

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт психологии
Кафедра общей психологии и конфликтологии

М. Л. Мельникова

ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Учебно-методическое пособие

Екатеринбург 2018

УДК 159.944.4(075)
ББК Ю928.3
М48

рекомендовано Ученым советом федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
в качестве *учебного* издания (Решение № 115 от 16.11.2018)

Рецензенты:

Белоусова Н. С., канд. психол. наук, доцент, доцент кафедры общей психологии и конфликтологии, Уральский государственный педагогический университет.

Чебыкина И. В., канд. социол. наук, доцент, доцент кафедры социологии и социальной работы Института гуманитарного и социально-экономического образования, Российский государственный профессионально-педагогический университет.

Мельникова, М. Л.

М48 Психология стресса: теория и практика [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / М. Л. Мельникова ; Урал. гос. пед. ун-т ; науч. ред. Л. А. Максимова. – Электрон. дан. – Екатеринбург : [б. и.], 2018. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-5-7186-1091-8

В учебно-методическом пособии систематизированы модели и теории психологического стресса, описан диагностический инструментарий для изучения различных видов стресса, представлены теоретические подходы к решению проблемы купирования стресса. В работе рассмотрены основные факторы, вызывающие, провоцирующие и поддерживающие состояние посттравматического стресса, обоснована возможность коррекции данного состояния с позиций различных теоретических подходов.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям: «Психология», «Педагогика и психология», «Психолого-педагогическое образование», «Конфликтология», а также может представлять интерес для практикующих педагогов-психологов, социальных педагогов, педагогов и всех, кто по роду своей деятельности связан с решением проблемы стрессовых состояний человека.

УДК 159.944.4(075)
ББК Ю928.3

ISBN 978-5-7186-1091-8

© Мельникова М. Л., 2018
© ФГБОУ ВО «УрГПУ», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
Глава 1. УЧЕНИЕ О СТРЕССЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	7
1.1. Понятие «стресс» в психологии	7
1.2. Соотношение понятий «психологический стресс» и «эмоциональный стресс».....	9
1.3. Психологические модели и теории стресса.....	13
1.4. Психофизиологические механизмы стресса.....	17
1.5. Психодиагностика стресса.....	19
1.6. Модели и механизмы преодоления стресса.....	22
Контрольные вопросы.....	27
Задания для самостоятельной работы.....	28
Литература.....	30
Глава 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС.....	31
2.1. Феноменология профессионального стресса.....	31
2.2. Психологические модели и теории профессионального стресса.....	34
2.3. Психодиагностика профессионального стресса.....	38
2.4. Управление профессиональным стрессом.....	43
Контрольные вопросы.....	55
Задания для самостоятельной работы.....	55
Литература.....	56
Глава 3. СЕМЕЙНЫЙ СТРЕСС.....	58
3.1. Феноменология семейного стресса.....	58
3.2. Психологические модели и теории семейного стресса.....	60
3.3. Психодиагностика семейного стресса.....	65
3.4. Теоретические подходы к решению проблемы семейного стресса...	72
Контрольные вопросы.....	80

Задания для самостоятельной работы.....	81
Литература.....	82
Глава 4. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС.....	83
4.1. Феноменология посттравматического стресса.....	83
4.2. Психологические модели и теории посттравматического стресса.....	86
4.3. Психодиагностика посттравматического стресса.....	92
4.4. Пути коррекции посттравматического стресса.....	96
Контрольные вопросы.....	108
Задания для самостоятельной работы.....	109
Литература.....	110

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психологический стресс – одна из самых сложных междисциплинарных проблем, находящихся на стыке психологии, психофизиологии и физиологии. Трудно представить человека, который бы не подвергался факторам, провоцирующим возникновения стресса. Более того, со стрессовой ситуацией люди сталкиваются постоянно. При этом, с одной стороны, стресс стимулирует активность человека, позволяет более интенсивно использовать свой потенциал, с другой стороны, может обладать огромной разрушительной силой, приводить к серьезным внутренним переживаниям и невротическим состояниям.

Проблема стресса впервые была рассмотрена в работах канадского физиолога Ганса Селье, который в 1936 году опубликовал свою первую работу по общему адаптационному синдрому. Он показал, что человеческое существование связано с постоянным напряжением и, если напряжение истощает ресурсы человека, то наступает болезнь или даже смерть.

К настоящему времени в психологии накоплена богатая эмпирическая база исследований и показано, что стресс – это многоплановое, многоуровневое психологическое явление, характеризующееся динамичностью, длительностью и интенсивностью.

Основным достоинством данного пособия является то, что в нем систематизированы модели и теории психологического стресса, описан диагностический инструментарий для изучения различных видов стресса, представлены теоретические подходы к решению проблемы купирования стресса.

С целью формирования у студентов теоретических знаний о различных подходах к психологическому анализу стресса и дистресса, развития психологической готовности к применению полученных знаний, умений, навыков в самостоятельной профессиональной деятельности, каждая из глав имеет список контрольных вопросов по теме, практические задания и методические рекомендации. Практикоориентированные задания направлены на формирование у будущих специалистов умений и навыков конструктивного преодоления соб-

ственных стрессовых состояний.

Учебно-методическое пособие «Психологии стресса: теория и практика» представляет определенный интерес как для практикующих психологов-консультантов, конфликтологов, так и для студентов, обучающихся по психологическим, психолого-педагогическим и конфликтологическим направлениям высших учебных заведений. Знания, полученные в ходе изучения курса, будут способствовать формированию профессиональной компетентности специалиста в области психологии, конфликтологии и медиации.

Глава 1. УЧЕНИЕ О СТРЕССЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Понятие «стресс» в психологии

Стресс (от англ. stress – давление, нажим, напор; напряжение) – неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающая его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма. В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический (психологический) и физический стрессы (тепловой, световой, звуковой и др.).

Впервые термин «стресс» в физиологию и психологию ввел Уолтер Кэннон (англ. Walter Cannon) в своих классических работах по универсальной реакции «бороться или бежать» (англ. fight-or-flight response).

В 1936 году знаменитый исследователь стресса канадский физиолог Ганс Селье опубликовал свою первую работу по общему адаптационному синдрому, но длительное время избегал употребления термина «стресс», поскольку тот использовался во многом для обозначения «нервно-психического» напряжения (синдром «бороться или бежать»). Только в 1946 году Г. Селье начал систематически использовать термин «стресс» для общего адаптационного напряжения.

«Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса». Универсальность сопровождающей стресс «триады физиологических изменений» – уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний и даже язв в слизистой желудочно-кишечного тракта – позволила Г. Селье высказать гипотезу об общем адаптационном синдроме (ОАС), получившим впоследствии название «стресс».

Тимус (вилочковая железа) – орган лимфопоэза человека и многих видов животных, в котором происходит созревание, дифференцировка и иммунологическое «обучение» Т-клеток иммунной системы.

Многолетние исследования Г. Селье, его сотрудников и последователей во всем мире подтверждают, что стресс является неспецифической основой многих заболеваний. От стресса страдает иммунная система. В стрессовом состоянии люди чаще оказываются жертвами инфекции, поскольку продуцирование иммунных клеток заметно снижается в период физического или психического стресса.

В современной научной литературе термин «стресс» используется в различных значениях. Во-первых, под стрессом понимается сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие.

Во-вторых, под категорию стресса попадают субъективные реакции, отражающие внутреннее психическое состояние напряжения и возбуждения. Данное состояние интерпретируется как эмоции, оборонительные реакции и процессы преодоления (копинг), разворачивающиеся во внутриличностном плане.

В-третью группу объединяются понятия стресса как неспецифических черт физиологических и психологических реакций организма при сильных, экстремальных для него воздействиях, вызывающих интенсивные проявления адаптационной активности. Эти реакции направлены на поддержание поведенческих действий и психических процессов по преодолению этих стрессовых эффектов [3].

Наиболее адекватной трактовкой, по мнению Л. А. Китаева-Смыка, ведущего отечественного специалиста в данной области, является понимание стресса как неспецифических физиологических и психологических проявлений адаптационной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях, имеющих определенную значимость для человека.

Кроме того, прямое перенесение положений о физиологических особенностях развития и проявления стресса в область психологии оказалось мало продуктивным. По мнению R. Lazarus, физиологический и психологический

стрессы существенно различаются между собой по особенностям воздействующих стимулов, по механизмам развития и характеру ответных реакций. Если при физиологическом стрессе происходит нарушение гомеостаза при непосредственном воздействии стимула на организм, а его восстановление осуществляется посредством висцеральных и нейрогуморальных механизмов, которые обуславливают стереотипичный характер реакций, то психологический стресс развивается в результате оценки значимости ситуации для субъекта, его интеллектуальных процессов и личностных особенностей [2].

1.2. Соотношение понятий «психологический стресс» и «эмоциональный стресс»

Г. Н. Кассиль, М. Н. Русалова, Л. А. Китаев-Смык и некоторые другие исследователи под эмоциональным стрессом понимают широкий круг изменений психических и поведенческих проявлений, сопровождающихся выраженными неспецифическими изменениями биохимических, электрофизиологических показателей и другими реакциями [6; 7; 11].

Ю. Л. Александровский [1] с эмоциональным стрессом связывает напряжение барьера психической адаптации, а патологические последствия эмоционального стресса – с его прорывом.

К. И. Погодаев, учитывая ведущую роль центральной нервной системы в формировании общего адаптационного синдрома, определяет стресс как состояние напряжения или перенапряжения процессов метаболической адаптации головного мозга, ведущих к защите или повреждению организма на разных уровнях его организации посредством единых нейрогуморальных и внутриклеточных механизмов регуляции. Такой подход фиксирует внимание только на энергетических процессах в самой мозговой ткани [10].

При анализе понятия «эмоциональный стресс» вполне естественен вопрос о его соотношении с понятием «эмоции». Хотя в основе эмоционального стресса лежит эмоциональное напряжение, отождествление указанных понятий

не является правомерным.

Р. Лазарус [9] характеризует психологический стресс как обусловленное «угрозой» эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способность человека достаточно эффективно осуществлять свою деятельность. В таком контексте между эмоцией (отрицательной по своей модальности) и эмоциональным стрессом нет существенного различия, так как в качестве определяющего фактора рассматривается влияние эмоционального напряжения на деятельность индивида. В психологии это составляет традиционную и достаточно подробно изученную проблему влияния эмоций на мотивационно-поведенческие реакции.

В медицине основной акцент в оценке сущности эмоционального стресса делается не на начальных состояниях, а на конечных фазах эмоционально-стрессового процесса, являющихся патогенетической основой многих заболеваний.

Как считает В. Л. Вальдман с соавтором [2], в явлении эмоционального стресса следует различать:

а) комплекс непосредственных психологических реакций, который в общей форме можно определить как процесс восприятия и переработки лично значимой для данного индивида информации, содержащейся в сигнале (воздействии, ситуации) и субъективно воспринимаемой как эмоционально-негативная (сигнал «угрозы», состояние дискомфорта, осознание конфликта и т. д.);

б) процесс психологической адаптации к эмоционально-негативному субъективному состоянию;

в) состояние психической дезадаптации, обусловленной эмоциональными для данной личности сигналами, вследствие нарушения функциональных возможностей системы психической дезадаптации, что ведет к нарушению регуляции поведенческой активности субъекта.

Каждое из этих трех состояний (они принципиально сближаются с общими фазами развития стресса, но оцениваются по психологическим, а не соматическим проявлениям) сопровождается, по мнению авторов, широким комплексом физиологических сдвигов в организме. Вегетативные, симптоматико-

адреналовые и эндокринные корреляты обнаруживаются при любой эмоции или эмоциональном напряжении (как позитивном, так и негативном) в периоде психологической адаптации к стресс-воздействию и в фазе психической дезадаптации. Поэтому по перечисленному комплексу реакций дифференцировать эмоцию от эмоционального (психологического) стресса, а последний от физиологического стресса пока не представляется возможным.

В современной научной литературе под термином «эмоциональный стресс» обозначают различные состояния организма и личности: от состояний, находящихся в пределах физиологических и психологических границ психоэмоционального напряжения, до состояний на грани патологии, психической дезадаптации и развивающихся как следствие длительного или повторного эмоционального напряжения.

Выделение категории «эмоциональный стресс» и противопоставление ее в какой-то мере тому понятию «стресс», которое, по концепции Г. Селье, определяется как общий адаптационный синдром, было, безусловно, прогрессивным явлением. Введение этого понятия определило тот объективный критерий, который позволяет обобщать огромное разнообразие внешних воздействий, ориентированных на человека или животное с одной позиции, а именно с позиции их психологической сущности для данного индивида. Тем самым выделяется первичный пусковой (причинный) фактор, определяющий последующее развитие эмоциональных реакций. Им является психологическое состояние, возникающее у данного индивида в ответ на воздействие. Поэтому наряду с термином «эмоциональный стресс» используется и термин «психологический стресс».

В качестве причин возникновения эмоционального (психологического) стресса могут выступать *стрессоры (стресс-факторы)* – внешние и внутренние факторы, в результате действия которых человек оказывается в стрессовом состоянии.

W. Harris и др. (1956) классифицировали стрессоры как психосоциальные воздействия по виду и продолжительности [5].

Кратковременно действующие стрессоры:

- связанные с неудачами;
- обусловленные перегрузками, чрезмерной скоростью и отвлечением;
- вызывающие страх.

Продолжительно действующие стрессоры:

- борьбы;
- опасных ситуаций;
- заключения и изоляции;
- утомления от длительной активности.

С. А. Разумов (1976) разделил стрессоры, непосредственно или косвенно участвующие в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека, на четыре группы.

1. Стрессоры активной деятельности:

- экстремальные (боев, космических полетов, подводных погружений, парашютных прыжков, разминирования и т. п.);
- производственные (связанные с большой ответственностью, дефицитом времени);
- психосоциальной мотивации (соревнования, конкурсы, экзамены).

2. Стрессоры оценок (оценка предстоящей, настоящей или прошедшей деятельности):

- «старт»-стрессоры и стрессоры памяти (предстоящие состязания, медицинские процедуры, воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы);
- стрессоры побед и поражений (победа в соревновании, успех в искусстве, любовь, поражение, смерть или болезнь близкого человека);
- стрессоры зрелищ.

3. Стрессоры рассогласования деятельности:

- стрессоры разобщения (конфликты в семье, на работе, в квартире, угроза или неожиданное, но значимое известие);

- стрессоры психосоциальных и физиологических ограничений (сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие обычные сферы общения и деятельности, родительский дискомфорт, голод).

4. *Физические и природные стрессоры:* мышечные нагрузки, хирургические вмешательства, травмы, темнота, сильный звук, качка, высота, жара, землетрясение.

1.3. Психологические модели и теории стресса

Теория стресса впервые предложена Г. Селье в 1936 г., опубликована в 1950 г., а наиболее полное ее представление и развитие нашло отражение в более поздних работах автора [12].

В теории Г. Селье стресс рассматривается с позиции физиологической реакции на физические, химические и органические факторы. Основное содержание теории может быть обобщено в четырех положениях.

1. Все биологические организмы имеют врожденные механизмы поддержания состояния внутреннего баланса или равновесия функционирования своих систем. Сохранение внутреннего равновесия обеспечивается процессами гомеостаза. Поддержание гомеостаза является жизненно необходимой задачей организма.

2. Стрессоры, то есть сильные внешние раздражители, нарушают внутреннее равновесие. Организм реагирует на любой стрессор, приятный или неприятный, неспецифическим физиологическим возбуждением. Эта реакция является защитно-приспособительной.

3. Развитие стресса и приспособление к нему проходит несколько стадий. Время течения и перехода на каждую стадию зависит от уровня резистентности (сопротивления, устойчивости) организма, интенсивности и длительности воздействия стрессора.

4. Организм имеет ограниченные резервы адаптационных возможностей по предупреждению и купированию (снятию) стресса – их истощение может привести к заболеванию и смерти.

Обобщение результатов исследований позволило Г. Селье обосновать существование трех стадий процесса, названного им общим адаптационным синдромом.

Стадия тревоги возникает при первом появлении стрессора. В течение короткого периода снижается уровень резистентности организма, нарушаются некоторые соматические и вегетативные функции. Затем организм мобилизует резервы и включает механизмы саморегуляции защитных процессов. Если защитные реакции эффективны, тревога утихает и организм возвращается к нормальной активности. Большинство стрессов разрешается на этой стадии. Такие краткосрочные стрессы могут быть названы острыми реакциями стресса.

Стадия резистентности (сопротивления) наступает в случае продолжительного воздействия стрессора и необходимости поддержания защитных реакций организма. Происходит сбалансированное расходование адаптационных резервов на фоне адекватного внешним условиям напряжения функциональных систем.

Стадия истощения отражает нарушение механизмов регуляции защитно-приспособительных механизмов борьбы организма с чрезмерно интенсивным и длительным воздействием стрессоров. Адаптационные резервы существенно уменьшаются. Сопrotивляемость организма снижается, следствием чего могут стать не только функциональные нарушения, но и морфологические изменения в организме.

Г. Селье предложил различать «поверхностную» и «глубокую» адаптационную энергию. Первая доступна «по первому требованию» и восполнима за счет другой – «глубокой». Последняя – мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо, как считает Г. Селье, и ведет к гибели или к старению.

В современной психологии выделяются следующие психологические модели и теории стресса [2].

1. *Генетически-конституциональная теория*, суть которой сводится к положению, что способность организма сопротивляться стрессу зависит от определенных защитных стратегий функционирования вне зависимости от текущих обстоятельств. Исследования в данной области являются попыткой уста-

новить связь между генетическим складом (генотипом) и некоторыми физическими характеристиками, которые могут снизить общую индивидуальную способность сопротивляться стрессу.

2. *Модель предрасположенности (diathesis) к стрессу* – основана на эффектах взаимодействия наследственных и внешних факторов среды. Она допускает взаимное влияние предрасполагающих факторов и неожиданных, сильных воздействий в развитии реакций напряжения.

3. *Психодинамическая модель*, основанная на положениях теории З.Фрейда. В своей теории он описал два типа зарождения и проявления тревоги, беспокойства: а) сигнализирующая тревога возникает как реакция предвосхищения реальной внешней опасности; б) травматическая тревога развивается под воздействием бессознательного, внутреннего источника. Наиболее ярким примером причины возникновения данного типа тревоги является сдерживание сексуальных побуждений и агрессивных инстинктов. Для описания результирующих симптомов этого состояния З. Фрейд ввел термин «психопатия повседневной жизни».

4. *Модель H. G. Wolff*, согласно которой автор рассматривал стресс как физиологическую реакцию на социально-психологические стимулы и установил зависимость этих реакций от природы аттитюдов (позиций, отношений), мотивов поведения индивида, определенности ситуации и отношения к ней.

5. *Междисциплинарная модель стресса*. По мнению авторов, стресс возникает под влиянием стимулов, которые вызывают тревогу у большинства индивидов или отдельных их представителей, и приводит к ряду физиологических, психологических и поведенческих реакций, в ряде случаев патологических, но возможно и приводящих к высшим уровням функционирования и новым возможностям регулирования.

6. *Теории конфликтов*. Несколько моделей стресса отражают взаимосвязь поведения субъектов в обществе и состояния напряжения в отношениях, сопровождающих групповые процессы. Основные причины напряжения связаны с необходимостью членов общества подчиняться его социальным нормативам.

