

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный университет»

Н.Н. Биктина

Практикум по психологии посттравматического стресса

Рекомендовано к изданию Ученым советом Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет» в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по программам высшего профессионального образования по направлению «Психология»

Оренбург
ФГ БОУ ВПО ОГУ
2011

УДК 159.944.4 (07)

ББК 88.4 я 7

Б 60

Рецензенты

кандидат психологических наук, доцент И.С.Якиманская;

кандидат медицинских наук С.В.Балашова

Биктина Н.Н.

Б 60

Практикум по психологии посттравматического стресса: учебное пособие / Н.Н. Биктина; Оренбургский государственный университет. - Оренбург: ФГ БОУ ВПО ОГУ, 2011. – 166 с.

Пособие представляет собой специальный курс по психологии посттравматического стресса. Раскрыт основной теоретический и практический материал по феноменологии, психокоррекции и психотерапии посттравматического стресса и посттравматических стрессовых расстройств. Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по программам высшего профессионального образования по направлению «Психология», специализирующихся по консультативной и социальной психологии; для специалистов, чья деятельность связана с оказанием психологической помощи людям с посттравматическими стрессовыми состояниями.

УДК 159.944.4 (07)

ББК 88.4 я 7

© Биктина Н.Н., 2011

© ФГ БОУ ОГУ

Содержание

Введение.....	5
1 Теоретические основы посттравматического стресса	
1.1 Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий.....	6
1.2 Понятие травматического стресса.....	11
1.3 Психологические механизмы возникновения травматического стресса...	15
1.4 Типы травматических ситуаций.....	17
1.5 Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства	23
1.6 Симптомы посттравматического стрессового расстройства.....	24
1.7 Стадии развития ПТСР	29
1.8 Особенности посттравматического стресса у детей	33
1.9 Реакция горя как посттравматическое стрессовое состояние.....	37
1.10 Суицидальное поведение как форма посттравматического стрессового расстройства.....	45
1.11 Боевой стресс.....	50
1.12 Психологические последствия терроризма.....	55
1.13 Вопросы и задания для проверки усвоения знаний.....	58
1.14 Литература, рекомендуемая для изучения темы.....	62
2 Методы диагностики посттравматического стресса	
2.1 Диагностические критерии посттравматического стрессового расстрой- ства.....	63
2.2 Психологические методы диагностики ПТСР.....	66
2.3 Особенности психологической диагностики ПТСР у детей.....	68
2.4 Вопросы и задания для проверки усвоения знаний.....	70
2.5 Литература, рекомендуемая для изучения темы	71
3 Психокоррекция и психотерапия посттравматического стресса	
3.1 Принципы коррекции и терапии при ПТСР	71
3.2 Методы коррекции и терапии ПТСР.....	73

3.2.1 Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз	75
3.2.2 Метод ослабления травматического инцидента (ОТИ).....	89
3.2.3 Метод визуально-кинестетической диссоциации (ВКД).....	92
3.2.4 Психологический дебрифинг.....	94
3.2.5 Техники НЛП.....	106
3.3 Психологическая помощь при переживании горя.....	112
3.4 Психологическая помощь при потенциальном суициде.....	116
3.5 Общие принципы построения психокоррекционных программ	119
3.6 Характеристика метода «группа поддержки».....	127
3.7 Вопросы и задания для проверки усвоения знаний.....	133
3.8 Литература, рекомендуемая для изучения темы.....	136
Список использованных источников.....	138
Приложение А Тесты.....	142
Приложение Б Правила первой психологической помощи для психологов...	156
Приложение В Памятка для пострадавших.....	158
Приложение Г Вопросы к экзамену.....	160
Приложение Д Программа семинарских и практических занятий по курсу «Спецпрактикум по психокоррекции посттравматического стрессового рас- стройства».....	162

Введение

Реалиями современной жизни стали стрессовые ситуации, связанные со стихийными бедствиями, техногенными катастрофами, межнациональными конфликтами, терактами, боевыми действиями и другими экстремальными происшествиями, к которым человек бывает не готов. Эти ситуации характеризуются, прежде всего, сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него сильнейшие переживания, травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). Данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 1\5 части лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии ранения, физической травмы). Именно эта часть является объектом изучения специалистов в области травматического стресса.

Целью данного учебного пособия является ознакомление будущих психологов и специалистов с особенностями посттравматического стресса, методами диагностики и способами оказания психологической помощи пострадавшим. Вниманию специалистов предлагаются некоторые методы психокоррекции и психотерапии посттравматического стресса.

1 Теоретические основы посттравматического стресса

1.1 Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий

Термин «стресс» (от англ. Stress – давление, напряжение) впервые был предложен Гансом Селье. Сначала он применялся как физиологическое понятие, обозначающее совокупность изменений физиологических показателей под действием отрицательных стимулов.

В современной научной литературе термин «стресс» применяется, по крайней мере, в трех значениях.

Во-первых, понятие стресс может определяться как напряжение или возбуждение под влиянием любых внешних стимулов или событий. В настоящее время эти стимулы и события чаще стали называть «стрессором», «стресс-фактором».

Во-вторых, стресс может относиться к субъективной реакции и в этом значении он отражает внутреннее психическое состояние напряжения и возбуждения. Это состояние интерпретируется как эмоции, оборонительные реакции и процессы преодоления, происходящие в самом человеке. Такие процессы могут содействовать развитию и совершенствованию функциональных систем, а также вызывать психическое напряжение.

В-третьих, стресс может быть физической реакцией организма на предъявляемое требование или вредное воздействие. Функцией этих физических реакций, вероятно, является поддержка поведенческих действий и психических процессов по преодолению этого состояния.

В основе концепции стресса лежит гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов как реакция на стрессор.

Американский психолог Р. Лазарус разработал когнитивную теорию психологического стресса, основу которой составляет положения о роли субъективной познавательной оценки и угрозы неблагоприятного воздействия и своей возможности преодоления стресса. Угроза рассматривается как состояние ожидания субъектом вредного, нежелательного влияния внешних условий и стимулов определенного ви-

да. Он предложил различать два вида стресса – физиологический и психологический.

Под психологическим стрессом понимается несоответствие между нагрузкой и имеющимися в наличии ресурсами, сопровождаемое такими эмоциями, как страх, гнев, удрученность, и т. д. Отличительные особенности психологического стресса заключаются в том, что он вызывается психическими стимулами, которые оцениваются, как угрожающие. То есть развитие психологического стресса возможно без материального присутствия его источника, а только благодаря способности индивидов воспринимать предстоящие события как опасные. Психологический стресс подразделяется на стресс информационный и эмоциональный.

Информационный стресс возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда человек не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе при высокой степени ответственности за последствия принятых решений.

Эмоциональный стресс появляется в ситуациях угрозы, опасности, обиды и прочее. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин, Судаков).

При этом Анохин выдвинул концепцию «опережающего отражения»: уже перед началом выполнения действия формируется аппарат, названный им «акцептором действия». В процессе психической деятельности этот аппарат принимает обратные сигналы, информацию о ходе выполнения действия организмом и сопоставляет ее с целью данного действия. В результате начинает формироваться более точное действие. Таким образом, в результате стрессового воздействия в организме и возникают системы защиты, тормозящие деятельность стресса. Проявление защитных и адаптивных нейрогуморальных реакций получило название общего адаптационного синдрома. Стресс может оказывать различное воздействие на поведение человека – от улучшения деятельности до дезорганизации, как повышая адаптационные возможности, так и понижая приспособляемость человека к среде.

Развитие адаптации в ответ на стрессовое воздействие носит стадийный характер. Селье различает три стадии общего адаптационного синдрома: тревога, резистентность, истощение.

Если стрессовое воздействие не осложняется безвыходной, остроконфликтной ситуацией, то формируется функциональный структурный след, обеспечивающий устойчивую, долговременную адаптацию, а стрессовая реакция угасает.

Если же стрессовое воздействие протекает интенсивно, то после стадии тревоги наступает стадия резистентности, если сам агент, вызвавший реакцию стресса, продолжает действовать длительное время, или является чрезмерно сильным, то наступает последняя стадия – стадия истощения и, как крайний вариант этой стадии – летальный исход. Эту фазу Селье рассматривал как патологическую и обозначил ее «дистрессом».

Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки организма за счет гомеостатического механизма, выделяя у него два уровня: поверхностный и глубокий.

Поверхностная энергия доступна по первому требованию, именно она задействуется на фазе тревоги, обеспечивая первичную адаптацию к стрессорному воздействию.

Глубокая адаптационная энергия мобилизуется на фазе тревоги и вступает в действие на фазе резистентности, обеспечивая адаптацию к сложившейся ситуации.

Рассматривая структуру общего адаптационного синдрома с позиций психологического понимания природы человека как биосоциального явления.

Л. А. Китаев-Смык выделяет различные адаптационные субсиндромы, взаимодействие и взаимовлияние которых, составляет механизм адаптации личности (рисунок 1).

Структура общего адаптационного синдрома

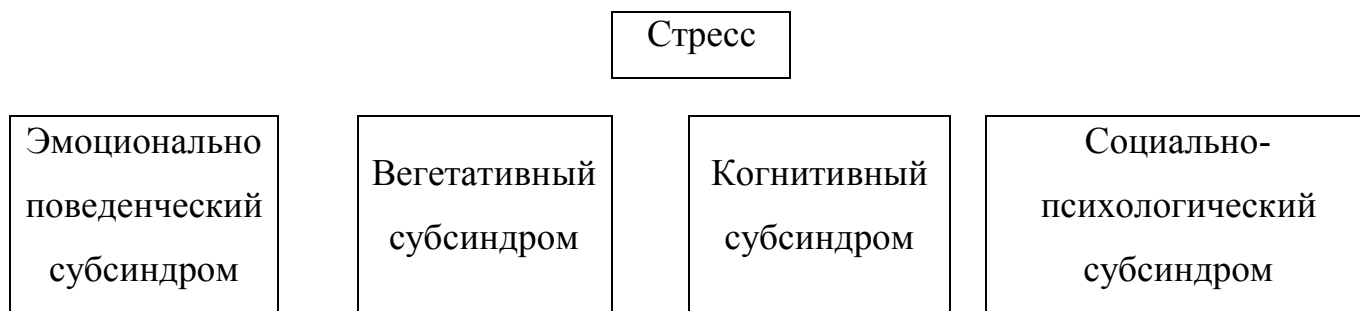


Рисунок 1- Структура общего адаптационного синдрома

Выделение субсиндромов указывает на сложную системность адаптационного процесса, единство его биологических и социальных компонентов. Кроме того, исследование стресса на различных уровнях (эмоционально-поведенческом, вегетативном, когнитивном и социально-психологическом) способствует лучшему пониманию проблем клиента, перенесшего стрессовую ситуацию.

Если травма была сравнительно небольшой, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно пройдут – в течение нескольких часов, дней или недель. Если же травма была сильной, или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраняться на многие годы.

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, вызванное психической травмой, его тело и психика находят способ как-то «пристроиться» к этому напряжению. В этом, в принципе, и состоит механизм посттравматического стресса.

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

Граница, отделяющая обычные условия от экстремальных, по мнению Лебедева В. И., определяется не столько присутствием стрессового воздействия, сколько достаточно интенсивным расходом резервных адаптационных возможностей

личности и тенденцией развития дезадаптации под влиянием специфических психогенных факторов. В этом случае налицо психогенное влияние стрессовой ситуации. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны, например развитие посттравматического стрессового расстройства.

Н.В.Тарабрина определяет *посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)* как не психотическую отсроченную реакцию на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека [31. С. 16].

Несмотря на то, что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, психотерапия и психологическая диагностика в большей степени относятся к компетенции клинического психолога.

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.

Попытки рассматривать посттравматический стресс как разновидность классической теории стресса, воспринимая его как «хронический стресс». Хронический стресс также не ограничен ситуацией воздействия стрессора. Реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни. 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.

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.

Различия между понятиями «стресс-факторы» и «психогенные факторы» состоит в том, что первые являются пусковым условием процесса адаптации, а вторые – условием развития состояния дезадаптации, то есть причиной возникновения психической травмы.

1.2 Понятие травматического стресса

Травма психологическая (психическая) - событие в жизни субъекта, вызывающее особенно сильные переживания и неспособность субъекта к адекватной реакции; устойчивые патологические перемены и их последствия в душевной жизни. Вот как З. Фрейд определяет понятие травмы: "Мы называем травмой опыт, предполагающий быстрое и резкое увеличение психического возбуждения, в результате которого все обычные средства его устранения или обработки оказываются недейственными, что приводит к устойчивым нарушениям в энергетической системе". Возбуждение превышает допустимые для психики величины, причем это может быть как одно-единственное событие, так и накопление возбуждений, каждое из которых по отдельности переносится легко. Травматический стресс — особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим. Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Были выделены следующие четыре характеристики травмы:

- 1) происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- 2) это состояние обусловлено внешними причинами;
- 3) пережитое разрушает привычный образ жизни;

4) произошедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Травматический стресс — это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, например, угрозу жизни, смерть или ранение другого человека, участие в боевых действиях, насилие, стихийные бедствия и катастрофы и т. п. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза - фаза психологического шока - содержит два основных компонента:

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности;
- отрицание произошедшего (своеобразную охранительную реакцию психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза - воздействие - характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение, эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости произошедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример - описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередко доходящее до уровня глубокой депрессии.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующая хронификация постстрессового состояния.

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у очевидцев, и у членов их семей.

Результаты многочисленных исследований показали, что состояние, развивающееся под действием травматического стресса, не попадает ни в одну из имеющихся в клинической практике классификаций. Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время, на фоне общего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным. Было описано множество разнообразных симптомов подобного изменения состояния, однако долгое время не было четких критериев его диагностики. Также не существовало единого термина для его обозначения. Только к 1980 году было накоплено и проанализировано достаточное для обобщения количество информации, полученной в ходе экспериментальных исследований. Комплекс симптомов, наблюдавшихся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название «посттравматическое стрессовое расстройство» (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder). Критерии диагностики этого расстройства были включены в американский национальный психиатрический стандарт. С 1995 года эти критерии включены и в европейский диагностический стандарт МКБ-10.

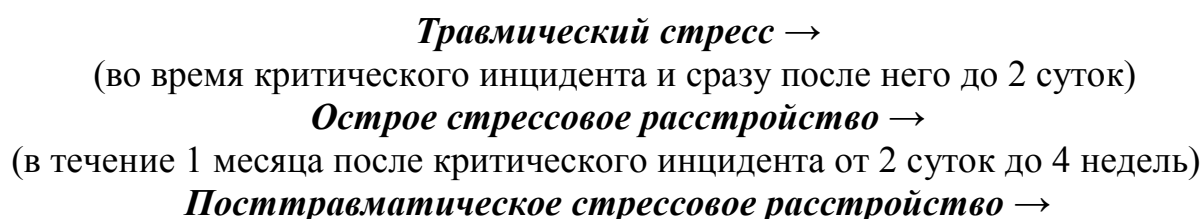
Согласно МКБ-10, вслед за травмирующими событиями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Под «обычным» человеческим опытом понимают такие события как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, хроническая тяжелая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. К

стрессорам, выходящим за рамки обычного человеческого опыта, относятся те события, которые способны травмировать психику практически любого здорового человека: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности (диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, попадание в «ситуацию заложника», разрушение собственного дома и т. д.).

ПТСР представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Предполагается, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет — в этом особая каверзность посттравматического стрессового расстройства. Описаны случаи, когда у ветеранов второй мировой войны симптомы ПТСР проявились спустя сорок лет после окончания военных действий.

В настоящее время ряд зарубежных авторов предлагает дополнить диагностику постстрессовых нарушений еще одной категорией — посттравматическими личностными расстройствами (или PTSD – Posttraumatic Stress Disorder), что представляется достаточно логичным шагом, поскольку присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массивную психотравму. Безусловно, что такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности.

Схематически взаимосвязь различных по времени возникновения, продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений представлена на следующей схеме 2:



(спустя более месяца после критического инцидента, более 4 недель)
Посттравматическое расстройство личности →
(на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму)

Схема 2 - Стадии формирования постстрессовых нарушений

«Черной дырой травмы» назвал состояние посттравматического стресса один из американских исследователей Р. Питман. Это тяжелая ноша, которую носит в своем сердце и мыслях вернувшийся в мирную, нормальную жизнь человек.

Разрушительное действие войны, пережитой катастрофы, террористического акта продолжает оказывать влияние на всю жизнь, лишая чрезвычайно важных, определяющих поведение человека чувств безопасности и самоконтроля. Это вызывает сильное, порой непереносимое напряжение. И если это напряжение не снимается, то целостности психики угрожает реальная опасность. В общих чертах это и есть тот путь, по которому идет развитие посттравматического стрессового состояния.

1.3 Психологические механизмы возникновения посттравматического стресса

Травмированный человек не хочет вспоминать о травматическом событии, часто говорит себе: «Я стараюсь забыть то, что со мной произошло». Он хочет сделать так, чтобы травма перестала причинять душевную боль, хочет избавиться от болезненных переживаний, не меняя ничего в себе. Подобные переживания отторгаются сознанием, потому что они слишком тяжелы. Человек как бы отделяет их от себя, помещая их, условно говоря, в «сундучок»... В результате эмоциональные состояния не изменяются, оставаясь фиксированными на травме.

В метафорический «сундучок» заключены травматические переживания негативные, разрушительные: гнев, вина, страх и др.

