

**Материалы лекций
по курсу «Основы кризисной психологии»**

**для слушателей ИПК и ПК заочной формы обучения
специальности «Практическая психология»**

Составитель: старший преподаватель И. А. Пылишева

Тема 3 ТЕОРИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

- 1 История создания теории
- 2 Этиология
- 3 Симптоматика
- 4 Психологические последствия продолжительного жестокого обращения

Современное представление о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложилось окончательно к 80-м годам XX века, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

Первое систематическое описание психических расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, было сделано в 1867 г. английским хирургом Д.Е. Эриксоном в работе «Железнодорожная травма и другие травмы нервной системы», где он описал ряд симптомов психического расстройства, которые наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорожной катастрофы. В течение многих недель после события эти больные испытывали постоянное ощущение «душевного дискомфорта», страдали расстройством сна с тяжелыми сновидениями, связанными с несчастным случаем. Объективно у них отмечались нарушения памяти и ослабление концентрации внимания. Перечисленные расстройства Эриксон пытался объяснить результатом «молекулярного поражения спинного мозга». Однако такой вывод не нашел в дальнейшем поддержки у ученых и практиков.

В 1889 г. немецкий невролог Н. Опенгейм ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами.

Последствия Первой мировой войны дали дополнительные материалы для развития представлений о психологических последствиях военной травмы. Так, С. Майер в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914—1919» ввел понятие «снарядный шок» — психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции на участие в боевых действиях у разных авторов назывались по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

А. Кардинер в 1941 г. провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он **впервые дал комплексное описание симптоматики**: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Э. Крепелин использовал **термин «невроз пожара»** для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Он же впервые обратил внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и рентные установки больных. Ученый считал обязательным при их реабилитации использовать парадоксальный подход, заключающийся в ограничении пенсий и пособий и скорейшем возвращении пострадавших к привычной работе.

Благодаря работам З. Фрейда в 20—30-е годы XX века в Европе произошло психоаналитическое осознание травматических неврозов.

Начиная с 40-х годов центр изучения данной проблемы переместился в США. Так, Е. Линдеман предложил для определения расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, использовать **понятие «патологическое горе»**. Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преувеличенно выражен или, наоборот, мало заметен.

В дальнейшем исследования таких ученых, как Р. С. Леопольд, Н. Диллон, В. Г. Нидерлэнд, Р. И. Лифтон, обнаружили следующие психологические расстройства: навязчивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, которые были определены как «синдром выживших». Ученые вводят **понятие «синдром изнасилованных»**, определяя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в определенные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию.

К концу 70-х годов был накоплен значительный материал, который показал, что у пострадавших, несмотря на различный характер событий, вызвавших психическую травму, наблюдается целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из нозологических форм в целом эти расстройства не соответствовали, М. Горовиц предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство». С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру.

Этиология. В основе этиологии ПТСР, по мнению большинства исследователей этого вопроса, лежит психическая травма, событие, способное вызвать психический стресс. Во всех случаях событие, ставшее причиной психической травмы, — экстраординарно для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности. Посттравматический стресс — это реакция организма на событие, которое выходит за границы нормального человеческого опыта. Более кратко это определение звучит следующим образом: ***Посттравматический стресс есть нормальная реакция на ненормальную ситуацию (ненормальные обстоятельства).***

Существует список ситуаций, приводящих к ПТСР.

Природные:

- а) климатические (ураганы, смерчи, наводнения);
- б) сейсмические (землетрясения, извержения вулканов).

Вызванные человеком:

несчастные случаи:

- а) на транспорте (дорожном, железнодорожном, водном, авиа);
- б) в промышленности;
- в) взрывы (химические, на шахтах, военных складах);
- г) пожары (ожоги, удушение дымом);
- д) биологические (вирусные, бактериологические, токсемии);
- е) химические (токсические газы, жидкости, твердые вещества);
- ж) ядерные (радиация, радиоактивное загрязнение);

умышленные действия:

- а) терроризм;
- б) бунты, мятежи, социальные волнения;
- в) войны.

Травматическая ситуация становится событием, травмой в зависимости от диспозиционных факторов, в первую очередь от характера восприятия и оценки события самим человеком. Опасность совершенно необязательно должна быть реальной, она может существовать в воображении человека. Например, радиация как реальная опасность и радиофобия. Характер их воздействия на психику человека может быть практически одинаково болезнен, и психологическая помощь необходима как в одном, так и в другом случае. Усиливает травмирующее воздействие ситуации психическая и физическая слабость жертвы.