Одна из теорий конфликта полагает, что предупреждение стресса должно основываться на предоставлении членам общества благоприятных условий для развития и большой степени свободы в выборе жизненных установок и позиций. Теории конфликтов рассматривают также в качестве причин стресса факторы устойчивости социальных отношений, распределения экономических благ и услуг в обществе, межличностное взаимодействие во властных структурах. Социальные аспекты лежат в основе и таких теорий стресса, как эволюционная теория социального развития общества, экологическая теория (роль социальных явлений в обществе), теория жизненных изменений (в семье, на работе и т. д.).

7. *Модель D. Mechanik.* Центральным элементом в этой модели является понятие и механизмы адаптации, которая определена автором как способ, которым индивид борется с ситуацией, со своими чувствами, вызванными этой ситуацией, и которая имеет два проявления: 1) преодоление (coping) – борьба с ситуацией, 2) защита (defence) – борьба с чувствами, вызванными ситуацией. Преодоление, «овладение» ситуацией определяется целенаправленным поведением и способностями в принятии индивидами адекватных решений при встрече с жизненными задачами и требованиями.

8. *Стресс как поведенческие реакции на социально-психологические стимулы.* Модель физиологического стресса Г. Селье была модифицирована В. Р. Dohrenwend, который рассматривает стресс как состояние организма, в основе которого лежат как адаптивные, так и не адаптивные реакции. Автор под стрессорными понимает, прежде всего, социальные по своей природе факторы, – такие, например, как экономические или семейные неудачи, то есть объективные события, которые нарушают (разрушают) или угрожают подорвать обычную жизнь индивида. Они не обязательно негативные и не всегда ведут к объективному кризису.

9. *Системная модель стресса,* которая отражает понимание процессов управления (поведения, адаптации и т. п.) на уровне системной саморегуляции и осуществляется путем сопоставления текущего состояния системы с его относительно стабильными нормативными значениями.

10. *Интегративная модель стресса*. Центральное место в модели занимает проблема, требующая от человека принятия решения. Понятие такой проблемы авторы определяют как проявление, воздействие на человека стимулов или условий, требующих от него превышения либо ограничения обычного уровня деятельности. Возникновение проблемы (трудностей с ее решением) сопровождается напряжением функций организма, – если проблема не решается, напряжение сохраняется или даже нарастает – развивается стресс. По мнению авторов, способности человека в решении возникающих перед ним проблем зависят от ряда факторов: 1) ресурсов человека – его общих возможностей по разрешению различных проблем, 2) личного энергетического потенциала, необходимого для решения конкретной проблемы, 3) происхождения проблемы, степени неожиданности ее возникновения, 4) наличия и адекватности психологической и физиологической установки на конкретную проблему, 5) типа выбранного реагирования – защитного или агрессивного. Значение и учет этих факторов определяет выбор стратегии поведения для предотвращения стресса [2].

1.4. Психофизиологические механизмы стресса

Современные исследования показывают, что специфика эмоциональных реакций при стрессе опосредована как гормональными, так и многими другими физиологическими реакциями организма, в частности нервной системы [2]. Обнаружено, что при гнев у человека активизируются некоторые парасимпатические реакции; при страхе – симпатические, а при воздействиях, вызывающих чувство отвращения, – те и другие.

По данным З. Г. Туровской, лицам с доминированием симпатических реакций при эмоциональном стрессе более свойственно стеническое, агрессивное поведение, а лицам с преобладанием парасимпатических реакций – депрессивное поведение.

В ряде исследований установлена зависимость стрессовых реакций от типологических особенностей центральной нервной системы. Так, лица со слабой

нервной системой более устойчивы к стрессу в условиях монотонной, однообразной деятельности, чем лица с сильной нервной системой. Имеются данные об индивидуальной склонности к тем или иным эмоциональным состояниям в стрессовых ситуациях в зависимости от межполушарной асимметрии «коркового торможения», определяемой показателями электроэнцефалограммы.

Шведские исследователи выявили различные биохимические корреляты эмоционального стресса. Одним из итогов обширных исследований, проведенных в лаборатории М. Франкенхойзера, является вывод о том, что объективные, физиологические проявления стресса зависят от его *субъективной оценки*. Нейроэндокринные реакции на социально-психологическое окружение отражают степень воздействия этого окружения на индивида, при этом разные внешние условия могут вызвать одни и те же эндокринные реакции вследствие того, что они имеют общий психологический знаменатель.

Таким образом, имеются многочисленные данные, свидетельствующие о возможности использования показателей стрессового изменения физиологических функций в качестве «объективных». Однако не для всех психологических проявлений стресса можно найти коррелирующие с ними физиологические изменения. Исследователями отмечается, что психологические («субъективные») показатели во многих случаях являются наиболее чувствительными индикаторами физического и психического состояния человека по сравнению с физиологическими («объективными») показателями.

Для системного понимания состояния стресса полезным является изучение процессуальной характеристики стресса (стресс-реакции), которая связана с выявлением его причин и механизмов возникновения с учетом личностных и ситуационно-средовых факторов. Изучение процессуальных характеристик стрессовых изменений способствует развитию *патогенетического подхода* к управлению стрессом, ориентированного на снятие причин стресс-реакций и стресс-синдромов, в отличие от *симптоматического подхода*, рассматривающего только результативную сторону стресса (стресс-состояние) и направленного на снятие неблагоприятных стресс-симптомов [2].

1.5. Психодиагностика стресса

Хорошо известно, что стрессовая симптоматика достаточно разнообразна и изменение психического состояния может проявляться во всех сферах психики. В эмоциональной сфере – это чувство эмоционального подъема или, наоборот, обострение тревоги, апатии, депрессии, эмоционального дискомфорта. В когнитивной – восприятие угрозы, опасности, оценка ситуации как неопределенной. В мотивационной – мобилизация сил или, напротив, капитуляция (избегание, уход от стресс-факторов), потеря мотивации и интересов. В поведенческой сфере – изменение активности, привычных темпов деятельности, часто появление «зажатости» в исполнительных движениях. Общее для этих изменений – сдвиг интенсивности процессов в соответствующей сфере в сторону увеличения или уменьшения [3].

Е. П. Ильин считает, что при разных психических состояниях формируются разные системы из различных подсистем, это в значительной мере обуславливает специфику реагирования (состояния). Поэтому, прежде чем приступить к диагностике состояний, необходимо определить их структурную модель, которая будет отражать все необходимые уровни и подсистемы целостной функциональной системы: мотивацию, эмоции, особенность деятельности вегетативной н.с. и моторику. При диагностике стрессовых состояний трудным является вопрос соотношения объективных и субъективных параметров.

К объективным критериям можно отнести следующие показатели стресса [8]:

1. Физические симптомы (они практически одинаковы при любом стрессоре и могут отличаться индивидуальной интенсивностью): биохимические реакции, сердечно-сосудистые симптомы, «болезни стресса» – такие как язва, астма, гипертония, боли в спине.

2. Поведенческие проявления (изменения в уровне работоспособности человека, конфликты и споры, изменение пищевых привычек, курение, употребление алкоголя, наркотиков, медикаментов).

3. Признаки психического неблагополучия (тревога и депрессия, гнев – враждебность, усталость – апатия – скука, бессонница и др.).

К субъективным критериям можно отнести следующие показатели стресса:

- ощущение потери контроля над собой;
- повышенная утомляемость;
- раздражительность, снижение настроения;
- переживание психического дискомфорта;
- наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматической системы организма (головная боль, боли в мышцах, спине, изжога, повышение давления).
- нарушение продуктивности познавательных функций (снижение внимания, памяти, мыслительных процессов и др.).

Интерес к субъективным параметрам психологического стресса связан с тем, что они являются тонким индикатором психической устойчивости (адаптированности к стрессовой ситуации) и опосредованно характеризуют отношение (когнитивную оценку) к стресс-факторам.

Интенсивность (величина, продолжительность) стресс-реакций имеет индивидуальный характер и зависит от личностных и нейротипологических особенностей. Знание признаков стрессовых состояний, тонкая саморефлексия стрессовых изменений, а также наблюдательность за проявлениями стресса у других людей – первая ступень в управлении жизненными и профессиональными стрессами.

К методическому обеспечению оценки стрессовых симптомов и состояний можно отнести следующий диагностический инструментарий.

Для исследования признаков стрессового реагирования и диагностики психической напряженности на кратковременные и длительные стрессовые воздействия может использоваться **опросник «Инвентаризация симптомов стресса»** (Т. Иванченко и соавторы).

Методика позволяет развить наблюдательность к стрессовым признакам, осуществить самооценку частоты их проявления и степень подверженности

негативным последствиям стресса [3]. Обработка и интерпретация результатов осуществляется подсчитыванием общего количества набранных баллов, после чего испытуемого можно отнести либо к категории людей остро и болезненно реагирующих на повседневные события, для которых стресс является угрозой эмоциональному состоянию и здоровью, либо к категории лиц, умеющих справляться с жизненными ситуациями без острого эмоционального реагирования.

Для изучения предрасположенность человека к патологическим стресс-реакциям и невротическим расстройствам в экстремальных условиях можно использовать **Симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях»** (А. Волков, Н. Водопьянова). Методика создана на основе клинико-психологического обследования здоровых военнослужащих и военнослужащих, впервые заболевших неврозами и неврозоподобными состояниями в первый год военной службы.

Методика позволяет обнаружить следующие симптомы самочувствия: психофизическое истощение (сниженная психическая и физическая активность), нарушение волевой регуляции, неустойчивость эмоционального фона и настроения (эмоциональная неустойчивость), вегетативная неустойчивость, нарушение сна, тревога и страхи, склонность к зависимости.

Опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т. Немчин). При разработке опросника использовались результаты многолетних клинико-психологических исследований, проведенных на большом количестве испытуемых, находящихся в условиях экстремальной ситуации.

По содержанию опросника все выявляемые признаки можно разделить на три группы утверждений: первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма, вторая группа определяет наличие (или отсутствие) психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно-психической сферы, в третью группу входят признаки, описывающие некоторые общие характеристики нервно-психического напряжения – частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности этого состояния. Опросник рекомендуется использовать

для диагностики психической напряженности в условиях сложной (экстремальной) ситуации или ее ожидания.

Шкала психологического стресса PSM-25 (Lemyr–Tessier–Fillion) предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса [14]. Цель – измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях.

Методика была первоначально разработана во Франции, затем переведена и валидизирована в Англии, Испании и Японии. Перевод и адаптация русского варианта методики выполнены Н. Е. Водопьяновой. При разработке методики авторы стремились устранить имеющиеся недостатки традиционных методов изучения стрессовых состояний, направленных в основном на косвенные измерения психологического стресса через стрессоры или патологические проявления тревожности, депрессии, фрустрации и др.

1.6. Модели и механизмы преодоления стресса

Проблема психологического стресса приобретает все возрастающую научную и практическую актуальность в связи с непрерывным ростом социальной, экономической, экологической, техногенной, личностной экстремальности условий современной жизни. Исследователи разных теоретических направлений пытались описать внутреннее напряжение человека и практиковались в управлении этим состоянием (табл. 1).

В настоящее время признанными являются основные три теоретические модели: модель Эго-психологии, модель характерной черты или склонности и контекстуальная модель. Каждая из этих моделей обуславливает своеобразный взгляд на механизмы преодоления стресса и на оценку его результатов [3].

Эго-психологическая модель базируется на концепции систем защиты, таких как бессознательные адаптивные механизмы. Вайлант считает, что существует иерархия таких механизмов в соответствии с уровнями их развития. В

наивысший уровень входят такие адаптивные процессы, как сублимация, альтруизм, подавление и юмор.

Следующий, менее «зрелый», уровень состоит из невротических механизмов, таких как интеллектуализация, формирование реакций, смещение и диссоциация. Далее идет «незрелый» уровень, механизмы которого включают воображение, проекцию, ипохондрию, пассивно-агрессивное поведение и выход из действия. И, наконец, наименее развитыми являются психические механизмы, содержащие отрицание внешней реальности, искажения и обманчивую проекцию. Данную модель активно разрабатывала Н. Хаан, используя термин «преодоление стресса» (копинг) в контексте этой модели применительно к наиболее совершенным или зрелым Эго-процессам.

Таблица 1

Пионеры в изучении психологии стресса [4]

Имя	Год	Вклад/область изучения
Оскар Фогт	1900	Гипноз
Уолтер Кэннон	1932	Реакция борьбы или бегства
Эдмунд Якобсон	1938	Прогрессивная релаксация
Йоханнес Шульц	1953	Аутогенная тренировка
Стюарт Вулф/Харольд Вулф	1953	Стресс и головные боли
Георг Энгель	1955	Стресс и язвенный колит
Ганс Селье	1956	Физиологическая реакция на стресс
А. Т. У. Симеоне	1961	Психосоматические заболевания
Стюарт Вулф	1965	Стресс и система пищеварения
Вольфганг Лютее	1965	Аутогенная тренировка
Лоуренс ЛеШан	1966	Стресс и рак
Ричард Лазарус	1966	Стресс и копинг
Томас Холмс / Ричард Раэ	1967	Стресс/перемены в жизни/болезнь
Роберт Кейт Уоллас	1970	Трансцендентная медитация
Томас Буджински	1970	Стресс и головные боли
Мейер Фридман / Рэй Розенманн	1974	Поведенческий тип А
Карл Саймонтон	1975	Стресс и рак
Герберт Бенсон	1975	Реакция релаксации/медитация
Дэниел Гоулман	1976	Медитация
Гари Шварц	1976	Медитация/биологическая обратная связь
Анита ДеЛонгис	1982	Неприятности и болезнь

Эго-психологическая модель имеет некоторые ограничения. Во-первых, она не учитывает характер стрессовых условий. Более того, Эго-процессы обычно оцениваются на основе первоочередности как адаптивные или неадаптивные, зрелые или незрелые. Однако незрелая стратегия, такая как отрицание, может быть иногда высокоадаптивной, а зрелая стратегия, такая как юмор, может быть неадаптивной, если она используется несоответствующим, неадекватным образом.

Во-вторых, преодоление стресса, определяемое в виде процессов защиты, придает большое значение снижению напряжения и восстановлению равновесия, но уделяет небольшое внимание функциям собственно преодоления стресса, сфокусированным на решении проблемы. Поддержание эмоционального равновесия является важной функцией преодоления стресса, но оно не решает проблемы.

Модель личностных черт. Предположение, лежащее в основе этой модели, заключается в том, что преодоление стресса как изменчивая особенность личности влияет на поведение в широком спектре ситуаций. Полагают, что действия индивида при преодолении стресса в разных условиях можно прогнозировать на основе оценки характерной индивидуальной особенности или склонности к преодолению стресса. К сожалению, измерения характерных особенностей и предрасположенностей преодоления стресса вообще не определяют то, как человек справляется со стрессом в реальных стрессовых ситуациях.

Длительное доминирование в психологии «личностных» подходов привело к тому, что личностным факторам уделялось гораздо больше внимания, чем внешним (ситуационным) факторам. Очевидно, что для понимания и прогнозирования поведения человека необходимы более детальное представление о ситуации (ее контекст), прекрасно продемонстрированное в книге Л. Росса и Р. Нисбетта.

Контекстуальная (ситуационная) модель. В этой модели преодоление стресса оценивается относительно определенных стрессовых условий или ситуаций. Предположение, лежащее в основе контекстуальной модели, заключается в том,

что на намерения и действия при преодолении стресса оказывает влияние взаимосвязь между человеком и контекстом потенциально стрессовой ситуации.

Вариант модели, которую разработал S. Folkman, основан на когнитивной оценке стресса. В этой модели преодоление стресса определяется как изменение намерений и действий, которые индивид использует для того, чтобы преодолеть внешние и/или внутренние требования, определяемые взаимосвязью человека и стрессовых условий среды.

Три черты отличают данную модель от ранее изложенных (Эгопсихологической и модели личностных черт). Во-первых, преодоление стресса рассматривается как совершенно *осознанный процесс*. Во-вторых, процессы преодоления стресса иерархически не реализуются на основе критериев их зрелости или эффективности по критериям их значимости, а оцениваются по *контекстуальным критериям*. В-третьих, преодоление стресса, скорее всего, является не стабильной чертой личности, а *динамической характеристикой*, отражающей изменчивость этого процесса.

С позиции *когнитивной теории стресса* и адаптации процесс преодоления начинается с когнитивной оценки человеком его взаимосвязи с условиями среды. Р. Лазарус описывает три типа когнитивной оценки, которые влияют на процесс преодоления. Первичная оценка определяется степенью воспринимаемой угрозы, свойствами стрессора, психологическими особенностями индивида. Она позволяет сделать выводы о характере ситуации (угрожающая или ситуация изменения). Существует три вида событий, подвергающихся первичной оценке:

- 1) события, не затрагивающие индивида и соответственно не требующие никакой реакции;
- 2) позитивные события, которые могут быть либо желательными, либо нейтральными;
- 3) события, оцениваемые как стрессовые.

Стрессовую оценку Р. Лазарус также подразделял на три типа: травмирующая потеря, утрата; оценка угрозы; оценка сложной задачи. Вторичная оценка критически дополняет первичную и определяет, какими методами человек мо-

жет влиять на негативные события и их исход, т. е. на процесс выбора механизма и ресурсов преодоления стресса.

Вторичная оценка – это процесс, посредством которого индивид оценивает, что может быть сделано для того, чтобы преодолеть или предотвратить вред или улучшить позитивное состояние дел, т. е. при этом оцениваются возможности совладания со стрессом.

И третий вид оценки – переоценка, которая основывается на обратной связи от результата взаимного сопоставления первых двух оценок, что может привести к изменению первичной оценки и вследствие этого к пересмотру своих возможностей, способностей воздействовать на данную ситуацию, т. е. к коррекции вторичной оценки. После когнитивной оценки ситуации включаются (сознательно или бессознательно) механизмы преодоления – копинг-процесс. Таким образом, на копинг влияют: оценка степени угрозы; оценка ресурсов, необходимых для совладания с ситуацией; оценка собственных действий, их успешности в преодолении стресса.

Согласно контекстуальной (ситуационной) модели, преодоление стресса выполняет две основные функции: разрешение проблемы (преодоление стресса, сфокусированное на проблеме) и регулирование эмоций (преодоление стресса, сфокусированное на эмоциях). Для анализа и различения этих двух функций предложено использовать несколько концептуальных категорий. Перлин и Шулер говорят о реакциях, которые изменяют ситуацию, порождающую стрессовые ощущения, и контролируют значение стрессового ощущения с момента его возникновения до наступления дистресса. Авторы обращают внимание на когнитивную активность, которая влияет на организацию внимания и изменяет субъективное значение (значимость) случая, события для сохранения благоприятного состояния, а также на действия, которые могут влиять на конкретные условия взаимосвязи человека и среды.

Контекстуальная модель также имеет свои ограничения. Для успешного преодоления стресса должна существовать некоторая независимость от временного фактора (продолжительности воздействия) и характера ситуации. Од-

нако контекстуальные оценки преодоления стресса показали, что люди изменяют свои стратегии преодоления стресса от ситуации к ситуации в зависимости, например, от того, является ли конкретный случай неприятностью, потерей или угрозой, а также от социальной роли человека, от характеристик физических и социальных факторов среды, от того, находится ли он в опасности и какой выбор стратегии поведения им сделан для преодоления стресса и др. [4].