Травмированный человек, переживший чрезвычайно сильные, разрушительные эмоции, больше всего на свете боится их повторения. Он предпринимает все возможное, чтобы избежать эмоций, связанных с травматическим событием. Если же им удастся вырваться наружу, травмированный человек, как правило, теряет

контроль над собой. Понимая это, он вынужден прилагать титанические усилия, чтобы разрушительные сверхсильные эмоции не вырвались наружу.

Личность, имеющая подобный травматический «сундучок», может казаться и себе и другим вполне благополучной, так как на первый взгляд полученная рана зажила и как будто не напоминает о себе.

Однако любой стимул, напоминающий травматическую ситуацию (запах, звук и т. д.), мгновенно оживляет все переживания, и человек вновь и вновь вынужден погружаться туда, где меньше всего на свете хотел бы оказаться. Тогда возникает то, что называется «неконтролируемым открыванием сундучка» - человек ощущает, что захлестнут чувствами и для окружающих выглядит в этот момент сумасшедшим.

Поэтому человек вынужден защищать свой «сундучок» от того, чтобы случайно не наткнуться на соответствующий стимул, он вынужден постоянно быть внимательным, избегать всего, что может напомнить травматическую ситуацию. Всякое переживание, похожее на травму, усугубляет положение. Так, при частой демонстрации по телевидению сцен насилия жертвы насилия многократно сталкиваются со своими травматическими переживаниями. Чтение газетных статей с этой же тематикой может вернуть соответствующие воспоминания. Таким образом, возможности и пространства, где личности удастся избегать воспоминаний и осознания травмы, становится меньше и меньше.

Сохранение «сундучка» со временем требует все больше и больше сил и, в конце концов, может получиться так, что вся энергия человека начнет уходить на это, истощая его. Отсюда переутомление, бессонница, раздражительность, нарушение внимания, памяти и другое. Человек истощается в борьбе с самим собой. Хроническое эмоциональное напряжение приводит к ухудшению физического здоровья. Возникают так называемые психосоматические нарушения, расстройства. Поэтому люди, перенесшие психологическую травму, часто имеют проблемы с физическим здоровьем, причем можно установить связь между телесными проблемами и типом травмы.

1.4 Типы травматических ситуаций

Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладению с последствиями воздействия.

Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые подвергают индивида экстремальному, интенсивному, чрезвычайному воздействию угрозы жизни или здоровью, как самого индивида, так и его значимых близких, коренным образом нарушая чувство безопасности индивида.

Выделяют два типа травматических ситуаций: краткосрочное, неожиданное травматическое событие и постоянное повторяющееся воздействие травматического агрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие.

Первый тип травматических ситуаций характеризуется:

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможностей индивида механизмов совладания.

2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.

3. Неожиданное, внезапное событие.

4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида, следы в памяти

носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.

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

6. С большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.

7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Второй тип травматических ситуаций:

1. Вариативность, множественность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.
2. Наиболее вероятно, ситуация создается по умыслу.
3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.
4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
5. Для воспоминаний такого рода событий характерна их неясность и неоднородность в силу диссациативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.
6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение «Я» - концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного характера, что проявляется в обособленности от других и модуляции аффекта.
8. Диссоциация, отрицание, обособленность, попытка защиты от тяжелых переживаний (злоупотребление алкоголем и др.).

При этом М. Горовиц предлагает **модель ответной реакции человека на психотравмирующее воздействие**, где выделяются следующие фазы:

- фаза первичной эмоциональной реакции;
- фаза отрицания, которая выглядит как эмоциональное оцепенение, подавленность, избегание мыслей о ситуациях, напоминающих о психотравмирующем событии;
- фаза чередования отрицания и вторжения. Вторжение заключается в порыве, помимо воли человека, воспоминаний о психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает о событии;
- фаза дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта.

Длительность процесса ответного реагирования, по мнению М. Горовица, зависит от значимости для человека связанной с данным событием информации. При

нормальной реакции на стрессовое событие данный процесс может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев, и это является нормальной реакцией. В случае обострения ответных реакций и существенного увеличения длительности их проявлений можно говорить о патологическом развитии данного процесса.

По результатам своих исследований, Б. Грин, Д. Вильсон и Д. Линди выделяют следующие характеристики психотравмирующих событий для участников военных действий:

- степень угрозы жизни;
- тяжесть потерь;
- внезапность события;
- изолированность в момент события от других людей;
- степень воздействия окружающей обстановки;
- наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события;
- моральные конфликты, связанные с событием;
- пассивная или активная роль ветерана;
- непосредственные последствия воздействия данного события.

Кроме того были сгруппированы психотравмирующие факторы боевой среды по степени их воздействия на психику военнослужащих:

1-ая группа (наибольшее воздействие) – угроза гибели или ранения, убийство солдат противника и мирного населения, свидетельства гибели сослуживцев, гражданских лиц;

2-ая группа – сложные климатические условия, непредсказуемость боевой обстановки, изолированность от близких и общества, угроза попадания в плен;

3-я группа (наименьшее воздействие) – постоянная смена сослуживцев, возрастание страха быть убитым или раненым с приближением срока замены, осознание бессмысленности войны.

Стоит отметить, что угроза для жизни, как психотравмирующее обстоятельство, имеет две формы психического переживания. Это – реально существующая и гипотетическая.

К первой относятся такие факторы, как:

- непосредственное огневое воздействие противника;
- боевые потери, гибель, ранения, увечья сослуживцев;

К гипотетическим формам проявления угрозы для жизни относятся:

- информация об имевших место в районе обстрелах, боевых столкновениях, нападениях и т. п., в том числе боевых потерях личного состава, гибели, ранения, увечья военнослужащих;
- вид разрушенных строений, пожаров, последствий применения средств поражения;
- средства информационно-психологического воздействия противоборствующей стороны.

Кроме того, имеют место факторы, выделяемые в особую группу и оказывающие психогенное воздействие скорее на бессознательном уровне и связанные с особенностями человека как разумного существа.

К ним относятся:

- необходимость применения боевого оружия на поражение;
- вид трупов и обезображенных тел;
- нарушение вида сна и бодрствования, особенно когда отдых (сон) протекает в условиях потенциальной опасности и готовности к активным действиям.

По данным И. В. Соловьева, наиболее тяжело переживаемыми обстоятельствами, практически всегда становившиеся источником психической травмы, и возглавляющие рейтинг психогенных факторов являются:

- гибель товарищей, сослуживцев;
- применение оружия на поражение в условиях визуального контакта;
- реально наблюдаемые массовые гибели военнослужащих.

На основе проведенных исследований И. О. Котеневым была представлена **структура психической реакции на психическую травму или ситуацию острого травматического стресса:**

1-я фаза – фаза психологического шока, которая содержит два компонента:

1) угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности;

2) отрицание происшедшего (своеобразную охранительную реакцию психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна, если прекратилось реальное психотравмирующее воздействие извне.

2-я фаза – «воздействие» - характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плачь, обвинения – эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе.

3-я фаза нормального реагирования. Принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам.

Именно вторая фаза является критической, так как после нее либо начинается процесс восстановления, либо происходит фиксация на травме и последующее развитие ПТСР.

При наблюдении лиц, пострадавших от последствий Чернобыльской катастрофы Пергаменщик Л. А. отмечает следующие **симптомы ПТСР**:

1. **Трудности в установлении близких и дружеских связей с окружающими, недоступность творческих подъемов и состояний радости и любви.** Многие люди жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать эти чувства.

2. **Агрессивность.** Стремление решать проблемы с помощью грубой силы, хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность.

3. **Нарушение памяти и концентрации внимания.** Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить. В некоторые моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек уже не в силах сосредоточиться.

4. **Депрессия.** В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых тяжелых и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется,

что все бессмысленно и беспросветно. Чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

5. Общая тревожность. Она проявляется:

- 1) на физиологическом уровне (ломота в спине, головные боли);
- 2) в психической сфере (постоянное беспокойство, параноидальные состояния);
- 3) в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, комплекс вины, неуверенность в себе).

6. Непрошенные воспоминания. В памяти человека внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, связанные с травмирующими событиями, сопровождаются сильным чувством вины и страха.

7. Бессонница. Боязнь сна из-за ночных кошмаров. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также непреходящим чувством физической или душевной боли.

8. Чувство вины. У родителей перед детьми за болезни, у девушек перед еще не родившимися детьми за возможные уродства.

1.5 Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства

К основным факторам риска развития ПТСР относятся личностные особенности человека, включая акцентуации характера, социопатическое расстройство, низкий уровень умственного развития, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Если человек склонен к экстернизации стресса, то он менее подвержен ПТСР. Генетическая предрасположенность (наличие в анамнезе психических расстройств) может увеличивать риск того, что после психотравмирующего события разовьется ПТСР; также влияет предшествующий травматический опыт

(например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом и семейными разводами). Следует учитывать и возрастной фактор. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Важно принимать во внимание и социальный контекст. Например, сложная социально-экономическая ситуация в стране не позволяет оказать должную материальную помощь людям, пострадавшим в результате катастроф, стихийных бедствий, что усугубляет их состояние. Риск ПТСР возрастает также в случае изоляции человека на период переживания травмы, утраты семьи и близкого окружения. Велика роль того, насколько своевременно была оказана человеку помощь, как реагируют члены семьи, которые могут поощрять некоторые болезненные проявления.

Можно выделить еще ряд условий, влияющих на развитие ПТСР:

- насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая; насколько объективно реальна была угроза для жизни;
- насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он не обязательно сам пострадал, но мог видеть последствия катастрофы, трупы жертв);
- насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Ведь если родители очень болезненно воспринимают происшедшее, панически реагируют, то и ребенок не будет чувствовать себя в безопасности.

1.6 Симптомы посттравматического стрессового расстройства

Прошное «не отпускает»: навязчиво и неотступно возвращаются травмирующие картины, постоянные мысли о том, «что было». В памяти внезапно всплывают ужасные, неприятные сцены, связанные с пережитым. Сознание как бы раздваивается: человек находится дома, но одновременно и там, где весь этот кошмар происходил. Такого рода явления называются **диссоциативной симптоматикой** (ощущение эмоциональной зависимости, сужение сознания, дереализация с ощущением «там и здесь», деперсонализация). Пережившие военные действия рассказывают, что бывает достаточно услышать звук пролетающего вертолета, чтобы

травмировавшие образы и представления вновь охватили сознание, чтобы человек вновь «вернулся» и вновь пережил «как наяву» наиболее травмировавшую ситуацию. Или жертвы сексуального насилия могут отреагировать на нечто, напоминающее ситуацию насилия. Эти неожиданные, «непрощенные» воспоминания могут длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов. И, как следствие, человек снова испытывает сильнейший стресс. Возникает реакция повышенного испуга на неожиданный или громкий звук. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения, он может броситься на землю, если услышит звук низко пролетающего вертолета, он резко оборачивается и принимает боевую позу, если почувствует со спины чье-то приближение. Такого рода явления называются «флэш-бэк-эпизодами», они вызывают выраженный дистресс, физиологические реакции на ключевые стимулы, ассоциированные с травмой. «Непрощенные» воспоминания приходят и во сне в виде ночных кошмаров, которые иногда, как видеозапись, воспроизводят травматическую ситуацию, и с такой же пугающей точностью человек во сне переживает собственные реакции на эту ситуацию. Он просыпается в холодном поту, задыхаясь, с сильно бьющимся сердцем, с напряженными мышцами, чувствуя себя совершенно разбитым. Когда человека посещают ночные кошмары, у него естественно возникают проблемы со сном, ему бывает трудно заснуть из-за неосознаваемого страха вновь очутиться в их плену. Иногда нарушения сна выглядят как постоянное раннее пробуждение, плохой сон усугубляет тяжелое состояние, возникают усталость и апатия.

Вторая группа симптомов проявляется в том, что травматический опыт вытесняется. Человек старается избегать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в те ситуации, которые могли бы напомнить, вызвать эти воспоминания, пытается делать все так, чтобы не вызвать их снова. Он упорно избегает всего, что может быть связано с травмой: мыслей или разговоров, действий, мест или людей, напоминающих о травме. Он становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило. Выражено снижение интереса к тому, что раньше занимало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает. Проявляется чувство отстраненности и отчужденности от других, ощущение

одиночества. Один из признаков посттравматического состояния — очень тяжело переживаемая утрата способности (полностью или частично) устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Многие перенесшие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости (эмоциональная притупленность). У них реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема. Вместо этого их охватывает чувство отделенности от людей, отчужденности от окружающего мира. Человек начинает ощущать эти изменения как глубоко затрагивающие его личность, в этих случаях психологи говорят о возникновении другого «Я». Эти ощущения трудно, иногда просто невозможно выразить, осознать, и, как следствие, вырастает реальное отчуждение от близких - «им меня не понять». Возникает депрессия, человек начинает чувствовать себя никчемным и отвергнутым, у него развивается неуверенность в себе. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчаяния, человек утрачивает смысл существования, и все это сопровождается истощением и апатией.

Появляется чувство укороченного будущего, то есть короткая жизненная перспектива, когда человек планирует свою жизнь на очень небольшое время. Очень часто появляется чувство вины («Я виноват в том, что я что-то не сделал: не спас, не помог, не предугадал...»), которое способствует возникновению приступов самоуничтожительных мыслей и поведения, вплоть до саморазрушающих поступков. С другой стороны, может возрасти агрессивность. Возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обязательно применяется грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки гнева, которые часто бывают маломотивированы и чаще всего возникают под влиянием алкогольного опьянения, превращаются в приступы яростного гнева.

Третья группа симптомов — физиологическая гиперактивация — проявляется в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства». Нам из-

вестны случаи, когда комбатанты, вернувшиеся в мирную жизнь, выходя на улицу, проводили «рекогносцировку», искали в окнах снайперов и ощущали себя буквально «голыми» без оружия.

Пребывание в травматических ситуациях — это только одна сторона, одна из основных причин, вызывающих посттравматическое стрессовое состояние. Другая и не менее важная сторона связана с тем, как человек реагирует на само травматическое событие и как он «перерабатывает» пережитое, то есть речь идет об уровне эмоциональной устойчивости индивида, о его личностных ресурсах, качественном своеобразии защитных психологических механизмов, наличии или отсутствии тесных эмоциональных связей с окружающими людьми, поддержки с их стороны и др. Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего, имеется в виду то, что человек пережил травмирующее событие, то есть с ним произошло что-то ужасное и у него есть некоторые из перечисленных симптомов. Но это событие — лишь часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые им события, которая в каждом случае индивидуальна.

Можно условно разделить лиц, переживших травматическое событие, на несколько категорий.

1. Компенсированные личности, которые нуждаются в легкой психологической поддержке на уровне дружеской или семейной.

2. Личности с дезадаптацией легкой степени, которые нуждаются как в дружеской психологической поддержке близких людей и окружения в коллективе, так и в профессиональном вмешательстве психолога и психотерапевта. У них нарушено психофизическое равновесие (в физической, мыслительной или эмоциональных сферах), возможны эмоциональная возбудимость, конфликтность, наличие страхов и другие проявления внутренней дисгармонии. Адаптация нарушена, но при определенных условиях восстанавливается без осложнений.

3. Личности с дезадаптацией средней степени, которые нуждаются во всех видах помощи, в том числе фармакологической коррекции состояния. Психофизи-

ческое равновесие заметно нарушено во всех сферах, имеются психические нарушения на уровне пограничных: постоянное чувство страха, выраженной тревоги или агрессивности в случаях, когда обстоятельства не являются жизненно важными. Физический статус таких лиц может быть нарушен травмами или ранениями.

4. Личности с дезадаптацией тяжелой степени, которая выражена во всех сферах и требует длительного лечения и восстановления. Это могут быть выраженные нарушения психического состояния, которые требуют вмешательства психиатра; или физические травмы, приведшие к инвалидизации и сопровождающиеся развитием комплекса не полноценности, депрессии, суицидальными мыслями; или психосоматические нарушения сложного генеза.

Травмирующие события, глубоко затронувшие психику человека, очень отличаются от всего его предыдущего опыта, и он отвечает на них сильной отрицательной реакцией.

ПТСР — не редкое явление. На протяжении жизни им болеет около 1 % населения, а до 15 % населения после тяжелых травм (связанных с физическим нападением или военными действиями) могут обнаруживать отдельные симптомы ПТСР.

В исследованиях Шора на основании общей выборки американских граждан (без учета групп риска), сообщается, что количество страдающих ПТСР в Америке в среднем равняется 2,6 % от общего числа населения. Для лиц, относящихся к определенным группам риска (например, жители области, пострадавшей от вулканического извержения), эта цифра повышается до 3,6 %.

У некоторых людей течение ПТСР становится хроническим, а также сочетается с другими психическими и психосоматическими заболеваниями, включая аффективные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и другие виды расстройств, связанных с зависимостью.

Единой классификации нарушений психики вследствие воздействия стрессов на человека пока нет. Наибольшей популярностью у психологов пользуется классификация психических состояний дезадаптации, возникающих в экстремальных условиях, разработанная Ю. А. Александровским. В основу этой классификации

положен динамический принцип — возникновение пограничных и глубоких изменений постстрессовых состояний в зависимости от этапа (периода) жизненной ситуации; эти изменения проявляются в виде непатологических и патологических расстройств психики:

- непатологические невротические проявления (адаптационные состояния);
- психогенные расстройства с непсихической симптоматикой (психогенные реакции, невротические состояния);
- психогенные расстройства с психотической симптоматикой (реактивные психозы — острые и затяжные);
- патохарактерологические расстройства (неврозоподобные, невротические, посттравматические стрессовые; невротическое и психопатоподобное развитие личности и др.).

