степень* имеет признаки только общей тревожности.
2. *Умеренная степень* включает дополнительно два специфических признака.
3. *Тяжёлая степень* содержит дополнительно четыре специфических признака или только диссоциативный ступор.

Для выявления признаков ОСР используется так называемая *дифференциальная диагностика* — способ диагностики, исключающий неподходящие по каким-либо фактам или симптомам заболевания, возможные у больного, что в конечном счёте должно свести диагноз к единственно вероятной болезни. Дифференциальная диагностика (в данном случае ОСР) полностью основана на оценке ситуации и обследовании больного включая следующие признаки:

- 1) острое соматическое заболевание, сопровождающееся сходной клинической симптоматикой (например, острая инфекция ЖКТ);
- 2) физическая травма, вызывающая тревожность, дезориентацию, нарушения сознания и т. д. (шок, контузия, сотрясение мозга);
- 3) панические расстройства (при острой стрессовой реакции всегда имеет место предшествующая стрессовая ситуация, вызывающая тревожность);
- 4) обострение после стресса уже имеющихся психических расстройств. В этом случае стрессовое расстройство, как правило, не является самостоятельным диагнозом.

Критерии ОСР по МКБ-10 (Международной классификации болезней)

Симптомы обнаруживают типичную меняющуюся картину, включая начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания, снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на окружающие стимулы и дезориентировку. Данное состояние может сопровождаться дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора) или ажитацией с гиперактивностью (реакция бегства, или фуга). Возможно присутствие вегетативных признаков панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение), частичной или полной амнезии. Риск развития стресса увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых людей).

Течение ОСР характеризуется определенными клиническими признаками:

1. Явные клинические признаки появляются спустя минуты/часы после стрессовой ситуации; их выраженность начинает уменьшаться через 8 часов, если воздействие стрессовой ситуации прекращено. К инициальному состоянию «оглушенности» с течением времени

добавляется депрессия, тревога, гнев, отчаянье, гиперактивность и отгороженность, но все проявления краткосрочны;

2. Прекращается быстро при устранении стрессовой обстановки (самое большое — в течение нескольких часов). Если стресс продолжается, симптомы начинают регрессировать через 24–48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Продление симптомов более 4-х недель свидетельствует о наличии диагноза ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство).

3.3. Посттравматическая стрессовая реакция

В современном обществе много потенциальных источников травм, приводящих к формированию симптомов ПТСР. Впервые выделять ПТСР в качестве самостоятельной нозологической единицы в 1980 году предложил М.Л. Ногowitz. В связи с тем, что тяжелые стрессоры действуют как катализаторы, а не как специфические этиологические факторы ПТСР, важно правильно установить диагностическую картину возникшего расстройства (рис. 29).

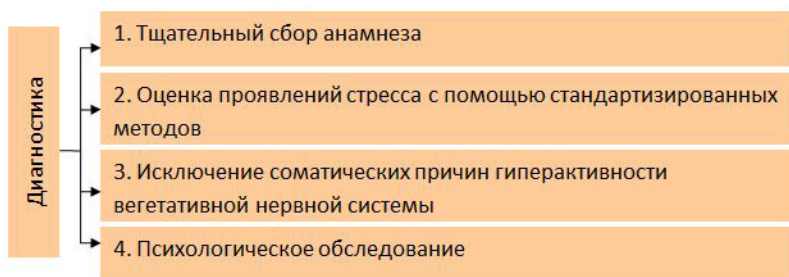


Рис. 29. Диагностическая картина ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой, как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, изнасилование), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Специфика, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в качестве самостоятельного синдрома. Данный синдром был включен в Американское диагностическое и статистическое руко-

водство по психическим расстройствам четвертого пересмотра (DSM-IV), составленное Американской психиатрической ассоциацией, и обрел официальный статус под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» — ПТСР (post-traumatic stress disorder — PTSD) в группе тревожных расстройств. В МКБ-10 ПТСР определяется как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Психологические аспекты переживания травматического стресса и его последствия изучаются в контексте общих проблем деятельности человека в экстремальных условиях.

Критерии ПТСР по МКБ-10

1. Человек испытал воздействие стрессового события или ситуации (как краткое, так и длительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.
2. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.
3. Большой обнаруживает фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.
4. Любой из двух следующих критериев:
 - психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
 - стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:
 - затруднения засыпания или сохранения сна;
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения концентрации внимания;
 - повышение уровня бодрствования;
 - усиленный рефлекс четверохолмия. Четверохолмие — часть среднего мозга, включающая два парных образования — верхнее и нижнее двухолмия. Первое двухолмие — одно из подкорковых центров зрения, второе — слуха.

Критерии 2–4 возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса.

Критерии ПТСР по DSM-IV

1. Индивид находится под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта (у детей реакция может замещаться агитирующим или дезорганизованным поведением):
 - индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть или: угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений, угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
 - реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.
2. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:
 - повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания (у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы);
 - повторяющиеся тяжелые сны о событии (у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется);
 - такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь, включают ощущение «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — флешбэк-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просономном состоянии (у детей может появляться специфическое для травмы повторяющееся поведение);
 - интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
 - физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.
3. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы).

Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:

- усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
 - усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
 - неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
 - заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
 - чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
 - сниженная выраженность аффекта (неспособность любить);
 - чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).
4. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию двух из ниже перечисленных симптомов:
- трудности засыпания или плохой сон (ранние пробуждения);
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения с сосредоточением внимания;
 - повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
5. Гипертрофированная реакция испуга. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях 2–4) более 1 месяца;
6. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Таким образом, все диагностические значения критериев ПТСР можно объединить в следующую клиническую картину (рис. 30).

Рассмотрим проявления этих клинических признаков ПТСР.

1. Интрузия:

- рецидивирующие тревожные воспоминания;
- тревожные мысли о случившейся стрессовой ситуации;
- чувство возврата травмирующей ситуации, имевшей место в прошлом (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды видения прошлого);

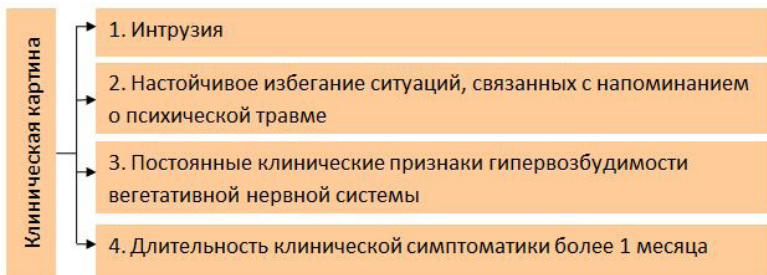


Рис. 30. Клиническая картина ПТСР

— тревожность и беспокойство возникают и обостряются при контакте с объектами, символизирующими или напоминающими травмирующую ситуацию.