Однако сегодня можно говорить о фактически сложившемся *интегративном личностно-ситуационном* подходе, который способствует новому пониманию отношений «личности» и «среды». Согласно данному подходу, люди отличаются по степени проявления стабильности их личностных особенностей в разных ситуациях; ситуации отличаются друг от друга по тому, насколько они способствуют или препятствуют проявлению индивидуальных различий людей; люди с определенными личностными особенностями имеют тенденцию выбирать определенные типы социальных ситуаций и др. Когнитивное оценивание и придание психологического значения ситуациям разного типа и уровня стрессогенности оказывают влияние на выбор способов преодоления стресса [2; 3].

Контрольные вопросы

1. Раскройте сущность понятия «общий адаптационный синдром».
2. В каких основных значениях используется понятие «стресс» в современных исследованиях?
3. В чем заключается сущность понятий «эмоциональный стресс» и «психологический стресс». Являются ли тождественными эти понятий?
4. Назовите основные причины возникновения эмоционального стресса.
5. Какие можно выделить основания для классификации стресс-факторов?
6. Назовите основные стадии развития стресса в теории Г. Селье.
7. Раскройте сущность современных теорий и моделей стресса.
8. Опишите основные психофизиологические механизмы стресса.
9. Как может проявляться стрессовая симптоматика в основных сферах психики: эмоциональной, когнитивной, мотивационной, поведенческой?

10. Какие критерии можно отнести к объективным показателям стресса, а какие к субъективным?

11. Дайте характеристику известным Вам методикам по изучению стрессовых симптомов и состояний.

12. Раскройте сущность основных теоретических моделей преодоления стресса.

Задания для самостоятельной работы

Задание №1

Составьте конспект 2-3 статей по психофизиологии стресса, за последние 5 лет. При выполнении данного и аналогичных заданий необходимо указывать автора статьи, название статьи, название журнала, год издания, номер.

Задание №2

Рассмотрите структуру личности и стрессоустойчивость с позиции различных теоретических концепций.

Для реализации поставленной задачи необходимо ознакомиться с основными положениями психоанализа, бихевиоризма, когнитивного и гуманистического подхода и рассмотреть личностные характеристики, влияющие на развитие и функционирования стрессоустойчивости.

Задание №3

Составьте каталог исследований, проведенных за последние 5 лет, по проблеме возникновения, сохранения и механизмов функционирования психологического стресса.

Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с содержанием ведущих психологических периодических изданий за указанный период и составить каталог, включая в него последующие разделы: год проведения исследования, тема, авторы работы, место издания, издательство, год издания и номера страниц, на которых напечатана статья.

Задание №4

Напишите реферат на одну из предложенных тем:

1. Психодиагностика стресса.
2. Современные технологии (методы) повышения стрессоустойчивости личности. Отечественные и зарубежные подходы.
3. Стратегии преодоления стресс-реакций.
4. Личностные и поведенческие факторы, способствующие купированию стресса.
5. Актуальные проблемы теории и практики управления стрессов.

Написание реферата – это развернутое изложение предложенной темы на 15-20 страницах по теме, которое должно содержать:

- а) титульный лист и оглавление;
- б) введение (во введении необходимо показать а) проблему или спектр проблем, освещаемых в рамках выбранной темы; далее – соответствующие б) цель и в) задачи вашей работы);
- в) обзор подходов к выделенным проблемам и варианты их решения в рассматриваемых концепциях или направлениях.
- г) собственно анализ рассматриваемых в реферате проблем и аргументированное (с привлечением наработок специалистов в данной области) изложение своей точки зрения (не менее 2-3 страниц), здесь же обязательно покажите, в чем, по вашему мнению, сущность рассматриваемых в контрольной работе проблем;
- д) заключение (т. е. суммирование всего самого существенного в виде выделения главных тезисов (утверждений) и выводов из них);
- е) список использованной литературы (не менее 5 источников, например: первоисточник, учебник, монография, словарь, статья, учебное пособие).

При составлении словаря основных понятий требуется дать определение всем центральным категориям (понятиям) из рассматриваемых в реферате (от 7 до 10 понятий).

Литература

1. Александровский, Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация [Текст] / Ю. А. Александровский. М. : Наука, 1976.
2. Бодров, В. А. Информационный стресс [Текст] / В. А. Бодров. М. : ПЭР СЭ, 2000.
3. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса [Текст] / Н. Е. Водопьянова. СПб. : Питер, 2009.
4. Гринберг, Дж. Управление стрессом [Текст] / Дж. Гринберг. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.
5. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей [Текст] / Д. Н. Исаев. СПб. : Речь, 2005.
6. Кассиль, Г. Н. Внутренняя среда организма [Текст] / Г. Н. Кассиль. М. : Наука, 1983.
7. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса [Текст] / Л. А. Китаев-Смык. М. : Наука, 1983.
8. Крюкова, Т. Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними [Текст] / Т. Л. Крюкова, В. М. Сапоровская, Е. В. Куфтяк. М., 2005.
9. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования [Текст] / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970.
10. Погодаев, К. И. К биологическим основам «стресса» и «адаптационного синдрома» [Текст] / К. И. Погодаев // Актуальные проблемы стресса. Кишинев : Штиинца, 1976.
11. Русалова, М. Н. Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека [Текст] / М. Н. Русалова. М. : Наука, 1979.
12. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме [Текст] / Г. Селье. М. : Медгиз, 1960.
13. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции [Текст] / Ю. В. Щербатых. СПб. : Питер, 2006.

Глава 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

2.1. Феноменология профессионального стресса

Профессиональный стресс – это напряженное состояние работника, возникающее у него при воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью. Различают такие разновидности профессионального стресса, как информационный, эмоциональный и коммуникативный стресс [6].

В случаях информационных перегрузок, когда работник не справляется с возникшей перед ним задачей и не успевает принимать важное решение в условиях жесткого ограничения во времени, возникает *информационный стресс*. Напряженность может усилиться, если принятие решения сопровождается высокой степенью ответственности, а также в случаях неопределенности, при недостатке необходимой информации, слишком частом или неожиданном изменении информационных параметров профессиональной деятельности.

Эмоциональный стресс может остро переживаться человеком, поскольку разрушаются глубинные установки и ценности работника, связанные с его профессией. Эмоциональный стресс возникает при реальной или предполагаемой опасности, переживаниях унижения, вины, гнева и обиды, в случаях противоречий или разрыва деловых отношений с коллегами по работе или конфликта с руководством.

Коммуникативный стресс, связанный с реальными проблемами делового общения, проявляется в повышенной раздражительности, неумении защититься от коммуникативной агрессии, неспособности сформулировать отказ там, где это необходимо, в незнании специальных приемов защиты от манипулирования, несовпадении по темпу общения.

В течение последних двадцати лет отмечается растущий интерес к исследованиям в области профессионального (рабочего) стресса [1]. Развитие стресса на рабочем месте выделено как важная научная проблема в связи с его влияни-

ем на работоспособность, производительность и качество труда, состояние здоровья сотрудников. В обзорах литературы по проблеме показано, что ряд рабочих стрессоров, таких как ролевая неопределенность, конфликты, недостаточный контроль, рабочая перегрузка и другие, обычно бывают тесно связаны с психическим напряжением, психосоматическими расстройствами, а также с неблагоприятными поведенческими последствиями [1].

Исследования состояния стресса в трудовой деятельности свидетельствуют о том, что феноменологически и в плане особенностей механизмов регуляции профессиональный стресс представляет специфический вид, который, естественно, отражает физиологические и психологические особенности его развития.

J. Sharit и G. Salvendy определяют профессиональный стресс как многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную трудовую ситуацию. Такой подход, по мнению А. Н. Занковского, позволяет выделить следующие направления исследования стресса: «... 1) определить, какие изменения (параметры) данного феномена соответствуют рассматриваемому виду трудовой деятельности; 2) выявить «желательные области» (как с точки зрения субъективных, так и объективных реакций рабочего) в каждом из исследуемых измерений; 3) стандартизировать отклонения, с тем, чтобы соотнести реакции в каждом из изучаемых измерений. В идеале эти отклонения отразят паттерны реагирования, а также величины и длительность этих отклонений; 4) определить «вес» каждого из исследуемых измерений» [1].

Как и в исследованиях стресса жизненных событий, некоторые исследователи профессионального стресса сосредоточились на конкретных типах профессий, в то время как другие изучали более широкие вопросы «ролевого» стресса.

Классический пример исследования специфического стресса рабочего места – изучение R. M. Rose [1] работы авиадиспетчеров. Задачи слежения за мониторами вызывают значительный стресс, поскольку требуют больших усилий для поддержания бдительности. Подобные исследования сосредотачивались на изучении роли окружающей среды как источнике стресса, независимо от характеристик и жизненных обстоятельств индивида.

Более поздние работы концентрировались на взаимодействии между личностью и средой. Хорошим примером такого исследования является работа S. Carrere et al., в которой изучалась деятельность водителей городских автобусов и выявлено развитие у них высокого уровня стресса. Водителю не только приходится ежедневно иметь дело с напряженным городским движением и транспортными пробками, но и вступать в контакт с часто враждебной и даже опасной публикой, при этом соблюдать очень жесткое расписание с суровыми штрафами за опоздание. Не все водители реагировали на стресс одинаково – в частности, личности с поведением типа «А» воспринимали свое рабочее окружение как более стрессовое и имели более высокие уровни катехоламинов в моче [1].

Центральным понятием в литературе по профессиональному стрессу является понятие контроля (то есть оценки и коррекции) способов и результатов деятельности. В работах R. A. Karasek, посвященных созданию общей теории стресса рабочего места, на основании исследований проблемы контроля выдвинута гипотеза, что переживание стресса возникает при взаимодействии между двумя факторами – ответственностью и контролем («широта работы» и «психологические требования»). Высокую напряженность имеет такая работа (профессия), в которой индивид при большой ответственности имеет недостаточный контроль за способами и результатами выполнения заданий. Автор считает, что «активные» профессии предъявляют большие требования, но также дают большую степень контроля (врачи, адвокаты, руководители). Есть профессии с высоким уровнем контроля, но относительно низкими требованиями (или требованиями с отставленной реализацией) – ученые, архитекторы, ремонтники, – они считаются наименее стрессовыми. Пассивные профессии (сторожа, вахтеры) дают мало возможностей для контроля, но предъявляют и низкие психологические требования к работнику [1].

2.2. Психологические модели и теории профессионального стресса

Описанные ниже психологические модели и теории профессионального стресса описаны в работах В. А. Бодрова [1]. По его словам существует ряд моделей профессионального стресса, среди которых наиболее известной является так называемая Мичиганская модель (и ее варианты), созданная в Институте социальных исследований Мичиганского университета (США).

Эта модель стресса, вызванного социальным окружением, отражает особенности восприятия человеком факторов этого окружения и его реакций, а также возможные последствия влияния этого состояния на здоровье индивида. Индивидуальные различия и элементы социального окружения могут изменять эти отношения (рис. 1).

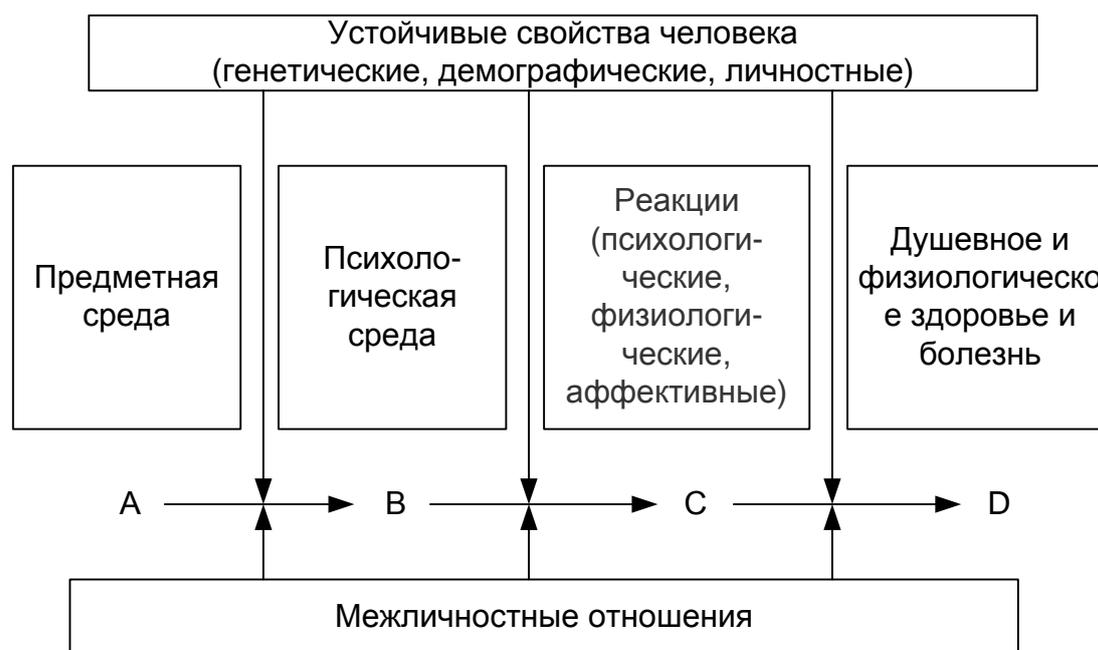


Рис. 1. Модель профессионального стресса по D. Katz, R. Kahn

Другая известная модель профессионального стресса предложена J. E. Me. Grath. Согласно этой модели (рис. 2) источником стресса, как и в модели социального окружения, является объективная (реальная) ситуация, которая посредством механизма ее оценки воспринимается как субъективно отраженная [1].

Эта оценка переходит в фазу принятия решения о проявлении специфической реакции, которой является, главным образом, сознательное поведение, а не

сочетание поведенческих, физиологических и психологических реакций, как в модели социального окружения. Хотя эти две модели согласуются между собой, они отличаются типом конечных результатов.

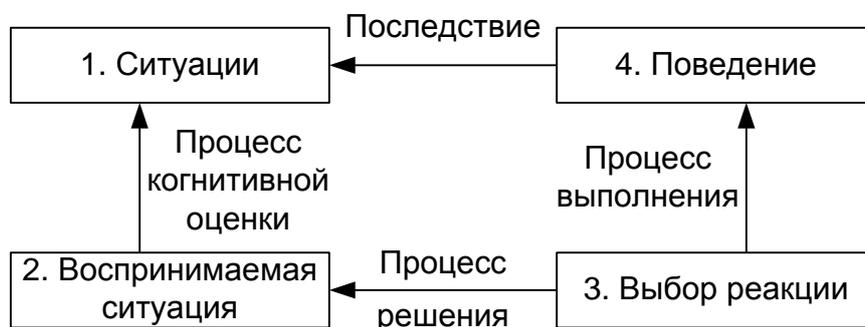


Рис. 2. Модель профессионального стресса по J. E. Me. Grath

На рис. 3 представлена общая модель профессионального стресса, отражающая содержание и характер взаимосвязи основных ее компонентов [1].



Рис. 3. Модель профессионального стресса по M. J. Smith

Подобная модель представлена в работе M. J. Smith и более детально изложена ранее M. J. Smith и P. Carayon. В целом факторы системы труда могут вызывать прямые стрессовые реакции, которые регулируются *личностными и когнитивными характеристиками*. Если эти краткосрочные стрессовые реак-

ции становятся хроническими, они могут привести к значительным негативным последствиям для здоровья и работы.

В русле *когнитивного подхода* наиболее характерную модель профессионального стресса предложил G. R. Hoskey. Рассогласование между требованиями деятельности и когнитивными ресурсами субъекта инициирует активность одного из управляющих контуров, обеспечивающих уменьшение рассогласования.

Первый контур включает такие стратегии, как «работать напряженнее» (в краткосрочном, оперативном плане) или приобретение новых навыков (в долгосрочном плане). Это попытки активной адаптации, так как они направлены на снятие рассогласования с помощью управляющего решения усилить использование когнитивных ресурсов. Два других контура также направлены на снятие рассогласования, но путем изменения оценки уровня требований и (или) целей деятельности (второй контур) или управления внешними условиями труда (третий контур). Последнее возможно только для тех видов трудовой деятельности, где высок уровень субъективного контроля. Все эти три варианта регуляции стресса характеризуются различными уровнями затрат ресурсов.

В первом случае (прямой когнитивный контроль) деятельность сохраняется на должном уровне ценой возросшего усилия и физиологической активности. Во втором (когнитивная переоценка) – стабильность психического состояния индивида достигается ценой снижения эффективности деятельности. В третьем (косвенный когнитивный контроль) эффективная деятельность может быть сохранена без дополнительных усилий путем, например, более целесообразного планирования или лучшей организации труда.

В контексте этой модели напряженность определяется как затруднения в сохранении (удержании) целей деятельности и связана с использованием прямого когнитивного контроля. Напряженность возникает чаще всего при высокой нагрузке (когда усилия и так достаточно высоки), особенно в условиях, когда низкий субъективный контроль за деятельностью не дает свободы в выборе стратегии. Напряженность связана с активной поведенческой адаптацией и включает высокие субъективные усилия, активацию и компенсаторную регуля-

цию деятельности. При этом напряженность и усилия не тождественны.

Наиболее детально механизм когнитивной оценки излагает Т. Сох. По его мнению, этот механизм включает: 1) требования к индивиду; 2) индивидуальные особенности, навыки и общие способности адаптации к требованиям (личные ресурсы); 3) ситуационные ограничения, влияющие на процесс адаптации; 4) внешняя поддержка. Абсолютный уровень требований не является определяющим для возникновения стресса. Более важно рассогласование, которое возникает между уровнем требований и личностными ресурсами, причем уровень такого рассогласования может обуславливать либо только функциональную активацию (напряжение), либо при его значительных величинах – развитие стресса.

Разработка концепции профессионального стресса как *проблемной ситуации* дана в работах W. Schonpflug и рассмотрена А. Н. Занковским. Указанная ситуация включает два базовых компонента: ориентацию и контроль (управление), которые, в свою очередь, также могут быть разделены на отдельные компоненты.

Так, ориентация включает процесс идентификации проблемы (сканирование характеристик проблемы, ее определение, субъективные оценки и целеполагание) и процесс формирования стратегий решения проблемы. В контроле могут быть выделены реализация деятельности по решению проблемы и приобретение новых адаптационных навыков. Если результатом ориентировки будут неудачи в идентификации проблемы и ошибки в формировании стратегий решения проблемной ситуации, то неизбежно возникновение стрессогенного состояния и сопровождающего его чувства беспокойства, беспомощности и неопределенности. Ошибки контроля, обусловленные чрезмерными усилиями или обратной связью от предшествующих ошибок контроля, возвращают индивида на фазу идентификации проблемы или провоцируют компенсаторную деятельность. В обоих случаях проблемная ситуация не получает своего разрешения.

Теория объяснительных стилей С. Peterson и М. Seligman, достаточно хорошо отражает состояния, связанные с некоторыми несчастными случаями и болезнями, но не очень подходит для объяснения депрессии, возникающей после стресса.

В теории «самоэффективности» А. Bandura недостаточно четко определены истоки и механизмы формирования у субъекта убеждений в своих возможностях заблаговременно почувствовать надвигающуюся угрозу и приспособить свое поведение для ее предотвращения.

Сопоставление теорий и концепций психологического и профессионального стресса свидетельствует о том, что они отражают два ракурса содержательной характеристики стресса: с одной стороны, процессуальную и регулятивную, с другой стороны – предметную и коррелятивную (причинно-следственную) [1].