В развитии посттравматических стрессовых расстройств важную роль играют следующие ситуационные факторы: внезапность и неожиданность стресса (взрывы, катастрофы, стихийные бедствия); жестокость происходящего (при военных действиях или нападениях террористов); недостаточная социальная поддержка.

Число людей с психическим расстройством может быть значительно больше, чем число непосредственно пострадавших, так как стрессу подвергаются члены семей, свидетели, спасатели и т.д.

СИМПТОМАТИКА

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства наиболее полно представлены в классификации болезней DSM-III-R и DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder).

Событие. Посттравматическое стрессовое расстройство возникает в результате психической травмы. В основе психической травмы лежит ситуация, выходящая за рамки жизненного опыта, а потому не имеющая индивидуальных аналогов переработки. Таким образом, данная ситуация становится кризисным событием, из которого личность не видит выхода и попадает в состояние тяжелого стресса. Кризисная ситуация связана с угрозой жизни, здоровью, психическому равновесию как самого субъекта, так и его родственников, близких.

Группа повторного переживания. Психическая травма, вызвавшая ПТСР, повторно переживается пострадавшим в следующих формах (не менее одной):

- 1) повторные угнетающие мысли, связанные с «событием»;
- 2) постоянные или эпизодические угнетающие воспоминания о психической травме; у детей это могут быть повторяющиеся игры, в которых присутствует «событие»;
- 3) внезапное ощущение, что «событие» и то, что ему предшествовало, повторяется вновь (включая ощущения, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды «flashbacks»);
- 4) психологическое угнетение в случаях, когда текущие события напоминают или символически связаны с психической травмой, включая предметы, даты (годовщины) и т.д.

Группа избегания. Постоянное избегание того, что может ассоциироваться с «событием» или напоминать о нем, а также общая психическая заторможенность (не менее трех пунктов):

- 1) стремление уйти от мыслей или чувств, ассоциирующихся с психической травмой;
- 2) стремление избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминание о психической травме;
- 3) невозможность восстановить важные подробности, связанные с психической травмой;
- 4) значительная потеря интереса к ранее важным аспектам деятельности (у детей — утрата навыков речи и самообслуживания);
- 5) чувство отчуждения и безразличия к другим;
- 6) заметное снижение уровня положительных аффективных переживаний (невозможность испытывать чувство любви, радости);
- 7) неуверенность в будущем (невозможность сделать карьеру, вступить в брак, иметь детей или долго жить) — эффект укороченного будущего.

Группа общей психической возбудимости / заторможенности. Симптомы повышенной возбудимости, отсутствующие до психической травмы (не менее двух из следующих):

- 1) трудности с засыпанием или сном;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) снижение концентрации внимания, рассеянность;
- 4) повышенная осторожность, гипертрофированная бдительность;
- 5) повышенная пугливость (повышенная стартовая реакция на внезапный стук и т.п.).

Распространенность травматического стресса зависит от ряда факторов: частоты травматических событий, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, политических режимов.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Основным инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств по критериям DSM-TR, в том числе ПТСР, является **метод структурированного клинического интервью** — СКИД (SCID—Structured Clinical Interview for DSM-III-R). СКИД был опубликован в 1987 г. и с тех пор широко применяется врачами и психологами, как в клинической практике, так и в исследовательских целях.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоки вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым необходимым для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего (обзорного) опроса пациента на первом этапе исследования. Окончательный диагноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля.

Кроме основного инструмента (SCID) при диагностике ПТСР применяются следующие методики:

1 Миссисипская шкала (Mississippi Scale), позволяющая определить наличие PTSD-синдрома (Post-traumatic Stress Disorder) в 93% случаев и в 89% случаев — отсутствие этого синдрома.

2 Субшкала PTSD-синдрома, разработанная на базе MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Применение субшкалы MMPI выявляет до 82% случаев PTSD.

3 Опросник депрессии Бека.

4 Тест Спилберга для определения личностной и ситуативной тревожности.

5 Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale — IOES) Горовица, позволяющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выраженности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы или к избеганию всего связанного с ней. Шотландский психолог В. Юл представил свой опыт применения шкалы Горовица для 8-летних детей (1993).

6 **Локус контроля.** Шкала Дж. Роттера.