Интерес представляют результаты исследований, проведенных в США (Национальный институт психического здоровья) в Центре по изучению психики при критических состояниях, обусловленных стихийными бедствиями и катастрофами. Психические реакции и самосознание участников подразделяется на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления. Фаза разочарования и восстановления характеризуется тем, что участник чрезвычайных событий испытывает сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи вследствие крушения надежд, в том числе и надежды на помощь со стороны государства.

1.7 Стадии развития ПТСР

Любое расстройство развивается и изменяется во времени, то есть предполагает смену некоторых стадий. Так выделяют три основные стадии развития ПТСР:

- острая (от момента события до 6 недель);
- хроническая (от 6 недель до 6 месяцев);
- отсроченная (от 6 месяцев до нескольких лет).

Острая стадия ПТСР

Поведение человека в острой стадии во многом определяется эмоцией страха, которая до определенного предела является нормальной и способствует психической и физической мобилизации, необходимой для самосохранения. При любой осознаваемой человеком катастрофе возникают психическое напряжение и страх. Проявления страха зависят от его глубины и выражаются во внешних действиях и внутренних переживаниях человека. Наиболее характерными являются двигательные нарушения: от резкого увеличения двигательной активности до полной блокировки движений (ступор). Необходимо отметить, что по данным специалистов, даже в самых тяжелых экстремальных ситуациях 12-25 % людей сохраняют самообладание, действуют четко, решительно и в соответствии с реальной ситуацией. Именно «сверхцель» спасти и сохранить жизнь окружающих позволяет выполнять четкие и целенаправленные действия. Как только эта «сверхцель» сменялась паническим страхом и незнанием того, что необходимо конкретно делать, наступала потеря самообладания и развивались различного рода расстройства. Все дело во времени, требуемом для преодоления чувства растерянности, у подготовленного к экстремальной ситуации профессионала это происходит гораздо быстрее, чем у других пострадавших. Пострадавшие выглядят отрешенными, погруженными в себя, они затрудняются с ответом на самые простые вопросы, испытывают значительные трудности при выполнении простейших заданий. У некоторых людей появляется беспокойство, суетливость, нетерпеливость, стремление к частым контактам с окружающими. Для многих пострадавших характерно изменение ощущения времени: течение его замедляется, длительность острого периода представляется человеку увеличенной в несколько раз. Изменяется восприятие пространства: искажаются расстояния между предметами, их размеры и форма. У пострадавших на этой стадии отмечаются кратковременные нарушения в физиологической и эмоциональной сферах (таблица 1).

Таблица 1- Типичные нарушения, возникающие на острой стадии ПТСР

<i>Физиологические нарушения</i>	<i>Эмоциональные нарушения</i>
Учащенное сердцебиение Беспокойное дыхание Тошнота Вздрагивания, подергивания Приступы потливости Расстройства стула Звон в ушах Головокружение, головные и другие боли Расстройства сна Дрожание рук Плохая концентрация Обмороки У беременных женщин-выкидыши	Острое чувство беспомощности Вспышки гнева Сверхбдительность Повторные переживания события Чувство вины Обвинения Страх Постоянное ожидание опасности

В зависимости от целого ряда факторов (силы события; его значимости для человека; индивидуальных особенностей реагирования; скорости и эффективности оказываемой помощи) перечисленные симптомы могут постепенно ослабевать и исчезать вообще либо застревать и усиливаться.

На данной стадии эффективной является оказание психологической помощи в форме дебрифинга и гипнотерапии. Если пострадавший не получает такой помощи, то после травмирующего события у него развивается хроническая стадия ПТСР.

Хроническая стадия ПТСР

После острого периода переживания жизненно опасной ситуации отходят на второй план, а особенно актуальными становятся сообщения об утрате жилища, имущества, разлука с близкими, неизвестность по поводу ближайшего будущего. Для этой стадии в большей степени характерно проявление нарушений поведенческой сферы. При этом легкость или тяжесть последующей адаптации во многом определяется поведением человека и степенью принятия им ответственности за собственную жизнь.

Если человек, переживший травму, не говорит о пережитом (не склонен, не позволяет себе или пытается, но остается невыслушанным), то у него усиливается тревога, нередко обостряется жажда отмщения, возмездия. Даже совершенно безобидное поведение других людей при нарастании тревоги может восприниматься как угрожающее и вызывать у пострадавшего неадекватные агрессивные реакции, которые проявляются достаточно часто. Для такого пострадавшего постоянным эмоциональным фоном становится депрессия с тяжелым чувством необычайной усталости. В сознании неожиданно и ярко вспыхивает психотравмирующее событие. Человек застревает на мыслях о случившемся и не имея возможности сконцентрироваться на реальности и точно ее оценить, часто оказывается жертвой несчастных случаев, аварий, катастроф. Очень часто проблемными становятся отношения с самыми близкими людьми, которые искренне хотят помочь.

Постепенно у пострадавшего формируется желание «уйти от действительности». Формами ухода от действительности у взрослых пострадавших могут быть алкоголь, наркотики; импульсивный или запойный секс. У детей наблюдаются элементы регрессивного поведения (энурез, сосание пальцев и т.д.). Пострадавшему, находящемуся на этой стадии можно оказать помощь, включая его в психотерапевтические группы и проводя индивидуальную терапию.

Если на этой стадии человек не получает необходимой помощи, то в течение 6 месяцев развивается отсроченная стадия ПТСР.

Отсроченная стадия ПТСР

Для этой стадии характерно довольно устойчивое проявление симптомов постстрессового расстройства: чувство повышенной усталости, дневная сонливость наряду с расстройством ночного сна; появление дрожи в руках и ногах, постоянное ожидание возможного несчастья, повышенная ранимость и обидчивость. Человек, поглощенный чувством бессилия перед душевной болью, ощущает себя ненужным никчемным. Ничего не стоящим, но одновременно не может этого принять, не может и не хочет согласиться с этим. Депрессия еще более углубляется, учащаются вспышки пережитого в сознании. Ночные кошмары не оставляют. Не получившие выхода или разрядки переживания уходят во внутренний мир человека и

проявляются в виде хронических физических недомоганий, не находящих объективного подтверждения. Попытки заглушить душевную и телесную боль алкоголем или наркотиками затягивают в болото физической и психической зависимости от них.

Человек теряет ощущение власти над своей жизнью и возможности ее контролировать. Контроль над жизнью становится импульсивным и часто агрессивно-насильственным – отчасти из-за зафиксированных стереотипов поведения, отчасти в поисках сильных, «оживляющих» переживаний. Некоторые стремятся уйти подалеже от мира людей, где слишком многое травмирует, и становятся современными отшельниками.

Основными симптомами отсроченной стадии развития ПТСР являются:

- нарастающая депрессия;
- всепоглощающее чувство бессилия;
- различные боли, не получающие объективного подтверждения;
- низкая самооценка, острое чувство никчемности, бесполезности.

Ряд исследователей отмечают значительные изменения здоровья человека в течение 1-20 лет после перенесенной экстремальной ситуации или травматического стресса. Количество психических заболеваний в группе пострадавших в 2 раза выше, чем у людей, не побывавших в экстремальной ситуации.

1.8 Особенности посттравматического стресса у детей

Дети в отличие от взрослых более глубоко переживают травматический стресс. Для детей дошкольного возраста травматическими ситуациями являются страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми. У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении.

После стихийных бедствий и катастроф у детей обычно появляются такие симптомы как: нарушение сна, ночные кошмары и т.д. У младших детей часто появляются тенденции к регрессивному поведению (сосание пальца и проявление большей зависимости от родителей). Эти симптомы могут возникать не сразу после травмы, а спустя какое-то время.

Дети могут не говорить о своих переживаниях, связанные со стихийными бедствиями, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушения, такие как:

1. Нарушение сна. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать.
2. Страх разлуки с родителями.
3. Страх при проявлении стимула связанного с травматическим переживанием.
4. Соматические жалобы.
5. Повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе.

Катастрофы и стихийные бедствия оказывают травмирующее влияние не только на детей, непосредственно в них участвующих, дети, родившиеся у матерей, переживших такие события, отличаются задержками эмоционального и моторного развития, меньшим весом при рождении.

Тяжелое соматическое заболевание ребенка также может приводить к развитию у него посттравматического стрессового расстройства. Основными проявлениями реакции на соматическое заболевание являются у детей являются регрессивное поведение и социальная изоляция (связанная с пропусками занятий, что здоровые дети часто избегают больных сверстников).

Важным травмирующим обстоятельством является ощущение ребенком своей беспомощности перед смертью близких. Детям, перенесшим такую травму утраты близких людей, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР.

Любое насилие может вызвать травматический стресс у детей любого возраста. По мнению Н.В. Тарабриной насилие может быть явным и скрытым (косвенным) в зависимости от стратегии поведения обидчика. По времени насилие делится на происходящее в настоящем и случившееся в прошлом. По длительности насилие может быть единичным или множественным, длящимся долгие годы. По месту происшествия и окружения насилие бывает: дома – со стороны родственников, в

школе – со стороны педагогов и детей, на улице – со стороны детей или незнакомых взрослых.

В руководстве по предупреждению насилия над детьми под редакцией М.Д.Асановой выделяется четыре основных типа насилия:

Физическое насилие – это любое неслучайное насилие повреждения ребенку в возрасте до 18 лет.

Пренебрежение – это хроническая неспособность родителя или лица осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка, не достигшего 18 - летнего возраста, в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.

Сексуальное насилие – это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

Психологическое насилие – хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка.

П.Дейл полагает, что в основе любой формы насилия лежит насилие эмоциональное, деривация, отвержение. Американские исследователи определяют сексуальное насилие над детьми как любой сексуальный опыт между ребенком до 16 лет (по отдельным источникам – до 18) и человеком, по крайней мере, на 5 лет старше него. Сексуальное насилие над детьми определяется также как «вовлечение зависимых, психически и физиологически незрелых детей и подростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они еще не могут полностью понять и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия».

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия – инцест, или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку совершается близким родственником.

Специалистам, работающим с детьми, следует учитывать, что ребенок может не понимать, что над ним совершается насилие в силу своего возраста или других причин. Важно знать, что даже в том случае, когда дети осознают значение производимых с ним действий, они все равно не обладают достаточным опытом, чтобы

предвидеть все последствия таких действий для своего психического или физического здоровья.

Дети, подвергнутые насилию, могут на довольно продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, и могут вспомнить о нем уже будучи взрослыми.

Чаще всего факт насилия раскрывается, когда ребенок сам решается рассказать о нем. Обычно первым человеком, является другой ребенок - ровесник. Реже дети рассказывают о случившемся родителям. Родители по ряду причин могут сознательно отрицать наличие насилия над ребенком.

Дети и подростки, пережившие насилие, чувствуют бессилие и замешательство, смущение и стыд. Они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками происшедшего. В глубине души некоторые дети винят себя в случившемся, большинство считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их плохим поведением или положением в семье.

Последствия сексуального насилия также затрагивают когнитивную сферу. Дети, пережившие сексуальное насилие перестают доверять людям, из-за этого сужается круг общения.

А.Ровен, Д.Фои, Дж. Гудвин пишут, что сексуальное насилие, пережитое в детстве чаще, чем другие травматические ситуации, приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства.

Очень важно рассматривать последствия насилия, пережитого ребенком, учитывая его возрастные особенности. Н.В.Тарабрина выделяет следующие наиболее общие симптомы, в зависимости от возраста ребенка:

- для детей до 3 лет – страхи, спутанность чувств, потеря аппетита, агрессия и. т. д.;
- для дошкольников – тревога, боязливость, спутанность чувств, чувство вины, стыда, отвращения, чувство беспомощности, испорченности;
- для детей младшего школьного возраста – амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверия к миру;

- для детей 9-13 лет – то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, чувство потери ощущений;
- для подростков 13-18 лет – отвращение, стыд и вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, чувство собственной ненужности [31, С.71-72].

Мэнделл Д.и Дамон Л.пишут, что последствия сексуального насилия оказывают влияние в целом на психику ребенка, и эти последствия проявляются во взрослой жизни в форме психосоматических заболеваний, различных злоупотреблений (наркотиками, алкоголем, лекарственными препаратами), различных нарушений связанных с неприятием своего тела (1998). По мнению исследователей, отмечаются нарушения в сексуальных отношениях с партнером. Есть данные показывающие, что большинство мужчин совершающих насилие, сами в детстве подвергались сексуальному насилию. Для многих женщин, переживших сексуальное насилие, характерны повторяющиеся случаи насилия во взрослой жизни.

Проявление и развитие ПТСР у детей имеют ряд особенностей по сравнению с взрослыми. Это связано в первую очередь с особенностями детской психики. Дети не всегда могут связать свои травматические симптомы с фактом психологической травмы, что крайне важно знать психотерапевту при работе с травмой.

Как отмечают исследователи, у детей могут быть сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас [31,33]. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда когда постороннему взрослому человеку это очевидно. Понимание и описание родителями травматической ситуации более адекватно для детей 7-10 лет. В возрастной группе 10-13-летних детей родительские анкеты могут использоваться только в качестве дополнения и уточнения к детским.

Н.В.Тарабрина пишет, что в дисгармоничных и неполных семьях дети психологически меньше защищены от травматических ситуаций, чем в нормальных семьях. Родители в таких семьях гораздо реже имеют верное представление о травматическом опыте своих детей. Также в дисгармоничных семьях родители чаще пытаются преуменьшить или скрыть травматический опыт своего ребенка [31, С.74].

1.9 Реакция горя как посттравматическое стрессовое состояние

В жизни каждого человека встречаются ситуации, когда близкие и дорогие им люди их покидают, при этом неважно вызвано ли это смертью или разрывом отношений, каждый человек переживает это как горе и утрату.

Горе - универсальное переживание всех людей, реакция на утрату значимого объекта, части идентичности или ожидаемого будущего. Смерть - это причина горя, но не единственная его причина. В самом простом определении горе - переживаемый отклик на значимую потерю. Этими потерями могут быть:

аварии или катастрофы;

развод;

утрата отношений (в т.ч. дружеских привязанностей), ссора с близким другом;

смерть человека, игравшего важную роль в жизни того, кто переживает;

потеря чего-то вещественно важного: обручального кольца или семейного наследства; доходов или финансового благосостояния;

потеря каких-либо физических способностей;

осознание того, что в будущем придется жить гораздо хуже, чем сейчас;

потеря членства в значимой референтной группе;

потеря любимого домашнего животного;

потеря веры в идеалы (мировоззрение, религия, мораль, политические взгляды);

события в стране и за рубежом (создают ощущение нестабильности, нарушают состояние базовой безопасности).

В зарубежной литературе существует несколько психотерапевтических направлений по изучению феномена горя, одной из которых является психоаналитическая теория, предложенная З. Фрейдом, в которой переживание горя связывается с привязанностью либидо к утраченному объекту и потерей этого объекта. В экзистенциальной психологии, проблему переживания горя изучали такие зарубежные исследователи как И. Ялом, А. Лэнгле, В. Франкл и др. В основном они рассматривали значение горя и смерти в жизни человека. Они считали, что переживание горя и принятие смерти способствуют увеличению значимости жизни, ее ценности. На-

пример, В. Франкл, считал, что на биологическом уровне «боль считается бдительным сторожем. И в области душевно-духовного она выполняет аналогичную функцию. То, от чего страдание должно уберечь человека, - это апатия, душевная вялость. То есть пока человек страдает, он остаётся душевно живыми. В страдании он зреет, вырастает в нём - оно делает нас богаче и сильнее».

Наиболее проработанной и полной в психологии концепцией является точка зрения немецко-американского учёного Э. Линдемманна. Э. Линдемманн в своей работе «Клиника острого горя» выделяет основные положения:

1. Острое горе - это определённый синдром с психологической и соматической симптоматикой.
2. Этот синдром может возникать сразу же после кризиса, он может быть отсроченным, может явным образом не проявляться или, наоборот, проявляться в чрезмерно подчёркнутом виде.
3. Вместо типичного синдрома могут наблюдаться искажённые картины, каждая из которых представляет какой-нибудь особый аспект синдрома горя.
4. Эти искажённые картины соответствующими методами могут быть трансформированы в нормальную реакцию горя, сопровождающуюся разрешением [38].

Также следует отметить, что Э. Линдемманн выделяет пять признаков горя: физическое страдание, поглощённость образом умершего, вина, враждебные реакции, утрата моделей поведения. В исследованиях, проводимых Э. Линдемманном, разделяется течение реакций горя на нормальные и болезненные, которые, в свою очередь, делятся на отсроченные и искажённые реакции. Болезненные реакции горя являются искажениями нормального горя. Трансформируясь в нормальные реакции, они находят своё разрешение. Э. Линдемманн в своей работе «Клиника острого горя» выделил целый симптомокомплекс горя. Это изменения, чаще всего обратимые, в психосоматической и поведенческой сферах. По мнению Э. Линдемманна, продолжительность реакции горя, очевидно, определяется тем, насколько успешно индивид осуществляет работу горя, а именно выходит из состояний крайней зависимости от умершего, вновь приспосабливается к окружающему, в котором потерянного лица больше нет, и формирует новые отношения.