Эти два аспекта одной проблемы тесно между собой связаны – любая профессиональная деятельность может порождать психологические причины развития стресса или отражение в психологическом статусе и в поведении эффектов неблагоприятного воздействия факторов физической и социальной среды, также как любой психологический стресс внутриличностной и межличностной природы находит свое отражение в поведенческой, в том числе и рабочей, активности человека [1].

2.3. Психодиагностика профессионального стресса

К методическому обеспечению оценки профессионального стресса можно отнести следующий диагностический инструментарий [2].

Шкала организационного стресса Маклин, русскоязычная адаптация Н. Е. Водопьяновой. Данная шкала измеряет восприимчивость к организационному стрессу (ОС), связанную с недостаточным умением общаться, принимать ценности других людей, адекватно оценивать ситуацию без ущерба для своего здоровья и работоспособности, негибкостью поведения и пассивностью по отношению к активным формам отдыха и восстановления жизненных сил. Чем выше показатель ОС, тем больше уязвимость к рабочим стрессам, чаще переживания дистресса, таких стресс-синдромов, как психическое выгорание, хроническая усталость, синдром менеджера.

Высокий уровень ОС связан с предрасположенностью к поведению типа «А».

Методика позволяет определить общий индекс ОС и пять дополнительных показателей:

- способность самопознания (когнитивные навыки);
- широта интересов;
- принятие ценностей других;
- гибкость поведения;
- активность и продуктивность деятельности.

Экспресс-диагностика стрессогенных факторов в деятельности руководителя *И. Ладанов, В. Уразаева*. Данная методика может быть использована для выявления рабочих стресс-факторов или для аутодиагностики степени риска развития психологического стресса у менеджеров среднего звена. С ее помощью можно быстро определить, в каких видах управленческой деятельности имеется наибольшая напряженность («проблемность») и в каком направлении необходимо развивать менеджерские умения.

Сферы рабочих стрессов:

Конфликтность коммуникаций.

Стрессы рабочих перегрузок.

Информационный стресс.

Стрессы «вертикальных» коммуникаций.

Анкета «Пространство организационных проблем» (*В. Снетков*). Методика направлена на выявление того, что, по мнению сотрудников, препятствует более эффективной работе на разных уровнях:

- на личном уровне (рабочее место, на котором конкретный работник выполняет свои функциональные задачи, например место руководителя проекта, бортпроводника, летчика, сторожа и т. д.);
- на уровне подразделения (служба маркетинга и продажи, сервисная служба, служба безопасности, производственный цех и т. п.);
- на уровне организации (компании) в целом.

В результате диагностики выявляется значимость следующих модулей:

- *Материально-технический модуль* – включает в себя весь комплекс материально-технического обеспечения деятельности организации (оборудование, транспорт, условия труда и др.).

- *Кадровый модуль* – объединяет в себе политику организации в области трудовых ресурсов (систему подбора, обучения, расстановки и аттестации персонала, трудовую мотивацию и стимулирование).

- *Социально-психологический модуль* – это морально-психологический климат в коллективе и все аспекты межличностных отношений, возникающие в ходе производственной деятельности.

- *Управленческий модуль* – представляет собой совокупность распределения обязанностей и полномочий, управленческую иерархию (систему подчиненности, ответственности и подотчетности), принятые в организации методы принятия и согласования управленческих решений и стиль руководства.

- *Производственный модуль* – комплекс элементов организации, который включает в себя факторы, непосредственно связанные с процессом производства продукта компании (технологии, производственные процессы).

- *Финансовый модуль* – отражает видение финансовых вопросов организации и финансовую политику.

- *Информационно-аналитический модуль* – особенности каналов передачи информации, ее хранения и информационного обеспечения деятельности организации.

- *Маркетинговый модуль* – это ведущие потребности потребителя и покупателя, их удовлетворение путем реализации услуг, производимых предприятием.

- *Внешний модуль* — все характеристики макросреды, которые оказывают влияние на жизнедеятельность компании, например цены на сырье, топливо, отношения с государственными структурами, политические настроения в стране и т. д.

Следующая методика **«Оценка стрессогенности трудных ситуаций на рабочем месте»** (Н. Водопьянова, Е. Старченкова). Оценка стрессогенности профессионально-трудных ситуаций (ПТС) осуществляется в два этапа. На

первом этапе с помощью анкетирования определяются типичные ПТС для конкретных профессиональных групп или организационных подразделений, в которых проводится исследование.

С помощью содержательного (качественного) и количественного анализа отбираются шесть наиболее типичных ситуаций – по две ситуации для трех типов ПТС в соответствии с классификацией стрессовых ситуаций Лазаруса. Первый тип – ситуации «потери» (времени, личностных ресурсов, материальных средств). Второй тип – ситуации «угрозы потери» (переживания возможных потерь). Третий тип – ситуации «вызова», в которых «компенсация» меньше, чем личный вклад по эмоциональным, интеллектуальным, физическим и другим затратам, и требуются когнитивно-сложные копинговые усилия для преодоления данных стрессовых ситуаций.

На втором этапе реципиентам предлагается произвести оценку отобранных типичных ПТС по шести шкальным критериям: частота возникновения, эмоциональная напряженность (дискомфорт), полезность (значимость), не контролируемость, продуктивность), неопределенность динамики развития ситуации (автономность).

Анкета «Эмоционально-напряженные ситуации» (ЭНС) *Е. Борисова, Е. Старченкова.* Анкета ЭНС может быть использована для анализа структурных и содержательных характеристик ПТС с помощью контент-анализа описанных реципиентами профессионально-трудных ситуаций, для оценки эмоциональной напряженности (стрессогенности), определения наиболее характерных способов преодолевающего поведения и их продуктивности.

В анкете рассматриваются субшкалы: оценка эмоциональной значимости ситуации; оценка когнитивной трудности ситуации, оценка управляемости (контроля) ситуации, оценка перспективы относительно будущего развития.

Опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ) *русскоязычная версия Н. Водопьянова, Е. Старченкова.* Данная методика была разработана нами на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон. Опросник содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей

деятельности. Он состоит из трех субшкал: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «профессиональные достижения». Ответы оцениваются по семибалльной шкале измерений и варьируют от «никогда» (0 баллов) до «всегда» (6 баллов). О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «эмоционального истощения» и «деперсонализации» и низкие – по шкале «профессиональная эффективность» (редукция персональных достижений). Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания.

Опросник «Синдром выгорания» А. Рукавишников. Синдром психического выгорания рассматривается автором методики как совокупность симптомов трех субшкал. Содержательные характеристики данных субшкал следующие.

Психозэмоциональное истощение (ПИ) – процесс исчерпания эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми; проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии, холодности по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности.

Личностное отдаление (ЛО) – специальная форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми; проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям.

Профессиональная мотивация (ПМ) – уровень рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе «альтруистического» содержания. Состояние мотивационной сферы оценивается таким показателем, как продуктивность профессиональной деятельности, оптимизм и заинтересованность в работе, самооценка профессиональной компетентности и степени успешности в работе.

2.4. Управление профессиональным стрессом

Описанные ниже психологические модели и теории профессионального стресса описаны в работах Э. Ф. Зеера. По словам автора, для того, что бы применять правила саморегуляции, необходимо рассмотреть динамику профессионального стресса [6].

Выделяются три основные стадии развития стрессового состояния у человека:

- 1) нарастание напряженности;
- 2) собственно стресс;
- 3) снижение внутренней напряженности.

Продолжительность *первой стадии* может быть разной. Один человек «заводится» в течение двух-трех минут, а у другого внутреннее напряжение накапливается в течение нескольких дней, недель или месяцев. Но в любом случае состояние и поведение человека, попавшего в стресс, резко меняются на «противоположный знак». Можно наблюдать, как спокойный и сдержанный человек неожиданно становится суетливым, раздраженным, даже агрессивным и жестоким, а живой, подвижный и общительный человек вдруг может стать мрачным, замкнутым и заторможенным.

На первой стадии исчезает психологический контакт в деловом и межличностном общении, появляется отчуждение в отношениях. Люди перестают смотреть друг другу в глаза, резко изменяется предмет разговора с предметно-содержательных моментов на личные выпады типа «Ты сам(а) – такой (такая)».

И хотя на первой стадии стресс еще остается конструктивным и может повысить успешность профессиональной деятельности, все же постепенно у человека ослабевает самоконтроль. Работник теряет способность сознательно и разумно регулировать свое собственное поведение.

Вторая стадия в развитии стрессового состояния начинается в точке В, в которой происходит потеря эффективного и сознательного самоконтроля (полная или частичная). «Стихия» деструктивного стресса разрушительно действует

на психику человека. Он может осознавать свои действия довольно смутно и не полностью. Многие люди впоследствии отмечают, что в стрессовом состоянии они сделали то, что в спокойной обстановке никогда бы не сделали. Обычно все, в той или иной мере переживавшие разрушительный стресс, впоследствии очень жалеют об этом.

Так же как и первая, вторая стадия по своей продолжительности строго индивидуальна – от нескольких минут и часов до нескольких дней и недель. Исчерпав свои энергетические ресурсы (достижение высшего напряжения отмечено в точке С), человек чувствует опустошение и усталость.

На третьей стадии он останавливается и возвращается «к самому себе», часто переживая чувство вины («Что же я сделал(а)!»), и клянется, что «этот кошмар» больше никогда не повторится [6].

Стрессовые сценарии

Проходит какое-то время, и стресс может опять повториться. У каждого работника своя, индивидуальная форма поведения в стрессовом состоянии. И также у каждого человека свой индивидуальный сценарий стрессового поведения, выражающийся в частоте и форме проявления стрессовых реакций.

Можно заметить, что одни испытывают стресс чуть ли не каждый день, но в небольших дозах (не слишком агрессивно и существенно, не разрушая отношения с окружающими). Другие – несколько раз в год, но чрезвычайно сильно, существенно снижая самоконтроль в общении: они могут неожиданно «взорваться» и накричать на сотрудников или подчиненных, подать заявление об уходе, разорвать отчет о проделанной работе и т. п.

Стрессовый сценарий проявляется не только в частоте и форме поведения и общения человека. Важной является такая характеристика, как направленность стрессовой агрессии человека: на самого себя или на окружающих: коллег, подчиненных. Один винит во всем себя и стремится проанализировать прежде всего свои собственные ошибки. Другой обвиняет окружающих и не способен посмотреть на себя со стороны.

Стрессовый сценарий «запускается» почти автоматически. Достаточно незначительного нарушения привычного ритма и условий профессиональной деятельности – как будто против воли самого человека «включается» стрессовый механизм и начинает «раскручиваться» как «маховик» какого-то мощного «оружия». Человек вступает в активный конфликт по какой-то мелкой, незначительной причине. У него искажается восприятие сотрудников и коммуникативной ситуации, он придает негативное значение тем деталям, на которые в спокойном состоянии почти не обращал внимание.

Коммуникативный стресс в условиях профессиональной деятельности

Раздражительность в деловом общении

Основная причина раздражительности – это усталость и истощенность по причине производственной перегрузки работников. Причиной хронической раздражительности на работе может выступить привычка общаться «на повышенных тонах». Кроме того, люди часто раздражаются, когда испытывают неуверенность в себе. Следовательно, причиной раздражительности может выступить пониженная самооценка. Тревожность, неудовлетворенность собой на работе, как правило, проявляются в раздражительности в общении.

Коммуникативная агрессия

Повышенная раздражительность легко переходит в коммуникативную агрессию – специфическую форму выражения тяжелых, негативных состояний. Коммуникативная агрессия в условиях профессиональной деятельности проявляется в стремлении унижить и подавить соперника в конкурентной борьбе, разрушить статус и авторитет какого-либо сотрудника, желании исключить определенного человека из коммуникативных контактов.

При помощи агрессии работник может защищаться от реального или мнимого нападения, демонстрировать свою силу и самоутверждаться, организовать для себя психологическую разрядку, если накапливается неудовлетворенность своей работой или своим служебным положением.

Коммуникативная агрессия бывает физической или вербальной (словесной), прямой или косвенной (придирчивость, намеки, отказ от помощи, ложь, мелочность, угрозы), ситуативной (спонтанные вспышки слепой ярости), направленной на другого (обвинение другого) или на себя (самообвинение).

Проблема состоит в том, что человек нередко не осознает собственной агрессивности и активно борется там, где в этом нет никакой необходимости. Он «заводит» себя и окружающих, создавая напряженное «поле», в котором плохо и ему самому, и другим людям.

Профессиональный стресс достижения

Жесткая программа на успех формируется в детстве. Родители говорят ребенку: «Ты у нас способный и талантливый и должен учиться только на отлично». Они ругают своего ребенка и резко выражают недовольство всякий раз, когда он получает четверку или, что вообще ужасно, тройку. После школы юноша или девушка получают установку на обязательное поступление в вуз: «Ты должен (должна) закончить институт». Затем уже сам человек в своих представлениях видит себя только начальником, пусть маленького коллектива, но только – руководителем.

Трудности и проблемы возникают тогда, когда у работника нет внутренних ресурсов для достижения того уровня успеха профессиональной деятельности, который он планирует. Например, он хочет быть известным художником или писателем, но не имеет художественных или литературных способностей. Или он стремится к руководящей должности, но не умеет эффективно общаться с людьми.

Словом, тяжелые переживания вплоть до нервных срывов и депрессий начинаются тогда, когда слишком высокий уровень притязаний, связанный с усвоенной в детстве установкой только на успех и достижения, не обеспечивается внутренними ресурсами человека: его возможностями и способностями. Могут быть и другие, внешние преграды: непризнание таланта обществом, несоответствие историческому времени, неблагоприятные обстоятельства жизни.

К депрессии и личностному разрушению приводит внутренний, психологический механизм самооценки, имеющийся у человека: он отождествляет (идентифицирует) себя с результатами своей жизни и деятельности. Он не умеет понять, что он сам по себе, вне зависимости от успеха и достижений, – ценность, как может быть ценной уникальная и единичная человеческая личность. Он не умеет почувствовать, что независимо от должности, которую он занимает, и заработка, который он получает, его любят и ценят близкие люди, родные и друзья.

Большой вклад в формировании стрессового состояния вносит страх сделать ошибку. Страх ошибки появляется у работника в двух случаях: когда он имеет слишком сильную внутреннюю установку только на успех и когда существуют запреты или карательные санкции в случае ошибки (уменьшение зарплаты или премии, увольнение и проч.). Как это ни покажется на первый взгляд странным, наиболее сильный стресс человек переживает в первом случае, когда он стремится быть только успешным и удачливым.

Страх ошибки «блокирует» творческие способности человека. Он испытывает внутреннюю скованность и напряжение, у него повышенный самоконтроль и излишне жесткая «система слежения» за собственными действиями. В результате, несмотря на то что человек всеми силами стремится быть успешным, он сам снижает свой потенциал тем, что постоянно «держит себя за хвост».

Успех может не достигаться также и по причине того, что, боясь ошибиться, человек старается нигде и ни в чем не рисковать, проявляя сверхосторожность и сверхтревожность.

Успех может «убегать», как горизонт, от такого человека еще и потому, что, болезненно пережив неудачу и испытывая острый страх совершить повторную ошибку, он не реализует попытки попробовать еще раз. А как известно, успех соседствует со смелостью, настойчивостью, упорством и терпением многократного, многолетнего повторения усилий, направленных на достижение поставленной цели.

Страх сделать ошибку заставляет человека избегать всего нового, «необкатанного» и в определенном смысле делает его излишне консервативным. Че-

ловек всячески избегает изменений и даже малейшей нестабильности, поэтому он может впасть в паническое состояние даже при самых незначительных «подвижках».

Наконец, страх сделать ошибку постепенно перерождается в страх вообще перед жизнью. Человек строит защиты и ограждения везде и повсюду, даже там, где в этом нет объективной необходимости. Дом такого человека – это крепость, защищенная железной дверью с множеством замков и автоответчиком на телефоне. Лицо такого человека – это непроницаемая маска, а движения выверены и находятся всегда «под контролем». Он редко смеется, потому что смех – это спонтанность и «неправильность». Он говорит логично и в форме «письменной речи», в которой все существительные и глаголы – на своем «правильном» месте. Он читает много медицинской и психологической литературы и неукоснительно следует советам врачей и психологов. Он вообще хочет жить правильно, без ошибок и этого требует от других людей.

Профессиональный стресс конкуренции

Жизнь многих мужчин и женщин похожа на отчаянный бег по «дорожкам» конкуренции: «Кто меня опередил?», «Кто имеет больше, чем я?», «Кто достиг большего, чем я?», «Кто живет лучше, чем я?»

В результате в окружающих людях они видят прежде всего конкурентов, даже в друзьях и близких; их сопровождает страх оказаться несостоятельными и проиграть в конкурентной борьбе. Они болезненно реагируют на малейшие детали, проскальзывающие в обычных разговорах, ревнуя к успеху даже тех людей, которых не знают. Наконец, они боятся быть естественными и, для того чтобы их считали успешными и преуспевающими, ведут себя неестественно, приукрашивая себя и свою жизнь: «Я живу в большом доме» (на самом деле – в маленькой квартирке), «В нашей семье у каждого – по машине» (скорее всего старенький «Москвич»), «Я зарабатываю бешеные «бабки» (читай между строк: получаю небольшую зарплату).

На «алтарь конкуренции» часто кладется все: силы, здоровье, отказ от ра-

достей жизни, друзей, любви, а подчас и от рождения детей (особенно если по конкурентной «дорожке» бежит женщина).

Человек, отдающий себя конкурентной «гонке», начинает жить «не своей жизнью»: он выбирает работу не по склонности, а в соответствии с престижем, его окружают только «нужные» люди, а на друзей не хватает ни времени, ни сил, рядом с ним часто находится топ-модель, внешность которой соответствует европейским стандартам, а не любимая женщина...

Самоутверждение и поступательное движение вперед свойственны практически всем людям. Отказываться от желания подняться выше и сделать свою жизнь лучше никак нельзя. Но, как и все в жизни, следует искать «золотое сечение», баланс, равновесие. Если жизненный баланс нарушен, начинаются проблемы, неприятности, неудачи.

Необходимо помнить, что не следует иметь только одну цель и все в своей жизни подчинять лишь ее достижению, поскольку если по каким-то причинам цель не будет достигнута, можно испытать жизненный крах.

Несмотря на напряженный образ жизни, направленный на достижение определенной цели (или лучше целей), нужно обеспечить себя «личной сферой»: любимыми и близкими людьми. Это поможет не только чувствовать поддержку на трудном жизненном пути, но и удержаться от срыва в случае неудачи.

Желательно также выбирать друзей и любимых не в конкурентной среде. Истинно любящие и принимающие нас люди будут с нами в богатстве и в бедности, успехе и неудачах. Необходимо правильно распределять свои силы, стараясь не сгореть раньше, чем цель будет достигнута. Для этого следует регулярно отдыхать, высыпаться, следить за здоровьем.

И, наконец, следует отдавать себе полный отчет в том, что нас ждет «на вершине», когда цель будет достигнута. Многие люди попадают в «ловушку конкуренции»: годы напряженного труда, а в результате – разочарование, зависть людей и одиночество. Важно подумать над тем, чтобы в нашей жизни этого не случилось и мы смогли полноценно насладиться плодами своего труда.

Профессиональный стресс успеха

Обычно предполагается, что стресс возникает в неблагоприятных условиях неудач. На первый взгляд, это действительно так. Но негативные условия – это не единственный источник стресса. Как ни странно, интенсивный стресс работник может испытывать и тогда, когда достигает крупного успеха, на получение которого он затратил огромные усилия и продолжительное время.