2. Избегание ситуаций, связанных с психической травмой:

- попытки избегания мыслей и чувств, связанных с травмой;
- попытки избегания действий или ситуаций, пробуждающих воспоминания о травме;
- общая или частичная амнезия, связанная с травмой;
- значительное снижение интереса к важным делам, текущей деятельности (психологический регресс);
- ощущение отрешённости и отчуждённости;
- снижение эмоциональной реактивности, эмоциональная тупость;
- предчувствие скорой смерти.

3. Признаки гипервозбудимости:

- трудности с засыпанием, постоянные пробуждения;
- раздражительность или вспышки гнева;
- трудности с концентрацией внимания;
- боязливость;
- повышенная настороженность.

4. Длительность симптомов. Диагноз ПТСР достоверен при длительности клинической симптоматики более 1 мес. Разрыв между происшествием и появлением симптоматики не превышает 6 мес. После этого срока причинная связь сомнительна.

Посттравматическое стрессовое расстройство имеет различные формы протекания:

- острая — симптомы прослеживаются менее трех месяцев;
- хроническая — проявления ПТСР наблюдаются три месяца и более;

— отсроченная реакция диагностируется при резком ухудшении состояния спустя шесть месяцев после окончания воздействия.

Признаки ПТСР, определяемые в ходе дифференциальной диагностики, включают в себя следующее.

1. Затянувшиеся проявления острой стрессовой реакции или острого стрессового расстройства (по DSM-IV). Клинические проявления в этих случаях в основном аналогичны, но не столь тяжелы и исчезают в течение нескольких недель.
2. Нарушения адаптации и другие реакции на тяжёлый стресс (общие симптомы, соответствующие критериям посттравматического стрессового расстройства).
3. Другие «невротические» посттравматические расстройства и психорганический синдром (симптоматика соответствует критериям другого специфического расстройства).
4. Устойчивые изменения личности после катастрофы (значительное ухудшение межличностных, социальных и профессиональных функций в течение 2–3 лет; при этом ПТСР предшествует этим изменениям).

Н.В. Тарабрина указывает, что среди факторов риска развития ПТСР биологические и генетические факторы являются лучшими предикторами его возникновения. Наиболее информативным признаком психофизиологической реактивности является высокий показатель электрокожной проводимости у данной категории лиц, также у них наблюдаются меньшие размеры гиппокампа. Делается попытка объяснить этот феномен, основываясь на результатах корреляционных исследований, выполненных на животных, в которых говорится о том, что стресс вызывает нарушение мозговых структур. Стресс повреждает также и иммунную систему путем повышения уровня кортикостероидов, что приводит к угнетению метаболизма лимфоцитов и снижает иммунитет организма к различным болезням. В работах ученых приводятся данные об изменении уровня кортизола у ветеранов войны, страдающих ПТСР, а его низкое содержание после стресса позволяет сделать прогноз вероятности развития данного расстройства в будущем у пострадавших.

Среди травмированных катастрофой людей велик риск совершения суицидов. Взаимосвязь ПТСР и суицидального поведения обнаружена среди ветеранов войн, узников плена и среди гражданского населения, а также вынужденных переселенцев и беженцев (например, жертвы сексуального

насилия совершают суицид в 8 раз чаще по сравнению с контрольной группой). Наиболее значимый фактор суицидального риска – чувство вины.

Проявления ПТСР можно считать первоначально адекватной реакцией на пережитую чрезвычайную (для конкретной личности) ситуацию, которая, становится болезненной лишь в зависимости от влияния дополнительных патогенных факторов. Ряд ученых считает, что переживания людей подвергшихся «экстраординарному стрессовому воздействию» являются «нормальной реакцией здоровых людей», а неполноценными следует считать лиц, переживших катастрофу и впоследствии не обнаруживающих моральных страданий или не выявляющих каких-либо психических расстройств. Большую роль в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний и купировании ПТСР играют социальные факторы. Столкновение со вторичными по отношению к экстремальному опыту стрессорами (ненужность обществу человека с травматическим опытом; взаимное непонимание между теми, кто был пострадавшим (на войне, в ЧС), и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом и др.), достаточно часто приводит к ухудшению состояния жертв катастроф.

Адаптированность к стрессовым влияниям чрезвычайной обстановки возрастает с увеличением продолжительности пребывания в психотравмирующей ситуации, что приводит к становлению специфичных и устойчивых компенсаторных проявлений. Приобретенные компенсаторно-приспособительные личностные и психобиологические изменения становятся устойчивыми эмоционально-поведенческими стереотипами. Их можно расценивать как формирование готовности к развитию ПТСР и его симптоматики (рис. 31).

В странах Западной Европы распространённость ПТСР составляет примерно 1–3%, а заболеваемость через год после кризисной ситуации возрастает на 17%. Через несколько лет после тяжёлого стресса частота нарушений может достигать 100%.

Самой незащищенной и уязвимой частью населения, полностью зависящей от взрослых, являются дети. Они часто оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, свидетелями военных действий, становятся заложниками, жертвами насилия. К травматическим ситуациям для них следует отнести также длительные или повторяющиеся госпитализации.

Существуют факторы риска для возникновения ПТСР у детей и подростков (рис. 32).



Рис. 31. Компенсаторные проявления адаптации к стрессовым влияниям



Рис. 32. Факторы риска возникновения ПТСР у детей и подростков

К симптомам ПТСР у *подростков* относят развитие «вины выжившего» и различные соматические жалобы, которые по результатам медицинских осмотров не имеют органической природы, а также злоупотребление наркотиками – один из распространенных способов реакции на травмирование. У *детей старшего возраста* появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии. Для *детей дошкольного возраста* наиболее типичными последствиями травматических ситуаций являются: регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность. Другим возможным последствием ПТСР может быть возникновение чувства «укороченного будущего», когда ребенок даже в фантазиях и мечтах не может представить себя в качестве взрослого. Человек, перенесший травму, может полностью поменять свой взгляд на мир. На смену вере в то, что «мир справедлив и упорядочен», приходит убеждение в полной несправедливости и непредсказуемости мира.

Когда ребенок сталкивается со смертью, она предстает перед ним с двух сторон: во-первых, человек становится свидетелем смерти близкого человека, а, во-вторых, осознает, что сам он смертен. Впервые страх смерти появляется у ребенка в возрасте приблизительно 3 года, он начинает бояться засыпать, по многу раз спрашивает у родителей, не умрут ли они. Затем формируются три базовые иллюзии, позволяющие избежать этого страха:

- 1) иллюзия собственного бессмертия: «Все смертны, но не я». Разрушение той иллюзии может полностью поменять восприятие окружающего мира: с уютного и безопасного на полный опасностей и неожиданностей;
- 2) иллюзия справедливости: «Все получают по заслугам. Если я буду хорошим, со мной ничего не случится». Разрушение этой иллюзии приводит либо к представлению о том, что мир несправедлив и ужасен, либо к построению новых иллюзий (часто их роль выполняет религия);
- 3) иллюзия простоты устройства окружающего мира: все делится только на черное и белое.

Травматическая чрезвычайная ситуация приводит к разрушению этих основных иллюзий. Наиболее травматической для детей бывают ситуации, когда ребенок является свидетелем:

- причинения вреда родственнику или близкому ребенку человеку (насилие, убийство, самоубийство);

- непосредственной угрозы здоровью и жизни своей и своих близких;
- смерти близких;
- физических травм.