Среди *типичных симптомов горя (нормальных)* Э. Линдемманн выделяет:

нарушение сна; анорексия - резкая, значительная потеря или приобретение веса. Раздражимость; сложности с концентрацией внимания; потеря интереса к новостям, работе, друзьям, церкви и т.д., подавленность, апатия и отчуждение; уединенность; плач, самобичевание, суицидальные мысли, соматические симптомы, чувство усталости, применение медикаментов (снотворных и/или успокоительных), галлюцинации, отождествление с умершим или ощущение его присутствия.

Нетипичные симптомы (патологические): затянувшиеся переживания горя (несколько лет), задержка реакции на смерть близкого (нет выражения страданий в течение 2 и более недель); сильная депрессия, сопровождающаяся бессонницей, чувство самоуничтожения, напряжение, горькие упреки в свой адрес и необходимость самобичевания; появление болезней психосоматического характера, таких как, язвенный колит, ревматический артрит, астма, нередко бывает ослабление чувствительности, приступы удушья и т.д., и похондрия: развитие симптомов, от которых страдал умерший; сверхактивность: перенесший утрату человек начинает развивать кипучую деятельность, не ощущая боль утраты; неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, часто сопровождаемая угрозами, однако только на словах; не согласующееся с нормальным социальным и экономическим существованием поведение. Может быть полное изменение стиля жизни. Устойчивая нехватка инициативы или побуждений; неподвижность. Слабовыраженные эмоции; неспособность эмоционально чувствовать. Резкие переходы от страданий к самодовольству за короткие промежутки времени. Возможное вынашивание суицидальных планов. Изменение отношения к друзьям и родственникам; раздражимость, нежелание надоедать, уход от социальной активности; прогрессирующая уединенность. Разговоры о суициде, воссоединении с умершим, о желании со всем покончить.

Василюк Ф.Е. выделяет следующие общие симптомы горя:

Соматические нарушения. Это специфические нарушения дыхания. Дыхание становится прерывистым, особенно на вдохе, появляются симптомы физического переутомления, утрата аппетита, нарушения сна (повторяющиеся кошмары, бессонница), возможна симптоматика той болезни, от которой умер близкий.

Психологическая сфера. Сюда относится чувство вины (основное переживание при любой травме, а при горе - доминирующее), погруженность в образ умершего; ощущение опустошенности, блеклости, серости мира, раздражительность; идеализация умершего; чувство брошенности, вызывающее злость. Эта злость вступает в конфликт с идеализацией, вызывая сильные противоречивые чувства. Человек, чувствуя свою злость и ее несправедливость, пытается сдерживаться, и возникает как бы "одеревенелость", желание уйти от контакта. Вначале - избегание разговоров об умершем, затем - назойливое рассказывание.

К другим общим симптомам горя относятся специфические нарушения *в смысловой сфере*. Вдруг обнаруживается: на что ни посмотри, все было связано с умершим. Появляется странная забывчивость в обыденной жизни - умершему ставится, например, тарелка, и это вновь вызывает ухудшение состояния. Нарушаются работоспособность, внимание, память, что усиливает и подчеркивает ощущение собственной малоценности.

В книге норвежских авторов Бенте Арнтсен, Анна-Лиза Оксневад, Тронд Гроннестад "Семейная терапия в лечении психоза" поэтапно и подробно описана так называемая работа горя. Данные авторы разделяют процессы переживания горя на четыре стадии.

Первую, острую стадию, они определяют как фазу шока. Эта может длиться от нескольких дней до нескольких недель. После этого наступает фаза реакций, продолжительностью в три-четыре месяца. Затем следует выздоровление – или фаза преодоления (копинга), также длительностью от трех до четырех месяцев. Наконец приходит фаза, которую называют фазой новых ориентиров, она длится от полугода до полутора лет.

Таким образом, нормальный процесс переживания горя имеет продолжительность от года до двух лет. Это разделение может показаться искусственным, однако примечательно, что люди, переживающие горе, проходят именно эти фазы, причем в указанные периоды времени. Даже если мы говорим, что переживание горя для большинства завершается через год-два, в отдельных случаях все может происходить иначе. Переживание горя – процесс индивидуальный. И нет рецепта для того,

как людям следует реагировать на горе. Нет «правильного способа» его переживания. Вероятно, след от горя остается на всю жизнь, даже если сама боль не была долгой. Потеря того, кто нам близок, всегда оставляет после себя пустоту и шрам в нашей душе.

Особенности переживания горя в пожилом и старом возрастах

Наверно очевидно, что люди позднего возраста больше подвержены риску переживания тяжелых утрат, чем молодые люди. Для пожилых становится очевидным, что жизнь не беспредельна, ограничена, времени остается мало. Не все утраты и потери могут быть чем-то компенсированы.

Первой потерей может стать смерть одного из супругов и близких членов семьи или друзей. По исследованию Р. Калиша, на вопрос: «Сколько людей, которых вы лично знали, умерли за последние два года?» 33 % 60-летних и более пожилых назвали от четырех до семи человек, 22 % -- восемь и более человек. Пожилые вынуждены смириться с тем, что в их годы постоянно приходится иметь дело со смертью близких для них людей.

Кастенбаум описывает «чрезмерную нагрузку от тяжести утраты» при повторении или наложении нескольких потерь. Не успев оправиться от смерти близкого человека, пожилой снова теряет кого-то.

Симптомы физического выражения горя описаны Дж. Ворденом на основе обследования большого числа своих клиентов. Общие признаки: тянущее чувство в животе, сжатие грудной клетки, сжатие в горле, повышенная чувствительность к шуму, все кажется ирреальным, короткое дыхание, слабость в мышцах, недостаток сил, сухость во рту. Ворден описывает также реакции морального выражения горя: сомнение, смущение, рассеянность, озабоченность мыслями об умершем, попытки прочувствовать смерть на себе, страх, тревога. Смерть близкого человека влияет на чувства самосохранения, самоуважения, самолюбия. Можно предполагать, что в разных возрастных группах эти реакции проявляются по-разному. У молодых или людей среднего возраста такие переживания временны в отличие от пожилых.

Калиш замечает, что горе ведет к изменениям в поведении. Совокупность негативных симптомов может вызвать потерю быстроты реакции или привести к мало-

подвижности. Изменения поведения достаточно многочисленны, некоторые из них присущи старикам и пожилым, другие - молодым людям. Он предполагает, что, несмотря на увеличение потерь и источников горя в позднем возрасте, старики переживают горе менее жестоко, чем люди среднего возраста. Калиш Р. рассматривает поведение людей, перенесших утрату родителей или супруга, отношения их с ровесниками, внуками, правнуками. При этом он не затрагивает такие ситуации, как присутствие отчима или мачехи, падчерицы или пасынка, вторичный брак между людьми с большой разницей в возрасте.

Пожилый человек – это человек старше 65 лет. В этом возрасте смерть родителя или близкого родственника достаточно частое явление. Можно предположить, что родителям пожилых не менее 85 лет, они имеют хронические болезни и поэтому их смерть не является неожиданностью. Во многих случаях эти обстоятельства несколько уменьшают горе при потере. Предвиденное, ожидаемое горе облегчает переживания, так как остающийся один «пожилый ребенок» не строил уже никаких планов на будущее, связанных с родителями. Большинство пожилых расстаются с ожиданиями в отношении своих родителей. Поэтому их смерть для «пожилого ребенка» не носит разрушающего характера, хотя утрата очень болезненна.

Также следует отметить, что Калиш Р. обращает внимание на два фактора, которые обычно игнорировались в отношении к пожилым. Первое: пожилой становится сиротой. Несколько непривычен термин «пожилый ребенок - сирота», однако чувство горестного одиночества посещает человека в любом возрасте. Второе: после смерти родителя «пожилый ребенок» становится старшим в семье. Это означает для него, во-первых, принятие ответственности за семью. Во-вторых, возможно появление мысли о том, что следующим умрет он. «Пожилые дети» после смерти родителя действительно испытывают чувство потери, однако их повседневная жизнь меняется минимально: скончавшийся родитель, вероятно, уже не принимал участия в финансовой и хозяйственно-бытовой деятельности в семье. Чаще всего роль умершего сводилась к поддержанию традиций и целостности семьи, престарелый родитель требовал много внимания и материальных затрат при небольшой отдаче. Калиш подчеркивает, что такая интерпретация не означает денежной оценки человека, и

пытается более обще оценить природу реакции на потерю члена семьи. Пожилой вдовец/вдова стоит перед проблемой строить свою жизнь в другом обществе, в другой социальной ситуации. Когда один из пожилых супругов умирает, происходит ломка человеческих отношений, продолжавшихся десятилетиями, от которых остались многочисленные воспоминания и ассоциации. Смерть также напоминает второму супругу о его уязвимости. Это обычно наносит тяжелый удар по повседневной жизни и чувствам овдовевшего.

Однако иногда бывает сильное чувство облегчения, так как появляется возможность выбора нового супруга. Обычно это касается случаев, когда брак был неудачным, и смерть стала освобождением для оставшегося в живых супруга или умерший болел так долго и тяжело, что уход за ним был очень обременительным для партнера, т. е. смерть стала благодеянием.

Описание физического, морального и поведенческого выражения горя, о котором пишет Калиш, подтверждается исследованиями других авторов. Депрессия, чувство неудовлетворенности, мысли о смерти присущи именно этой категории. Однако, как замечает автор, у вдов и вдовцов не наблюдается потери самоуважения. Смерть пожилого человека - более естественное явление, чем смерть молодого, поэтому можно быть к ней готовым. Сила удара тем меньше, чем старше и больнее человек. В этом случае он и окружающие более подготовлены к смерти.

Пожилой человек, потерявший своего ребенка - сложная и тяжелая ситуация, которая имеет несколько аспектов. С одной стороны, дети в современном западном мире, как правило, не посвящают в свою жизнь родителей, у них нет чувства единой семьи, характерного для традиционного патриархального общества. Степень влияния смерти ребенка на жизнь пожилого родителя индивидуальна. Возможно, что жизнь пожилых, живущих отдельно от своих детей, меняется в этом случае незначительно. Часто пожилые после смерти ребенка переключают свое внимание на других детей, невесток, зятьев, внуков. Они помогают им материально, по хозяйству, сидят с детьми.

С другой стороны, эмоциональный удар от смерти взрослого ребенка обычно очень велик. Потеря мечты, надежд, каких-то ожиданий для пожилого несравнимы с по-

терей детей. Это как бы означает для него лишение права жить дальше. Хотя логическому объяснению такое мнение пожилого, перенесшего утрату ребенка, не поддается, оно всегда присутствует в его сознании. Старики, потерявшие детей, под тяжестью безысходности и утраты чувствуют себя обманутыми временем.

Бабушки и дедушки также чувствуют утрату при разводе детей, особенно сына. Они обычно прилагают сверхусилия для того, чтобы сохранить связи со своими внуками, хотя предпочитают жить отдельно от них. Совершенно не исследована ситуация пожилого человека, при которой после смерти взрослого ребенка его бывшая жена или бывший муж снова вступает в брак.

«Чувство горя, сопровождающее потерю, - важная часть жизни. Значение смерти неодинаково для разных возрастных групп. Вероятно, нельзя переносить общие стереотипы на всех, невозможно сказать, насколько сильно чувство потери для старика. Это зависит от его возраста, его эмоциональной близости с умершим, от качества родственных связей. К сожалению, публикаций на эту тему очень мало, практически нет описания клинических случаев. Возможно, что особенности частных случаев людей позднего возраста относились к результатам по средневозрастной группе. Поэтому закономерности и уникальность переживаний тяжелых потерь пожилыми людьми до недавнего времени не привлекали внимания ученых» (Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидере. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 416 с.).

1.10 Суицидальное поведение как форма посттравматического стрессового расстройства

Суицид (от английского – самоубийство) – это сознательное лишение себя жизни или попытка к самоубийству.

Суицидальное поведение – это саморазрушительное поведение, к которому кроме того можно отнести и такие формы девиантного поведения, как злоупотребление алкоголем и наркотиками, упорное нежелание лечиться, управление транс-

портом в нетрезвом состоянии, самоистязание, сознательное участие в драках и войнах.

Естественно, возникает вопрос о причинах возникновения данного феномена, особенностях и тенденциях его развития и психолого-социальной работе по профилактике этого зла. В настоящее время сложилось несколько подходов к пониманию суицидального поведения:

а) анатомо-атропологический: предполагает структурно-морфологические и психофизиологические причины и делает акцент на неблагоприятной наследственности;

б) социологический: представители которого считают, что причины коренятся в социально-экономических факторах, а также способностях индивида воспринять нравственно-правовые нормы (Дюркгейм считал, что при совершении самоубийства личностью вина полностью ложится на общество. Это оно подвело человека к последней черте);

в) психопатологический: отдается предпочтение психической патологии суицидента;

г) психоаналитический: основное внимание в котором концентрируется на механизмах психологической защиты.

Момент совершения самоубийства характеризуется исключительной эмоциональной напряженностью для суицидента. В этом периоде у него отмечается фиксация внимания на непреодолимых трудностях в жизни и деятельности, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей решения возникших проблем. Наиболее легким вариантом избавления от навалившихся трудностей суициденту кажется самоубийство.

В отечественной науке суицидальное поведение объясняется в более гибких формах, как следствие дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Анализ научных и литературных источников позволяет структурировать причины суицидального поведения в три группы:

- психическая деформация субъекта;
- суицидоопасная ситуация;

- социально-экономическая и нравственная организация общества.

Психическая деформация субъекта чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности суицидента, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное каким-то событием. К таким состояниям относят прежде всего психозы и депрессии. Психологический кризис может возникать двумя путями: внезапно или накапливаться постепенно.

Суицидоопасная ситуация представляет собой сочетание таких факторов среды, когда человек, с одной стороны, понимает их высокозначимость для себя, а с другой стороны – занижает свои потенциальные возможности в преодолении трудностей ситуации. Суицидальной действие в этом случае считается единственно возможным.

Социально-экономическая и нравственная обстановка в обществе, действуя опосредованно, через соответствующие социальные группы, может способствовать или препятствовать развитию психологического кризиса личности, а также усиливать или ослаблять действие факторов суицидоопасной ситуации.

Суицид во многих случаях трактуется как деструктивное средство разрешения кризиса в конфликтной ситуации. Что же это за конфликты?

1. Конфликты ценностно-мировоззренческого и микросоциального характера, потеря социальных ориентиров и идеалов социального взаимодействия; неудачи выполнения значимой задачи; межличностные конфликты.
2. Личностно семейные конфликты: неразделенная любовь, развод, смерть близких и родных.
3. Факты антисоциального поведения: страх уголовной ответственности и общественное мнение.
4. Состояние здоровья.
5. Конфликты материально-бытовой сферы.

Среди молодежи распространены следующие причины: потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви; уязвленное чувство собственного достоинства; крайнее переутомление; разрушение защитных механизмов личности в результате алкогольного опьянения, употребле-

ния психотропных средств; токсикомания и наркомания; отождествление себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство; состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха.

Для психологического обеспечения социальной работы по предупреждению суицидального поведения особый интерес представляет так называемый пресуицид. *Пресуицид* характеризуется особым психическим состоянием, которое обуславливает повышенную вероятность суицидального действия.

В пресуициде выделяется две фазы: predisпозиционная и суицидальная. Предиспозиционная фаза представляет собой период времени, когда внутреннее поведение суицидента отличается повышенной психологической напряженностью и преобладанием пассивных суицидальных мыслей. Суицидальная фаза преимущественно связана с появлением суицидальных замыслов и намерений и длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без активной проработки планов действий, связанных с исполнением самоубийства.

Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Человеком предусматривается способ суицида, время и место его совершения.

Суицидальные намерения предполагают присоединения к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу к внешнему проявлению.

Внутреннее суицидальное поведение сопровождается также соответствующим эмоциональным фоном – **суицидальными переживаниями**. Структура суицидальных переживаний основывается на отношении к двум полярно противоположным ценностям: к собственной жизни и к смерти.

Отношение к жизни выражается в четырёх основных формах:

- 1) в ощущении безразличия;
- 2) в чувстве сожаления о своём существовании;

- 3) в переживании его тягостности, невыносимости;
- 4) в отвращении к жизни.

Отношение к смерти выступает в следующих четырёх формах:

- 1) страх смерти, хотя и сниженный в своей интенсивности;
- 2) ощущение безразличия;
- 3) чувство внутреннего согласия на смерть;
- 4) желание смерти.

В структуре суицидальных переживаний выделенные формы встречаются в различных сочетаниях., создавая множество индивидуальных вариантов. Однако для **диагностики суицидального переживания**, как такового, психологу необходимо установить наличие в один момент времени любой пары элементов из двух перечисленных рядов.

Внешнее суицидальное поведение проявляется в форме суицидальных высказываний или же практических суицидальных действий различных типов. Такие действия, связанные с использованием тех или иных средств и способов, отражают психологию суицидента, приводя к завершённому суициду или оставаясь его попыткой.

Суицидальная фаза заканчивается суицидальным актом – самоубийством или покушением на него. Суицидальный акт отличается значительными гипертрофированными эффектами переживаниями и резким сужением рациональной области психики.

При этом следует учитывать типологию суицидального поведения, которая представлена следующим образом:

- истинный суицид – осознанное действие, целью которого является совершение акта самоубийства;
- аффективный суицид – занимает промежуточное положение между истинным и демонстративно-шантажным суицидом и обусловлен необычно сильным аффектом в результате острого психотравмирующего события;
- демонстративно-шантажное суицидальное поведение – сознательная манипуляция жизненноопасными действиями; может быть двух видов рациональное и эф-

фективное. Имеют целью запугать окружающих и выторговывать все необходимое суициденту. К сожалению в 2/3 случаев демонстративно-шантажные суициды заканчиваются гибелью людей.