Стресс, наступающий человека в момент наивысшего успеха, выражается в том, что после свершения значимого события у него наступает состояние «обесмысливания» того, что осуществилось.

Действительно, после достижения значимой цели у человека может наблюдаться резкое понижение жизненного тонуса. Развиваются апатия, безразличие, и становится непонятно, зачем, собственно, столько времени и сил было отдано всему этому? Ожидания, что «когда это свершится», настанет огромное счастье, не оправдываются, в основном все остается по-прежнему. У человека может возникнуть разочарование – в себе, в людях, в жизни вообще.

В таком эмоциональном состоянии человеку кажется, что он не получил всего того, чего заслужил своим тяжелым трудом. Именно поэтому он часто не может воспользоваться плодами своего труда: впадает в депрессию, уныние или заболевает.

Для того чтобы не попасть в стресс, связанный с успехом, необходимо не выкладываться до конца и не надрываться при достижении даже самой значимой цели. Следует стараться удерживать себя от грез и мечтаний о том, какое счастье будет достигнуто на вершине успеха. В момент достижения цели не останавливаться и планировать свою жизнь дальше. Помнить, что пустота после успеха – это лишь освобождение для того, чтобы наполниться чем-то новым. Именно сразу же, практически на следующий день, нужно переключиться на другую деятельность и начать что-то новое. Главное – оставаться активным и направить свою энергию на достижение новой цели.

Стресс подчинения

Стрессовое напряжение часто возникает у подчиненных. Они обладают разными характерами, некоторые из них эффективно выполняют свою исполнительскую деятельность, потому что она не требует высокой ответственности, а другие, наоборот, тяготятся своим подчиненным положением. Можно говорить о трех психологических типах работников: исполнителях, экспертах и руководителях.

Исполнитель – это работник, испытывающий эмоциональный дискомфорт в ситуации высокой ответственности, необходимости принимать решения, контролировать других работников, определять поощрительные или негативные способы воздействия. Такие работники нередко проявляют эмоциональную чувствительность, сильно волнуются в значимых ситуациях, избегают конфликтов, переживают, если их обидели, тревожатся, «как бы чего не вышло». Они настроены на исполнительскую деятельность, потому что она для них не связана со стрессом ответственности. Если работник проявляет психологический тип исполнителя, подчинение не будет вызывать у него стрессового состояния.

Эксперт – специалист, также испытывающий эмоциональное напряжение при необходимости руководить людьми. Но от исполнителя он отличается тем, что не имеет потребности к подчинению. Наоборот, наиболее эффективно эксперт работает в условиях профессиональной независимости. Как правило, он хорошо знает свое дело и не боится проявлять самостоятельное мнение, даже если оно не согласуется с мнением руководителя. В случае делового противоречия или конфликта эксперт легко находит работу в другой компании.

Если работник по типу характера – эксперт, подчиненное положение будет вызывать у него стрессовое состояние.

Руководитель – это работник, проявляющий организаторские способности и стремление управлять ситуацией. Люди этого склада часто стремятся к власти и контролю над ситуацией, имеют потребность в лидерской позиции, легко берут на себя ответственность. Такие работники также испытывают стресс подчинения и стремятся к лидерству.

Правила саморегуляции в условиях профессионального стресса

Правило 1. Полезно наблюдать за самим собой. Что вы чувствуете на первой стадии стресса? Какие ощутимые изменения происходят в вашем состоянии и настроении? Сколько времени длится первая стадия вашего стресса? Это происходит сразу, как говорят, с «пол-оборота», или постепенно, с едва заметным, но ощутимым нарастанием? Что с вами происходит, когда вы теряете самообладание (в точке «В»)?

Следует помнить, что успешность построения личной программы защиты от профессионального стресса зависит от того, насколько точно и своевременно вы научитесь замечать, что вступаете в «зону» стресса и теряете самоконтроль.

Правило 2. Необходимо искать способы остановки самого себя. На первой стадии стресса важно «взять перерыв» и усилием воли прервать свои действия:

- ◆ сделать паузу в общении с сотрудниками (помолчать несколько минут вместо того, чтобы с раздражением отвечать на несправедливое замечание);
- ◆ выйти из комнаты;
- ◆ переместиться в другую, отдаленную часть помещения.

Правило 3. Необходимо стремиться перевести свою энергию в другую форму деятельности, заняться чем-нибудь другим, что даст возможность снять напряжение.

Если потеря самообладания произошла на работе, можно заняться следующим;

- ◆ перебрать свои деловые бумаги, полить цветы на подоконнике, заварить чай;
- ◆ выйти в коридор и поговорить с симпатичными сотрудниками или сотрудницами на нейтральные темы (о погоде, покупках и др.);
- ◆ подойти к окну и посмотреть на небо и деревья, порадоваться солнцу, дождю или снегу;
- ◆ обратить внимание на идущих по улице людей. Попробовать вообразить, о чем думают проходящие мимо люди;
- ◆ зайти в туалетную комнату и на две-три минуты опустить ладони под холодную воду.

Такой «перерыв» можно практиковать как можно чаще в те моменты, ко-

гда происходит потеря самоконтроля. Важно, чтобы действие «остановки самого себя» вошло в привычку.

Правило 4. Следует серьезно задуматься над тем, какие моменты в работе помогают снять напряжение. Что вас больше всего радует? Чем вы занимаетесь с увлечением? И стараться каждый день иметь немного времени на занятия, которые приносят удовлетворение и радость.

Методы улучшения эмоционального состояния

1. Методы психосаморегуляции (мышечная психорелаксация, медитация, аутотренинг, самогипноз и т. п.) и физическая активность (физические упражнения снижают беспокойство, состояние депрессии, укрепляют чувство самоуважения).

2. Работа и личные достижения (снижение уровня притязаний, уменьшение количества и ответственности принимаемых решений, по мере возможности реализуйте свои самые разнообразные способности).

3. Общение с домашними животными. Благоприятное влияние общения с животными – собаками, кошками, а также рыбками, попугайчиками и др., заключается в снижении артериального давления, нормализации сердцебиения, уходит раздражение и нервное напряжение.

4. Адаптогены (растения, которые содержат вещества, оказывающие антистрессовое действие на уровне клеточного обмена. Адаптогены действуют достаточно эффективно, принимать их надо согласно прилагаемым рекомендациям или советам врача: родиола розовая (золотой корень); настойка женьшеня; левзея сафроловидная (моралий корень); элеутерококк; зверобой).

5. Экологическая обстановка (очищение воздуха, чистая вода, правильное питание, здоровый образ жизни, очищение организма; если живете в городе – по возможности чаще выезжайте на природу).

6. Юмор (смех дает поразительный терапевтический эффект. Излечение порой начинается с простой улыбки. Смех отключает выработку стрессовых веществ).

7. Приближение среды обитания к естественной (дома и на работе должны быть комнатные растения, аквариум; спокойные краски мебели и стен; хорошее, не раздражающее освещение; избегайте воздействия громких, раздражающих звуков)

8. Сон (укорочение или удлинение сна указывает на сбой в работе организма. Сократите употребление кофеина, постарайтесь прогуливаться перед сном. Регулярные занятия гимнастикой смягчают и улучшают качество сна)

9. Общение (не пренебрегайте общением, доброжелательными отношениями с друзьями, с соседями, в дружной компании или рабочем коллективе).

10. Хобби (интересы, помогающие вам хотя бы иногда чувствовать себя счастливым, продлевают жизнь, найдите форму, досуга, которая приносит вам наибольшее удовлетворение)

Рекомендации руководителю, для снятия стресса в группе

1. Четко описывать конкретные зоны полномочий и ответственности, использовать двухстороннюю коммуникацию.

2. Использовать стиль управления, соответствующий конкретной ситуации.

3. Обеспечивать надлежащее вознаграждение за эффективную работу.

4. Выступать в роли наставника по отношению к подчиненным, развивать их способности и обсуждать с ними сложные вопросы.

5. Уметь отличать главное от второстепенного.

6. Знать меру воздействия на события

7. Помнить, что людей расстраивают не события, а то, как они на них смотрят.

8. Разрешить подчиненным отказываться от выполнения какого-либо задания, если у них есть для этого достаточные основания. Если нужно, чтобы они выполнили именно это задание, объясните, почему это нужно и установите приоритеты в их работе.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения понятию «профессиональный стресс».
2. Назовите специфику разновидностей профессионального стресса, (информационный, эмоциональный и коммуникативный стресс).
3. Опишите подход А. Н. Занковского в исследования стресса.
4. Рассмотрите общую теорию стресса рабочего места R. A. Karasek.
5. Опишите Мичиганскую модель профессионального стресса.
6. Дайте характеристику когнитивного подхода профессионального стресса G. R. Hoskey.
7. Дайте определение понятия «когнитивные ресурсы».
8. Опишите механизм когнитивной оценки Т. Сох.
9. Рассмотрите концепции профессионального стресса как проблемной ситуации W. Schonpflug, А. Н. Занковского.
10. Дайте характеристику известным Вам методикам по изучению профессионального стресса.
11. Какие Вы знаете методы по управлению профессиональным стрессом?

Задания для самостоятельной работы

Задание №1

Составьте каталог библиографии на тему: «Современные исследования профессионального стресса работников разных типов профессий».

Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с содержанием ведущих психологических периодических изданий за последние 5 лет. Составляя каталог, включите в него последующие разделы: год проведения исследования, тема, авторы работы, место издания, издательство, год издания и номера страниц, на которых напечатана статья и основные результаты исследования.

Задание №2

Составьте схему механизмов регуляции информационного стресса. Проведите сравнительный анализ механизмов регуляции информационного и эмоционального стрессов.

Для выполнения данного задания ознакомьтесь со следующими источниками: 1) Бодров В. А. Информационный стресс: учебное пособие для вузов. – М., 2000; 2) Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005.

Задание №3

Выберите несколько психодиагностических методик, проведите самодиагностику и составьте для себя программу профилактики или коррекции профессионального стресса.

Для выполнения данного задания можно воспользоваться книгой Н. Е. Водопьяновой. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009.

Задание №4

Напишите реферат на одну из предложенных тем:

1. Управление конфликтами и стрессами в организации.
2. Профессиональные стрессы в современных исследованиях.
3. Рабочие и жизненные стрессы.
4. Стрессы профессий типа “человек-человек”.
5. Диагностика и коррекция информационного стресса.

Рекомендации по написанию реферата см. Глава 1, задание №4.

Литература

1. Бодров, В. А. Информационный стресс [Текст] / В. А. Бодров. М. : ПЭР СЭ, 2000.
2. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса [Текст] / Н. Е. Водопьянова. СПб. : Питер, 2009.

3. Гринберг, Дж. Управление стрессом [Текст] / Дж. Гринберг. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.
4. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса [Текст] / Л. А. Китаев-Смык. М. : Наука, 1983.
5. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования [Текст] / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970.
6. Психология профессий [Текст] : учеб. пособие для вузов / Э. Ф. Зеер. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Академический Проект, 2005.
7. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме [Текст] / Г. Селье. М. : Медгиз, 1960.
8. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции [Текст] / Ю. В. Щербатых. СПб. : Питер, 2006.

Глава 3. СЕМЕЙНЫЙ СТРЕСС

3.1. Феноменология семейного стресса

Феноменология семейного стресса описана в работах Т. Л. Крюковой, В. М. Сапоровской, Е. В. Куфтяк [2].

Семейный стресс – это состояние в семье, которое возникает как нарушение равновесия между реально существующими или воспринимаемыми требованиями к семье (в виде угрозы, потери) и возможностями семьи справиться с ними (Е. А. Blechiuаii. Е. М. Netheringtoii. 1996: Н. I. McCubbin. С. R. Figley [2]).

Обычно такое состояние вызывается действием *стрессоров*, или жизненных событий, неблагоприятно влияющих на семейную систему. Стрессоры могут влиять на семью в целом, или на ее часть (например, на диаду «муж – жена» или «мать – ребенок»), а также на отдельных членов семьи.

К. Олдвин, ученица Р. Лазаруса. в работе «Стресс, копинг и развитие» (1994) предлагает классифицировать стрессоры по двум основаниям: сила-слабость стресса и продолжительность действия. Исходя из этих критериев, она выделяет четыре вида стрессоров [2]:

1) травма (катастрофа, несчастный случай) – короткое по продолжительности, но сильное по воздействию явление, событие (война, смерть, неожиданный развод);

2) жизненное событие – более продолжительное и оказывающее большое влияние на дальнейшую жизнь и судьбу событие (появление / уход члена семьи, переезд);

3) хронический ролевой стрессор (напряжение) – сюда относятся, в первую очередь, конфликты, накапливающиеся и неразрешимые в ходе выполнении тех или иных социальных ролей («добытчик», сексуальный партнер, жена, теща, зять и т. д.);

4) жизненные трудности, возникающие при ежедневном взаимодействии личности и среды, или микрострессоры. Это слабые стрессовые воздействия,

сила которых может возрастать, накапливаясь, и представлять для семьи большую трудность, чем какое-либо жизненное событие (например, постоянная нехватка денег, плохое жилье).

Разновидностью стрессоров являются семейные трудности – конкретные требования к семье, связанные со стрессовым событием, (например, дополнительные расходы, связанные с рождением ребенка или обучением члена семьи в другом городе).

Максимальный семейный стресс, с которым семья не справляется, может привести к семейному кризису. Это неспособность семьи восстановить стабильное состояние в ситуации постоянного давления тех требований, которые изменяют семейную структуру и способы взаимодействия членов семьи (например, развод).

Семейный кризис можно определить и как необратимую переменную в жизни семьи, когда прежние, привычные роли членов семьи становятся неадекватными, и происходит разрушение (распад) прежних образцов поведения. Семейный стресс не обязательно достигает уровня кризиса, если семья использует свои ресурсы и противостоит деструктивным переменам.

Стрессоры воздействуют на все сферы жизнедеятельности семьи, но некоторые из них особенно уязвимы к семейному стрессу. Это сферы супружеских взаимоотношений, в том числе интимно-личностных, на некоторых этапах жизненного цикла семьи (например, раннее супружество или супруги на этапе «пустого гнезда»); родительства – переход к нему, связанный с принятием новой роли (матери или отца первого ребенка), воспитания хронически больного ребенка: здоровья членов семьи (трудности принятия тяжелой болезни и уход за тяжело больным членом семьи).

Существуют и другие сферы жизни семьи, требующие изучения с точки зрения их стрессогенности и совладения: одиночество в семье, экономический стресс (финансовое напряжение); профессиональный стресс (семья и работа: перемена или потеря работы, двойная карьера, когда оба супруга-родителя много работают) и др.

Можно определенно сказать, что семейный стресс – это важное социальное явление, признаками которого выступают когнитивная оценка человеком степени угрозы своему и семейному благополучию и последующие изменения в поведении.

Так, например, потеря работы одним из членов семьи, без сомнения, ведет к повышению нагрузки и большей занятости других ее членов, если семья хочет сохранить уровень и качество жизни. Семейные стрессы также разделяют на *нормативные* (естественные изменения, связанные с семейной динамикой – последовательным прохождением этапов развития семьи) и *экстремальные* (уровня катастрофы, такие как потеря, неожиданная травма) [2].

3.2. Психологические модели и теории семейного стресса

Современные теоретические и эмпирические разработки семейного стресса в зарубежной психологической науке были представлены такими учеными, как Г. Боденманн (1997), П. Босс (1987), П. Вацлавик, Р. Викленди, М. Фиш (1977), С. Р. Картер (1988), М. Перре (1998). Их исследования направлены на выявление наиболее значимых для семейной жизнедеятельности стрессов и поиск объяснения того, как семье удастся преодолеть напряжение критических жизненных ситуаций и кризисов.

Так С. Р. Картер различает вертикальные и горизонтальные семейные стрессы. *Вертикальные* – имеют в своем основании семейные и межпоколенные стереотипы взаимоотношений, семейные мифы, семейные тайны и семейные завещания (послания, которые относятся как к нуклеарной, так и к расширенной семье (с бабушками и дедушками, братьями и сестрами).

Горизонтальные стрессоры состоят из изменений в жизненном цикле, нормативных и ненормативных стрессоров (таких как неожиданная смерть, хроническая болезнь или авария, факты семейной биографии). В конце 1940-х гг. группа зарубежных ученых выдвинула модель семейного стресса, обусловленного этапами семейного развития. Они выдвинули предположения о том, что:

- различные этапы в семейном цикле (например, супружество без детей, семья с маленькими детьми, семья с детьми дошкольного возраста, семья с детьми школьного возраста, семья с детьми-подростками, семья в процессе отделения, в середине жизни, в старости) характеризуются различными особенностями внутрисемейной жизнедеятельности:

- здоровое развитие семьи и ее членов требует успешного преодоления последовательных задач развития (Е. М. Dnvall, 1948).

При этом каждый этап характеризуется типичными ожиданиями, нормами, специфическими ролями, а также обязательной структурой власти, структурой аффектов, структурой коммуникации (К. Роджерс, 1973), парными и общесемейными системами взаимодействия (развитие интимности и сексуальности, развитие детско-родительских отношений) и их распространением на широкий спектр событий (например, рождение ребенка, уход из родительского дома) (С. В. Уайт, 1991).

Эта модель рассматривает системные изменения семьи на определенных этапах и связывает наличие обязательных адаптационных способностей семьи с этапами семенного развития (П. Вацлавик, Р. Викленд, М. Фиш, 1974). Авторы исходят из того, что переход на новый этап семейного цикла приводит к более или менее глубоким изменениям семейных коммуникативных и ролевых стереотипов и требует приспособления и адаптации.

В подходе М. Перре (1997) представлено понимание семейного стресса как центрального фактора в дисфункциональном семейном развитии. Считается, что стресс во многих случаях может являться причиной девиантного поведения в семье (например, применение насилия), формирования и развития внутренних и внешних отклонений, как у детей, так и у родителей, а также может привести семью на грань распада.

Особое положение в зарубежной психологической науке по данной проблематике занимает изучение стресса и копинга в сфере супружеских отношений.

Стрессы и трудности, переживаемые супругами, различаются по источнику их возникновения, по последствиям, по специфике их переживания и совладения с ними.

Выделяют несколько источников возникновения семейного стресса внутри супружеских отношений. К ним относятся профессиональные нагрузки, финансовые трудности, низкое качество супружеских отношений, нарушения коммуникации и высокая частота конфликтов, неустойчивость семейных ролей.

Тем не менее, несмотря на патогенность описанных последствий переживания стрессов в семейной жизни, в большинстве случаев масштаб негативных последствий зависит от *семейных ресурсов*, умения решать проблемы и справляться со стрессами, то есть от адекватного совладающего поведения супругов (Г. Боденманн, 2000).

В психологии совладения большое внимание уделяется изучению совладающего поведения внутри супружеских отношений, которое понимают не только как способ преодоления стрессов и трудностей, но и как важнейший ресурс стабильности и жизнестойкости семейной системы.

Указывается на значение партнера как важнейшего копинг-ресурса во время трудной ситуации. Аргументируется это тем, что супружеские отношения – это единственные социальные отношения, которые отличаются высокой степенью эмоциональной близости, ответственности, доступности и человеческой интимности и предлагают эффективную поддержку.

В 1990-х гг. С. Коэн и Т. Смит (1994) предложили новый термин – *центрированный на отношениях копинг* в дополнение к проблемно ориентированному и эмоционально ориентированному копингу (Р. Лазарус, 1984).