7 Для определения уровня развития способности к воображению обычно используется **опросник QMI** (Questionnaire Upon Mental imagery). Кроме способности к воображению он фиксирует выраженность стремления к поиску «острых» впечатлений («sensation seeking»).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Симптоматика последствий продолжительного жестокого обращения. Жестокое обращение, особенно в детстве, по-видимому, является одним из основных факторов, приводящих к тому, что человек становится психиатрическим пациентом. Большая доля (40—70%) взрослых психиатрических пациентов — это люди, пережившие жестокое обращение в детстве. В. Брайер (1988), изучивший психиатрических пациентов, сообщает, что у людей, переживших жестокое обращение в детстве, значительно чаще наблюдаются бессонница, сексуальные дисфункции, рассеянность, гнев, склонность к суициду, самоистязанию, употреблению наркотиков и алкоголизму, чем у других пациентов.

Физиологические симптомы (соматизация). Повторная травма усиливает и способствует распространению физиологических симптомов ПТСР. Хронически травмированные люди находятся в тревожном и возбужденном состоянии без каких-либо признаков базисного состояния спокойствия и комфорта. Они начинают жаловаться на бессонницу, реакции испуга и возбуждения, у них появляются многочисленные соматические симптомы. Чаще всего это головная боль, желудочно-кишечные нарушения, боли в брюшной полости, спине и почках. Перенесшие жестокое обращение часто жалуются также на дрожь, ощущение тошноты и рвоты. В клинических исследованиях лиц, переживших Холокост, было зафиксировано, что психосоматические реакции встречаются практически во всех случаях.

В клинической литературе также прослеживается связь между нарушениями соматики и травмами, полученными в детстве.

Диссоциация. Во время длительного заключения и изоляции некоторые узники развивают у себя способность к вхождению в состояние транса (обычно бывает только у людей, подверженных гипнозу), включая способность вызывать у себя положительные и отрицательные галлюцинации и диссоциировать личность, что проявляется в нарушении ощущения времени, памяти и концентрации внимания. Изменения в ощущении времени начинаются с облитерации будущего, но затем, постепенно, прогрессируют в облитерацию прошлого. Разрыв непрерывности между прошлым и будущим часто сохраняется даже после освобождения человека из заключения. Внешне у него все выглядит нормально, и, кажется, что он вернулся в обычное время, но психологически он продолжает

оставаться связанным с тем безвременьем, которое он ощущал во время пребывания в заключении.

У людей, переживших жестокое обращение в детстве, такие диссоциативные способности развиваются в самом экстремальном виде. Ученые зафиксировали **операции фрагментарного разума**, тщательно разработанные детьми, которые подвергались истязаниям, для того, чтобы сохранить иллюзию хороших родителей. Он отмечает установление изолированного разделенного разума, в котором находящиеся в противоречии изображения самого ребенка и его родителей никогда не соединяются.

Триада выжившего. Есть люди с сильной и безопасной системой веры, которые могут выдержать все тяготы длительного жестокого обращения и выйти из них целыми и невредимыми, с непоколебимыми убеждениями. Однако таких людей очень мало. В большинстве случаев у человека остается горечь ощущения, что он забыт и Богом, и людьми. Такие разрушительные психологические потери чаще всего приводят к состоянию устойчивой депрессии. Опыт продолжительной травмы образует то, что Нидерлэнд называет «триада выжившего»: бессонница, ночные кошмары и психосоматические жалобы. Диссоционные симптомы ПТСР сливаются с трудностями концентрации, вызванными депрессией. Паралич инициативы, являющийся следствием повторной травмы, соединяется с апатией и беспомощностью депрессии. Разрывы межличностных контактов, связанные с травмой, усиливают ощущение изоляции и удаленности (одиночества), ощущение вины и безнадежности.

Патологические изменения во взаимоотношениях. Методы установления контроля над другими людьми базируются на систематическом, повторяющемся нанесении психической травмы. Эти методы спланированы так, чтобы исподволь постепенно внушать человеку чувство страха и беспомощности, разрушать его самосознание и связи с другими людьми, а также воспитывать патологическую преданность преступнику. Хотя насилие является универсальным методом внушения страха, угроза смерти или серьезной травмы либо для самой жертвы, либо для кого-то из близких ей людей используется гораздо чаще, чем фактическое применение насилия. Страх усиливается из-за непредсказуемости вспышек насилия и из-за непоследовательного принуждения к использованию многочисленных тривиальных требований и мелких правил.