Помимо перечисленных факторов важным травмирующим обстоятельством является ощущение ребенком своей беспомощности.

Детям, перенесшим психическую травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР (навязчивое воспроизведение травматической ситуации, избегание мест, связанных с событием, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение функционирования). С.Л. Соловьева выделяет наиболее характерные симптомы у детей сразу после травмы (рис. 33).

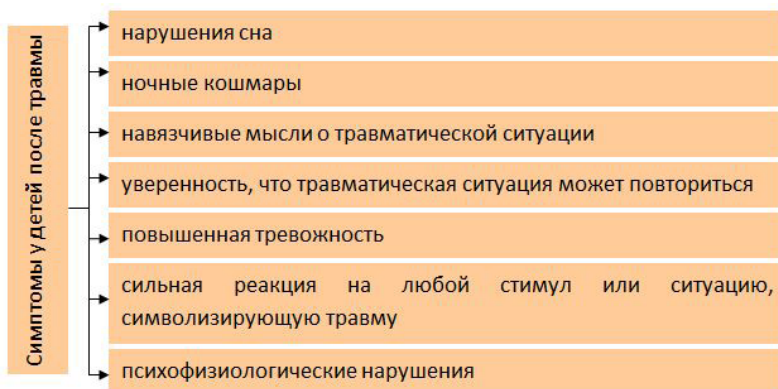


Рис. 33. Симптомы ПТСР у детей, подвергшихся травматизации

При длительной разлуке с родителями у детей отмечаются такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов. Дети могут не говорить о своих переживаниях, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушений, такие как:

- 1) нарушения сна, которые продолжают дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать;
- 2) страх разлуки с родителями, «цепляющееся» поведение;
- 3) страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи), связанного с травматическим переживанием;

- 4) соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье;
- 5) повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе, связанная со страхами или фрустрирующими обстоятельствами.

Навязчивое воспроизведение травматического случая у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживается тема или аспекты травмы. Это особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх отсутствуют катартические элементы, т. е. дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения.

Психологические последствия ПТСР

У людей с ПТСР нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни, их воспоминания существуют в памяти в виде интенсивных эмоций и элементов, которые актуализируются, когда пострадавший находится в возбужденном состоянии или подвержен ситуациям, напоминающим ему о травме.

Травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему и практически не подвергаются изменениям с течением времени. Реакции людей с ПТСР манифестируют о постоянном нахождении индивида в условиях серьезной угрозы, они страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Постоянная антиципация (предвосхищение) серьезной угрозы служит причиной трудностей с концентрацией внимания и поводом для сужения круга внимания, которое направлено, прежде всего, на источник предполагаемой угрозы. Последствием гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы, мир становится опасным местом, а обычные явления воспринимаются как предвестники беды. Источником страха становится собственная активность, теряется способность гибкого реагирования на изменяющиеся требования окружающей среды, что проявляется в трудностях учебной деятельности и серьезно нарушает способности к усвоению новой информации.

Многие травмированные люди, особенно дети, склонны обвинять себя за случившееся, что позволяет компенсировать чувство беспомощности и уязвимости, дает иллюзию потенциального контроля. Часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, компульсивное переживание травматических событий (например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции). Повторное проигрывание травматических событий способствует, по мнению Н.В. Тарабриной, распространению насилия

в обществе: большинство совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия.

3. Кекелидзе особо отмечает наличие у пострадавших расстройства психоэмоционального поведения и повышенную внушаемость. По данным его исследований, индивиды с ПТСР легко поддаются убеждению попытаться счастья в азартных играх, начинают посещать казино и залы игровых автоматов. В последующем некоторых азартные игры захватывают настолько сильно, что они становятся «игроманами» и нередко проигрывают все, вплоть до пособия, выделяемого властями на приобретение нового жилья (в случае его потери при чрезвычайной ситуации). При ПТСР индивид постоянно находится в состоянии внутреннего напряжения, что снижает порог утомляемости. Чрезмерная утомляемость, наряду с другими расстройствами (снижение настроения, нарушение концентрации внимания, субъективное ухудшение памяти) ведет к снижению работоспособности. Пострадавшие затрудняются выделить главную задачу, при получении очередного задания не могут уловить его основной смысл, стремятся принятие ответственных решений переложить на других и т.д. В большинстве случаев пострадавшие осознают («чувствуют») свое профессиональное снижение и по тем или иным причинам отказываются от предлагаемой работы, учебы (неинтересна, не соответствует уровню и прежнему социальному положению, мало оплачиваемая), предпочитая получать лишь пособие по безработице, которое намного ниже предлагаемой зарплаты.

Осложнения травматического стрессового расстройства

И. Тайпале приводит классификацию самых распространенных осложнений травматических стрессовых расстройств (рис. 34).



Рис. 34. Осложнения травматических стрессовых расстройств

- 1. Самолечение с риском зависимости от алкоголизма (наркомании).** Алкоголь (транквилизаторы) являются самым распространенным способом уменьшить тревожность. Можно ожидать небольшой зависимости от алкоголя и наркотиков, если возможность избавиться от основной травмы оказывается недостаточной. Особенно уязвимая группа — военнослужащие и бывшие военнослужащие, среди которых массовое злоупотребление подтверждено документами. Злоупотребление алкоголем и лекарствами часто связано с повышенной частотой как суицидов или суицидальных попыток, так и убийств. В некоторых зонах конфликта местные данные подтверждают пятикратное увеличение доли суицидов и двадцатикратное увеличение числа убийств (немотивированные убийства, связанные с принятием алкоголя и легким доступом к оружию).
- 2. Психосоматические жалобы.** Люди не считают традиционные учреждения психического здоровья подходящими для себя, многие пациенты впервые обращаются за помощью в систему оказания первичной помощи.
- 3. Вспыльчивые реакции на незначительные раздражители** (ситуации, подобные травме или символизирующие травму). Неразрешенная проблема травматизации часто проявляется в виде вспыльчивых реакций, когда индивид оказывается в ситуации, подобной травматической или символизирующей травматическую. Эмоциональный ответ, будучи неадекватным характеру раздражителя, оказывается неожиданным для самого индивида. Это часто связывается с боязнью сойти с ума, так как такие действия чужды личности и характеру индивида. Сочетание этих реакций и алкоголя может частично объяснить повышенную склонность к насилию (преступному и бытовому).
- 4. Реактивное психотическое поведение.** Клинические наблюдения показывают, что эти состояния проявляются тогда, когда человек продолжает жить в небезопасной зоне.
- 5. Влияние травматического стресса на следующие поколения.** Исследования влияния травматического стресса на детей и внуков жертв Холокоста и детей ветеранов Вьетнама показало повышение частоты встречаемости стрессовых расстройств в следующих поколениях. Восприятие детей и даже внуков окрашивается семейной памятью травмирующих событий, пережитых родителями, бабушками и дедушками.