Согласно их определению, центрированный на отношениях копинг имеет две стратегии: активную поддержку и оказание защиты. Стратегия активной поддержки предполагает такие действия супруга, которые направлены на то, чтобы стимулировать партнера для обсуждения проблемы, выяснения его чувств и выработки совместного конструктивного разрешения трудной ситуации. Посредством стратегии *оказания защиты* партнер эмоционально «разгружает» другого, например, тем, что не обсуждает беспокоящую тему, проявляет заботу, сдерживает негативные чувства и уступает партнеру, чтобы избежать размолвки. Но нужно отметить, что этот теоретически весьма интересный тезис

до сих пор не был подтвержден эмпирическими исследованиями.

А. Де Лонгис и Д. Б. О'Брайн (1990) продолжают разработку центрированного на отношениях копинга и говорят о том, что адекватное совладание со стрессом и напряжением может базироваться не только на решении проблемы и контроле эмоций. Они считают, что центральное значение должна иметь регуляция социальных отношений. Так как здоровье и самооценка человека в значительной степени определяются через социальное взаимодействие (социальную поддержку, расположение, симпатию и т. д.).

При этом авторы фокусируют свое внимание на *эмпатическом копинге*, понимая под ним «способность и, соответственно, попытку понять в стрессовой ситуации аффективный мир другого человека и это аффективное понимание разделить. В качестве форм выражения эмпатического копинга они называют демонстрацию симпатии, доброжелательность, понимающее выражение лица и теплую интонацию.

Интересную концепцию *диадического совладения* со стрессом предложили Д. Терри (1989) и Т. Ревенсон (1994). Эти авторы исходят из идеи о соответствии двух моделей копинга у партнеров «копинг-конгруэнтность». Согласованность двух индивидуальных моделей совладения (конгруэнтность в применении копинг-стратегий) принимается как зависимая переменная уровня самочувствия и уровня функциональности копинга. При этом высокое соответствие индивидуального эмоционально-ориентированного копинга обоих супругов представляется благоприятным, в то время как использование супругами проблемно-ориентированного копинга может быть различным, но не наносящим вреда качеству супружеских отношений и самочувствию обоих партнеров.

В дальнейшем было предложено понимание *диадического копинга* как совокупности стратегий, состоящей из индивидуальных действий и поступков обоих совладающих супругов (Г. Пакенхэм, 1998).

Отличной от ранее представленных теорий является концепция диадического стресса и диадического копинга Г. Боденманна (1998). Базируясь на теоретических тезисах французских авторов, которые обнаружили высокие корре-

ляции между переживанием стресса партнерами в браке и установили, что супружеская пара реагирует на стресс как единая система. Г. Боденманн понимает стресс и копинг в рамках супружеских отношений как системное событие.

Диадический стресс определяется им как требования к одному или обоим партнерам, вносящие дестабилизацию в общую систему. При этом причина стресса может лежать внутри или вне супружеской пары. Прямой диадический стресс касается обоих супругов в одинаковой степени (например, предстоящее рождение ребенка, переезд и т. д.). Косвенный диадический стресс представляется в форме напряжения, возникающего на основе недостаточного или неэффективного индивидуального копинга одного из супругов.

Под диадическим копингом понимается также форма преодоления напряжения, которая:

- 1) учитывает сигналы о стрессе от одного партнера и ответную реакцию (вербальную и невербальную) другого партнера на эти стрессовые проявления;
- 2) предполагает разделение задач и деятельности с партнером (делегированный диадический копинг);
- 3) включает совместный и согласованный подход супругов к напряженной ситуации (совместный диадический копинг).

Под *совместным диадическим копингом* понимаются такие попытки преодоления напряжения, когда происходит активное сотрудничество и согласование копинг-стратегий супружеской пары. Это могут быть: совместные обсуждения для принятия решений, равномерное распределение между партнерами деятельности, совместный поиск информации, деловая поддержка в трудной деятельности, понимание, совет, утешительные слова, помощь в принятии ситуации, взаимная солидарность, совместные упражнения для расслабления, помощь в успокоении, вера в партнера и т. д. При этом диадический копинг предполагает деловую и эмоционально-ориентированную поддержку одним партнером другого. Также супруг готов взять на себя в стрессовой ситуации определенную часть нагрузки другого супруга.

Функциями диадического копинга в супружеских отношениях являются:

1) стрессо-ориентированные аспекты (сокращение напряжения через действительное решение проблемы, эмоциональная и социальная регуляция);

2) ориентированные на супружеские отношения аспекты (построение и укрепление чувства «мы», укрепление доверия партнеров друг к другу, осознание супружеских отношений как помогающих, поддерживающих и ценных и т. д.) (Г. Боденманн, 2000).

Соответственно, благоприятный эффект диадического копинга, согласно данным зарубежных ученых, сокращает стресс, способствует возникновению лучшего психологического и физического самочувствия супругов, высокой удовлетворенности жизнью, лучшей социальной адаптации и стабильности отношений. Центрированный на отношениях, или диадический копинг оценивается всеми авторами как ресурсный, наиболее продуктивный тип совладения с трудностями в семье, обеспечивающий не только успешное преодоление стрессовых ситуаций, но и восприятие собственных супружеских отношений как ценных, близких, поддерживающих.

Такие данные зарубежных ученых и исследователей в области семейных отношений представляют интерес, показывают возможности и перспективы дальнейшего изучения семейного стресса и совладания, позволяют проанализировать и соотнести накопленный опыт зарубежных авторов с отечественными разработками [2].

3.3. Психодиагностика семейного стресса

С целью диагностики семейного стресса можно использовать методики, предназначенные для изучения семейных взаимоотношений членов семьи, их реакции на жизненные события, различного рода ожидания и притязания.

Рольные ожидания и притязания в браке (Н. А. Волкова). Методика позволяет провести анализ ролевой структуры семьи и направлена на:

1. Уточнение представлений супругов о значимости в семейной жизни сексуальных отношений, личной общности мужа и жены, родительских обязан-

ностей, профессиональных интересов каждого из супругов, хозяйственно-бытового обслуживания, моральной и эмоциональной поддержки, внешней привлекательности партнера.

2. Уточнение представлений супругов о желаемом распределении ролей между мужем и женой при реализации семейных функций.

Методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» имеет два варианта (мужской и женский) и состоит из 7 шкал: интимно-сексуальная, шкала личностной идентификации с супругом, хозяйственно-бытовая шкала, родительско-воспитательская шкала, шкала социальной активности, эмоционально-психотерапевтическая шкала, шкала внешней привлекательности.

В целом результаты данной методики позволяют выявить иерархии семейных ценностей супругов, а также сделать вывод о социально-психологической совместимости супругов в семье.

Методика «**Удовлетворенность браком**» (В. В. Столин, Т. М. Романова, Г. П. Бутенко). Позволяет выявить уровень удовлетворенности браком и судить о том, каково общее эмоциональное и морально-психологическое состояние взрослого человека, от которого, в свою очередь, может зависеть отношение данного взрослого к детям.

По сумме полученных баллов оценивается удовлетворенность браком: 1) полная неудовлетворенность; 2) значительная неудовлетворенность; 3) скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность; 4) частичная удовлетворенность, частичная (примерно в равной степени) неудовлетворенность; 5) скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность; 6) значительная удовлетворенность; 7) практически полная удовлетворенность.

Тест «**Диагностика эмоциональных отношений в семье**» (Е. Бене, Д. Антонии по общей редакцией А. Г. Лидерс, И. В. Анисимовой). Предлагаемая методика направлена на определение позиции ребенка в семье. Тест позволяет качественно и количественно оценить чувства, которые ребенок испытывает к членам своей семьи и как он воспринимает их отношение к себе. Выявляются также типы психологических защит, используемые ребенком.

Методика имеет две формы: для детей 4 – 6-8 лет; для детей 6-8 – 10 лет и подростков. Вариант для маленьких детей содержит следующие отношения: положительные чувства, которые исходят от ребенка и переживаются ребенком как исходящие от других; отрицательные чувства, которые исходят от ребенка и переживаются им как исходящие от других; зависимость от других.

Вариант для старших детей направлен на исследование следующих отношений: 1) двух видов положительного отношения: слабого и сильного. Слабые чувства связаны с дружеским одобрением и принятием, сильные – с «сексуализированными» переживаниями, относящимися к интимному психическому контакту и манипуляции; 2) двух видов отрицательного отношения: слабого и сильного. Слабые связаны с недружественностью и неодобрением, сильные выражают ненависть и враждебность; 3) родительского потакания, выражающегося высказываниями типа «этого члена семьи мама слишком балует»; 4) родительской гиперопеки, представленной в высказываниях типа «мама беспокоится, что этот человек может простудиться».

Процедура тестирования не вызывает у ребенка затруднений и занимает не более 25 минут. Методика очень проста в обработке.

«Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири в адаптации Л. Н. Собик). Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири, автор которой является последователем идей Салливана. Теоретический подход Г. С. Салливана к пониманию личности базируется на представлении о важной роли оценок и мнения значимых для данного индивида окружающих лиц, под влиянием которых происходит его персонификация, то есть формирующая личность идентификация со «значимыми другими». В процессе взаимодействия с окружением личность проявляется в определенном стиле межличностного поведения. Реализуя потребность в общении и в осуществлении своих желаний, человек соотносит свое поведение с оценками значимых других на уровне осознанного самоконтроля, а также (неосознанно) с символикой идентификации.

В результате диагностики выявляется один из доминирующих стилей межличностного поведения. 1) властный-лидирующий; 2) независимый-доминирующий; 3) прямолинейный-агрессивный; 4) недоверчивый-скептический; 5) покорный-застенчивый; 6) зависимый-послушный. 7) сотрудничающий-конвенциальный. 8) ответственный-великодушный.

Методика «**Архитектор – строитель**» направлена на выявление уровня делового и личностного общения ребенка с родителем: кто является ведущим, а кто – ведомым при выполнении задания в диаде, насколько это распределение ролей устойчиво, каковы типичные педагогические приемы родителя по отношению к ребенку, какова реакция ребенка на эти приемы родителя, насколько ребенок обучаем (методика может использоваться и для диагностики обучаемости, так как ребенку последовательно несколько раз демонстрируют определенные образцы поведения, которые затем должен реализовать он сам). Кроме того, выявляется, в каком объеме проявляются те индивидуальные особенности ребенка, на которые указывал в ходе предварительной беседы с психологом родитель, каков уровень речевого развития ребенка, уровень критичности каждого из партнеров при оценке качества выполнения задания, кто из них берет на себя ответственность за возможные неудачи, а кто склонен возлагать ответственность на другого и проч. Возможно использование и стандартных техник фиксации особенностей интеракции родитель–ребенок, описанных, например, Г. Т. Хоментаскасасом (1990).

Удачным представляется сочетание этой методики с заполнением по ее итогам «Карты профиля поведения ребенка» по данным непосредственного наблюдения Причард, адаптированной В. Каганом.

Карта профиля поведения предполагает заполнение «Бланка непосредственного наблюдения», в котором предлагается оценить поведение ребенка по следующим характеристикам: 1) реакция на отделение от матери; 2) страх, тревога; 3) контакт с психологом; 4) уверенность в себе; 5) уровень эмоционального реагирования; 6) эмоциональный фон; 7) степень сотрудничества; 8) реакция на фрустрацию; 9) степень зависимости; 10) внимание; 11) целеустремленность;

12) уровень активности; 13) структура активности; 14) коммуникация; 15) самоутверждение; 16) враждебность, агрессивность.

Методика «Архитектор-строитель» в различных ее модификациях – одна из немногих методик, позволяющих управляемо проигрывать взаимоотношения между родителем и ребенком непосредственно в условиях консультации. Ее можно использовать как для первичного знакомства с ребенком, так и для последующего сбора данных, когда уже собран анамнез и зафиксирована просьба родителя. В последнем случае психолог будет более направленно наблюдать за поведением ребенка в ходе его взаимодействия с родителем.

Опросник «**Анализ семейной тревоги**» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис). Основная цель методики изучить общий фон переживаний индивида, связанный с его позицией в семье, с тем как он воспринимает себя в семье. Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые. Характерным признаком данного типа тревоги является то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся, прежде всего семьи – здоровья ее членов, их отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. Тревога эта обычно не распространяется на внесемейные сферы – на производственную деятельность, на родственные, соседские отношения и т. п. В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая неуверенность индивида в каком-то очень для него важном аспекте семейной жизни. Это может быть неуверенность в чувствах другого супруга, неуверенность в себе. Индивид вытесняет чувство, которое может проявиться в семейных отношениях и которое не вписывается в его представления о себе.

Методика имеет несколько шкал: В – чувство вины в семье; Т – тревога; Н – нервно-психическое напряжение; С – интегральный показатель семейной тревоги как типового семейного состояния

Важными составляющими «семейной тревоги» являются также чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий в семье, направить его в нужное русло. Индивид с семейно-обусловленной тревогой не

ощущает себя значимым действующим лицом в семье, независимо от того, какую позицию он в ней занимает и насколько активную роль играет в действительности.

Методика для детей и подростков **«Рисунок семьи»** (КРС). Тест «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана дает богатую информацию о семейной ситуации так, как ее субъективно переживает сам ребенок. Тест помогает выявить взаимоотношения в семье, вызывающие тревогу у ребенка, обнаружить, как он воспринимает других членов семьи и свое место среди них.

На русском языке наиболее интересные работы по этой методике принадлежат Хоментаскусу (1990), А. Л. Венгеру (2003).

Используя тест КРС, следует иметь в виду, что каждый рисунок является творческой деятельностью, не только отражающей восприятие семьи, но и позволяющей ребенку анализировать, переосмысливать семейные отношения. Поэтому рисунок семьи не только раскрывает настоящее и прошлое, но также направлен на будущее: при рисовании ребенок интерпретирует ситуацию, по своему решает проблему семейных отношений.

Опросник **Эмоциональных отношений в семье** Е. И. Захаровой (методика ОДРЭВ). Исходя из того что эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия представляет собой сложное структурное образование, где отдельные элементы находятся в тесной взаимосвязи, Е. И. Захарова (1996, 2002) разработала опросник для родителей – «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (ОДРЭВ), – позволяющий опосредованно выявлять степень выраженности каждой отдельной характеристики взаимодействия в каждой конкретной диаде. Опросник содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери и ребенка дошкольного возраста, объединенных в три блока.

1. Блок чувствительности: 1) способность воспринимать состояние ребенка; 2) понимание причин состояния; 3) способность к сопереживанию.

2. Блок эмоционального принятия: 1) чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком; 2) безусловное принятие; 3) отношение к себе как к родителю; 4) преобладающий эмоциональный фон взаимодействия.

3. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия: 1) стремление к телесному контакту; 2) оказание эмоциональной поддержки; 3) ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия; 4) умение воздействовать на состояние ребенка.

Одной из последних разработок в области оценки стрессогенности повседневных событий и ситуаций жизни человека является методика «**Список неприятных событий**», предложенная группой ученых Орегонского университета под руководством П. М. Левинсона. На русский язык ее перевела и адаптировала Н. В. Гладышева из ИП РАН (1999).

Методика «Список неприятных событий» (СНС) предназначена для изучения частоты и субъективной силы воздействия различных стрессовых событий. Поскольку оценка неприятности событий носит индивидуальный характер, методика позволяет выявить и изучить индивидуальные различия в восприятии событий. В клинических исследованиях методика помогает выявлять области потенциального дискомфорта и стресса. Многие из шкал опросника тесно соприкасаются собственно с семейными событиями.

Опросник имеет девять шкал: 1) вопросы относящиеся ко все шкалам; 2) шкала сильно-слабо стрессогенные события; 3) шкала индивидуальные события связанные с другими; 4) шкала контролируемые-неконтролируемые события; 5) шкала жизненные изменения; 6) шкала события, связанные со смертью; 7) шкала юстиция; 8) шкала сексуальность, супружество, дружба; 9) шкала событий с наибольшей различительной силой стрессогенности.

По результатам тестирования по каждому вопросу и каждой шкале вычисляются три показателя: оценка частоты событий, оценка неприятности событий; дополнительный – сочетание частоты и неприятности как результат перемножения основных показателей.

3.4. Теоретические подходы к решению проблемы семейного стресса

Проблема семейного стресса может быть решена посредством различных теоретических концепций, описанных в рамках современной семейной психотерапии. Семейной психотерапией называется особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи.

В ходе семейной терапии, продолжительность которой может колебаться от нескольких недель до даже нескольких лет, выделяют ряд этапов. Её длительность обуславливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале семейная терапия проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее – 1 раз в 3 недели.

Часто в семейной терапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис):

- семейный диагноз, диагностический этап;
- ликвидация семейного конфликта;
- реконструктивный;
- поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений учётом индивидуально-личностных свойств членов семьи. Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она сопровождает семейную терапию на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Её другая особенность состоит в необходимости соотнесения полученной от одних членов семьи информации о происходящем с информацией от других членов семьи и собственного впечатления психотерапевта, которое сложилось на основании расспроса и

наблюдения за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребёнка», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»).

На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с клиентом и членами его семьи происходит выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлечённого в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, который понятен всем. Кроме того, он берёт на себя роль посредника и передаёт в согласованном объёме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть передан психотерапевтом на сеансе семейной психотерапии, для чего используется приём «робот-манипулятор», когда психотерапевт переводит противоречивое сообщение участника сеанса на язык жеста, создавая выразительность жеста с чувствительностью и толерантностью участников. Итак, на этом этапе семейной терапии ведущими психотерапевтическими методами являются: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга.

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

Поддерживающий этап семейной терапии состоит в закреплении приобретённых на предыдущих этапах навыков эмпатического общения и расширенного диапазона ролевого поведения в естественных семейных условиях. Также проводятся консультирование и коррекция приобретённых навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной терапии, обосновывает последовательность применения различных психотерапевтиче-

ских методов в зависимости от целей и объёма диагностических сведений. Примеры, которые наиболее часто применяются в семейной психотерапии:

- Эффективное использование молчания.
- Умение слушать.
- Обучение с помощью вопросов.
- Повторение.
- Суммирование, резюмирование.
- Уточнение (прояснение) и отражение аффекта.
- Конфронтация, то есть предъявление супружеской паре неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки.

целью их осознания и проработки.

- Проигрывание ролей.
- Создание «живых скульптур».
- Анализ видеозаписи.

Направления в семейной психотерапии

Школа Пало Алто Джей Хейли, представитель школы Пало Алто, стал автором метода «проблеморешающей терапии». Многие методики им были позаимствованы у Милтона Эриксона. Хейли считал, что отношения в семье определяются исходом борьбы супругов за контроль над другими членами семьи. Симптом – один из способов контролировать поведение окружающих. По мнению Джей Хейли, задача психотерапии состоит в предоставлении людям других способов воздействия. Лечебный эффект семейной терапии значительно возрастает, если на терапевтической сессии собираются все члены семьи. Вкладом Хейли в семейную психотерапию стали различные директивы (задания) членам семьи. Выполнение заданий обеспечивало равенство, каждый член семьи имел право высказать своё мнение или что-то сделать. Психотерапевт даёт задания как во время сеанса, так и на дом. Цель этих заданий:

- изменить поведение членов семьи;

- найти дополнительный стимул для построения отношений психотерапевта с членами семьи;
- изучить реакции членов семьи при выполнении ими заданий;
- осуществить поддержку членов семьи, т. к. во время выполнения заданий психотерапевт как бы незримо присутствует.

