

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА.

В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и "горячих точек" в различных регионах планеты. Мир буквально захлестывает эпидемия тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются, прежде всего, сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого, в крайнем своем проявлении, выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР).

Посттравматический стресс, характеристики которого соответствуют клинической картине ПТСР, возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Интенсивность стрессогенного воздействия в этих случаях бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию или отражаться в клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Больные ПТСР могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его психологические проявления, как правило, сопровождаются психосоматическими нарушениями. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Имеет значение лишь то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

За последние десятилетия в мировой науке резко возросло количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу. Можно говорить о том, что исследования в области травматического стресса и его последствий для человека выделились в самостоятельную междисциплинарную область науки. В нашей стране, несмотря на высокую актуальность этой проблемы, ее разработка находится на начальной стадии, имеются отдельные научные коллективы психологов и психиатров, которые занимаются изучением посттравматических состояний у людей, подвергшимся различным видам психической травматизации.

ГЛАВА 1. Аналитический обзор теоретико-методологических подходов к изучению посттравматического стресса

1.1. Соотношение понятий стресса, травматического и посттравматического стресса.

Широкое распространение термина «стресс» произошло благодаря работам Селье (1960, 1992), поэтому в большинстве отечественных работ упоминается, что применение этого термина исторически начинается с его публикаций. Однако, этот термин довольно широко использовался до того как он появился в сформированных Селье представлениях о более специализированном значении этого слова. Сам Селье отмечал, что не использовал термин «биологический стресс» в своих ранних работах в 1936 году по той причине, что общественное мнение активно выступало против такого использования термина. В последующем, Селье объяснял критику использования им слова стресс в отношении целостных реакций, тем, что в разговорном английском это вообще подразумевало «нервное напряжение». Он также отмечал, что такие выражения, как нервный стресс и напряжение обычно использовались психиатрами, чтобы описать умственную напряженность.

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

Рассмотрение работ Кэннона не направлено на решение вопроса приоритета в использовании термина «стресс», поскольку важная роль Селье в популяризации термина «стресс» и уникальность его формулировок представляется весьма ясной. Однако, историческая перспектива, простирающаяся на более ранние концепции стресса в повседневной жизни и в медицине, может быть нужна не только в понимании некоторых аргументов в более ранних возражениях концепции стресса Селье, поскольку и в настоящее время далеко не все ученые, (например, Лазарус) принимают взгляды Селье на стресс, некоторые, используют их модификации, некоторые расценивают их все же как недоказанные рабочие гипотезы и есть те, кто просто отклоняет или игнорирует их.

Развитие концепции стресса Селье наиболее иллюстративно представлено в его книге (1956) «Стресс в жизни». В значительной степени в автобиографическом стиле, Селье описывает, как работа, ведущая к его концепциям стресса, велась изначально в поиске нового сексуального гормона. В этих экспериментах Селье обнаружил, что введение экстракта яичников у крыс произвели «триаду» морфологических изменений, включающих: 1) увеличение коры надпочечников, 2) атрофию тимуса и других лимфатических структур и 3) глубоко кровоточащие язву желудка и двенадцатиперстной кишки.

Так как никакие гормоны яичников, известные в то время, не производили подобной триады морфологических изменений, то он стал продолжать исследование в этом

направлении. В ходе тщательной проверки другой ткани извлеченной подобным образом, он обнаружил, что экстракты плаценты, гипофиза, почек, печени или «любого другого органа» также производили ту же самую триаду изменений.

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

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

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

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

Однако, до 1946 термин стресс Селье не использует, возможно из-за негативного общественного мнения, возникшего на его первое употребление. Неизвестен ход размышлений Селье по этому поводу в этот период времени. Этот термин вновь появляется в публикации, изданной в 1946 году. В ней Селье разрабатывает свою концепцию относительно «Стресса» и «Общего адаптационного синдрома», утверждая, что «болезни адаптации» могут представлять собой побочные продукты неправильных адаптивных реакций.