Основные мероприятия психологического обеспечения социальной работы по предупреждению суицидального поведения могут быть представлены следующим образом .

1.Эффективная работа психолого-суицидологической службы по накоплению систематизации и использованию опыта профилактической деятельности, анализу тенденций и разработке специальных научно-технических программ.

2.Умелое прогнозирование суицидальной активности и усилению профилактической работы по социальным группам, временам года и обстоятельствам.

3.Обучение молодежи приемам и способам снижения уровня неконструктивной конфликтности полноценному использованию существующих возможностей по формированию правовой культуры и правоисполнительной обстановки на местах.

4.Систематическое проведение мероприятий психогигиены и оказания адекватной психологической помощи людям с острым личностным кризисом.

1.11 Боевой стресс

Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других стрессоров, участие в войне является пролонгированной психотравматизацией.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов:

1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации;

2) ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у человека, непосредственно участвующего в боевом действии; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника;

3) воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна);

4) невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, особенности водного режима и питания);

5) характерный для участников войны в Афганистане жаркий климат в горно-пустынной местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

Для ПТСР у ветеранов войны характерны пять фаз:

1) начальное воздействие;

2) сопротивление/отрицание;

3) допущение/подавление;

4) декомпенсация;

5) совладание с травмой и выздоровление.

Отличительная черта данной схемы – наличие периода декомпенсации перед совладанием. Однако существует значительно большее разнообразие ответных реакций на травматическое событие, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому более точно следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания.

Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Второй путь – дезадаптивное разрешение ПТСР в виде одной из следующих форм:

- основанное на генерализованной реакции страха;
- основанное на генерализованной реакции гнева;
- базирующееся на диссоциации;
- основанное на реакции ухода в себя;
- базирующееся на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническими ПТСР не «просто застряли» между 2 и 3-й фазами. В попытке «прийти к соглашению с травмой» у них изменяется представление о себе и окружающем мире. Личностные изменения, наблюдаемые у лиц с ПТСР, являются отражением достигнутого типа разрешения.

Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.

У всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР (В.Ю. Шанин, А.А. Стрельников, 1997).

Повторное переживание травмы. Имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно одной формы.

Самый частый (у 80 %) вариант повторного переживания травмы – повторяющиеся ночные кошмары, – которые в первые 2 – 4 г. после войны беспокоили всех до единого ветеранов. Для снов ветеранов характерны чувство беспомощности, одиночество в потенциально фатальной ситуации, преследование врагами с выстрелами и попытками убить, ощущение отсутствия оружия для защиты. Подобного рода сны часто являются частью общих сновидений о войне. В наибольшей степени ночные кошмары являются проблемой для пациентов с последствиями контузии головного мозга. Из бесед с матерями, женами, сожительницами ветеранов установлено, что часто во время кошмарных сновидений они совершают во сне движения различной интенсивности.

Вторым по выраженности проявлением повторных переживаний травмы был психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая годовщину войны. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70 % обследованных. Многие эпизоды являются триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (вертолет, летающий над головой; информация о войне; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Ветераны имеют повышенную чувствительность к стимулам, имеющим отношение к войне, вследствие своего предыдущего боевого опыта и эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие воспоминания о военных событиях (еще одна форма интрузии) отмечаются более чем у 50 %. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери с острой эмоциональной болью, проигрыш заново проблематичных аспектов травматических событий.

Считается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы

имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятные повторные переживания травмы ведут к патологическому разрешению.

Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой.

Второй важной клинической чертой ПТСР являются «эмоциональное оскудение», «эмоциональная гипостезия». Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность в личной жизни у значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до армии и сразу после войны, отмечается большое число разводов.

У ветеранов также отмечается чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой по продолжительности жизни, ожидания несчастья в будущем.

Симптомы повышенной возбудимости.

Они проявляются, прежде всего, расстройствами сна, связанными или не связанными с ночными кошмарами. Выделяются следующие варианты нарушения сна у обследованных ветеранов: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические (ночные кошмары)).

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95 % случаев наблюдается выраженное снижение показателя устойчивости внимания. О повышенной осторожности, бдительности сообщают 80 % обследованных ветеранов. Данные симптомы являются также отражением повышенной возбудимости.

Вторичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО функционирования.

В отечественной литературе описываются выявленные типы психической дезадаптации у ветеранов, показателем которых является целостная поведенческая стратегия поведения (Б. Д. Карвасарский и др., 1990).

Первый тип – активно-оборонительный (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У части ветеранов прослеживается стремление обследоваться и лечиться амбулаторно.

Второй тип – пассивно-оборонительный (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе – отступление, примирение с болезнью. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться с болезнью, нередко ориентация на «выигрыш» от нее. Психический дискомфорт – в жалобах соматического характера.

Третий тип – деструктивный (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для разрядки отрицательных аффектов пациенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидным попыткам.

Описаны разнообразные психопатологические симптомокомплексы, наблюдаемые у ветеранов (Б. Д. Цыганков, 1992).

Для астенического симптомокомплекса характерны выраженные возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость. Обсессивно-фобический симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. При истерическом симптомокомплексе наблюдаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер пове-

дения. Для депрессивного симптомокомплекса характерны пониженное настроение, чувство пессимизма. Для эксплозивного симптомокомплекса характерны повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность. Психоорганический симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна). Возможны кратковременные дереализационные и делириозно-онейроидные расстройства.

1.12 Психологические последствия терроризма

Явление терроризма

Основные характеристики терроризма.

1. Отсутствие предупреждения. Предупреждение позволяет человеку предпринять защитные психологические или физические действия
 2. Серьезная угроза личной безопасности. Известно, когда, личное здоровье подвергается риску, возможно появление психологических симптомов в будущем.
 3. Возможность оказаться в опасной ситуации. Риску психологического нездоровья подвержены не только люди-участники, он и те кто реагировал на него.
 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 вероятные последствия для здоровья. Беспокойство, вызванное вероятностью длительного неизвестного воздействия на здоровье людей
- Символичность выбора цели террористами. Террористы не выбирают жертвы случайно - основной критерий символическая значимость цели. Общественные здания символизируют власть, стабильность, величие.

Психологические последствия терроризма.

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

Последствия терроризма отличаются тем, что может пройти несколько лет, прежде чем жертва осознает наличие у себя психической травмы, как следствие террористического акта и обратится за помощью.

Факторы воздействия:

1. Степень воздействия. Связано с близостью индивида к месту опасности или чем более прямым является действие этого агента - это определяет вероятность развития клинических симптомов.

2. Значимость утраты и ее последствия. Утрата может пониматься по-разному. Обычно считается, что люди, потерявшие самое дорогое и чье горе, очевидно, это те, кто потерял членов семьи, близких друзей и др.

Виды потерь: физическая работоспособность в результате травмы, потерю работы из-за разрушения предприятий, потерю экономического и социального положения.

Вмешательство: раннее и умелое вмешательство, помощь; неизбежность того, что составляет основу жизни индивида (школа, семья, церковь, работа); способность индивида анализировать событие, осознать и осмыслить потери.

Специфика переживания жертв терроризма, уникальность переживания:

- существует мало ситуаций в жизни, в которых человек переживает то же самое;

- ужасна мысль, что ты играешь роль пешки в игре, находящийся вне их контроля, вне их понимания;

- жертва ощущает себя униженной и не имеющей никакой ценности;

- между жертвой и террористом иногда устанавливаются зависимость и жертва видит в террористе своего защитника. «Стокгольмский синдром». 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.

Двойная травма возникает из-за полного замешательства от политики разглашований и 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 травмы от опасности, надвигающейся со стороны террористов и со стороны властей. В то же время, жизнь жертвы в данный 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.

Социальные последствия терроризма.

Социальные последствия - это различные виды убытков, нанесенных собственности индивида. Человек сталкивается с проблемой отсутствия лица или организации, которые бы выплатили компенсацию. Признание терроризма и его жертв общественной проблемой препятствует тот факт, что с точки зрения закона терроризм отождествляется с преступностью. Тем не менее, терроризм и преступность два различных действия направленные против общественного порядка. Преступность боится реакции общества, терроризм именно ее и добивается. Терроризм нацелен на общество в целом.

В странах, где сталкиваются с политическим терроризмом, эта проблема была бы признана социальной лишь в том случае, если бы существовало практическое, эффективное и удобное ее решение. Отсутствие такого решения ведет к фаталистическому подходу к терроризму. Этот фатализм может усиливаться средствами массовой информации. Пропагандируемое ими двойственное отношение к терроризму играет свою роль в формировании общественного мнения. Показывая терроризм как распространенное явление, которое невозможно ни подавить, ни проконтролировать, средства массовой информации уменьшают готовность бороться с ним или препятствуют усилиям по его искоренению.

Итак, признать жертв террора людьми, олицетворяющими определенную социальную проблему, не позволяющие следующие политические, финансовые соображения, а также соображения, вытекающие из системы ценностей в обществе.

Соображения, отражающие систему ценностей в обществе. Терроризм ценностное суждение. У каждого свое понятие о терроризме. Оно скорее относительное, чем абсолютное и временное, чем постоянное. Люди, которых раньше считали террористами, стали государственными лидерами. Людей, которых считают террористами в одном месте, почитают как героических борцов за свободу в другом месте или другие люди. Понятие "жертва террора" - не нейтральное, оно отражает невинность и жертвенность тех, кто пострадал от подобных актов, представляя общество в целом. Жертвы терроризма подобны солдатам, принимающим на себя огонь враждебной армии. Если общество в долгу перед военными, то оно в долгу и перед жертвами террора, ибо и те, и другие служат всему обществу. Общество должно относиться должным образом к жертвам террора, отдавая дань их личным потерям.

Политические соображения. Государство, принимая на себя ответственность за исход терактов и судьбу жертв, тем самым показывает, что терроризм не только существует, но и достиг опасных размеров и поэтому заслуживает законодательного и институционального реагирования. Подобное признание могло бы привести к нежелательным политическим последствиям. В этом кроется основная причина того, что законодатели не хотят признавать терроризм социальной проблемой.

Финансовые соображения. Преступление несет в себе прямые и косвенные социально-экономические издержки. Издержки, понесенные в результате террористических действий, являются более высокими и менее предсказуемыми. Издержки высоки, так как терроризм нацелен на дорогостоящие объекты; непредсказуемы так как неожиданность - это оружие террористов и одновременно помеха для государства, вынуждая находиться в состоянии повсеместной, дорогостоящей, постоянной готовности.

1.13 Вопросы и задания для проверки усвоения знаний

1. В чем состояла основная идея Ганса Селье по поводу адаптации организма к факторам внешней среды?
2. Как соотносятся понятия стресс и посттравматический стресс?
3. Каковы факторы риска и психологические механизмы возникновения посттравматического стресса?
4. Каковы симптомы посттравматического стрессового расстройства?
5. Каковы стадии развития посттравматического стрессового расстройства?
6. Охарактеризуйте острую стадию развития ПТСР.
7. Охарактеризуйте хроническую стадию развития ПТСР.
8. Каковы особенности посттравматического стресса у детей?
9. В каких случаях реакция горя может принимать форму посттравматического стрессового расстройства?
10. Опишите фазы и симптоматику переживания горя.
11. Каковы факторы суицидального поведения?
12. Перечислите индикаторы суицидального риска.
13. Охарактеризуйте особенности боевого стресса.
14. Каковы психологические последствия терроризма?

Задание: определите степень суицидального риска у пациента?

Пример: Н. - мужчина 57 лет, вдовец, работает, образование среднее специальное, социальный статус — рабочий, живет один, алкоголем не злоупотребляет, болен диабетом, суицидальных попыток в прошлом ни у него, ни у значимых для него лиц не было.

У пациента восемь месяцев назад от онкологического заболевания умерла жена. Дети (два сына) живут со своими семьями в других городах, на большом расстоянии от Н. (обратим внимание на то, что в нашей культуре гораздо чаще забирают пожилых родителей к себе дочери, чем сыновья), у него есть друзья, с которыми он изредка ходит на рыбалку. Он по-прежнему работает, придерживается определенной диеты, принимает инсулин. Оценивает будущее как бесперспективное, боится ухудшения физического состояния, потери работы, не видит в дальнейшей жизни смысла, высказывает суицидальные мысли («порой хочется руки на себя на-

ложить»), однако осуждает самоубийц («их за кладбищем раньше хоронили») - Предполагает, что его состояние могло бы улучшиться, если бы он жил рядом с детьми, которые сейчас не проявляют к нему интереса («после похорон раза три, может, звонил старший...»), мог бы общаться с внуками. Считает себя никому не нужным из-за болезни (диабет), небольших заработков. Преобладает подавленное настроение, долго не может заснуть, просыпается рано утром. Часто вспоминает умершую жену, видит ее в сновидениях, она «зовет» его, машет ему рукой.

Выберите правильный вариант ответа

1. Затяжная или отсроченная реакция на ситуации сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью – это:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство.
2. Болезнь.
3. Стресс.
4. Нет правильных ответов.

2. Продолжительность острой стадии ПТСР:

1. От момента события до 6 недель.
2. Только на момент события.
3. От 6 недель до 6 месяцев.
4. От 6 недель до нескольких лет.

3. Продолжительность хронической стадии ПТСР:

1. От момента события до 6 недель.
2. Только на момент события.
3. От 6 недель до 6 месяцев.
4. От 6 недель до нескольких лет.

4. Продолжительность отсроченной стадии ПТСР:

1. От момента события до 6 недель.
2. Только на момент события.
3. От 6 недель до 6 месяцев.

4. От 6 недель до нескольких лет.

5. Для этой стадии ПТСР характерна нарастающая депрессия, все поглощающее чувство бессилия, различные боли, не получающие объективного подтверждения:

1. Острая стадия.
2. Хроническая стадия.
3. Отсроченная стадия.
4. Нет правильного ответа.

6. В большей степени для этой стадии характерно изменение в поведенческой сфере:

1. Острая стадия.
2. Хроническая стадия.
3. Отсроченная стадия.
4. Нет правильного ответа.

7. Поведение в этот период определяется эмоциональным, страхом, который до определенного предела является нормальной и способствует психической и физической мобилизации сил необходимых для сохранения:

1. Острая стадия.
2. Хроническая стадия.
3. Отсроченная стадия.
4. Нет правильного ответа.

8. Различные нарушения сна, боли в животе, головные боли, частое мочеиспускание, тики у детей:

1. Симптомы ПТСР на физиологическом уровне.
2. Симптомы ПТСР на эмоциональном уровне.
3. Симптомы ПТСР на когнитивном уровне.
4. Симптомы ПТСР на поведенческом уровне.

9. Страх, тревога, фобии, раздражительность, плаксивость, развитие депрессии у детей:

1. Симптомы ПТСР на физиологическом уровне.
2. Симптомы ПТСР на эмоциональном уровне.
3. Симптомы ПТСР на когнитивном уровне.
4. Симптомы ПТСР на поведенческом уровне.

10. Ухудшение концентрации внимания, рассеянность, нарушение памяти, уход из дома, мысли о смерти у детей:

1. Симптомы ПТСР на физиологическом уровне.
2. Симптомы ПТСР на эмоциональном уровне.
3. Симптомы ПТСР на когнитивном уровне.
4. Симптомы ПТСР на поведенческом уровне.

11. Ребенок нуждается в постоянном присутствии родителей, физическом контакте с ними, ребенок грызет ногти, становится более упрямым, гневными и агрессивными:

1. Симптомы ПТСР на физиологическом уровне.
2. Симптомы ПТСР на эмоциональном уровне.
3. Симптомы ПТСР на когнитивном уровне.
4. Симптомы ПТСР на поведенческом уровне.

1.14 Литература, рекомендуемая для изучения темы

1. Александрова, Ю. И. Психофизиология / Ю.И.Александрова. - СПб.: «Питер», 2006.- 464с.- ISBN 5 – 872 – 0256 – 7
2. Александровский, Ю.А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И.Спивак, Б.Н.Щукин. - М.: Медицина, 1991. - 96с. - ISBN 5 – 000 – 48566 – 0
3. Волкан, В. Жизнь после утраты: Психология горевания. / В. Волкан, Э.Зинтл - Изд-во: Когито – центр, 2007. – 160с.- ISBN 978 – 5 - 89353 – 213 – 5

4. Данилов, А. Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США /А. Данилов // Зарубежное военное обозрение, 1991. - № 9.- С.11-16.
5. Лjungберг, Л. Стресс: его военные следствия. Медицинские аспекты и конфликтов / Лjungберг Л. // Военно-медицинский журнал, 2003. - № 6. - С.34-44.
6. Пергаменщик, Л.А.. Кризисная психология: учебное пособие / Л.А. Пергаменщик. - Минск: Высшая школа, 2004.- 304с.
7. Самоукина, Н.В. Экстремальная психология / Н.В. Самоукина. - М.: Экмо, 2000. - 288с.
8. Соловьева, С.Л. Психология экстремальных состояний / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128с. – ISBN 5-93979-078-х
9. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. - 272с. – (Серия «Практикум по психологии»). - ISBN 5-272-00399-3
10. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы / Б.Колодзин. – М., 1992. - 91с.
11. Менделевич, В. Д. Клиническая, медицинская психология / В.Д. Менделевич. - М.: «Медпресс-информ», 2002. - 592с.- ISBN 5 – 768 – 546 – 23
12. Щербатых, Ю.В. Психология стресса / Ю.В.Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 304с. – ISBN 5-699-11176-х

2 Методы диагностика посттравматического стресса

2.1 Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства

2.1.1 Диагностические критерии ПТСР по классификатору DSM - IV

В настоящее время диагностические критерии ПТСР наиболее полно представлены в классификации болезней DSM-IV. Этот критериальный перечень состоит из 6 основных критериев (А, Б, В, Г, Д, Е), многие из которых включают в себя ряд индикаторов. Описание диагностических критериев завершается классификацией ПТСР по трем видам: острое, хроническое и с отсроченным началом.