Кроме того, преступник ищет способ разрушить у жертвы ощущение автономии. Это достигается за счет контроля тела жертвы и его функций. Обычно в этих случаях человек лишается пищи, сна, приюта, у него нет возможности заняться личной гигиеной или найти себе уединение. После того как преступник устанавливает такую степень контроля, он становится потенциальным источником утешения и в равной степени унижения. В такой ситуации выдача «мелких индulgенций» может разрушить психологическое

сопротивление жертвы значительно более эффективно, чем это сделают принуждение и страх.

Если жертва находится в изоляции, то ее зависимость от преступника постоянно возрастает. Это связано не только с выживанием и удовлетворением основных потребностей через преступника, но с информацией и даже с эмоциональной поддержкой. Длительное пребывание в страхе смерти и в изоляции создает надежную связь между преступником и жертвой. Это «травматическая связь», наблюдаемая у заложников, которые приходят к тому, что смотрят на захватчиков как на спасителей и боятся и ненавидят своих освободителей. Этот процесс можно описать как усиленную регрессию к «психологическому инфантилизму», которая «заставляет жертвы цепляться за каждого человека, подвергающего опасности их жизнь». Такая травматическая связь может наблюдаться между истязаемой женщиной и ее обидчиком или между детьми, подвергающимися жестокому обращению, и их родителями. Аналогичные сведения сообщаются о людях, которые вовлекаются в различные религиозные секты.

Ограничение возможности активного взаимодействия с внешним миром приводит к росту пассивности и беспомощности. К истязаемым женщинам и другим хронически травмированным людям фактически можно применить **концепцию «привитой беспомощности»**. Продолжительный плен разрушает привычное ощущение сравнительно безопасной области инициативы, в которой есть место для проб и ошибок. Для хронически травмированного человека любое независимое действие является нарушением субординации, что влечет за собой риск сурового наказания.

Вынужденная взаимосвязь (жертва — преступник) монополизирует внимание жертвы, становится частью ее внутреннего мира и продолжает поглощать ее внимание и по освобождении. После обретения свободы трудно восстановить контакты с внешним миром в таком виде, какими они были до освобождения. Все взаимоотношения рассматриваются сквозь призму крайней нужды. Так как исчезают ограничения на вовлечение во взаимоотношения или риск такого вовлечения, выживший относится к любому общению так, как будто на карту поставлены вопросы жизни и смерти. Он постоянно колеблется между крепкими контактами и полным удалением от окружающих. У людей, переживших в детстве жестокое обращение, нарушения во взаимоотношениях с окружающими усиливаются. Наблюдаются колебания в контактах, формируются неустойчивые, напряженные взаимоотношения.

У людей, перенесших жестокое обращение в детстве, развиваются еще более сложные деформации индивидуальности. Чаще всего человек ощущает себя загрязненным, виноватым, ему кажется, что в нем есть что-то дьявольское. Кроме того, часто наблюдается фрагментация в ощущении самого себя, которая достигает крайней степени при множественном расстройстве личности. С. Ференци (1933) описывает этот процесс как **«атоматизацию» личности ребенка**, испытавшего жестокое обращение.

Пострадавшие в результате продолжительного жестокого обращения подвергаются **риску повторного повреждения** либо путем самоистязания, саморазрушения, либо от рук других людей. Было установлено, что нанесение увечий самому себе и другие пароксизмальные формы воздействия на тело чаще наблюдаются у тех жертв, которые испытывали жестокое обращение в раннем детстве.

Человек, переживший жестокое обращение в детстве, может также выступать в роли обидчика других, в роли пассивного наблюдателя или, что случается гораздо реже, в роли преступника. Жестокое обращение в детстве, по-видимому, является фактором риска и способствует тому, что человек становится безжалостным по отношению к другим. Особенно это касается мужчин. Предполагается, что женщины, которые в детстве были свидетелями грубых отношений в быту или сексуального насилия, подвержены повышенному риску испытать суровое обращение в замужестве.

Однако следует отметить, что в противоположность популярному замечанию о «возобновляющемся цикле жестокого обращения» большинство людей, переживших жестокое обращение в детстве, не испытывают желания издеваться над другими людьми. Как правило, эти люди мобилизуют все свои возможности, чтобы обеспечить своим детям заботу и защиту, которых не имели в детстве.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕРРОРИЗМА

Явление терроризма. Ввиду отсутствия в литературе научных данных о феномене «терроризм», рассмотрим содержание данного понятия посредством выделения его **основных признаков**.