В этом кратком обзоре Селье использует термин «стресс» в смысле стимулов, вызывающих воспоминания агентов, сил, действующих на организм извне. Это отражено в таких фразах, как: «...та же самая степень повреждения или стресса не обязательно всегда выявляет тот же самый ответ» или, в отношении общего адаптационного синдрома, «этот защитный эндокринный ответ ценен, поскольку облегчает адаптацию, чтобы подчеркнуть (например, заразные болезни, опьянение, возбуждение, волнение, холод и т.п.)».

Главной вехой в обнародовании Селье своих концепций явилась его всесторонняя книга «Стресс», изданная в 1950 г. и признаваемая как фундаментальный труд. В этой книге Селье предложил использовать термин «стресс» в новом смысле, как «систематический стресс», который он определил как обозначение состояния организма в ответ на вызывающих воспоминания агентов. Далее, для таких агентов он предложил новый термин: «стрессоры». Четырьмя годами ранее в кратком обзоре работы в известном Журнале Клинической Эндокринологии Селье изменил определение «стресса» с действия некоторой силы извне, целиком к ответу в этом пункте, установив таким образом прежнее определение. Причины, побудившие Селье сделать это, не до конца понятны. Возможно, это решение возникло из

желания сделать акцент на неопределенной триаде ответа, которой он придавал такое большое значение, но это не обсуждалось непосредственно в его письмах.

В 1951 г. Селье также занимала возможность определения биологического «стресса», в том смысле, что термин используется в физике, чтобы обозначить взаимодействие между силой и сопротивлением ей. Тогда это проявилось в том, что разные периоды Селье был склонен к определению «стресса» по-разному: как стимула, ответа, или взаимодействия между стимулом и ответом. В 1955/56 гг, к моменту окончания, издания пяти Годовых отчетов по стрессу, Селье, очевидно, пришел к заключительному решению: «Стресс является по существу, физиологическим ответом» и должен быть определен как «сумма всех неспецифических изменений, вызванных функционированием или повреждением». В течение двух прошедших десятилетий это определение претерпело лишь незначительные модификации. Так, в 1974 году Селье заявил, что «стресс - неопределенный ответ организма на любое требование»; это отличается от более ранних определений только более комплексной фразеологией. Исследования Селье и его революционные концепции имели чрезвычайный эффект в стимулировании исследований во многих областях медицины и биологии. Например, это вызвало сильный интерес в области изучения гормонального регулирования не только системы гипофиз-кора надпочечников, но также, косвенно, и других эндокринных систем, для которых надежные биохимические методы гормонального исследования стали доступными в 1950-х годах.

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

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

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

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

психологические явления стресса в широкой, многосторонней перспективе и избегать упрощенных, односторонних определений, основанных на одном из параметров.

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

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

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

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

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

Исторически исследования стресса и травматического стресса проводились в разных направлениях, хотя, безусловно, имели точки пересечения. Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома присвоено наименование — «эмоциональный стресс» — т.е. это аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин, 1973, Судаков, 1997), что связано с вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующее поведенческие реакции.

В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое вкупе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств. (Исаев, 1996) При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем.

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

Наряду с возникновением понятия «эмоциональный стресс» также широко используется понятие «психологический стресс». Точно также как и в определении «главного» термина «стресс» в литературе существует довольно различное их толкование. Многие авторы выделяют в качестве дифференцирующего критерия фактор социальности в происхождении психологического стресса. При этом подчеркивается, что стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение (Бодров, 2006, Everly, 1989 и др.).

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

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

Некоторые из известных исследователей стресса, такие как Лазарус, по большей части игнорируют ПТСР, как и другие расстройства в качестве возможных последствий стресса, ограничивая поле внимания исследованиями особенностей эмоционального стресса.

Концепции травматического горя Линдермана (Lindermann, 1944) и «синдрома стрессовой реакции» Горовица (Horowitz, 1986) часто приводятся как пример расширения концепции классической теории стресса. Эти модели включают понятия о фазе восстановления или ассимиляции, суть которых сводится к пролонгированной борьбе с последствиями экстремального или травматического стресса. Авторы этих концепций указывают, что для лиц, перенесших травматический стресс, характерны переживания психического дискомфорта, дистресса, тревоги и горя в течение этого периода.

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

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

Горовица и Миссиссипская шкала ПТСР Кина были разработаны для оценки этих специфических последствий психической травмы.