Диагностические критерии ПТСР (DSM-IV)

А. Индивид подвергся воздействию травматического события:

- 1) он пережил, стал очевидцем или столкнулся с событием (событиями), связанным со смертью или угрозой смерти, с серьезным увечьем или угрозой физической целостности, своей или других людей;
- 2) его реакция на событие включала в себя сильный страх, чувство беспомощности или ужаса.

Примечание - у детей, в отличие от взрослых, это может выражаться в дезорганизации или ажитированности поведения.

Б. Травматическое событие упорно продолжает переживаться индивидом вновь, по крайней мере, одним из ниже перечисленных способов:

- 1) у него навязчиво повторяются создающие дистресс воспоминания о событии, включающие в себя образы, мысли или впечатления;

Примечание - у маленьких детей может наблюдаться повторяющаяся игра, в которой выражаются характерные черты или отдельные аспекты травмы;

- 2) у индивида имеются повторяющиеся создающие дистресс сновидения о событии;

Примечание - детям могут сниться пугающие сновидения неопределенного содержания;

- 3) индивид действует или чувствует себя так, будто травматическое событие повторилось вновь (включая ощущения оживления опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные "вспышки видений" (флэшбек) - в том числе то, что происходит при пробуждении или при интоксикации);

Примечание - у маленьких детей может происходить специфичное травме отигрывание;

- 4) индивид испытывает интенсивный психологический дистресс под воздействием внутренних или внешних ключевых стимулов, символизирующих или напоминающих какой-либо аспект травматического события;

- 5) физиологическое реагирование на воздействие внутренних или внешних ключевых стимулов, символизирующих или напоминающих какой-либо аспект травматического события.

В. Индивид упорно избегает стимулов, связанных с травмой, и у него отмечается притупление уровня общего реагирования (не имевшееся до травмы), что выражается, по крайней мере, в двух из нижеследующих индикаторов:

- 1) избегать мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- 2) посещать такие места и встречаться с такими людьми, которые пробуждают воспоминания, связанные с травмой;
- 3) неспособности вспомнить какой-либо важный аспект травматического события;
- 4) заметном снижении интереса к значимым видам деятельности или степени участия в них;
- 5) чувстве отстраненности или отчужденности от других;
- 6) суженности аффективной сферы (неспособности испытывать переживания любви);
- 7) восприятию ограниченных перспектив будущего (не рассчитывает сделать карьеру, создать семью, иметь детей или вести нормальную жизнь).

Г. У индивида имеются устойчивые симптомы сильной активации (отсутствовавшие до травмы), что выражается, по крайней мере, в двух из нижеследующих индикаторов:

- 1) бессоннице - трудно засыпает или просыпается;
- 2) раздражительности, вспышках гнева;
- 3) трудности концентрации;
- 4) сверхбдительности;
- 5) преувеличенной реакции испуга.

Д. Длительность нарушения (наличие симптомов, соответствующих критериям Б, В и Г) превышает один месяц.

Е. Нарушение является причиной клинически значимого дистресса или ухудшения в социальной сфере, сфере занятости или других важных сферах функционирования.

Специально отмечают:

- *острое расстройство*, если длительность симптомов меньше 3-х месяцев;

- *хроническое расстройство*, если длительность симптомов составляет 3 или более месяцев;

- *расстройство с отсроченным началом*, если симптомы начинаются, по меньшей мере, через 6 месяцев после воздействия стрессора.

2.2 Психологические методы диагностики ПТСР

Выбор диагностических методик для диагностики ПТСР во многом зависит от стадии развития расстройства. Так, в острой стадии развития ПТСР ведущим методом является наблюдение - свободное или структурированное (с использованием различных шкал для оценки степени травматических нарушений).

В хронической (и отсроченной) стадиях развития ПТСР применяются методики как специально разработанные (или адаптированные), направленные на оценку степени выраженности ПТСР, так и широко известные психологические методики, позволяющие более точно оценить степень нарушений в различных сферах.

Специализированные методики

1. Клиническое диагностическое интервью с использованием методики «Структурированное клиническое интервью для DSM-IV-R» - СКИД (SOD — Structured Clinical Interview for DSM-IV-R). С помощью СКИД можно диагностировать психотические, аффективные и тревожные расстройства, а также алкогольную и наркотическую зависимость (или злоупотребление).

2. «Шкала клинической диагностики ПТСР» (CAPS-1-Clinician Administered PTSD Scale) позволяет оценить тяжесть посттравматической симптоматики.

3. «Шкала оценки тяжести боевого опыта» (Combat Exposure Scale - CF.S i) позволяет выявить субъективную оценку тяжести индивидуального боевого опыта.

4. «Опросник выраженности общей психопатологической симптоматики Л. Дерогатиса» (SCL-90-R -Symptom Check List-90-Revised).

5. «Шкала оценки тяжести воздействия травматического события» (IOES - R Impact of Event Scale).

6. Шкала диссоциации (DES).

7. Миссисипская шкала для оценки посттравматических личностных нарушений (гражданский и военный варианты).

8. Опросник для оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

9. Шкала воздействия событий М. Горовица.

10. Шкала ПТСР Т. Кина.

11. Опросник травматического стресса (ОТО И. Котенева).

12. Методика ИПД - индекс психологического дистресса.

13. ОПД - опросник для оценки выраженности перитравматической диссоциации.

Способы и методики психологической диагностики, позволяющие оценить степень нарушения в различных сферах:

1. ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник) используется для выявления структуры психических нарушений.

2. Опросник депрессивности А. Бека (BDI - Beck Depression Inventory) позволяет, оценить степень развития депрессии.

3. Методика СМІЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности) используется для оценки эмоциональной напряженности. Для состояния психической напряженности, связанной с осознанием имеющихся проблем характерен подъем профилей по 2-й или по 1-й и 3-й шкалам, реже - по 4-й и 6-й.

4. Тест Люшера (метод цветных выборов) используется для оценки неосознаваемой тревожности и психологического дискомфорта.

5. Методика ценностных ориентации Рокича применяется для определения степени изменения ценностных ориентации.

6. САН (методика оценки самочувствия, активности, настроения) позволяет измерить эмоциональное состояние в период интенсивной физической и психической нагрузки.

7. Опросник Баса - Дарки позволяет оценить степень агрессивности.

8. Методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла позволяет оценить изменения в структуре личности.

9. «Тест неоконченных предложений» используется для выявления скрытых, неосознаваемых реакций на травму.

В зависимости от диагностической ситуации методики могут применяться комплексно или выборочно и могут быть дополнены другими методами (в зависимости от состояния и жалоб пострадавшего).

При обследовании большого количества пострадавших широко используются различные «шкалы самодиагностики», с помощью которых человек сам может выявить у себя наличие посттравматической симптоматики и принять решение о необходимости обращения за специализированной помощью.

2.3 Особенности психологической диагностики ПТСР у детей

При ПТСР существуют как общие группы симптомов у взрослых и детей, так и специфические у детей. Все основные симптомы ПТСР можно разделить на три группы: повторного переживания, избегания и повышенной возбудимости.

В детском возрасте симптомы повторного переживания включают ночные кошмары, флэшбэки, повторяющиеся игры, воспоминания о травматическом событии и навязчивые мысли о нем.

Симптомы избегания у ребенка включают уход от мыслей и чувств, связанных с событием, избегание всего, что напоминает о событии, вымывание из памяти деталей травмы, чувство отчуждения, обеднение эмоций.

Симптомы повышенной возбудимости связаны с различными нарушениями сна, раздражительностью, затруднениями концентрации внимания, тревожностью, психологической чувствительностью к стимулам, связанным с травмой.

Обычно у детей ПТСР развивается в следующей последовательности:

- 1) отчаяние;
- 2) отрицание;
- 3) навязчивость;

- 4) прорабатывание;
- 5) завершение.

Для фазы отчаяния характерна немедленная реакция на травматическое событие, выражающаяся в острой тревоге. При этом ребенок не может осознать произошедшее.

В фазе отрицания возможны бессонница, различные нарушения памяти (от незначительных искажений до полного забывания травмирующей ситуации), реакции отказа, бесчувственность, расторможенность, различные нарушения здоровья: боли, головокружения, желудочно-кишечные расстройства, тики, дрожь в руках и ногах и т.д.

Фаза навязчивости характеризуется испугом, эмоциональной лабильностью, постоянным возбуждением, нарушением сна.

Прорабатывание и завершение - заключительные фазы, в этот период ребенок может осознать причины произошедшего и, оплакав потери, обрести надежду и способность строить планы на будущее.

Для диагностики актуального эмоционального состояния, уровня невротизации, тревожности, страхов у детей можно использовать:

- 1) клиническую беседу для установления основных причин психотравмы и определения тяжести расстройства;
- 2) тест цветowych выборов Люшера для изучения эмоционального состояния Пострадавших;
- 3) проективные рисуночные тесты для выявления неосознаваемых реакций ребенка на психотравмирующую ситуацию.

В связи с недостаточным развитием самосознания в детском возрасте различные диагностические методики проективного типа имеют особое значение для диагностики ПТСР.

За рубежом для выявления степени ПТСР у детей и подростков часто используется шкала **индекс реакций при ПТСР**.

Индекс реакций при ПТСР:

- 1. Событие воспринимается как сильный стрессогенный фактор.

2. Расстраивается при мыслях о событии.
3. Боится повторения события.
4. Пугается, когда думает о событии.
5. Избегает того, что напоминает о событии.
6. Возбужденный (нервный) легко пугается.
7. Хочет избежать чувств.
8. Навязчивые мысли.
9. Плохие сны.
10. Нарушения сна.
11. Навязчивые образы и звуки.
12. Потеря интереса к ранее значимой деятельности.
13. Трудности концентрации внимания.
14. Отстраненность (увеличение межличностной дистанции).
15. Мысли о событии мешают учебе.
16. Чувство вины.

Наличие каждой из перечисленных реакций оценивается в I балл, затем все баллы суммируются, и полученная сумма свидетельствует о степени ПТСР. 7-9 баллов - свидетельствуют о легкой степени ПТСР, 10-12 баллов - о средней степени ПТСР, 13 и более - о тяжелой степени ПТСР.

2.4 Вопросы и задания для проверки усвоения знаний

1. Каковы диагностические критерии ПТСР.
2. Перечислите психологические методы и методики диагностики ПТСР
3. Какие личностные опросники можно использовать при диагностике посттравматического стресса?
4. Каковы особенности психологической диагностики ПТСР у детей?
5. Какие вы знаете методы диагностики кризисных состояний и посттравматического стрессового расстройства.
6. Расшифруйте значения терминов: флэшбэк, инкапсуляция травмы.

Задания:

- 1) составьте диагностическую программу исследования боевого стресса для военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в «горячих точках»;
- 2) составьте диагностическую программу исследования травматического стресса (жестокое обращение, насилие) для подростков.

2.5 Литература, рекомендуемая для изучения темы

1. Бурлачук, Л. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Бурлачук, С.Морозов. - СПб.: «Питер», 2003.-528с. - ISBN 5 – 96852 – 6646 – 8
2. Ихсанов, Р.Ф. Человек в чрезвычайной ситуации (клинико-психологический обзор, основы диагностики и поддержки): учебно-методическое пособие / Р.Ф.Ихсанов. – Самара: Изд-во СГПУ, 2005. – 64с. – ISBN 5-8428-0500
3. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001.-272с. – (Серия «Практикум по психологии»). - ISBN 5-272-00399-3

3 Психокоррекция и психотерапия посттравматического стресса

3.1 Принципы коррекции и психотерапии при ПТСР

После того как человек подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации - необычными и пугающими. Поэтому **первым принципом** терапии ПТСР является принцип нормализации. Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии, таким образом, становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности.

Это может помочь пострадавшему понять причины своих симптомов, их динамику и более активно участвовать в процессе терапии.

Второй принцип, на котором должна базироваться терапия ПТСР, — принцип партнерства и повышения достоинства личности. Люди, страдающие ПТСР, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Особенно это касается жертв сексуального насилия (необходимо учитывать, что мужчины переносят это значительно болезненней), других тяжких преступлений, мигрантов, пострадавших в местах своего прежнего проживания от национальных преследований и жертв тоталитарных сект. Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества и является таким необходимым.

Третий принцип — принцип индивидуальности. Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса. И это также важно учитывать в процессе терапии.

Чем больше времени прошло с момента получения травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется при оказании психологической помощи из-за того, что посттравматический стресс все теснее связывается с другими психологическими проблемами.

Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от одного месяца до нескольких лет.

Оценка длительности терапии — важный параметр для прогноза эффективности реабилитации и во многом зависит от экспертного психолого-психиатрического заключения, где определяется уровень ограничения жизнедеятельности и социальной дезадаптации. Положительный реабилитационный прогноз, скорее всего, будет у тех, кто способен сохранять хорошие отношения на работе и дома, кто имеет позитивную установку на терапию.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим, или образовательным. Как правило, субъекту тем или иным образом сообщают о том, чего он

может ожидать через несколько дней, недель или месяцев. Если ожидаемые изменения не происходят, то это может переживаться им как чувство утраты контроля или «ненормальность». Эти чувства могут еще более усилить травматизацию личности, временно повышая тревогу и задерживая восстановление. Этот аспект терапии нуждается в проработке либо I» индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должна осуществляться под руководством подготовленного психолога или психотерапевта, который имеет опыт групповой и индивидуальной работы.

Терапевтический процесс может быть условно разделен на три стадии:

- 1) установление доверительного, безопасного контакта с клиентом, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;
- 2) терапия, центрированная на травме; с исследованием травматического материала, с работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;
- 3) помощь пациенту в «отделении» от травмы и воссоединении с семьей, друзьями и обществом.

Программы психотерапевтической помощи в основном должны быть направлены на:

- коррекцию образа «Я»;
- достижение объективности собственной оценки;
- реабилитацию «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии;
- приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;
- коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

3.2 Методы коррекции и терапии ПТСР

Существует много методов, которые эффективно используются в процессе коррекции и терапии ПТСР. Все методы можно разделить на четыре категории:

1. **Образовательные.** Включают в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с клинической симптоматикой ПТСР помогает людям осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации.

2. Вторая группа методов находится в области **холистического (целостного) отношения** к здоровью. Здоровый образ жизни с достаточной физической активностью, правильным питанием, отказом от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков создает основу для быстрого и эффективного восстановления после травмирующих событий.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию. Семейная и групповая терапия, развитие сети самопомощи, формирование и поддержка общественных организаций необходимы для социальной реабилитации.

4. Четвертая категория - это **собственно терапия**. Она включает в себя работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и т. д. и направлена на «переработку» проблемы и совладание с симптомами.

Чарльз Фиглер из Центра психического Здоровья во Флориде разослал специалистам аналогичных центров, занимающимся психологической травмой, опросник, в котором было необходимо отметить тот тип терапии ПТСР, который они находят наиболее эффективным и чаще используют в своей практике. Всего было разослано около 1000 анкет. Проанализировав полученные данные, Фиглер пришел к выводу, что чаще всего специалисты при работе с ПТСР предпочитают следующие методы терапии:

- десенсибилизация и проработка движений глаз (ДПДГ);
- визуально-кинестетическая диссоциация;
- ослабление (или редукция) травматического инцидента;

- терапия мысленного поля (ТМП).

Если человек подвергается стрессу, у него возникает адреналиновая реакция, он не обращает внимания на телесные реакции, испытывает страх, гнев. Это состояние мобилизует его к борьбе или к побегу. Когда этот стресс чрезмерен, развивается ПТСР. Человек чувствует беспомощность и ужас. Возбуждается правое полушарие мозга, зрительная часть коры активизируется. При этом тормозится левое полушарие, отвечающее за анализ, логику, тормозится речевой центр коры, то есть человек переживает сильное эмоциональное потрясение без последующей вербализации состояния. Иными словами, он находится в определенном эмоциональном состоянии, но не способен понять и вербализовать свои переживания. Представим себе неврозы военного времени, психологический шок от перенесенного насилия или зрелища кровавого побоища. Эти страдания не могут быть излечены простым забвением фактов, их вызвавших. По сути дела, большинство людей, перенесших психологическую травму, как раз чаще всего и заболевают от того, что они стремятся - и им кажется, что им удастся — забыть эти обстоятельства, то есть, выражаясь точнее, удалить из содержания сознания некоторое содержание их жизненного опыта. Однако на «забытом», бессознательном уровне память продолжает свое существование в форме психосоматической патологии, кошмаров, трудностей в установлении длительных партнерских отношений и т. д. Как ни парадоксально, этим людям необходимо совершенно обратное: надо, чтобы они все вспомнили и даже более, чем просто вспомнили, — самым интенсивным образом оживили в себе эмоционально, визуально и кинестетически весь объем своего травматического опыта.