1 Отсутствие предупреждения. Предупреждение позволяет человеку предпринять защитные психологические или физические действия.

2 Серьезная угроза личной безопасности. Известно, что когда личное здоровье подвергается риску, возможно появление психических симптомов в будущем.

3 Возможность оказаться в опасной ситуации. Риску психологического нездоровья подвержены не только участники события, но и те, кто реагировал на них.

4 Психологическая уязвимость, которая ухудшает общее состояние здоровья. Люди, чье здоровье ухудшилось во время террористического акта, находятся в зоне повышенной психологической опасности.

5 Вероятность повторения. Террористические акты вызывают чувство незащищенности от повторения подобных событий: это может случиться еще раз, это может случиться повсюду.

6 Неизвестные возможные последствия для здоровья, беспокойство, вызванное длительным негативным воздействием на здоровье людей.

7 Символичность выбора цели террористами. Террористы не выбирают жертвы случайно: основной критерий — символическая значимость цели.

Общественные здания, например, символизируют власть, стабильность, величие.

Психологические последствия терроризма. Установлено, что у 40 % жертв террористов ухудшается психическое здоровье. Психологическая помощь требуется также 20% спасателей.

Последствия терроризма отличаются тем, что может пройти несколько лет, прежде чем жертва осознает наличие у себя психической травмы как следствия террористического акта и обратится за помощью. Степень воздействия на здоровье определяется близостью человека к месту опасности. Если это воздействие является прямым и непосредственным, вероятность развития клинических симптомов более ощутима.

Значимость утраты и ее последствия. Последствия травматических событий зависят не только от самого события, но и от характера его восприятия. Утрата может пониматься по-разному. Обычно считается, что люди, потерявшие самое дорогое и чье горе очевидно, это те, у кого погибли члены семьи, близкие друзья и т.п.

Внешние потери можно подразделить на утрату физической работоспособности в результате травмы, потерю работы из-за разрушения предприятий, лишение экономического и социального положения.

Особенности переживаний жертв терроризма:

- уникальность переживания: существует мало ситуаций в жизни, в которых человек переживает то же самое;
- человек понимает, что исполняет роль пешки в игре, находящейся вне его контроля;
- жертва ощущает себя униженной, не имеющей никакой ценности;
- между жертвой и террористом иногда устанавливается связь, и жертва видит в террористе своего защитника. Примером может служить так называемый «стокгольмский синдром» (получил это название после инцидента с захватом заложников, произошедшего в Стокгольме, во время которого террорист и заложница стали любовниками). Для жертвы такая связь выполняет защитную функцию, облегчая чувство страха и беспомощности. Тем не менее, после инцидента эта зависимость может превратиться в источник вины, что может свести на нет все попытки лечения;
- ситуация включает в себя элемент полной неожиданности, что не может не вызывать сильное чувство беспомощности и беспокойства;
- человек получает двойную травму в связи с полным вмешательством от непомерных требований террористов, для которых жертва не имеет никакой ценности, кроме того, что она является залогом достижения их цели. Жертва чувствует свою ненужность, как террористам, так и властям. Вероятность того, что власти прекратят переговоры и перейдут к вооруженному насильственному вмешательству, создает ощущение двойной опасности, надвигающейся со стороны террористов и со стороны властей. В то же время жизнь жертвы в такой момент зависит от

террористов, а окончательное спасение — от властей. Ситуация двойной зависимости жертвы часто и есть тот редкий патологический фактор, который ставится во главу угла при дальнейшем лечении.

Контрольные вопросы:

- 1 История создания теории посттравматического стресса.
- 2 Происхождение и симптоматика посттравматического стресса.
- 3 Анализ методов диагностики.
- 4 Симптоматика последствий продолжительного жестокого обращения.
- 5 Патологические изменения во взаимоотношениях и в индивидуальности личности.
- 6 Повторные повреждения, которые следуют за продолжительным жестоким обращением.
- 7 Психологические последствия терроризма.

Литература

- 1 Ольшанский, Д. В. Психология терроризма / Д. В. Ольшанский. – СПб.: Питер, 2002. – 288 с.
- 2 Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология: учеб. пособие / Л. А. Пергаменщик. – Мн.: Выш. шк., 2004. – 239 с.
- 3 Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакология, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Гордеева Е. Г. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
- 4 Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
- 5 Черепанова, Е. М. Психологический стресс: Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е. М. Черепанова. – М.: Академия, 1996. – 96 с.