Лечение ПТСР

ПТСР обычно вызывает нарушения во многих сферах жизнедеятельности. В настоящее время нет единого взгляда на результат лечения ПТСР. Для одних — это излечимое расстройство, другие считают, что его симптомы полностью не устранимы.

Основные предпосылки успешной работы с людьми, страдающими ПТСР, заключаются в самом психологе. Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности психолога эмпатически выслушать этот рассказ. Фундаментальное правило терапии ПТСР — принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Наиболее разрушено доверие у жертв насилия, которые в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, как психолог реагирует на их рассказ о травматических событиях. Психотерапия ПТСР обращается к фундаментальным аспектам — снижение тревоги, восстановление чувства личностной целостности, контроль над происходящим.

В процессе терапии выделяют психологический, психофармакологический и реабилитационный аспекты, которые могут быть индивидуальными и групповыми. Зарубежные исследователи предлагают три наиболее эффективных метода лечения симптомов ПТСР (рис. 35).

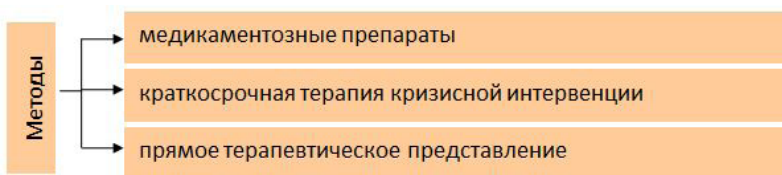


Рис. 35. Методы лечения ПТСР

- 1. Медикаментозные препараты.** Для облегчения выраженной симптоматики ПТСР применяется ряд лекарственных препаратов. Антидепрессанты помогают смягчить такие симптомы ПТСР, как депрессию, навязчивые состояния и избегание. Прием седативных средств, поддерживающая терапия и надлежащий отдых устраняют симптоматику, ведущую к ПТСР. При использовании медикаментозных средств фокусируются на специфических симптомах: например, на интрузивной симптоматике дистресса или ночных кошмарах, картинах ужасающих событий, реакции испуга и др. Ле-

чение симптоматики ПТСР более эффективно при сочетании психотерапии с лекарственными средствами.

2. **Терапия кризисной интервенцией** — это сжатый, проблемно-ориентированный метод консультирования, который помогает жертве травмирующего события вновь приспособиться к жизни по завершении стрессовой ситуации. В краткосрочной кризисно-ориентированной терапии лиц, оказавшихся в кризисной ситуации, жертве несчастья предоставляют эмоциональную поддержку и побуждают к разговору о переживаниях во время кризиса. Люди, способные справиться со своими эмоциональными реакциями во время кризиса, лучше умеют приспосабливаться к жизненным обстоятельствам после несчастья. Данное лечение значительно сокращало симптоматику ПТСР. Улучшение наблюдалось у 60% лечившихся пациентов, тогда как в группе, состоящей из людей, не получивших лечение, оно отмечалось лишь у 26%.
3. **Прямое терапевтическое представление** — это поведенчески ориентированная стратегия, эффективно применяемая при лечении клиентов с ПТСР. При этом подходе клиент мысленно представляет или реально подвергается воздействию стимулов, которых он стал бояться или которые связаны с травмирующим событием с целью снижения тревоги. Для смягчения симптомов ПТСР, представление стимулов, которые стали ассоциироваться с устрашающими ситуациями, дополняется такими техниками традиционной поведенческой терапии, как тренинг релаксации и тренинг асертивности (самоуверенности).

К основным целям групповой терапии Н.В. Тарабина относит следующие.

1. Разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс).
2. Снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда.
3. Работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта.

4. Избавление от чувства изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы.
5. Обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание.
6. Прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения.
7. Наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект.
8. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства).
9. Развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом.
10. Преодоление чувства собственной неценности — «мне нечего предложить другому».
11. Возможность узнать о жизни других членов группы и смещение, таким образом, фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей.
12. Уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю.
13. Возможность работы с «секретом» — делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста).
14. Укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений.
15. Принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом.
16. Получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Особо следует отметить, что профилактика возникновения ПТСР и реабилитация лиц, подвергшихся стрессу, должна проводиться задолго до начала болезненного процесса. Причем успешность его в значительной степени будет определяться изменением отношения общества, средств массовой информации и государственных институтов.

3.4. Посттравматический рост

Обратной стороной развития ПТСР является посттравматический рост (ПТР). Этот термин был введен в научный оборот в 1995 г. Ричардом Тэдеши и Лоуренсом Кэхоуном и обозначает альтернативный исход преодоления травмы.

Посттравматический рост — это процесс позитивных изменений, происходящих после травматического события, и выражающийся в развитии и совершенствовании личности.

Посттравматический рост проявляется в пяти сферах жизни (рис. 36).

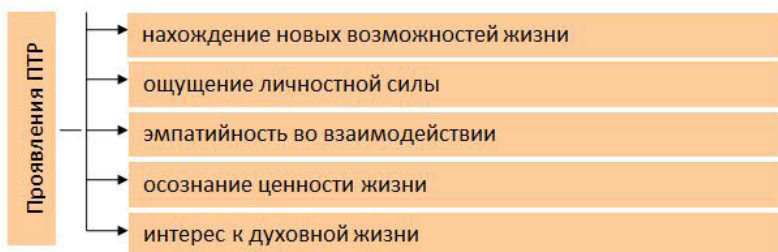


Рис. 36. Сферы проявления ПТР

Существует определенный тип людей, для которых характерна способность переживать ПТР. Этот тип отличается:

- склонностью к преодолению трудностей;
- открытостью для изменений;
- спонтанностью и непредсказуемостью;
- умением фокусироваться на приобретениях, а не потерях;
- открытостью для всего нового.

По данным исследований, у людей, которые до трагедии были менее устойчивыми к стрессу, ПТР проявляется сильнее. Стрессоустойчивые индивиды обладают толерантностью к стрессу и менее нуждаются в изменениях.

Для развития ПТР человек должен пройти ряд этапов:

- 1) эмоциональная боль и интенсивная рефлексия;
- 2) кризис лишения;
- 3) осмысление произошедшего;
- 4) поддержка со стороны окружающих;
- 5) открытость для изменений и роста.

Сила ПРТ роста напрямую зависит от серьезности события: чем серьезнее для человека стрессор, тем более выражена переоценка ценностей. Граница временного периода составляет приблизительно 1–2 года, в течение которых эмоциональные процессы ослабевают и появляется возможность когнитивной переработки стрессового события.

3.5. Синдром эмоционального выгорания

Синдром профессионального выгорания получил наибольшее распространение в профессиях типа «человек – человек».

Профессиональное выгорание — это состояние, проявляющееся эмоциональным истощением и личностными изменениями.

Исследователи считают профессиональное выгорание формой деформации личности, к которой приводят следующие внешние и внутренние факторы (рис. 37).