Но для того чтобы вызвать это оживление памяти, нет никакой необходимости опять помещать человека на поле боя или вновь наносить ему раны и травмы. Содержание оживает в памяти, фантазии, направляемом воображении или под воздействием транса, иначе говоря, процесс происходит в «десубстанционализированной», символической или подобной форме, а не идентично исходной ситуации. Перечисленные виды терапии дают человеку возможность повторного переживания и, что особенно важно, -- возможность вербализовать и понять, что же с ним произошло. Основа этих методов терапии — повторное переживание с последующей

проработкой. Во всех четырех видах терапии терапевт ничего не интерпретирует, не прерывает процесс терапии. Абсолютная нейтральность терапевта! Терапевтический сеанс может длиться от одного до трех часов (кроме терапии мысленного поля, при которой сеанс продолжается около 10 минут).

3.2.1 Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ)

Оригинальный психотерапевтический метод ДПДГ разработан Ф. Шапиро (США) и стал известен в 1987 г. Применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также для лечения фобий, панических и диссоциативных расстройств. Следует отметить, что эффективность метода пока не получила прямых подтверждений. Описываются также случаи негативных последствий его применения, в связи с чем сама автор ДПДГ призывает использовать его крайне осторожно и только после курса обучения в основанном ею специальном учебном заведении — Институте ДПДГ.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, не переработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может связываться с изолированной информацией о травмирующем событии. В ре-

зультате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого человека проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. Повторные ночные кошмары с пробуждениями, весьма характерные для людей, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается не переработанным.

Ф. Шапиро и ее последователи считают, что использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1—2 до 6—16, а продолжительность каждого из них составляет от 30 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1—2 раза в неделю.

Восемь стадий стандартной процедуры ДПДГ

1. Оценка факторов безопасности и планирование психотерапии. Основной критерий отбора клиентов для ДПДГ - их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, который может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. По-

этому важно правильно оценить личностную устойчивость клиента и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут приносить неблагоприятные жизненные обстоятельства (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т. п.). В большинстве случаев следует вначале оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности на стадии подготовки целесообразно обучить клиентов приемам снижения эмоционального стресса: упражнению по созданию в воображении безопасного места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если психотерапевт принимает решение об использовании метода ДПДГ у конкретного человека, ему необходимо провести анализ всей картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях лица, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных, связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще необходимо последовательное избирание в качестве целей воздействия как травмирующих событий прошлого, так и нынешней ситуации, стимулирующей болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии - работа с будущим, которая предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

Для лиц, страдающих ПТСР, можно выделить **четыре основные цели воздействия:**

- 1) воспоминания о действительно происшедшем травмирующем событии;
- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально происшедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например, звуки, похожие на выстрел, и т. п.).

Для полноценного разрешения травматического опыта и достижения стабильного эффекта в качестве цели должен поочередно избираться каждый из четырех вышеуказанных элементов.

2. Подготовка. Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить смысл ДПДГ-терапии, например, следующим образом: «Если происходит травмирующее событие, оно может блокироваться и длительно сохраняться в мозге вместе с первоначальной картиной стрессовой ситуации и имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. При любом напоминании о психической травме переживания оживают с прежней остротой, серьезно нарушая душевное и физическое состояние человека. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволяют мозгу перерабатывать травматический опыт. Нечто подобное происходит на стадии «быстрого сна», когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать полученную информацию. По сути, методика активизирует естественный процесс самоисцеления от душевных травм, причем клиент сам может его контролировать, давая психотерапевту обратную связь о том, что с ним происходит в ходе сеанса».

На этой же стадии определяется способность клиента выполнять движения глаз. В ДПДГ используют несколько видов движений глаз. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить наиболее комфортные движения для конкретного человека. Следует учесть, что боль в глазах при выполнении движений требует немедленного прекращения процедуры с последующей консультацией с окулистом на предмет выявления возможных противопоказаний к нагрузкам на глазодвигательные мышцы.

Задача психотерапевта — вызывать у клиента движения глаз от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, однако следует избегать появления чувства дискомфорта. Клиенту предлагают следить за двумя пальцами психотерапевта. Два пальца руки психотерапевта (указательный и средний) используют как точку

фокусировки взгляда клиента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально с ладонью, обращенной к пациенту на расстоянии 30—35 см от его лица. Далее психотерапевт просит пациента следить за его пальцами глазами, не поворачивая головы, и начинает медленно, а затем все быстрее двигать ими горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Необходимо подобрать оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т. п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что клиенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или произвольные движения), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль над движением глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.

Обычно в ходе ДПДГ - терапии применяются серии, состоящие из 24 движений глаз (туда и обратно - 1 движение). В зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 движений, а при возникновении эмоционального отреагирования — до еще большего их числа.

Если у клиентов есть проблемы со зрением, если они носят контактные линзы или испытывают неприятные ощущения при движениях глаз, можно использовать альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуки). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серий движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенным кверху ладоням клиента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха.

Для снижения уровня беспокойства клиентов перед началом переработки, во время и между сеансами полезно обучить их технике «Безопасное место». Клиенту предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувст-

воват возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт использует суггестивные инструкции, чтобы усилить чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция клиента может быть усилена, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т. п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими им картинками, звуками и ощущениями. При этом отмечается чувство полной безопасности, которое подкрепляется психотерапевтом дополнительными суггестиями и проведением 4—6 серий движений глаз. В последующем при необходимости снизить эмоциональное напряжение клиент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

Сильные отрицательные эмоции, которые иногда возникают в ходе сеанса ДПДГ, также могут потребовать для клиента передышки и усиления чувства безопасности, что достигается его обращением к приятным и успокаивающим событиям прошлого.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту. Установление сигнала «стоп» служит дополнительным фактором безопасности клиента. Фактически две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

3. Определение предмета воздействия. На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы, сцены насилия и т. д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения, любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают выбрать образ, который лучше всего соответствует ему (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения по поводу травмирующего инцидента. Клиента просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (отрицательное самопредставление) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т. п.

Следующий шаг-определение желаемого положительного самопредставления, то есть более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь клиент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей ситуации. Например: «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим», и т. п.

Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления на пятой стадии — инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное переструктурирование (переоценку) клиентом травмирующих событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения. На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по семи бальной шкале соответствия представлений (ШСП), где 1 балл — полное несоответствие, а 7 баллов — полное соответствие истинному представлению о себе. Клиент дает оценку, не опираясь на логические построения, исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, психотерапевт должен взвесить, насколько реалистичны пожелания клиента, и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем шаге клиент определяет негативные эмоции, которые возникают у него при сосредоточении на картине травмирующего события и повторении

слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает ему оценить уровень беспокойства, причиняемого воспоминаниями, по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 - состояние полного спокойствия, а 10 - максимальное беспокойство (наихудшее из того, что только можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

4. Десенсибилизация. Стадия сосредоточена на снижении негативных эмоций клиента при его обращении к воспоминанию о травме до 0 - 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации ему предлагают вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев, одновременно удерживая образ, отражающий наиболее неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т. п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. Если клиент испытывает трудности с визуализацией травмирующего эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об этом.)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?» Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и физических ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала. В ряде случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии в ходе повторяющихся серий движений глаз, которые чередуются с отдыхом, приводит к снижению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают прежний болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0 - 1 балла.

Нередко в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает абреакция (отреагирование). В случае отреагирования клиент как бы заново переживает ситуацию психической травмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку клиент сохраняет двойную фокусировку - и на осознании прошлого, и на чувстве безопасности в настоящем. Начало отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 и более, чтобы по возможности завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку абреакция в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4 - 5 раз быстрее, чем в трансе, а клиент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном ключе.

Возможен другой вариант, когда после двух подряд серий движений глаз клиент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таком случае, — сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий (см. ниже).

В случаях, когда при обращении к травмирующему эпизоду у клиента возникают новые отрицательные идеи и представления, перед началом очередной серии ему предлагают сосредоточиться на этих негативных мыслях и связанных с ними ощущениях в теле, после чего серии движений глаз следует повторять до нейтрализации этих мыслей и ощущений. Если клиент начинает высказывать более адаптивные суждения о пережитом, их следует закрепить в сознании, предложив сосредоточиться на позитивных мыслях во время последующих серий, а затем снова возвратиться к первоначальной цели (воспоминание о травме, отрицательное самопредставление, дискомфортные ощущения и эмоции).

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспо-

минания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания являются объектом фокусировки для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, клиенту предлагают сосредоточиться на наиболее беспокоящем из них. Нередки случаи, когда клиенты с ПТСР предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо подвергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды боевых действий или сцены насилия; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с этим; отдельные звуки или ощущения в теле и т. п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным, избранным в качестве цели травмирующим событием.

Каждое из вновь приходящих воспоминаний поочередно становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций истощается и ничего нового не приходит в голову, клиента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травмирующему событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2 - 3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не возникают, а уровень беспокойства клиента не превышает 1 балла (оптимальный вариант — 0 баллов) по ШСБ, можно переходить к следующей стадии — инсталляции.

Следует отметить, что всплывшее в сознании дополнительное воспоминание иногда бывает чрезвычайно беспокоящим и дискомфортным. В таком случае оно может быть избрано новой целью для следующего сеанса ДПДГ. Однако полномасштабная работа с новой целью должна начинаться лишь после завершения переработки предыдущего воспоминания, связанного с травмой.

5. Инсталляция. Цель стадии — связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели связанной с травмой информацией, что ведет к повышению самооценки личности клиента.

Сначала следует попросить клиента оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности после проведения десенсибилизации: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное само-

представление) или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — полностью не соответствуют, до 7 — полностью соответствуют (истинны)?» После этого клиенту следует удерживать вместе картину события (думать о нем) и положительное представление. После проведения очередной серии движений глаз психотерапевт спрашивает: «А теперь насколько истинными, в баллах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Психотерапевту нужно пронести столько серий движений глаз, сколько необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удастся, серии движений повторяют до тех пор, пока соответствие представления и чувство его пригодности не достигнуто максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела. Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травмирующим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4 - 5 баллов. С учетом временных рамок сеанса работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

6. Сканирование тела. Стадия сосредоточена на устранении возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле. Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного человека), начинают сканирование. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройти по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Ему следует сообщать вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие необычные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную

серию для усиления позитивных чувств. В случае когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может проявить новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуется время.

7. Завершение. Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить трансовые техники или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т. п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом клиент может испытывать тревогу различной степени, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить клиенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

8. Переоценка. Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает его реакцию для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

Стратегии, используемые при заблокированной переработке

Примерно в половине случаев применение стандартной процедуры ДПДГ приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых психических травм. Однако если переработка соответствующего материала тормозится, ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов.

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды

движений глаз, их постепенное сдвигание то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

2. Сосредоточение клиента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (без образов и представлений) в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимулирование клиента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

4. С началом очередной серии движений клиенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуются, не меняясь, дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Клиента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т. д. Можно предложить пациенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем.

6. В сложных случаях применяется когнитивное взаимопереплетение. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у клиента.

Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает клиенту новую информацию, которая позволяет ему лучше понять драматические события прошлого и собственную роль в них. Затем клиенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз.

- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам. Например, один из ветеранов продолжал обвинять себя за то, что когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг

этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил его: «Если бы это был ваш шестнадцатилетний сын, что бы вы велели ему сделать?» «Пригнуться!» — ответил ветеран. Психотерапевт предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины стало не таким болезненным и переработка была успешно завершена.

- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движением глаз, так и вне ее, с последующим предложением клиенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей сессии.

- Сократический диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз. Применение указанных приемов даже в трудных случаях способствует полной переработке и нейтрализации травматического материала и устранению основных клинических проявлений ПТСР.

3.2.2 Метод ослабления травматического инцидента (ОТИ)

Автор методики - Франк Джербод. Техника ослабления травматического инцидента состоит в просмотре, визуализации, повторном переживании произошедшей травмы (без прерываний, интерпретаций и ободрений). Это может быть просмотр одного обособленного события или серии событий, обобщенных одной темой (Основное или Тематическое ОТИ), которая ведет к сути травмы. При помощи этого метода происходит когнитивная переоценка события.

В этом методе подчеркивается нейтральность терапевта. Клиенты в этом методе - обозреватели, терапевт - фасилитатор, а процесс называется «просмотр».

Необходимыми условиями для работы является достаточно бодрое состояние клиента в начале сеанса, доверие к терапевту и готовность разрешать проблему. Одна из задач психотерапевта — обеспечить клиенту безопасное терапевтическое окружение, а также убедиться в том, что он хочет работать с проблемой.

Место для терапии должно быть изолированным, чтобы ходу работы ничего не мешало. Процедура может занять много времени, но ни психотерапевт, ни клиент не должны торопиться.

Общение с клиентом схематично, четко определено. Никаких интерпретаций! Психотерапевт нейтрален, он принимает без комментариев все, что бы клиент ни говорил. Психотерапевт не должен позволять себе оценку ни в каком виде. Возможно, клиент начнет угрожать психотерапевту, но и в этом случае - никаких обсуждений. Даже если у психотерапевта возникают эмоциональные реакции, их не следует проявлять. У клиента может быть сильная эмоциональная реакция, он может захотеть остановиться — психотерапевт должен его поддержать, чтобы он продолжал работу, помочь ему вновь встретиться с тем, что он пережил во время травматического события. Задача терапевта — довести сессию до успешного завершения.

Техника проведения ОТИ очень простая. Терапевт объясняет основные правила и описывает процедуру: «Вам нужно следовать инструкции и делать то, что я скажу. Мы должны работать не прерываясь. Ваша задача - вспомнить эпизод, пройти через него многократно. Работаем до результата, остановимся, когда почувствуете себя лучше. Возможно, вам захочется со мной что-либо обсудить, спросить совет, но этого мы не будем делать. Я не буду давать советы, не буду вас оценивать. Что было, то было. Сейчас перед нами стоит задача, чтобы эти воспоминания не мешали жить. Мы не будем подробно обсуждать ваш случай, я объясню, что нужно делать. Вам не следует с кем-либо обсуждать то, что произойдет на сеансе.

Процедура ОТИ

Вспомните травматический инцидент. Представьте себе, что вы об этом смотрите фильм на видео. Просмотрите событие и скажите:

1 шаг. Когда это произошло?

2 шаг. Где это произошло?

3 шаг. Как долго это длилось? Если это цепочка событий, вспомните первое.

Когда вы определите, как долго длилось событие, то:

4 шаг. Вернитесь к началу инцидента.

5 шаг. Включите кнопку «видео», начните просмотр. (Если необходимо, закройте глаза.) Что Вы представляете, видите, чувствуете? Кратко расскажите об этом.

6 шаг. Просмотрите событие, пройдите через инцидент до конца. Дайте мне знать, когда завершите просмотр.

7 шаг. Скажите, что произошло? Что вы представляете, видите, слышите, чувствуете? Кратко расскажите.

8 шаг. Вам нужно пройти через этот эпизод много раз. Это похоже на повторный просмотр фильма, когда его смотришь несколько раз и замечаешь все больше деталей и менее эмоционально реагируешь. Скажите вслух «начало», когда вернетесь к началу эпизода, просмотрите эпизод вновь. Можете рассказать то, что захотите, можете мне рассказать только о новых деталях, которые вы замечаете при повторном просмотре. Когда закончите просмотр опять возвращайтесь в начало. Пройдите все до конца.

9. После того, как вы несколько раз просмотрите, я хочу узнать, лучше вам или хуже. Инцидент становится легче или тяжелее?

Если клиент говорит, что легче, необходимо начать (начала; если тяжелее или без изменений, спросите: «Может, инцидент начался раньше?») При положительном ответе следует попросить обратиться к более раннему эпизоду, пройдя шаги 5 - 8.

Если клиент не может вспомнить более ранние эпизоды, следует спросить клиента, есть ли в его опыте что-либо, напоминающее ситуацию травмы? Если ответ положительный, терапевт просит клиента вспомнить это событие, свои чувства, мысли. В этом случае следует повторить шаги 1 - 8.

Когда у психотерапевта создается впечатление, что клиент достиг «финала», он задает вопросы типа: «Как инцидент представляется Вам теперь? Сознаете ли,

какие решения вы принимали во время события?»; «Есть ли что-либо, и что Вы хотели бы спросить или сказать до конца сессии?»

Как узнать, что можно закончить процедуру ОТИ? Обычно можно наблюдать изменение эмоциональных и вегетативных реакций. Кроме этого, клиент при каждом просмотре замечает больше деталей, делает больше комментариев, высказывает больше суждений. Можно задать вопрос, стало ли ему легче? Если хуже, то либо событие начиналось раньше, либо еще есть травматичные события, которые связаны с прорабатываемым.

Если психотерапевту приходится работать с неопределенным запросом, например: «Я боюсь быть среди людей», то необходимо предложить клиенту просмотреть последний случай, когда он испытывал это чувство, затем возвращаться до первичной травмы.

3.2.3 Визуально-кинестетическая диссоциация (ВКД)

Данный метод используется в практике нейролингвистического программирования (НЛП), он разработан Ричардом Бендлером и Джоном Гриндером. Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек обладает скрытыми, неиспользованными психическими ресурсами. Главные задачи терапии — обеспечение доступа клиента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение клиента тому, как ими пользоваться.

Метод визуально-кинестетической диссоциации эффективен в отношении любых фобий, неприятных воспоминаний и ПТСР. Этот метод похож на Ослабление Травматического Инцидента, поскольку он представляет собой просмотр травматичных сцен, но просмотр осуществляется с установлением якоря на безопасное место.

Опишем процедуру по шагам, но деление на шаги чисто условно и используется только для облегчения запоминания.