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

Hobfoll (1988) предложил точку зрения, которая может послужить связующим элементом между концепциями стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражается в идее наличия тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, который заключается в консервации адаптационных ресурсов («притвориться мертвым»). Похожая точка зрения высказана Кристэллом (Kxystal, 1978), который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», а также последующие нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия - основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия.

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

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

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

.....

1.3. Феноменология посттравматического стресса

Описывая воспоминания больных о травматических событиях, Шарко назвал их «паразитами ума». У людей с ПТСР драматически нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни. Их травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связанных рассказов, а состоят из интенсивных эмоций и тех соматосенсорных элементов, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или подвержен стимулам или ситуациям, напоминающим ему о травме.

В силу того, что травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвергаются изменениям с течением времени - что составляет природу психической травмы - жертвы остаются «застывшими» в травме как в актуальном переживании, вместо того, чтобы принять ее как нечто, принадлежащее прошлому. Со временем, первые навязчивые мысли о травме могут войти в контаминацию с реакциями индивида на широкий спектр стимулов и укрепить селективное доминирование травматических сетей памяти. Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания, со временем могут становиться все более и более тонкими и генерализованными до такой степени, что иррелевантные стимулы становятся напоминанием о травме. Например, пожарный отказывается носить часы, потому что они напоминают ему об обязанности быстрого реагирования на сигнал тревоги, или у ветерана войны резко ухудшается настроение при шуме дождя, потому что это напоминает ему сезоны муссонов во Вьетнаме. Запускают травматические переживания и более типичные триггеры, которые имеют конкретную связь с травмой: например, обстановка, напоминающая ситуацию насилия для жертвы изнасилования или громкий звук треснувшей головы, ассоциирующийся с выстрелом у ветерана войны.

Телесные реакции индивидов с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы. Травмированные индивиды страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Исследования ясно показали, что люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы на связанные с травмой стимулы. Феномены физиологической гипервозбудимости представляют собой сложные психологические и физиологические процессы, в которых постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы является причиной такого, например симптома, как трудности с концентрацией внимания в связи с фиксацией на источниках предполагаемой угрозы.

Одним из последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности. Как известно, с точки зрения адаптации, возбуждение вегетативной нервной системы служит очень важной функции мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально значимой ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция утрачивается в значительной степени: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает для них невозможным положиться на свои телесные реакции — систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Устойчивое иррелевантное продуцирование предупредительных сигналов приводит к тому, что физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний и, как следствие, они уже не могут служить в качестве ориентиров при какой-либо активности или деятельности.

Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым и угрожающим смыслом. Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида.

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности в проведении границы между релевантными и иррелевантными стимулами; они не в состоянии игнорировать несущественное и выбрать из контекста то, что является наиболее релевантным, что, в свою очередь, вызывает снижение вовлеченности в повседневную жизнь и усиливает фиксацию на травме. В результате теряется способность гибкого реагирования на изменяющиеся требования окружающей среды, что может проявляться в трудностях в социальной жизни, особенно связанной с усвоением новой информации.

.....

К травматическим ситуациям относят сверхэкстремальные, критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, — это, прежде всего ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия. Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые подвергают индивида интенсивному, чрезвычайному воздействию угрозы жизни или здоровью, как самого индивида, так и его значимых близких, коренным образом нарушая чувство безопасности индивида. Эти ситуации могут быть как непродолжительными, но чрезвычайно мощными по силе воздействия (от нескольких минут до нескольких часов, например, сексуальное насилие, физическое насилие, свидетельство преступления, катастрофы, или другие формы угрозы индивиду), так и пролонгированными.

Характерные отличия травматических ситуаций:

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие.

Единовременное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.

Изолированное довольно редкое травматическое переживание: неожиданное, внезапное событие, например: сексуальное насилие, естественные катастрофы, автомобильные аварии, снайперская стрельба и т.п.

Это событие: Доставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.

2) с большой степенью вероятности приводят к возникновению типичных симптомов ПТСР: навязчивой мыслительной деятельности, связанной с этим событием, симптомам избегания и возросшей физиологической реактивности.

3) с большой степенью вероятности вызывает повторное переживание травматического опыта.