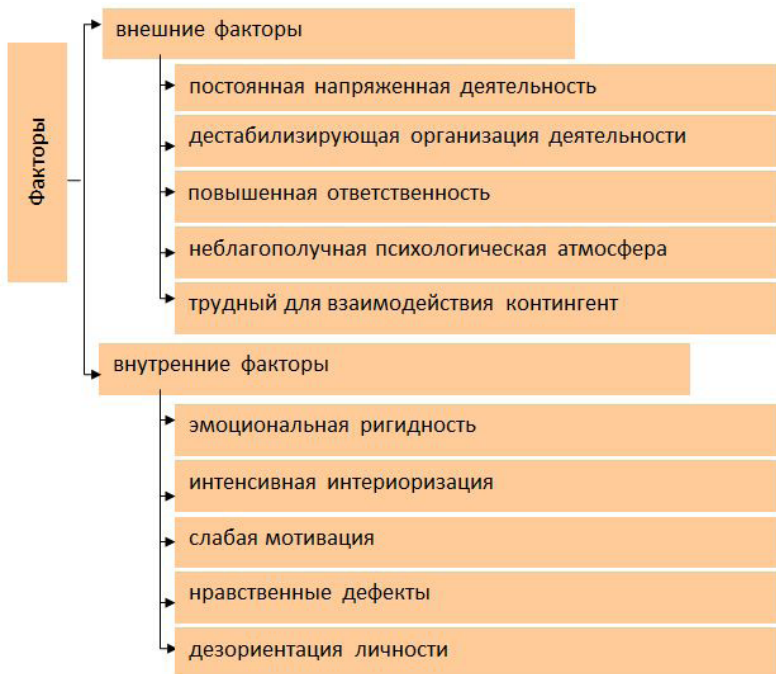


Рис. 37. Факторы, способствующие формированию профессионального выгорания

1. **Постоянная напряженная деятельность.** Для работников типа «человек – человек» помимо качественного выполнения функциональных обязанностей необходимо взаимодействовать с окружающими, подкрепляя эмоциями разные аспекты деятельности.
2. **Дестабилизирующая организация деятельности.** Дестабилизирующая обстановка оказывает взаимное негативное влияние на самого работника, на субъект общения и их взаимодействие. Основные признаки дестабилизирующей обстановки:
 - нечеткое планирование и организация труда;
 - недостаток оборудования;
 - недостаточная информация (плохо структурированная, фрагментарная и т.д.);
 - завышенные нормы;
 - бюрократические проволочки и противоречия.
3. **Повышенная ответственность.** Желание выполнять качественно работу основывается на жестких ролевых предписаниях, конкуренции и личных особенностях.
4. **Неблагополучная психологическая атмосфера** определяется наличием конфликтов по вертикали и горизонтали (в системах: руководитель-подчиненный» и «сотрудник – сотрудник»). Для перехода эффективного сотрудника в стан сутяжника и жалобщика достаточно недели в неблагополучной психологической атмосфере.
5. **Эмоциональная ригидность.** Состояние эмоционального выгорания быстрее формируется у лиц, которые более эмоционально сдержаны и менее реактивны.
6. **Интенсивная интериоризация** (восприятие и переживание) возникает у людей с повышенной ответственностью и тревожностью за выполняемое дело.
7. **Слабая мотивация** в эмоциональной отдаче обусловлена со стороны донора нейтральным реагированием на субъект деятельности, а со стороны акцептора — незаинтересованностью в эмоциональном включении.
8. **Нравственные дефекты** заключаются в неспособности включать во взаимодействие моральные категории (совесть, добросовестность, уважение прав и т.д.).
9. **Дезориентация личности** обусловлена неумением различать, что такое хорошо и что такое плохо, благо от вреда, наносимого личности.

Симптомы профессионального выгорания классифицируются по пяти признакам (рис. 38).



Рис. 38. Симптомы профессионального выгорания

Развитию состояния эмоционального выгорания способствует также монотония в повседневной деятельности, а также отсутствие должной оценки и вознаграждения по итогам проделанной работы. Синдром эмоционального выгорания считается защитным механизмом личности через выключение эмоций в ответ на травмирующее воздействие.

Вопросы и задания для проверки усвоения знаний

1. Раскройте сущность эксперимента М. Селигана.
2. Дайте определение понятию психосоматические расстройства.
3. Перечислите заболевания, относящиеся к «святой семерке».
4. Назовите субсиндромы стресса.
5. Сравните индивидуальное и социальное содержание болезни.

6. Раскройте понятие «психическое здоровье» с позиции разных концепций.
7. Перечислите критерии ОСР.
8. Назовите критерии ПТСР.
9. Опишите проявления ПТСР у детей и подростков.
10. Раскройте базовые иллюзии детей.
11. Назовите осложнения стрессового расстройства.
12. Перечислите симптомы эмоционального выгорания.
13. Назовите факторы, способствующие эмоциональному выгоранию.
14. Дайте определение понятию «посттравматический рост».
15. Назовите этапы прохождения ПТР.

Выберите правильный вариант ответа

1. Назовите содержание болезни, связанное с установлением межличностных отношений и отношения к самому себе:
 - А) индивидуальное содержание болезни;
 - Б) социальное содержание болезни;
 - В) взаимодействие с болезнью;
 - Г) течение болезни.
2. Назовите содержание болезни, которое связано с необходимостью заботиться о больном человеке:
 - А) индивидуальное содержание болезни;
 - Б) социальное содержание болезни;
 - В) взаимодействие с болезнью;
 - Г) течение болезни.
3. Люди не считают традиционные учреждения психического здоровья подходящими для себя, поэтому впервые обращаются за помощью в систему оказания первичной помощи по этим причинам:
 - А) самолечение с риском зависимости от алкоголя и наркотиков;
 - Б) психосоматические жалобы;
 - В) вспыльчивые реакции на незначительные раздражители;
 - Г) влияние на поколения.
4. Осложнениями стрессовых расстройств, когда восприятие детей и даже внуков окрашивается семейной памятью о травмирующих событиях, пережитых родителями, бабушками и дедушками, является:
 - А) самолечение с риском зависимости от алкоголя и наркотиков;

- Б) психосоматические жалобы;
 - В) вспыльчивые реакции на незначительные раздражители;
 - Г) влияние стресса на поколения.
5. К «святой семерке» относят:
- А) гипертонию и язвенную болезнь 12-перстной кишки;
 - Б) бронхиальную астму и сахарный диабет;
 - В) нейродермиты и язвенный колит;
 - Г) все выше перечисленные.
6. У человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид, с одной стороны, испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке, а с другой стороны — воспитан в уважении к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. Такой тип воспитания является предпосылкой для развития:
- А) гипертонии;
 - Б) язвенной болезни 12-перстной кишки;
 - В) бронхиальной астмы;
 - Г) сахарного диабета.
7. Назовите заболевание, при котором отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью»:
- А) гипертония;
 - Б) язвенная болезнь 12-перстной кишки;
 - В) бронхиальная астма;
 - Г) сахарный диабет.
8. Общими клиническими проявлениями острой стрессовой реакции являются:
- А) выраженная вегетативная дисфункция, эмоциональные и поведенческие нарушения, изменения когнитивных функций, физическое напряжение;
 - Б) дезориентация, социальное отчуждение, сужение кругозора, неприятие других точек зрения, враждебность или вербальная агрессивность;
 - В) отчаяние или чувство безнадежности, бесцельная сверхактивность, неконтролируемая или чрезмерная скорбь, диссоциативный ступор, психогенная амнезия;
 - Г) другой вариант.
9. К факторам риска возникновения ПТСР у детей и подростков относят:

- А) интровертированность;
 - Б) травмы головы у родителей;
 - В) мужской пол;
 - Г) другой вариант.
10. К специфическим клиническим проявлениям острой стрессовой реакции относят:
- А) выраженную вегетативную дисфункцию, эмоциональные и поведенческие нарушения, изменения когнитивных функций, физическое напряжение;
 - Б) дезориентацию, социальное отчуждение, сужение кругозора, неприятие других точек зрения, враждебность или вербальную агрессивность;
 - В) раздражительную слабость, истощение, астению, снижение работоспособности и нарушения сна, повышенную аффективную лабильность, повышенную внушаемость;
 - Г) другой вариант.
11. Одним из диагностических критериев ПТСР в соответствии с МКБ-10 является:
- А) психогенная амнезия (частичная или полная) в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора или стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости;
 - Б) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события;
 - В) гипертрофированная реакция испуга;
 - Г) другой вариант.
12. Синдром эмоционального выгорания — это:
- А) механизм психологической защиты;
 - Б) механизм исключения эмоций на травмирующее воздействие;
 - В) эмоциональное истощение;
 - Г) другой вариант.
13. К факторам, влияющим на формирование эмоционального выгорания, относят:
- А) активационные, тонические, тензионные, временные;
 - Б) объективные и субъективные;
 - В) внешние и внутренние;
 - Г) нет правильного ответа.
14. Аббревиатура термина «посттравматический рост»:
- А) ППРС;

- Б) ОСР;
 - В) ПТР;
 - Г) нет правильного ответа.
15. Временной период развития ПТСР от момента воздействия стрессора:
- А) до 1 месяца;
 - Б) от 1 до 6 месяцев;
 - В) от 1 до 2 лет;
 - Г) нет правильного ответа.

4. Превенция стресса

Сегодня большое внимание уделяется сохранению психического здоровья и стрессоустойчивости. Разработано достаточно большое количество релаксационных и аутогенных техник, психологических методик, позволяющих снимать стрессовое напряжение, корректировать эмоциональные проявления. Среди молодежи становится модным быть здоровым.

Профессиональные ситуации могут восприниматься по-разному: как фрустрирующие, как конфликтные, как стрессовые, как стандартные и др. При восприятии профессиональных ситуаций как стрессовых, опираясь на модель стресса Дж. Гринберга (жизненная ситуация, воспринимаемая как стресс, приводит к возникновению психосоматических последствий через включение эмоционального и физиологического возбуждения), а также концепцию Н.Е. Водопьяновой о профессиональном выгорании как защитном механизме личности, человек может неспецифические реакции стресса трансформировать в специфические, сформировав адаптацию к ним через изменение уровня резистентности, а может не справиться с профессиональными вызовами, что приведет к истощению и выгоранию в процессе трудовой деятельности. Термин «выгорание» введен американским психологом Х.Дж. Фрейденбергом для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в эмоционально перегруженной атмосфере системы «человек – человек». Нами синдром профессионального выгорания рассматривается как состояние эмоционального, психического и физического истощения, развивающегося вследствие воздействия профессиональных стрессоров.

Индивиды с сохраненным психическим здоровьем в трудных профессиональных ситуациях на уровне апперцепции, избирательности и осмысленности не классифицируют ситуации как стресс, поэтому для данной категории следует говорить не о стрессоустойчивости, а о жизнеспособности, что соотносится с позицией В.А. Бодрова. По мнению В.А. Бодрова, если субъективно индивид не дает негативную оценку объективному воздействию с биологической, психологической и социальной точки зрения, то и воздействие не воспринимается как стрессор (рис. 39).

Жизнеспособность, которая является универсальной индивидуальной способностью человека сохранять психическое здоровье, управлять перцептивной, эмоциональной и мотивационно-волевой сферами в контексте конкретных культурно-средовых условий, отражающуюся на качестве

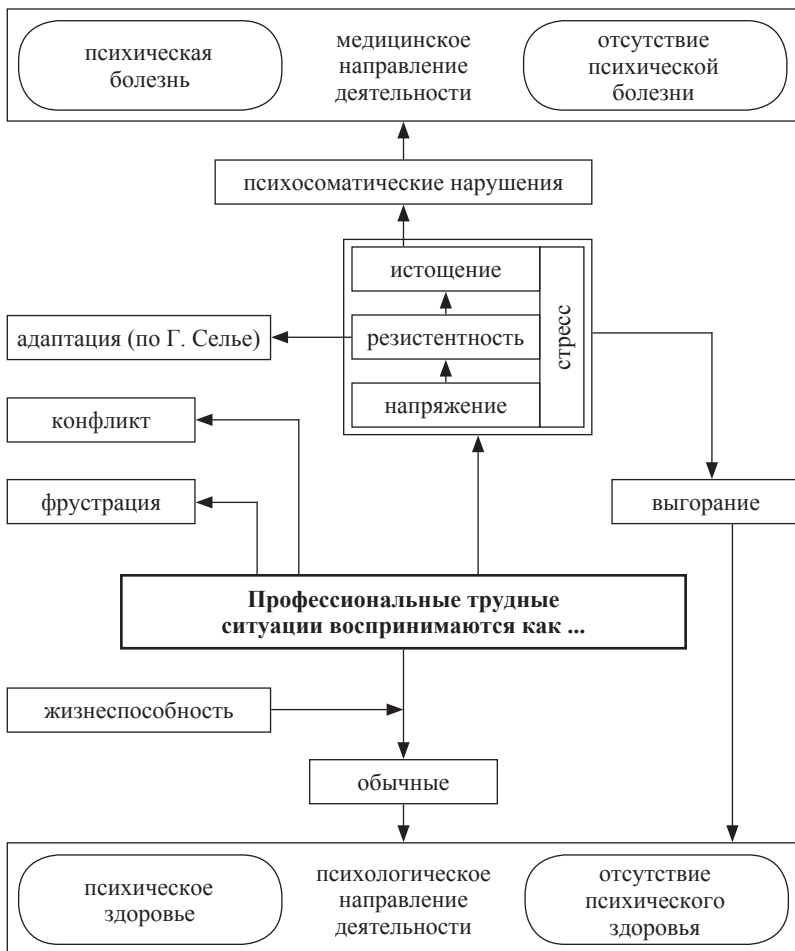


Рис. 39. Модель сохранения психического здоровья

жизни индивида, позволяет воспринимать профессионально трудные, экстремальные ситуации как стандартные.

Одним из способов снятия стрессового состояния является *дебрифинг*. Психологический дебрифинг проводится с группами людей, совместно испытавших стрессовые или трагические события. По своей природе он представляет собой не терапевтический, а психолого-педагогический

метод, и проводится «по горячим следам» конкретного события в форме групповой дискуссии под руководством подготовленного профессионала. Его цель — минимизировать нежелательные психологические последствия и предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств. Эта цель достигается путем фильтрации впечатлений и эмоций, когнитивной организации опыта, уменьшения тревоги и напряженности, понимания универсального характера индивидуальных реакций, усиления групповой солидарности и сплоченности, подготовки участников к правильному восприятию своего последующего состояния и использованию различных стратегий психологической помощи.