Хейли также применял метафорические и парадоксальные задания. Первые строились на поисках аналогий между событиями и поступками, которые на первый взгляд совсем разные; вторые представляют собой такие инструкции, которым члены семьи сопротивляются и тем самым меняют своё поведение в нужном направлении.

Другой крупной фигурой в школе Пало Алто был Мюррей Боуэн, которого считают одним из основоположников семейной терапии в США. К середине 60-х годов 20-го века им был разработан метод семейной психотерапии, состоящий из 4-х принципов:

Определение и прояснение отношений.

«Невовлечение в треугольник» (Боуэн рекомендовал психотерапевтам не вовлекаться эмоционально в конфликты, а сосредоточивать своё внимание на процессе отношений);

Обучение супругов эффективному эмоциональному общению;

Занятие «Я-позиции».

Семейная психоаналитическая терапия

Целью психоаналитической семейной терапии является изменение личности участников психотерапии таким образом, чтобы они были в состоянии взаимодействовать как целостные здоровые личности на базе нынешней реальности, а не на базе неосознаваемых отношений прошлого. Психоаналитически ориентированные терапевты также менее директивны, чем представители других школ.

Следующие техники используются в этом терапевтическом направлении: конфронтация, интерпретация и переработка опыта, техники улучшения ком-

муникативных способностей, техника «свободных ассоциаций». Психоаналитики предпочитают наблюдать и слушать, резко останавливая пустое обсуждение вопросами.

Семейная системная психотерапия

Крупнейшие представители этого направления – Мара Сельвини-Палаццоли, Клу Маданес, Сальвадор Минухин и др. В настоящее время системное направление считается одним из наиболее широко представленных, перспективных, экономически целесообразных и терапевтически эффективных направлений семейной терапии. Значительное влияние на развитие этого направления оказали положения общей теории систем Ильи Пригожина.

В системной семейной психотерапии семья рассматривается как целостная система, которая стремится к сохранению и эволюции сложившихся связей. На всём протяжении своего существования семьи проходят через закономерные кризисы развития (вступление в брак, отделение от родительских семей, беременность, рождение ребёнка, поступление ребёнка в дошкольные/школьные учреждения, окончание им школы и выбор своего жизненного пути, разрыв с родителями, уход родителей на пенсию и т. д.) Именно на этих отрезках своего существования семьи оказываются неспособными разрешать новые проблемы прежними способами и поэтому встают перед необходимостью усложнять свои приспособительные реакции.

Основные шаги семейной системной психотерапии выглядят следующим образом:

- Объединение психотерапевта с семьёй, присоединение его к предъявляемой семьёй структуре ролей.
- Формулирование психотерапевтического запроса.
- Реконструкция семейных отношений.
- Завершение психотерапии и отсоединение.

Мара Сельвини-Палаццоли ввела такой принцип работы, когда бригада терапевтов разного пола работают с семьёй, а другие наблюдают за их работой,

находясь за односторонне-прозрачным зеркалом. Единицей психотерапии является участие на всех сессиях всех ленгов семьи, живущих под одной крышей. Частота встреч была 1 в месяц, всего до 10 сессий. Её метод был краток и внезапен, она использовала метод парадоксальных предписаний, стремилась вызывать изменения в семье внезапным решающим движением. Парадоксальное задание (иначе «инвариантное предписание») разрабатывалось очень тщательно и вовлекало всех членов семьи в серию действий, противоречащих сложившимся в семье ригидным правилам и мифам.

Стратегическая семейная психотерапия

Этот метод семейной терапии также называется «проблеморешающая», «короткая», так как он ориентирован на решение проблем. Наиболее известные фигуры этого направления – Джей Хейли, Карл Уитекер, Клу Маданес. В своей работе психотерапевты этого направления не концентрируются на особенностях личности членов семьи. Данный подход характеризуется чрезвычайным вниманием к деталям симптома и меньшим интересом к семье. Широкую популярность это направление приобрело к 1970 г. Многие идеи представители этого метода почерпнули из опыта работы Милтона Эриксона. Для его практики характерны два подхода: использование косвенных методов воздействия и принятие всего, что предлагает клиент.

Сутью стратегического подхода является разработка стратегии для решения проблем, так как изменения в семье важнее, нежели понимание причин нарушений. Стратегические терапевты исследуют факторы, обеспечивающие устойчивость проблемы, которая поддерживается существующим взаимодействием в семье, и поэтому стремятся выявить то поведение, которое подкрепляет проблему. Многие стратегические психотерапевты полагают, что нормально функционирующая семья – это та, которая избегает симптомов и способна функционировать в соответствии с требованиями меняющихся обстоятельств.

Семейная поведенческая психотерапия

Семейная поведенческая терапия как свой основной принцип видит подкрепление поведения последствием, из чего следует, что паттерн поведения сопротивляется изменениям во всех случаях, кроме тех, когда возникнут более благоприятные последствия. Представителей этого направления интересует анализ последовательности поступков. За основу берётся положение, что удовлетворённость в браке в значительно большей степени обусловлена отсутствием взаимных фрустраций, нежели объёмом доставляемых друг другу удовольствий.

Одной из наиболее часто применяемых техник является поведенческий тренинг родителей. Процесс психотерапии начинается с того, что терапевт переформулирует представления клиента о сущности проблемы и возможных путях её решения. Поведенческие психотерапевты одними из немногих не приглашают всю семью на лечение, а лишь ребёнка и кого-нибудь из родителей. Поведенческий тренинг родителей преследует цель повышения их компетентности в вопросах воспитания детей, распознавания и модификации паттернов эмоционально-поведенческого реагирования.

Наиболее популярны следующие техники работы:

- формирование (shaping) – достижение желаемого поведения небольшими порциями через последовательное подкрепление;
- жетонная система – использует деньги или очки в качестве вознаграждения детей за успешное поведение;
- контрактная система – включает в себя соглашение с родителями об изменении их поведения синхронно с изменением поведения ребёнка;
- обмен изменениями за вознаграждение;
- прерывание (timeout) – наказание в виде изоляции.

Семейная поведенческая психотерапия – это один из самых популярных методов ввиду своей простоты и экономности, хотя часто терапевтические изменения оказываются односторонними или кратковременными.

Также используют следующие техники: заключение супружеских контрактов, коммуникативные тренинги, конструктивный спор, приёмы решения проблем и т. д. В настоящее время многие специалисты используют интегративный подход, сочетая чаще всего методы когнитивно-поведенческой терапии и системной психотерапии.

В основе контракта лежит соглашение, в котором супруги чётко определяют свои требования в терминах поведения и взятые на себя обстоятельства. При формулировании требований рекомендуется использовать следующий порядок: общие жалобы, далее их конкретизация, далее положительные предложения, наконец, договор с перечислением обязанностей каждого из супругов.

Семейная коммуникативная терапия

Семейная коммуникативная терапия выделилась из направления Пало Алто. Ведущими представителями её являются П. Вацлавик, Д. Джексон и другие. Целью семейной коммуникативной терапии являются изменение способов коммуникации, или «сознательные действия с целью изменить плохо функционирующие образцы интеракций». Сначала представители этого направления, например, Вирджиния Сатир, ставили целью просто улучшение коммуникации в семье, затем эта идея сузилась до изменения именно тех способов коммуникации, которые поддерживают симптом. Основными группами техник семейной коммуникативной терапии являются: обучение членов семьи правилам ясной коммуникации; анализ и интерпретация способов коммуникации в семье; манипуляция коммуникацией в семье с помощью разных приёмов и правил. Этот вид семейной психотерапии не смог утвердиться как высокоэффективный метод.

Семейная психотерапия, основанная на опыте

Семейная психотерапия, основанная на опыте, уходит корнями в экзистенциально-гуманистическую философию. Подобно структурному и стратегическому подходам, в ней делается акцент на настоящем, а не на прошлом. Но, в отличие от них и подобно психоанализу, имеет дело преимущественно с от-

дельными членами семьи, которых обучают делиться друг с другом личным опытом. Несмотря на то, что основное внимание уделяется отдельным индивидам, семейная психотерапия, основанная на опыте, считается системной.

Выдающимися представителями этого направления были Карл Витакер, Вирджиния Сатир и другие. Основное внимание они уделяли личностному росту, а не изменению дисфункциональных взаимодействий или устранению симптомов. Личностный рост предполагает автономию и свободу выбора. Рост происходит тогда, когда каждый член семьи способен переживать настоящее и, более того, делиться своими переживаниями с другими. Задача психотерапевта – помочь членам семьи в выражении своих переживаний максимально честно и открыто. Их учат не столько обсуждать проблемы или симптомы друг друга, сколько делиться своим личным опытом.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения понятию «семейный стресс».
2. Назовите психологические модели и теории семейного стресса.
3. Виды стрессоров по К. Олдвин.
4. Классификация семенных стрессов по СР. Картер.
5. Назовите источники возникновения семейного стресса внутри супружеских отношений.
6. Дайте определение понятий: «копинг-стратегии» «копинг-ресурсы».
7. Рассмотрите концепцию диадического совладения со стрессом Д. Терри и Т. Ревенсон.
8. Рассмотрите эффективность совладающего со стрессом поведения: кратковременные и долговременные последствия.
9. Назовите виды совладания со стрессом в семьях разного типа.
10. Выделите основные факторы устойчивости семьи к стрессу.
11. Дайте характеристику известным Вам методам и методикам по изучению семейного стресса.
12. Назовите основные подходы к управлению семейным стрессом.

Задания для самостоятельной работы

Задание №1

Рассмотрите проблему диагностики и коррекции ролевых конфликтов.

Для выполнения данного задания составьте конспект статьи П. П. Горностаев «Диагностика и коррекция ролевых конфликтов» // Журнал практического психолога. – 1999. – № 1. – С. 44-51.

Задание №2

Подберите ряд методик для изучения семейных отношений в супружеских и детско-родительских системах. Дайте краткую характеристику выбранным методикам.

Для выполнения данного задания можно ознакомиться с методиками, представленными в книге Лидерс А. Г. (Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений / А. Г. Лидерс. М., 2007).

Задание №3

Рассмотрите соотношение понятий «семейный стресс» и «семейный кризис», а также «нормативный кризис» и «ненормативный семейный кризис».

Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с работой Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. М., 2006.

Задание №4

Напишите реферат на одну из предложенных тем:

1. Возрастные переживания ребенка в период развода родителей.
2. Стрессовые ситуации в период брачного ухаживания.
3. Разрешение стрессовых ситуаций в семье с позиции различных теоретических подходов.

Литература

1. Гринберг, Дж. Управление стрессом [Текст] / Дж. Гринберг. 7-е изд. СПб., 2002.
2. Крюкова, Т. Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними [Текст] / Т. Л. Крюкова, В. М. Сапоровская, Е. В. Куфтяк. М., 2005.
3. Лидерс, А. Г. Психологическое обследование семьи [Текст] : учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений / А. Г. Лидерс. М., 2007.
4. Маданес, К. Системная семейная психотерапия [Текст] / К. Маданес. М., 1999.
5. Минухин, С. Техники семейной терапии [Текст] / С. Минухин, Ч. Фишман. М., 1998.
6. Олифинович, Н. И. Психология семейных кризисов [Текст] / Н. И. Олифинович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. М., 2006.
7. Пэпп, П. Семейная терапия и её парадоксы [Текст] / П. Пэпп. М., 1998.
8. Системная семейная психотерапия [Текст] / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб., 2002.
9. Фурманов, И. А. Психологическая работа с детьми, лишенными родительского попечительства [Текст] : Книга для психологов / И. А. Фурманов, А. А. Аладьин, Н. В. Фурманова. – М., 1999.
10. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. СПб., 2006.
11. Эйдемиллер, Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. СПб., 1999.

Глава 4. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

4.1. Феноменология посттравматического стресса

Феноменология посттравматического стресса описана в работе Н. В. Тарабриной [10]. По словам автора, ситуации, которые характеризуются сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него *травматический стресс*, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в *посттравматическом стрессовом расстройстве* (ПТСР), возникают как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью.

Некоторые из известных исследователей стресса, такие как Лазарус, являясь последователями Г. Селье, 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 (1944) и синдрома стрессовой реакции Горовица (1986) часто приводятся как пример расширения концепции классической теории стресса. Однако 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 перенесших психическую травму 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 термины стресс для обозначения непосредственной реакции на

стрессор и посттравматические психические нарушения для отсроченных последствий травматического стресса.

Различия между исследованиями в области стресса и травматического стресса носят методологический характер. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также оценке степени травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности.

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

Хобфолл (1988) предложил точку зрения, которая может послужить связующим элементом между концепциями стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражается в идее тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, который заключается в консервации адаптационных ресурсов. Похожая точка зрения высказана Кристэлом (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.

Другие термины, описывающие экстремальную реакцию на тотальный стресс, – диссоциация и дезорганизация. Выражаясь метафорически, два подхода: стресс и травматический стресс – включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и нормальности, а с другой – разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии.

Травматический стресс – особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим, т. е. вызывает психологическую тревогу. Далеко не каждое событие способно вы-

звать травматический стресс [11].

Психологическая травма возможна, если:

- произошедшее событие осознаваемо, т. е. человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- пережитое разрушает привычный образ жизни.

Посттравматические стрессовые нарушения

Посттравматические стрессовые нарушения описаны в работе Е. М. Черепановой [11]. По словам автора, в Международной классификации психических нарушений, травматический стресс определяется как комплекс реакций, когда:

1. Травматическое событие упорно переживается вновь и вновь. Это может происходить в различных формах:

- повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли или представления;
- повторяющиеся кошмарные сны о событии;
- действия или чувства, соответствующие переживаемым во время травмы;
- интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающим (символизирующим) травматическое событие;
- проблемы со сном (бессонница или прерывистый сон);
- раздражительность или вспышка гнева;
- нарушение памяти и концентрации внимания;
- сверхбдительность;
- преувеличенное реагирование (при малейшем шуме, стуке и т.п. человек вздрагивает, бросается бежать, громко кричит и т. д.).

Итак, человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события резко отличались от всего предыдущего опыта и причинили настолько сильные страдания, что человек отвечал на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации, естественно, стремится смягчить дискомфорт: человек коренным образом

меняет свое отношение к окружающему миру, стараясь сделать свою жизнь хоть немного легче, а это, в свою очередь, вызывает психическое напряжение.

Когда же у человека нет возможности разрядить возникшее внутреннее напряжение, его тело, его психика находят способ «сжиться» с ним, приспособиться к нему. Так же человек приспосабливается к своей болезни – бережет больную руку, не наступает на больную ногу. Его походка становится не совсем естественной, появляется хромота. Как хромота является симптомом, что человек приспособился к своей больной ноге, так и симптомы травматического стресса, которые иногда выглядят как психическое отклонение, на самом деле не что иное, как способы поведения, связанные с пережитыми событиями [11].

4.2. Психологические модели и теории посттравматического стресса

Психологические модели и теории посттравматического стресса описаны в работах Н. В. Тарабриной [10]. По словам автора в настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

К психологическим моделям можно отнести психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни. Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления состояния посттравматического стресса (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и успешностью последующей адаптации.

Было установлено, что, возможно, наиболее эффективными являются две стратегии: 1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы; 2) осознание носителем травматического опыта значения травматического события.

Первая из этих стратегий была использована при разработке психодинамических моделей, описывающих процесс развития ПТСР и выхода из него как поиск оптимального соотношения между патологической фиксацией на травмирующей ситуации и ее полным вытеснением 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 неременным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в часть собственного бытия субъекта.

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР – когнитивная оценка и переоценка травмирующего опыта – отражен в когнитивных психотерапевтических моделях. Авторы этих моделей 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, 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.

Наконец, значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих, для успешного преодоления ПТСР 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 группы близких людей. При этом последний фактор влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени.

В ряде отечественных публикаций, связанных с проблемами адаптации афганских ветеранов после возвращения домой, подчеркивалось, насколько сильно мешают ситуации непонимания, отчужденности, неприятия окружающими 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, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводили 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.

До недавнего времени в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения посттравматических стрессовых 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, если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то 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 диагностической методики, 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 невозможным 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. Питмэном была предложена теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей, в основе которой лежит теория Ланге. 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 Питмэном, 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.

Результаты нейрофизиологических и биохимических исследований последних лет стали основой для биологических моделей ПТСР. В соответствии с ними патогенетический механизм ПТСР обусловлен нарушением функций эндокринной системы, вызванным запредельным стрессовым воздействием.

К комплексным моделям патогенеза относятся теоретические разработки, учитывающие и биологические, и психические аспекты развития ПТСР. Этим условиям наиболее соответствует нейропсихологическая гипотеза L. Kolb, который, обобщив данные психофизиологических и биохимических исследований у ветеранов войны во Вьетнаме, указывает на то, что в результате чрезвычайно-

го 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.

Симптомы ПТСР проявляются, как уже упоминалось, в течение нескольких месяцев с момента травматизации; в первые дни и часы после травмы часто преобладает психологический шок или состояние острого стресса. В значительном количестве случаев затем наступает спонтанное излечение: в течение 12 месяцев после травмы одна треть пострадавших избавляется от симптомов стресса и постстрессового расстройства, а спустя 4 года после травматизации у половины пострадавших наблюдается полное отсутствие жалоб.

Эти данные заставляют задаться вопросом: насколько неизбежно развитие ПТСР, каковы факторы, детерминирующие его возникновение?

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 мульти-факторная концепция, разрабатываемая А. Мэркером.

Он предлагает этиологическую мультифакторную концепцию, с помощью которой делает попытку объяснить почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие – нет. 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; так, показано, что те, кто имеет

возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);

- факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социально-экономический уровень [10].

4.3. Психодиагностика посттравматического стресса

Психодиагностика посттравматического стресса может осуществляться при помощи различных методик, каждая из которых имеет свои задачи. Больше количество методик представлено в работе В. Н. Тарабриной [10].

Шкала клинической диагностики CAPS разработана в двух вариантах (Weathers F. W. et al., 1992; Weathers F. W., 1993). Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение методики не только дает возможность оценить по пятибальной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers F. W., Litz B. T., 1994; Blake D. D., 1995).

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и

общую интенсивность симптомов. Если возможно, желательно использовать шкалу *CAPS-1* в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими). Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома – 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома.

Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС). Первый вариант ШОВТС (*Impact of Event Scale – IES*) был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавторами (Horowitz M. J., Wilner N. et al., 1979). Созданию этой шкалы предшествовали эмпирические исследования Горовица. Первое было посвящено изучению взаимосвязи воображения и стрессовых расстройств, которое показало, что навязчивые образы сопутствуют травматическому опыту. Второе его исследование было направлено на анализ симптомов и поведенческих характеристик для поиска стратегий индивидуального лечения в зависимости от различных стрессоров, таких как болезнь, несчастный случай, утрата любимого человека. Эта работа привела к созданию опросника *IES (Impact of Event Scale)*. Опросник состоит из 15 пунктов, основан на самоотчете и выявляет преобладание тенденции избегания или вторжения (навязчивого воспроизведения) травматического события.

Следующий этап исследований заключался в выявлении, клиническом описании и проверке противостояния этих двух тенденций в процессе краткой терапии. Результаты исследований привели Горовица к теоретическим представлениям о существовании двух наиболее общепринятых специфических категорий переживаний, возникающих в ответ на воздействие травматических событий.