4) нарушает нормальное функционирование, его полное восстановление редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора - серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие. Его характеризует:

1) вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость, например: повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия

2) высокая вероятность умышленного создания ситуации.

3) переживание ситуации как травмы первого типа, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва начинает переживать страх повторения травмы.

4) чувством беспомощности в предотвращении травмы.

5) смутность и неоднозначность воспоминаний о таких событиях, что обусловлено влиянием диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.

6) измененность в Я - концепции и образа мира пострадавшего, что часто сопровождается чувствами вины, стыда и снижением самооценки.

7) высокая вероятность возникновения отсроченных личностных и межличностных проблем, что может проявляться в отстраненности от других, в сужении круга общения и нарушении лабильности и модуляции аффекта, злоупотреблении алкоголем и другими психоактивными веществами как средством защиты от непереносимых переживаний.

.....

ГЛАВА 2. Теоретические модели посттравматического стресса

Прочно вошедшая в научный дискурс категория ПТСР стимулировала исследователей к поиску теоретических моделей, объясняющих этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Единой общепринятой теоретической концепции к настоящему моменту создать не удалось, однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических направлений и концепций. К психологическим моделям можно отнести психодипамические, когнитивные и психосоциальные концепции.

2.1. Психодинамические взгляды на психическую травму

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

В своей работе «Психические автоматизмы» (1889) он утверждает, что воспоминание о травматическом опыте часто оказывается недостаточно переработанным, поэтому оно отделяется от сознания, т.е. диссоциируется, чтобы затем в какой-то момент вновь ожить либо как эмоциональное состояние, либо как телесное, либо в виде представлений и образов, либо как инсценирование определенного поведения. Не поддающиеся интеграции состояния могут в крайних случаях вести к формированию различных «частичных личностей», что соответствует диссоциативному нарушению идентичности (Калмыкова, Падун, 2002).

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

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

В рамках эго-психологии - одного из направлений современного психоанализа - в работах Анны Фрейд (1995), Д.Винникота (1998) и др. подчеркивается роль отношений между матерью и ребенком и радикально пересматривается характер и смысл понятия психической травмы. Развивая эти представления, английский психоаналитик Масуд Хан (Khan, 1974) предложил понятие «кумулятивной травмы». Он рассматривал роль матери в развитии ребенка с точки зрения ее защитной функции (функции «щита») и утверждал, что кумулятивная травма возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении этой функции. Данное утверждение, считает он, справедливо на протяжении всего развития ребенка -от рождения до подросткового возраста во всех тех сферах жизни, где ребенок нуждается в этом «щите» для поддержания своего еще неустойчивого и незрелого «я». Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения могут и не иметь еще травматического характера, однако, накапливаясь, они превращаются в психическую травму. В оптимальном случае неизбежные промахи матери корректируются или преодолеваются в

сложном процессе созревания и развития; если же они происходят слишком часто, то возможно постепенное формирование у ребенка психосоматического расстройства, которое затем становится ядром последующего патогенного поведения.

В современном психоаналитическом сообществе понятие травмы может рассматриваться как: (1) наличие внешнего события, субъективно воспринимаемого индивидом как травматическое; (2) психопатологические последствия травматического события, возникающие либо немедленно, либо отсрочено; (3) усиление подверженности будущей травматизации вследствие пережитого травматического события; (4) причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия (Sandler et.al., 1991).

«Энергетическое» понимание травмы Фрейда некоторые современные исследователи предлагают заменить на «информационное», что позволяет включить как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (Horowitz, 1986; Lazarus, 1966).

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

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

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

2.2. Когнитивные концепции психической травмы

Когнитивные концепции психической травмы восходят к теории стресса Р.Лазаруса и работам А.Бека. В так называемой «оценочной» теории стресса (Lazarus, 1966) большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. В более поздних работах (Lazarus & Folkman, 1984) Лазарус полагает, что процесс оценивания включает первичное оценивание (оценку стрессовой ситуации) и вторичное оценивание (оценку индивидом собственных ресурсов в совладании с данной ситуацией). В зависимости от этого формируется тип копинг-стратегии: проблемно-фокусированный копинг (действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и эмоционально-фокусированный копинг (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

А.Бек и Г.Эмери (Beck & Emery, 1985) впервые описали когнитивную модель реакции страха, которая легла в основу когнитивных концепций ПТСР. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку степени опасности ситуации и оценку собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией или избежать ее.