Процесс дебрифинга обычно состоит из трех основных частей:

- 1) «вентиляции» чувств в группе и оценивания стресса ведущими;
- 2) подробного обсуждения «симптоматики» и психологической поддержки;
- 3) мобилизации ресурсов, предоставления информации и планирования дальнейшей помощи.

Выделяют несколько обязательных фаз, через которые проходит группа.

1. *Вводная*: представление ведущего, разъяснение целей, задач и правил, снятие тревоги у участников по поводу «необычности» процедуры.
2. *Факты*: каждый рассказывает о том, что происходило с ним, что он видел, где находился и что делал. Восстанавливается полная картина происшествий и хронология событий.
3. *Мысли, эмоции, чувства*: ведущий просит перейти от описания событий к рассказу о внутренних психологических реакциях на них.
4. *Симптомы*: обсуждаются актуальные эмоциональные, когнитивные и соматические проявления посттравматического стресса, отмечаемые участниками изменения в восприятии своего «Я» и поведении.
5. *Образование (информирование)*: разъяснение участникам природы стрессовых состояний как «нормальных реакций на экстремальную ситуацию».
6. *«Закрытие прошлого»* и новое начало: подводятся своеобразный итог тому, что было пережито (ритуалы «закрытия прошлого» и т.д.)

Формально процедура дебрифинга завершается вопросами участников к ведущим, советами, как вести себя в будущем, где искать источники психологической поддержки или профессиональной помощи, задачей па-

мяток, листовок (если они заранее подготовлены) Окончание дебрифинга всегда специально акцентируется, что придает процессу завершенность и логическую стройность.

Среди способов нивелирования стресса наиболее эффективным признается его превенция через обучение здоровому образу жизни (ЗОЖ).

Обучение здоровому образу жизни строится на различных подходах (рис. 40).

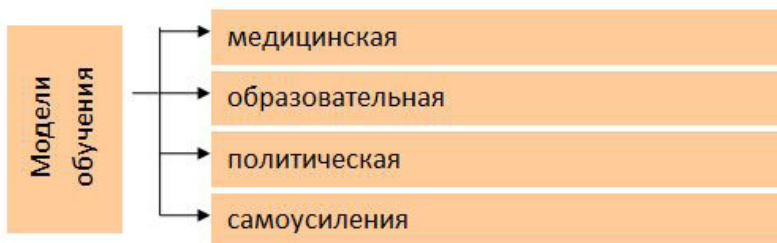


Рис. 40. Модели обучения здоровому образу жизни

Медицинская модель основывается на информировании людей о негативном влиянии на здоровье отдельных вредных привычек. Она предполагает в качестве исходного принципа, что если человек знает о привычках, отрицательно влияющих на здоровье, то он начинает воздерживаться от такого поведения. И противоположное утверждение: если он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответствующему поведению.

Образовательная модель строится на обучении здоровому образу жизни. В основе данного подхода заложено отношение к своему здоровью как к ценности. Используется аудиально-визуальная репрезентативная система, где рассказывается о правильном питании, физической подвижности, формировании культуры отдыха, питания, работы, а соблюдение этих принципов визуализируется в зеркале.

Политическая модель предполагает подкрепление обучения здоровому образу жизни законодательными актами. Принципы положительного подкрепления поведения, основанного на сохранении здоровья, работают наиболее эффективно, в отличие от запретительных мер.

Модель самоусиления строится на использовании всех выше перечисленных подходов. Модель самоусиления работает совместно с ме-

дицинским информированием о вреде, позволяет сформировать здоровьесберегающее поведение, подкрепленное законодательными актами, и усиливает действие каждой модели в отдельности.

Вопросы и задания для проверки усвоения знаний

1. Дайте определение понятию «превенция».
2. Раскройте концепцию жизнеспособности.
3. Объясните, как связаны стресс и жизнеспособность.
4. Раскройте особенности работы с использованием дебрифинга.
5. Назовите модели обучения здоровому образу жизни.

Выберите правильный вариант ответа

1. При формировании стрессоустойчивости используется:
А) жизнеспособность;
Б) дебрифинг;
В) ребефинг;
Г) аутсорсинг.
2. Модель, которая основывается на информировании людей о негативном влиянии на здоровье отдельных вредных привычек, называется:
А) медицинской;
Б) политической;
В) образовательной;
Г) моделью самоусиления.
3. Модель, которая строится на обучении здоровому образу жизни, называется:
А) медицинской;
Б) политической;
В) образовательной;
Г) моделью самоусиления.
4. Модель, которая предполагает подкрепление обучения здоровому образу жизни законодательными актами, называется:
А) медицинской;
Б) политической;
В) образовательной;

Г) моделью самоусиления.

5. Модель, которая строится на использовании всех известных подходов, называется:

А) медицинской;

Б) политической;

В) образовательной;

Г) самоусиления.

Заключение

Подводя итоги вышеизложенному, можно сделать следующие выводы.

На людей, находящихся в стрессовых условиях, наряду с различными поражающими факторами, действуют и психотравмирующие обстоятельства, представляющие собой обычно комплекс сверхсильных раздражителей, вызывающих нарушение психической деятельности в виде реактивных и негативных эмоциональных психических состояний.

Психогенное воздействие стрессовых условий в целом складывается из прямой, непосредственной угрозы и опосредованной, связанной с ожиданием беды. Можно говорить о разных факторах, обуславливающих выживание человека как биологического вида, но все они связаны, с одной стороны, со способностью организма регулировать параметры внутренней среды, а с другой — со способностью опосредованно отражать объективную действительность. Только хорошо развитая нервная система и такой феномен, как психика, определяют возможность выживания человека в целом как вида.

Стресс влияет на психосоматическое состояние индивида, порождая острую стрессовую реакцию и посттравматическое стрессовое расстройство, а также процесс позитивных изменений, происходящих после травматического события, выражающийся в развитии и совершенствовании личности. В стрессовом состоянии страдает логичность и критичность мышления, наступает общая заторможенность, переходящая в полный ступор мыслительных операций. В процессе адаптации к стрессовым условиям отмечается устойчивая тенденция к повышению показателей по шкалам невротической триады: ипохондрия, депрессия, истерия. Это свидетельствует о возникновении определенной невротической симптоматики и психологической усталости, а в последующем дезадаптации, поэтому важным для будущих психологов является превенция стрессового состояния и обучение здоровому образу жизни, раскрытые в четвертой теме.

Для предотвращения последствий стрессовых состояний, блокирования их проявлений на психическом и соматическом уровне необходимо разработать действенную систему мероприятий по оказанию специализированной медико-психологической и социальной помощи.