К первой категории относятся симптомы вторжения – термин «вторжение» (*intrusion* – англ.) иногда переводится как «навязывание» – включающие ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли. Ко второй категории относятся симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности. Основываясь на своих взглядах по поводу реагирования на травматиче-

ские стрессоры, Горовиц (Horowitz M. J., 1976) определил реакции, которые входят в сферу вторжения и избегания. Эти симптомы являлись первоначальной областью измерений *IES*. Анализируя связи между травматическими жизненными событиями и последующими психологическими симптомами, которые могли проявляться в течение долгого времени, Горовиц с соавторами отметили, что зачастую изучение этих реакций смешивалось либо с экспериментальными физиологическими измерениями, либо с самоотчетом по более общим показателям тревожности, определяемым, например, с помощью шкалы тревоги, разработанной Тейлор (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) (Taylor J. A., 1953).

Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane T. M., et al., 1987, 1988). В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликкерта. Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соотносятся с критериями *DSM*: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 – избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ, который может применять в консультативных и коррекционных целях.

Опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory – BDI*)

В мировой психологической практике при обследовании лиц, переживших экстремальные, стрессовые ситуации, используется большой психометрический методический комплекс, по результатам применения которого можно

судить об особенностях психологического состояния обследуемых субъектов. Опросник депрессивности Бека является важной составляющей этого комплекса, показавшей свою диагностическую значимость при работе с лицами, пережившими травматический стресс. *BDI* предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от не депрессивных психиатрических пациентов.

Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 утверждение, каждое из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение невезучести; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11 раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфофобия; 15) трудности в работе; 16) бессонница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря в весе; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения.

В настоящее время опросник депрессивности Бека широко применяется в клиничко-психологических исследованиях и в психиатрической практике для оценки интенсивности депрессии.

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей. Использование метода полуструктурированного интервью имеет ряд преимуществ и, по сравнению с анкетами, заполняемыми письменно, увеличивает точность измерения, поскольку именно непосредственное общение между психологом и испытуемым во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия. Вообще, дети имеют тенденцию отвечать более точно, когда психолог задает соответствующие вопросы исследования и когда они могут задавать ему вопросы, если возникает неясность в понимании какого-либо пункта.

Интервьюирование детей является более эффективным по сравнению с анализом данных, полученных от родителей (опекунов), преподавателей, воспитателей и других взрослых, поскольку эти данные зачастую касаются только видимых проявлений травматической реакции. Более того, взрослые сами могут быть соучастниками травматической ситуации и поэтому зачастую скрывают или преуменьшают травматическую симптоматику. Кроме того, следует отметить, что, по мнению некоторых исследователей, индивидуальные интервью с детьми, пережившими травматические случаи, могут иметь терапевтическое влияние.

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей. Использование самозаполняемых анкет позволяет охватить большее количество семей, чем метод интервью, так как не требует непосредственного присутствия психолога при ее заполнении. Кроме того, этот способ позволяет охватить те категории родителей, которые не проявляют достаточной социальной активности (не приходят в школу или не посещают сами психолога), так как анкета может быть передана в этом случае через ребенка.

Анкета имеет следующие шкалы: 1) немедленное реагирование); 2) навязчивое воспроизведение; 3) избегание; 4) возросшая возбудимость; 5) нарушения функционирования.

4.4. Пути коррекции посттравматического стресса

По словам Н. В. Тарабриной в настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результат лечения. Автор отмечает, что одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы [10].

В этом процессе можно выделить психотерапевтический, психофармакологический и реабилитационный аспекты.

Психофармакологическая терапия определяется особенностями клинической картины, ведущими в данный момент психопатологическими симптомами.

Устраняя наиболее острые из них, психофармакотерапия облегчает проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий.

Психотерапия ПТСР. представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, поскольку необходимо осуществить реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. При этом психотерапия направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире.

Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории.

Групповая терапия – наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Часто она проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций относительно того, какой вид групповой терапии является более предпочтительным. Предлагаются отличные друг от друга направления: 1) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний; 2) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой.

Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе А. Allen и S. L. Bloom (1994).

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение определенных терапевтических целей:

- разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс);

- снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;

- работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;

- избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

- обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание;

- прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;

- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект;

- возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства);

- развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом; преодоление чувства собственной малоценности – «мне нечего предложить другому»;

- возможность узнать о жизни других членов группы и смещение, таким образом, фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;

- уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю;

– возможность работы с «секретом» – делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста);

– укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений;

– принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом;

– получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) психотерапия ПТСР. Центральное место в этой форме психотерапии посттравматического стресса отводится конфронтации пациента с травматическими образами воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения.

Существует несколько вариантов применения поведенческой терапии для лечения ПТСР. Наиболее известными на сегодня являются техники «вскрывающих интервенций» (*Exposure-Based Interventions, EBI*) и десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движений глаз (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR*), призванные помочь пациенту справляться с ситуациями, вызывающими страх; а также тренинг преодоления тревоги (*Anxiety Management Training, AMT*), в ходе которого он учится контролировать свое чувство тревоги с помощью специальных навыков.

Техника вскрывающих интервенций (EBI). Основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Из этого следует, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям (в воображении или непосредственно) должно приносить терапевтический эффект. Таким образом, метод заключается в том,

чтобы помочь пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать.

Разные авторы, например А. Аллен, Б. Литц с соавт., Р. Питмэн с соавт., С. Соломон (Allen A., 1994; Litz B. T. et al., 1990; Pitman et al., 1991; Solomon S. D. et al, 1992) отмечают, что данная терапия противопоказана клиентам со следующими особенностями:

- отсутствие флэшбэков;
- злоупотребление наркотическими препаратами и алкоголем;
- кризисные состояния (например, при риске суицида);
- имеющийся неэффективный опыт прохождения данной терапии;
- выгода от заболевания;
- неумение «включать» свое воображение;
- отсутствие повторяющихся симптомов;
- неспособность выдерживать реакцию сильного возбуждения;
- психотические расстройства.

При проведении этой терапии подчеркивается важность мотивации на лечение. Пациенту следует оказывать интенсивное содействие психотерапевту, а терапевт должен быть уверен в том, что лечение безопасно для пациента и он имеет достаточный ресурс для успешного «погружения» в терапевтическую работу.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR). Метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г. (Шапиро Ф., 1998), в настоящее время вызывает наибольшее число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности достигалось улучшение состояния в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов.

Сама же Шапиро предостерегает от завышенных оценок степени эффективности метода. *EMDR* – это вариант техники «вскрывающих интервенций»

(ЕВГ), дополненной движениями глаз пациента. Терапия состоит из следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (общее для EMDR и ЕВГ) и направляемых терапевтом саккадических движений (саккады – быстрые, строго согласованные движения глаз, происходящие одновременно и в одном направлении. На записи имеют вид вертикальных прямых тонких линий).

Пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например: «беспомощен» или «Я ничего не контролирую» и т. д.). Затем пациента просят представить травматическую сцену в более «сжатом» виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущимся на расстоянии 30-35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания.

Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например: «Я сделал лучшее из того, что мог», «Все в прошлом» и т. д.).

Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса (*Subjective Units of Distress scale, SUD*), после чего принимает решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура повторяется до тех пор, пока балл по SUD не опустится до 1 или 2.

Несмотря на сообщения об успешных случаях лечения ПТСР методом EMDR, эти результаты считаются довольно субъективными, поскольку многие авторы не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно было бы измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур (Acierno R. et al., 1994; Boudewyns P. A. et al., 1993; Jensen J. A., 1994; Lohr J. M. et al., 1993).

Тренинг преодоления тревоги (АМТ). Включает множество разнообразных процедур, в том числе технику «биологической обратной связи»

(*biofeedback*), релаксационные методы, когнитивное переструктурирование и т. д. Последнее служит, помимо прочего, для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений; сюда относятся: 1) тренировка приостановки мыслей в случае настойчиво возникающих воспоминаний; 2) опознание иррациональных мыслей; 3) заучивание адекватной модели поведения; 4) когнитивное переструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов.

Психодинамическая психотерапия ПТСР. В своих теоретических основаниях восходит к концепции психической травмы З. Фрейда, которая представлена в его относительно поздних работах. Согласно этой концепции, помимо невыносимых травматических внешних воздействий, следует выделять неприемлемые и невыносимо интенсивные побуждения и желания, т. е. внутренние травмирующие факторы. При этом травма становится неотъемлемой составной частью истории жизни как истории развития побуждений и жизненных целей. Фрейд предлагал различать два случая: травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имевшуюся в преморбиде невротическую структуру; травма детерминирует возникновение и содержание симптома. При этом повторение травматических переживаний, постоянно возвращающиеся ночные кошмары, расстройство сна и т. п. можно понять как попытки «связать» травму, отреагировать ее.

В последующие десятилетия психоаналитическая концепция травмы претерпевает ряд изменений. Так, в работах А. Фрейд (1989,1995), Д. Винникота (1998) и др. подчеркивается роль отношений между матерью и ребенком и радикально пересматривается характер и смысл понятия психической травмы.

Дальнейшее развитие эти взгляды получили в трудах английского психоаналитика М. Хана (1974), предложившего понятие «кумулятивная травма». Он рассматривал роль матери в психическом развитии ребенка с точки зрения ее защитной 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 его рождения до подросткового воз-

раста в тех сферах жизни, где он 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.

Таким образом, в русле психодинамического понимания травмы можно выделить три различные интерпретации самого термина: 1) психическая травма как экстремальное событие, ограниченное во времени (т. е. имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта; 2) «кумулятивная травма», возникающая в онтогенезе из множества незначительных психотравматических событий; 3) психическая травма развития как результат неизбежных фрустраций потребностей и влечений субъекта. В рамках данной работы мы будем иметь в виду первое значение термина и обращаться лишь к тем работам, которые оперируют с понятием травмы в данном значении.

В настоящее время новое истолкование в русле психодинамического подхода получают предложенные когда-то Фрейдом «энергетические» представления о травме: современные авторы предлагают заменить понятие «энергия» на понятие «информация». Последнее обозначает как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (Horowitz M. J., 1998; Lazarus R. S., 1966). Благодаря этому происходит сближение когнитивно-информационного и психодинамического взглядов на травму.

Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Информация, будучи подверженной воздействию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом син-

дроме принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и со-владеющего поведения.

Вследствие травматического опыта у человека актуализируется конфликт между старым и новым образами «я», который порождает сильные негативные эмоции; чтобы избавиться от них, он пытается не думать о травме и ее реальных и возможных последствиях, в результате травматические восприятия оказываются недостаточно переработанными.

Тем не менее вся информация сохраняется в памяти, причем в достаточно активном состоянии, вызывая произвольные воспоминания. Однако, как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти (Horowitz M. J., 1986).

Эта теория концентрируется на таких симптомах ПТСР, как отчуждение и ощущение «укороченного» будущего. Кроме того, данный подход предлагает объяснение флэшбэков и симптомов избегания. Под когнитивной схемой здесь понимается сохраняемый в памяти информационный паттерн, который регулирует и организует восприятие и поведение.

В клинической психологии такой паттерн обозначается термином «схема «я»», которая распадается на различные составляющие (схемы, образы «я», роли); сюда же относятся и схемы значимого другого/значимых других и мира в целом (мировоззрение).

Измененные когнитивные схемы связаны с так называемыми дисфункциональными когнициями, т. е. измененными установками или «ошибками мышления», ведущими к искаженной переработке информации. Под воздействием травмы эти схемы могут изменяться, в первую очередь – схемы «я» и схемы ролей (Horowitz M. J., 1986;).

После травмы изменяется образ «Я» и образы значимых других; эти измененные схемы остаются в памяти до тех пор, пока восприятие и переработка дальнейшей информации не приводят к интеграции измененных схем в состав старых, оставшихся незатронутыми травмой.

Например, прежде уверенный в себе активный человек в результате травмы внезапно ощущает себя слабым и беспомощным. Его представление о себе после травмы можно сформулировать так: «Я – слабый и ранимый». Это представление вступает в конфликт с его прежним образом «я»: «я – компетентный и стабильный».

Травматически измененные схемы будут оставаться в активном состоянии до тех пор, пока человек не окажется в состоянии принять тот факт, что он временами может быть также слабым и ранимым. Пока активированные измененные схемы не интегрированы в образ «я», они порождают флэшбэки и сильное эмоциональное напряжение. Для снижения его включаются в действие, согласно Горовицу, процессы защиты и когнитивного контроля, например в форме избегания, отрицания или эмоциональной глухоты. Всякий раз, когда когнитивный контроль не срабатывает в полной мере, травма переживается заново как вторжение (флэшбэк), что, в свою очередь, ведет к эмоциональному напряжению и к новому избеганию или отрицанию. Восстановление после травмы, по мнению Горовица, происходит лишь вследствие интенсивной переработки травматически измененных когнитивных схем.

Эмпирические исследования достаточно убедительно свидетельствуют в пользу теории М. Горовица. Так, методом контент-анализа категорий, встречающихся в высказываниях пациентов – жертв дорожно-транспортных происшествий и криминальных действий, – были выявлены наиболее частотные темы: фрустрация по поводу собственной уязвимости, самообвинения, страх перед будущей потерей контроля над чувствами (Krupnick J. L., Horowitz M. J., 1981).

Была обследована группа женщин, подвергшиеся изнасилованию – их высказывания удалось сгруппировать следующим образом: измененный образ другого; измененный образ себя; изменившиеся близкие отношения; изменившееся чувство уверенности; самообвинения (Resick P. A., Schnicke M. K., 1991).

Интенсивность постстрессового синдрома, согласно Горовицу, определяется тем, насколько сильно выражена, во-первых, тенденция к вторжению непроизвольных воспоминаний, во-вторых, тенденция к избеганию и отрицанию.

Основная задача психотерапии заключается в том, чтобы снизить чрезмерную интенсивность обоих этих процессов.

Сначала необходимо подчинить контролю возникшее после травматизации экстремальное психическое состояние, а затем встает задача интегрировать травматический опыт в целостную систему представлений о себе и мире, тем самым уменьшится острота конфликта между старыми и новыми представлениями. Общая цель терапии – не осуществление всеобъемлющего изменения личности пациента с ПТСР, а достижение когнитивной и эмоциональной интеграции образов «я» и мира, позволяющей редуцировать постстрессовое состояние.

Для пациентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием ими на себя роли реципиента психотерапевтической помощи. Перечислим причины, обуславливающие эти трудности:

1) пациенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». Это стремление также стимулируют и ожидания окружающих, которые считают, что пациенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако это предположение пациентов, естественно, не оправдывается;

2) собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: пациенты остаются убежденными в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т. д.), и последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля;

3) посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но пациент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности);

4) некоторые пациенты борются за получение правовой и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого права на нее.

Исходя из этого, психотерапевту уже при самом первом контакте с пациентом, страдающим ПТСР, следует стремиться к достижению следующих целей: созданию доверительного и надежного контакта; информированию пациента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; под-

готовке пациента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности к необходимости вернуться вновь к болезненным травматическим переживаниям.

Д. Хаммонд (Hammond D. C, 1990) предлагает использовать метафору «выправление перелома» или «дезинфицирование раны», чтобы подготовить пациента к болезненному столкновению с травматическим опытом. Вот что он говорит: «Работа, которую нам предстоит проделать на следующих сеансах, похожа на то, что происходит, когда ребенок сломал ногу или взрослый получил болезненную инфицированную рану, требующую антисептической обработки. Врач не хочет причинять пациенту боль. Однако он знает, что, если он не выправит перелом или не дезинфицирует рану, пациент будет в конечном итоге дольше страдать от боли, станет инвалидом и никогда больше не сможет нормально передвигаться. Врач тоже испытывает боль, причиняя больному страдания, когда он составляет переломанную кость или прочищает рану. Но эти необходимые действия врача – проявление заботы о больном, без которой невозможно излечение. Точно так же воспроизведение пережитого при травме может быть очень болезненным, подобно дезинфицированию раны. Но после этого боль станет меньше и может прийти выздоровление» (Maercker A., 1998).

Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность пациента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается пациентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению усилий со стороны пациента бороться за свое выздоровление.

Эмпатичный терапевт поощряет пациента к рассказу об ужасных событиях, не отвлекаясь и не соскальзывая на побочные темы и не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значения спонтанно возникших тем и не отклоняет разговор в те области, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом.

В противном случае у пациента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и он будет чувствовать себя непонятым.

Терапевтические отношения с пациентом, у которого имеется ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

- Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.
- Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).
- Создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии.
- Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности пациента в безопасности.
- До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
- Обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента [10].

Контрольные вопросы

1. Дайте определения понятий: *психическое напряжение, эмоциональный дистресс, кризисная ситуация, модуляция аффекта, алекситимия, диссоциация, дезорганизация, стрессогенность, травматогенность, «флэшбэк»-эффект, психический коллапс, замораживание аффекта, инкапсуляция травмы, патогенез.*
2. Назовите факторы (критерии), определяющие наличие у клиента посттравматических стрессовых нарушений.
3. Перечислите основные психологические модели и теории посттравматического стресса.

4. Каковы особенности посттравматического стресса у детей.
5. Назовите методы и методики диагностики посттравматического стрессового расстройства.

Задания для самостоятельной работы

Задание №1

Рассмотрите соотношение понятий «психологическая травма», «травматический стресс», а так же «посттравматический стресс» и «тотальный стресс».

1. Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с работами:

- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.
- Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976.
- Справочные издания по психологии и психотерапии.

Задание №2

Заполните таблицу:

Таблица

Психологические модели и теории посттравматического стресса

Модели и теории; авторы моделей и теорий	Основные положения относительно возникновения ПТСР	Основные положения относительно коррекции ПТСР	Технические приемы, используемые при работе с клиентами

Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с работами:

- Гринберг Дж. Управление стрессом. 7-е изд. – СПб.: Питер, 2002.
- Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
- Справочные издания по психологии и психотерапии.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.

Задание №3

Составьте каталог исследований проведенных за последние 5 лет, по проблеме возникновения, сохранения и механизмов функционирования посттравматического стресса.

Для выполнения данного задания необходимо ознакомиться с содержанием ведущих психологических периодических изданий за указанный период и составить каталог, включая в него последующие разделы: год проведения исследования, тема, авторы работы, место издания, издательство, год издания и номера страниц, на которых напечатана статья.

Задание № 4

Напишите реферат на одну из предложенных тем:

1. Отечественные и зарубежные подходы к решению проблем посттравматического стресса.
2. Стратегии преодоления посттравматического стресса у детей.
3. Личностные и поведенческие факторы, способствующие купированию посттравматического стресса.
4. Актуальные проблемы теории и практики управления посттравматическим стрессом.

Литература

1. Александровский, Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация [Текст] / Ю. А. Александровский. М. : Наука, 1976. 270 с.
2. Величковский, Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Величковский Б. Б. М., 2007.
3. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса [Текст] / Н. Е. Водопьянова. СПб. : Питер, 2009.
4. Гринберг, Дж. Управление стрессом [Текст] / Дж. Гринберг. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.

5. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса [Текст] / Л. А. Катаев-Смык. М. : Наука, 1983. 368 с.
6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. СПб. : Питер, 2001.
7. Черепанова, Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку [Текст] / Е. М. Черепанова. М., 1997.

Учебное издание

ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Уральский государственный педагогический университет.
620017 Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26.
E-mail: uspu@uspu.me