В процесс оценивания ситуации страха включается когнитивная схема, которая воспринимает те признаки, которые соответствуют ей, и избегает те характеристики ситуации, которые не вписываются в нее. Говоря более простым языком, люди воспринимают лишь то, что ожидают увидеть или услышать. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме и игнорировать остальную информацию. В конечном счете, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям - застыванию на месте, борьбе или бегству.

Концепция психической травмы Р.Янофф-Бульман (Janoff—Bulman, 1998), в большей степени имеет отношение к личности пережившего травму человека. В интерпретации Янофф-Бульман психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности о доброжелательности -враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного «Я».

Отнесение того или иного убеждения к разряду базисных обусловлено несколькими критериями (Гадун, 2003). Первым критерием является то, что истоки базисных убеждений лежат в раннем детстве.

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

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

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

Базисные убеждения обеспечивают ребенка чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем - ощущением собственной неуязвимости и стабильности. Имплицированная концепция окружающего мира и собственного «Я» у большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми, кто делает что-то не так. Я хороший

человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Речь идет о так называемых позитивных иллюзиях, выявленных в исследованиях Тейлора (Taylor, 1983), который показал, что хорошо адаптированным людям свойственно переоценивать вероятность возникновения положительных ситуаций в жизни и недооценивать вероятность отрицательных. Данное утверждение легко подтверждается тем, что часто из уст жертв психических травм можно услышать признание: «Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной».

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

Авторы когнитивных концепций травмы считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не "я плохой", а "я совершил плохой поступок"). В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом - восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР. В когнитивной психологии психическая травма рассматривается как разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений. Схемы представляют собой относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в онтогенезе. Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом называются базовыми. Формирование базовых убеждений происходит в процессе удовлетворения базовых потребностей личности

2.3. Психосоциальные факторы и их роль в развитии посттравматического стресса

Значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих, для успешного преодоления ПТСР-синдрома, отражено в моделях, получивших название психосоциальных. Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно близких людей. При этом последний фактор в наибольшей степени влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса.

В ряде отечественных публикаций, связанных с проблемами адаптации афганских ветеранов после возвращения домой, подчеркивалось, насколько сильно ситуации непонимания, отчужденности, неприятия окружающими мешают возвращению ветеранов Афганистана к мирной жизни.

Выделены следующие стрессоры, связанные с социальным окружением: ненужность обществу человека с боевым опытом; непопулярность войны и ее участников; взаимное непонимание между теми, кто был на войне, и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом. Столкновение с этими вторичными по отношению к полученному на войне экстремальному опыту стрессорами достаточно часто приводило к ухудшению состояния ветеранов войн как Вьетнама, так и Афганистана. Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае отсутствия поддержки и понимания окружающих людей.

ПТСР - это синдром, который появляется по разным причинам, обусловленным природой происходящего события, свойствами травмированной личности и характеристиками окружения, влияющего на процесс выздоровления. Важно различать страдание от индивидуальных симптомов и их возможность изменять область социальных ролей. Описан случай когда человек, страдающий от навязчивых воспоминаний войны, стал президентом США. Этот человек — Джон Кеннеди. Как отмечено выше, некоторые индивиды имеют положительную адаптацию к травме, используя опыт ее переживания как источник мотивации. Для других людей работа становится средством ухода от прошлого. Хотя их карьеры могут быть очень успешными, этот успех зачастую достигается за счет их семьи или межличностных связей.

Социальные последствия ПТСР лучше всего были проиллюстрированы в исследованиях, описывающих выживших жертв концентрационных лагерей (dinger, Storm, 1973). Они имели менее стабильный трудовой стаж, чем контрольная группа, с более частыми сменами работы, места жительства и рода занятий. Они переходили в менее квалифицированные и менее оплачиваемые социальные слои - в 25% случаев, против 4% случаев в контрольной группе. Бывшие заключенные из более низких социально-экономических классов с трудом компенсировали свое подорванное здоровье, в отличие от более высокооплачиваемых профессиональных групп.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя позволяет компенсировать (или заместить) чувства беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля. Парадоксально, но установлено, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет их локусу контроля оставаться интернальным и избежать чувства беспомощности.