Литература

1. *Андреевко Е.В.* Социальная психология / под ред. В.А. Пластинина — М.: Академия, 2001. — 264 с.
2. *Белюсова Г.И.* Формирование психической устойчивости к факторам чрезвычайной ситуации. Методические рекомендации. — Пермь: «МИГ», 2006. — 108 с.
3. *Бодров В.А.* Информационный стресс. Учебное пособие для вузов. — М.: ПЕР СЭ, 2000.
4. *Васильева О.С., Филатов Р.Ф.* Экстремальные ситуации и предельные возможности человека // Психологический журнал. — 2002. — № 3. — С. 130–131.
5. *Василюк Ф.Е.* Проблема критической ситуации // Психология экстремальных ситуаций. Хрестоматия. — Минск: Харвест, 2002. — С. 39–54.
6. *Водопьянова Н.Е.* Профилактика и коррекция синдрома эмоционального выгорания: методология, теория и практика. — СПб., 2011.
7. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб., 2008.
8. Военная психология / под ред. А.Г. Маклакова. — СПб.: Питер, 2005. — 464 с.
9. *Гаврилова Е.А.* Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания // Кардиология. — 1999. — № 9. — С. 72–78.
10. *Ганзен В.А.* Описание психических состояний человека // Психические состояния. — СПб.: Питер, 2000. — С. 60–72.
11. *Гринберг Д.* Управление стрессом. — СПб.: Питер, 2004. — 496 с.
12. *Деркач А.А., Казаков Ю.Н.* Медико-акмеологические основания повышения стрессоустойчивости психического здоровья управленцев к экстремальным ситуациям // Мир психологии. — 2008. — № 3. — С. 177–185.
13. *Дерягина Л.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды. — Архангельск: изд-во СГМУ, 2001. — 123 с.

14. Дубровина И.А, Данилова Е.Е., Прихожан А.М. Психология: учебник для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Академия, 1999.
15. Изард К.Э. Психология эмоций. — СПб.: Питер, 2000. — 464 с.
16. Казаков Ю.Н. Феноменология исследования категории «акме» психического здоровья // Мир психологии. — 2007. — № 4. — С. 246–256.
17. Карсон Р., Батчер Дж, Минека С. Аномальная психология. — СПб.: Питер, 2004. — 1167 с.
18. Кекелидзе З.И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: в 2т / под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М., 2004. — 361 с.
19. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. — М.: Наука, 2000. — 368 с.
20. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине / пер. с англ.; под ред. И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 1248 с.
21. Кордуэлл М. Психология. А – Я. Словарь – справочник // пер. с англ. К.С. Ткаченко. — М.: Фиар-Пресс, 1999. — 448 с.
22. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений. Учебное пособие для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2003. — 286 с.
23. Лебедев В.И. Личность в экстремальных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций. Хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2002. — 480 с.
24. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. — СПб.: Издательский дом «Сентябрь», 2001. — С. 52–60; 81–85.
25. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2005. — 464 с.
26. Малкина-Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе. — СПб.: Питер, 2003. — 628 с.
27. Международная классификация болезней МКБ-10: классификация поведенческих и психических расстройств (клинические указания по диагностике) / пер. под редакцией Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994. — 304 с.
28. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. — М.: Медпресс, 1998. — 385 с.
29. Мухина В.С. Личность: Мифы и Реальность. — М.: Национальный книжный центр, 2017. — 1066 с.
30. Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. — М.: Академия, 2004. — 243 с.

31. Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 607 с.
32. Психология социальных ситуаций / сост. и общ. ред. Н.В. Гришиной. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.
33. Психология экстремальных ситуаций / сост. А.В. Тарас, К.В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2002. — 480 с.
34. Психология социальной работы / под ред. М.А. Гулиной — СПб.: Питер, 2004. — 351 с.
35. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. — М.: Эксмо, 2003. — 608 с.
36. *Селье Г.* Стресс жизни // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. — Минск: Харвест, 2002. — С. 6–39.
37. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Клиническая психология. — М.: ГЕОТАР-МЕД, 2010. — 864 с.
38. *Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В.* Психология. — М.: Аспект Пресс, 2008. — 416 с.
39. *Соловьева С.Л.* Психология экстремальных состояний. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 128 с.
40. *Судаков К.В.* Системные механизмы эмоционального стресса. — М.: Медицина, 1981. — С. 5–232.
41. *Судаков К.В.* Индивидуальная устойчивость к стрессу. — М.: Медицина, 1998. — С. 5–28.
42. *Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс: междисциплинарные аспекты изучения // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. — М.: Из-во «Институт психологии РАН», 2003. — С. 55–65.
43. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
44. *Тарабрина Н.В., Лабозная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. — 1992. — № 2. — С. 14–29.
45. *Тайпале И.* Война или здоровье? // пер с англ. / под ред. П.И. Сидорова. — Архангельск: СГМУ, 2004. — 688 с.
46. *Фоменко Г.Ю.* Личность в экстремальных условиях: два модуса бытия. — Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. — 342 с.

47. *Фоменко Г.Ю.* Личность как субъект бытия в экстремальных условиях: автореф. ... дис. ... д-ра психол. наук. — Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. — 48 с.
48. *Хьел Л., Зиглер Д.* Теории личности. Основные положения, исследования и применение. — СПб.: Питер, 2014.
49. *Щербатов Ю.В.* Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2006. — 256 с.
50. *Щербатов Ю.В.* Экзаменационный стресс. — Воронеж, 2000. — С. 18–55.
51. *Alexander, F.* Psychosomatic medicine: Its principles and applications. New York: Norton, 1950.

Содержание

| | |
|---|----|
| Введение | 3 |
| 1. Стресс как биологическая и психологическая категория | 5 |
| 1.1. Характеристика эмоциональных состояний | 5 |
| 1.2. Классическая концепция стресса | 11 |
| 1.3. Физиологический стресс | 15 |
| 1.4. Психологический стресс | 17 |
| 1.5. Профессиональный стресс | 24 |
| 2. Причины и факторы, влияющие на развитие стресса | 29 |
| 3. Последствия длительного стресса | 33 |
| 3.1. Психосоматические заболевания | 33 |
| 3.2. Острая стрессовая реакция | 40 |
| 3.3. Посттравматическая стрессовая реакция | 44 |
| 3.4. Посттравматический рост | 60 |
| 3.5. Синдром эмоционального выгорания | 61 |
| 4. Превенция стресса | 68 |
| Заключение | 74 |
| Литература | 75 |

Учебное издание

Котовская Светлана Владимировна

Психология стресса

Учебно-методическое пособие

для студентов, обучающихся по направлению подготовки
37.03.01 Психология

| | |
|------------------------|------------------|
| Ответственный редактор | С.А. Бобко |
| Редактор/корректор | Ю.Ф. Кравчинская |
| Технический редактор | А.В. Свешников |
| Компьютерная верстка | А.В. Свешников |

Подписано в печать 05.04.2019. Формат 60x84 $\frac{1}{16}$.
Бумага офисная. Гарнитура *Times New Roman*. Печ. лист 5.
Тираж 300 экз. Заказ № 14.

Московский государственный гуманитарно-экономический университет
107150, Москва, ул. Лосиноостровская, д. 49.
Отпечатано в типографии МГГЭУ по технологии CtP.