Компульсивное повторное переживание травматических событий — поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму — не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется он в том, что неосознанно

индивид стремится к участию в ситуациях, которые сходны с начальным травматическим событием в целом или каким-то ее аспектом.

Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации. Например, ветераны могут служить в милиции; женщины, подвергшиеся насилию - вступать в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними плохо обращается; индивиды, перенесшие в детстве ситуацию сексуального соблазнения - заниматься проституцией.

Понимание этого, на первый взгляд, парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения в социальной и интерперсональной сферах. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны поведения повторного переживания травмы, может выступать как в роль жертвы, так и агрессора.

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. Также показана в высшей степени достоверная связь между детским сексуальным насилием и различными формами самодеструкции вплоть до попытки самоубийства, которые могут возникнуть уже во взрослом возрасте.

В литературе описывается феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами. Преследуемые навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированные индивиды начинают организовывать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими вторжениями. Избегание может принимать много разных форм, такие как дистанцирование от напоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов для того, чтобы вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет взаимосвязи с другими людьми, приводит к их нарушению и как следствие — снижению адаптивных возможностей.

Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Индивиды с ПТСР, страдая от симптомов заболевания, могут также испытывать болезненное чувство вины по поводу того, что они остались живы в то время, как другие погибли или по поводу того, что они вынуждены были сделать для того, чтобы выжить. Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может влиять на межличностные отношения и вести к супружеским конфликтам, разводам или потере работы. Однако, семья, "семейная стабильность», выступает в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи, включающее когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

2.4. Другие концепции ПТСР

До недавнего времени в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения посттравматических расстройств, выступала «двухфакторная теория». В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР (по И.П. Павлову). Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями. Они как бы «пробуждают» первичную травму и вызывают соответствующую эмоциональную реакцию (страх, гнев) по условно-рефлекторному типу.

Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома. Согласно этой концепции, при воздействии событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом и ведущих к развитию эмоционального дистресса, человек будет все время стремиться к избеганию такого воздействия, что собственно и лежит в основе психодинамических моделей ПТСР.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно понять природу ряда присущих только ПТСР симптомов, в частности, относящихся ко второй критериальной группе диагностических критериев: «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием». Это симптомы навязчивых воспоминаний о пережитом, сны и ночные кошмары на тему травмы и, наконец, «флэшбэк»- эффект, т.е. внезапное, без видимых причин, воскрешение в памяти с патологической достоверностью и полным ощущением реальности травмирующего события или его эпизодов. В этом случае оказалось практически невозможно установить, какие именно «условные» стимулы провоцируют проявление этих симптомов, настолько подчас оказывается слабой их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Для объяснения подобных проявлений ПТСР Р. Питменом была предложена теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей, в основе которой лежит теория Ланга. Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний — «сеть» — включает три компонента: 1) информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления; 2) информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции; 3) информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе же посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур. Подтверждение этой гипотезы было получено Питменом, установившим, что включение в схему эксперимента элемента воспроизведения травмирующей ситуации в воображении ведет к значимым различиям между здоровыми и страдающими ПТСР ветеранами вьетнамской войны. У последних наблюдалась интенсивная эмоциональная реакция в процессе переживания в воображении элементов своего боевого опыта, а у здоровых испытуемых такой реакции не отмечалось.

Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития «флэшбэк»-феномена, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары, и в этом случае поддавались объяснению с трудом. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах, протекающих на этом уровне.

2.5. Биологические модели ПТСР

Результаты нейрофизиологических и биохимических исследований последних лет стали основой для биологических моделей ПТСР. К комплексным моделям патогенеза относятся теоретические разработки, учитывающие и биологические, и психические аспекты развития ПТСР. Одной из первых концепций, носящий комплексный характер была нейропсихологическая гипотеза Л. Колба (Kolb, 1989). Проанализировав опубликованные к тому времени данные психофизиологических и биохимических исследований у ветеранов войны во Вьетнаме, Колб показал, что в результате воздействия чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стимулирующего воздействия, происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. В первую очередь при этом страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна. Развитие исследовательских технологий, особенно техник электромагнитного резонанса и позитронной томографии дали возможность изучать проблемы биологической обусловленности развития ПТСР на новом уровне.

В масштабном исследовании Питмена с соавт. (Pitman et al.,2007) изучались монозиготные близнецы, ветераны войны во Вьетнаме в котором показано, что выраженность психопатологических черт у ветеранов-близнецов с ПТСР по крайней мере в три раза выше, чем в группе близнецов без ПТСР. Близнецы с ПТСР показали также значимо более высокий уровень депрессивных расстройств, дистимии и панического расстройства. У них также отмечено большее количество пережитых в анамнезе травматических событий, т.е. они изначально имели более высокий риск возникновения ПТСР. Они также имели более высокий уровень алкогольной зависимости. Можно предполагать, что наличие таких психических болезней как депрессия, дистимия и паническое расстройство представляет другие аспекты приобретаемой индивидами под воздействием травматических ситуаций.

Эти результаты поддерживают гипотезу о существовании наследственной предрасположенности к возникновению ПТСР. Так, например, в исследовании Труе с соавт. показано, что 30% всех симптомов ПТСР имеют генетическую основу. В исследовании С.Халлиган и Р.Ехуда получены данные, свидетельствующие о том, что вероятность развития ПТСР выше у тех людей, чьи родители сами переживали ПТСР. Схожие данные были получены в исследовании З. Соломон с соавт. (Solomon et al.). Показано, что тяжесть ПТСР выше у того, кто имел близнеца с ПТСР. Причем риск выше для монозиготных, чем для дизиготных близнецов (William, True et al. 1993) Далее, по меньшей мере в четырех исследованиях показано, что у лиц с ПТСР наблюдается сниженный размер гиппокампа. Делается попытка объяснить этот феномен, основываясь на результатах исследований, выполненных на животных, в которых говорится о том, что стресс у животных вызывает нарушение мозговых структур. Однако необходимо помнить, что эти данные являются результатом корреляционных исследований. Существует как теоретическая, так и эмпирическая поддержка гипотез, что уменьшенный размер гиппокампа предсказывает травму у лиц с ПТСР.

Таким образом, различные подходы, объясняющие развитие и функционирование ПТСР, вполне совместимы и успешно дополняют друг друга. Теория научения и когнитивный подход, будучи психологическими концепциями, не дают объяснения симптомам сверхвозбуждения и другим психофизиологическим изменениям при ПТСР, тогда как биологические воззрения на природу посттравматического стресса призваны восполнить этот пробел.

Для ответа на вопрос, почему лишь у части людей, подвергшихся травматизации, проявляются психологические симптомы посттравматического стресса, предлагается также этиологическая мультифакторная концепция, разрабатываемая А. Мэркером. В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность; защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в

анамнезе, низкий социоэкономический уровень. Согласно мультифакторной концепции, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению совладающих механизмов.

Подводя итоги анализа литературных данных можно утверждать, что различные подходы, объясняющие развитие и функционирование ПТСР, вполне совместимы и успешно дополняют друг друга. Из обзора теоретических работ видно, что последствия пребывания человека в травматических ситуациях не ограничиваются развитием острого стрессового расстройства (ОСР) или ПТСР. Диапазон клинических проявлений последствий сверхэкстремального воздействия на психику человека, безусловно, шире, о чем говорит коморбидность ПТСР таких расстройств, как депрессия, паническое расстройство и зависимость от психоактивных веществ.

В зарубежных психологических моделях ПТСР основной акцент делается на посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменениях в психике человека, в них гораздо меньше внимания уделено клинической симптоматике ПТСР. Эти подходы близки к тому направлению, которое разрабатывается в настоящем диссертационном исследовании: дифференциации ПТСР и ПТС. Понятие ПТС являясь психологической картиной посттравматического расстройства, включая в себя клиническую симптоматику ПТСР, по своему содержанию шире ПТСР, и представляет собой континуум психических состояний психической дезадаптации разных типов и уровней. При этом, очевидным становится необходимость описания психологических аспектов посттравматического стресса на основе разрабатываемого автором диссертации интегративного подхода.