Шаг 1. Идентифицируйте проблему. Попросите клиента вспомнить неприятный случай, страх или травмирующее событие.

Шаг 2. Установите сильный ресурсный якорь на состояние комфорта, безопасности и силы. Для того чтобы это сделать, попросите клиента вспомнить такой момент из своей жизни, когда он был наиболее уверен в себе, чувствовал себя в безопасности и комфорте. Попросите клиента в тот момент, когда его переживание будет максимальным, подать вам сигнал, кивнув головой или подняв указательный палец. На высоте переживания мягко надавите в области предплечья, плеча или колена. Теперь это ресурсное состояние ассоциировано с вашим прикосновением. Когда вы в следующий раз прикоснетесь точно таким же образом в том же месте — это будет возвращать человека в ресурсное состояние. На это состояние вы поставили якорь.

Шаг 3. Удерживая якорь, попросите клиента увидеть себя перед началом травматического события. «Представьте, что вы находитесь в кинотеатре или смотрите видео. Посмотрите на себя в черно-белом изображении: что вы делаете перед началом травматического события, последняя благополучная сцена перед травмой» (двойная диссоциация).

Шаг 4. Предложите клиенту «выйти» из своего тела и увидеть себя сидящим рядом с вами и смотрящим на себя до начала травмирующего события. Таким образом, сейчас клиент может наблюдать как бы из трех позиций (тройная диссоциация). Это состояние якорится.

Шаг 5. Попросите клиента начать просмотр «фильма», который содержит травму. Попросите его просмотреть травматическое событие, но как бы наблюдая за собой, смотрящим фильм. Следите за тем, чтобы он постоянно сохранял кинестетическую диссоциацию от травматического опыта. Для этого используйте ресурсный якорь и словесную поддержку, поощряя его идти дальше и напоминая, что он сейчас находится рядом с вами в полной безопасности и наблюдает за собой, смотрящим фильм. «Наблюдатель» должен обсудить, что происходит на «экране» после последней благополучной сцены. Теперь «наблюдатель» видит, что происходит в фильме, и может обсуждать это более объективно. По мере раскрытия новых моментов, событие переживается без чувства страха и тревоги.

Шаг 6. Когда переживание полностью просмотрено, верните клиента с третьего места на второе, интегрируя визуальную перспективу с его настоящей кинестетикой.

Шаг 7. Попросите сегодняшнего клиента подойти к тому себе, который только что прошел через травматический опыт, и обеспечить в этом состоянии необходимый покой, уверенность и безопасность.

Шаг 8. Когда «сегодняшний» клиент убедится, что тот он, из «прошлого», принимает его, предложите, чтобы тот визуализированный образ из прошлого вошел внутрь тела «сегодняшнего» клиента и интегрировался с ним. Если в какой-то момент клиент начинает переживать те негативные чувства из прошлого, верните его в настоящее, восстановите ресурсный якорь и дайте словесную поддержку.

Шаг 9. Подстройка к будущему. Попросите клиента увидеть себя в будущем в тех ситуациях, которые раньше были проблемными. Здесь надо обратить особое внимание на то, нет ли старых кинестетических реакций. Если сохраняются проблемы — возвращайтесь на шаг 2 и повторяйте процесс до тех пор, пока новое состояние не станет устойчивым. Иногда достаточно просмотреть один раз, иногда — несколько раз.

Шаг 10. Поведенческий тест. Если через некоторое время в каких-то жизненных ситуациях у клиента вновь возникают проблемы -- поработайте с ним еще раз. Проверка жизнью — лучший тест.

Таким образом, мы вначале диссоциируем клиента, а затем вновь ассоциируем, но уже с другим качеством переживания. Важно поместить страх, травмирующее воспоминание между периодами безопасности. Мы идем от безопасного состояния к травматическому моменту и снова к безопасному моменту и снова к безопасному состоянию.

Следует учитывать, что методы НЛП, также как и ДПДГ, пока не получили явных подтверждений своей эффективности, также как не исключены и возможные негативные последствия их использования.

3.2.4 Психологический дебрифинг

Психологический дебрифинг — это особым образом организованное обсуждение, которое может проводиться как психологом, так и специально обученным волонтером. Процедуру дебрифинга рекомендуется проводить для участников и свидетелей травмирующего инцидента.

Психологический дебрифинг представляет собой особо организованное обсуждение и используется в группах людей, совместно переживших стрессогенное или трагическое событие. Общая цель группового обсуждения — минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи:

- «проработка» впечатлений, реакций и чувств;
- когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания структуры и смысла происшедших событий, реакций на них;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций. Эта задача разрешается при помощи группового обсуждения чувств.
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

Тот, кто руководит дебрифингом, должен ясно представлять себе, что он не «консультант» и уж, конечно, не групповой терапевт в традиционном смысле. Дебрифинг нельзя назвать «лечением». Его смысл — в попытках минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий после стресса. Дебрифинг не может предупредить их возникновение, но препятствует их развитию и продолжению, способствует пониманию причин и осознанию действий, которые необходимо предпринимать. Поэтому одновременно это метод и кризисной интервенции, и профилактики.

Психологический дебрифинг применяется при самых разнообразных происшествиях, объединенных двумя общими характеристиками: это ситуации угрозы, которая осознавалась участниками, в ней участвовали все члены группы дебрифинга.

Оптимальное время для проведения дебрифинга — не раньше, чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций сразу же после события и участники событий, возможно, будут в состоянии осуществлять рефлекссию и самоанализ.

Но если времени пройдет слишком много, воспоминания станут расплывчатыми, туманными. В таких случаях при необходимости воссоздания пережитых чувств и состояний могут использоваться видеозаписи или фильмы о событии.

Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как возможность телефонного звонка. Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем использование традиционной модели групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку такая организация пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как несущая угрозу.

Те, кто руководит дебрифингом, должны быть знакомы с групповой работой, с проблемами, связанными с тревожностью, травмой и горем. Им необходимо быть уверенными и спокойными при интенсивном проявлении эмоций у членов группы.

Конечно, самой важной является организация самого группового обсуждения. Оно включает говорение, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня, «приведение» встречи к удовлетворительному завершению и позитивному результату. У ведущего имеются и другие функции, например, использование закономерностей групповой динамики, контроль над перемещением членов группы внутри и вне комнаты, контроль над временем, индивидуальные контакты с теми, чье состояние ухудшилось, и запись происходящего. Но хотя эти функции важны, они должны быть подчинены главным задачам действия.

В группе дебрифинга может быть до пятнадцати человек, если нет особых обстоятельств. Когда же необходима работа с большим количеством участников (на-

пример, это может быть необходимо после стихийного бедствия, теракта, когда в результате происшествия пострадало большое количество людей), возможно опроводить процедуру дебрифинга одновременно в нескольких группах по 15 человек.

Если число участников превышает 15, то может быть предпочтительнее разделить группу на маленькие подгруппки, поскольку каждый из присутствующих переживает предположительно те же проблемы. Посторонних, не участвовавших в инциденте и не связанных с ним ключевым образом, не следует подключать к работе группы.

В дебрифинге принято выделять три части и семь отчетливо выраженных фаз:

- часть I - проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;
- часть II — детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;
- часть III -мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

Ниже сформулированы и описаны семь фаз дебрифинга.

1. Вводная фаза

Вводная фаза очень важна: если она проведена на хорошем уровне, организовано, это уменьшает вероятность того, что группа будет плохо функционировать в дальнейшем. Чем больше времени потрачено на введение, тем меньше шансов, что что-нибудь пойдет неверно. Типичное время, которое тратится на введение, 15 минут.

Ведущий группы представляет себя, команду дебрифинга и поясняет цели встречи примерно таким образом: «Я — N... Такую процедуру обсуждения того, что случилось, я использовал много раз раньше в таких-то ситуациях, после сложных, стрессогенных инцидентов, таких, как... Эти обсуждения большинство людей признают полезными. Они дают возможность выразить и понять мысли и чувства, которые возникли у нас в связи с тем, что произошло. Поэтому все, что будет здесь

обсуждаться, мы будем считать нормальным. Это поможет вам разобраться в своем состоянии и чувствах, которые сейчас кажутся вам странными и непреодолимыми».

Ведущий представляет собравшимся основные задачи дебрифинга. Участники могут выражать опасения, что они не сумеют что-либо сообщить по факту или не смогут сформулировать свою проблему.

Ведущий разъясняет, что дебрифинг — это новое для них занятие, в котором они никогда не участвовали прежде. Поэтому то, насколько хорошо они будут это делать, выяснится в процессе обсуждения. Такой подход задает определенную систему ожиданий: всем присутствующим предстоит говорить о своих мыслях и чувствах и всем им стоит попытаться найти это занятие полезным.

Затем ведущий определяет правила для дебрифинга. Правила обозначаются, чтобы минимизировать тревогу, которая может быть у участников:

1. Обычно члены группы успокаиваются, услышав о том, что ни одного из них не будут вынуждать говорить что-либо вообще, если он не пожелает этого делать. Единственное требование заключается в том, что они должны назвать свое имя и выразить отношение к катастрофе или к тому событию, участником или свидетелем которого они были. Однако членов группы просят стараться выслушивать, не перебивая, и давать высказаться всем желающим.

2. Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания встречи. Руководитель или ответственный дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга общения. Аналогично членов группы просят не передавать кому-либо за пределами этого круга личной информации о других участниках, «не сплетничать» о том, что они могут сказать прямо друг другу. Слово «сплетни» здесь предпочтительно, так как многие смутно представляют себе, что реально означает «конфиденциальность», и поэтому им легче понять инструкцию с употреблением бытовой лексики.

Необходимо снять страх, успокоить участников относительно того, что ответы не будут записывать помимо их воли. Они не должны опасаться скрытых записывающих устройств. Однако, с другой стороны, им можно сообщить, что было бы полезным для команды дебрифинга сделать запись фактов и мыслей без указания

авторства. Если затем это быстро перепечатать, то впоследствии люди смогут еще раз обратиться к материалу, который обсуждался в группе, для снятия иллюзий, которые возникают по поводу того, что происходило.

3. Нужно, чтобы члены группы знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики и приговоров. Это не трибунал, а лишь процедурное обсуждение. Подобная установка предупреждает споры, взаимные обвинения, которые могут возникнуть из-за расхождения в ожиданиях, мыслях и чувствах.

Однако ведущие психологического дебрифинга могут позволить открыто высказываться по поводу процесса обсуждения, критиковать, иначе люди будут заниматься этим после дебрифинга.

4. Участников предупреждают, что во время самого обсуждения они могут почувствовать себя хуже, но это — нормальное явление, обычное следствие прикосновения к болезненным проблемам. Ведущий должен обозначить, что это часть платы за возможность впоследствии противостоять стрессам.

5. Членам группы рекомендуют работать без перерыва. Поэтому им можно предложить перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Кстати, полезно иметь кофеварку или чайник, дабы каждый мог обслужить себя во время дебрифинга.

6. Участникам сообщают, что у них есть возможность тихо выйти и вернуться обратно. Однако их просят сообщать ведущему, если они уходят в подавленном состоянии, и тогда членам команды, одному или нескольким, нужно сопровождать их.

7. Членам группы предоставляется возможность обсуждать нечто, что выходит за рамки заданной темы, и задавать любые вопросы. Важно помнить, что у участников может быть минимальный опыт обсуждения, проявлений своего «Я» в групповом контексте. У иных такого опыта может и вовсе не быть. На команде дебрифинга лежит ответственность за поощрение и успокоение членов группы, особенно в начале дебрифинга.

2. Фаза фактов

На этой фазе каждый человек кратко описывает, что произошло с ним во время инцидента. Участники могут описать, как они увидели событие и какова была последовательность этапов. Ведущий команды дебрифинга должен поощрять фактологические перекрестные вопросы, помогающие прояснить и откорректировать объективную картину фактов и событий, имеющихся в распоряжении членов группы. Это важно, поскольку из-за масштаба инцидента и ошибок восприятия каждый человек реконструирует картину по-своему. Это могут быть просто неверные переживания событий или же наличие ошибочных ключевых представлений о них. Чувство времени также часто бывает нарушено.

Например, две семьи оказались захваченными в качестве заложников по отдельности, но впоследствии были помещены вместе. При обсуждении обнаружилось, что в рассказах семей детали настолько различались, что было невозможно воссоздать полное представление о мужчине, который взял их в заложники. Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Но чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть фаза фактов.

Знание фактов и их последовательности помогает упорядочить происшедшее, создать структуру события. Это одна из главных задач дебрифинга — дать людям возможность более объективно увидеть ситуацию, что блокирует фантазии и спекуляции, подогревающие тревогу.

3. Фаза мыслей

На фазе мыслей дебрифинг фокусируется на процессах принятия решения и мышления. Вопросы, открывающие эту фазу, могут быть такого типа: «Какими были ваши первые мысли, когда это произошло? Когда вы возвратились на место действия? и т. п.».

Люди часто сопротивляются тому, чтобы поделиться своими первыми мыслями, потому что они, эти мысли, им кажутся неуместными, причудливыми, отражающими интенсивное чувство страха. Первая мысль может отражать то, что впоследствии составляет сердцевину тревоги. Например, у одной женщины первая мысль была: «Боже, что мои дети будут делать без матери?» Позже у нее начались

ночные кошмары, в которых ее дети были брошены, или они были в горящем доме, а она не могла спасти их.

Затем следует спросить: «Что вы делали во время инцидента? Почему вы решили делать именно то, что вы делали?» Этот последний вопрос часто высвечивает стремление защитить тех, к кому обращаются первые мысли. В качестве примера можно привести случай, когда во время воздушного крушения во Флориде в 1990 году самолет упал в реку Потомак в Вашингтоне. Пожарный грубо заставил своего подчиненного выйти из воды. Подчиненный был чрезвычайно фрустрирован, так как он не мог продолжить спасение людей, и из-за этого был очень сердит на начальника. Во время дебрифинга разъяснилась причина поступка, оказалось, что пожарный почувствовал запах реактивного топлива. Этот же запах он чувствовал ранее, при других обстоятельствах, когда двое его подчиненных погибли от удушья при подобном эпизоде. В его представлении ситуации связались, и он просто не смог оставить кого-то в условиях чрезмерного риска.

Аналогичное намерение было выявлено при обсуждении инцидента с заложниками. Захваченного в качестве заложника и избитого отца семейства привязали к кровати. Осознавая свою беспомощность, он попытался притвориться тяжело раненым и начал громко стонать, чтобы террористы более мягко обращались с его дочерью. Его жена, которую поместили в той же комнате, иначе поняла смысл его действий и была разгневана. Она думала, что его притворство слишком очевидно и представляет угрозу для всей семьи. Но рассказать ему о своих переживаниях она смогла только в процессе дебрифинга.

Злость как реакция на приказы, которые непонятны и, по мнению работников, «штампуются» от нечего делать в штабе, может возникнуть у персонала служб быстрого реагирования.

Так, в дебрифинге после катастрофы в Мабодалене (когда в Швейцарии в 1988 г. в горах опрокинулся автобус с детьми) один из командиров спасателей говорил о том, насколько тяжело для него было давление начальства. Те многократно требовали проверять, сколько было погибших детей и сколько взрослых для того, чтобы узнать, сколько осталось в живых. Он должен был приказывать одному из

подчиненных ему пересчитывать тела несколько раз, чтобы уточнить количество мертвых. Это вызвало огромный стресс у офицера, который вынужден был идти и приподнимать накидки, покрывавшие множество детских тел. Рациональные основания такого командирского приказа проявились только в процессе дебрифинга.

В конце этой фазы участники могут обсуждать свои непосредственные впечатления. Можно задать вопросы типа: «Каковы были ваши впечатления о том, что происходило вокруг вас, когда события только начали развиваться? Что вы слышали, обоняли, видели?»

Эти обсуждения чувственных впечатлений позволяют в дальнейшем избежать образов и мыслей, которые могут оказывать разрушительные воздействия после события. Вот примеры такого типа впечатлений: «Все, что я мог видеть тогда, -- это было дуло ружья и глаза, сверлящие меня через щель прицела...»; «Носилки были такими легкими...» (с умершими детьми); «...Такие вещи как жилетки, детские медвежата и магнитофон были сделаны так живо и напоминали нам, что это были такие же люди, как мы, и это могли быть мои дети...»; «До сих пор я как будто чувствую кудри маленького ребенка в моей руке...»; «Запах горелых человеческих тел был ужасен. Я никогда не забуду его...»; «Рука упала мне на спину с дерева». Сопоставление этих воспоминаний и проговаривание делает не столь мощным их разрушительный эффект.

4. Фаза реагирования

Вопросы о мыслях, впечатлениях и действиях способствуют чувственному отреагированию. Эта фаза, в которой исследуются чувства, часто самая длительная часть дебрифинга. Для того, чтобы достичь успеха в этой фазе, ведущему нужно помогать людям рассказывать о своих переживаниях, даже болезненных. Это может уменьшить разрушительные последствия таких чувств.

Когда люди описывают причины принятия ими тех или иных решений, они очень часто говорят о страхе, беспомощности, одиночестве, самоупреках и фрустрациях. Типичны следующие комментарии: «Я так боялся сделать ошибки...»; «Я знал, что если я не смогу...»; «Я никогда в своей жизни не был так испуган. Мои ру-

ки тряслись и тряслись...»; «Я не знал: или я сохраняю жизни, или отбираю их...»; «Я был так одинок, что должен был принимать все решения самостоятельно...».

В процессе рассказа о чувствах у членов группы создаются ощущения схожести, общности и естественности реакций. Групповой принцип универсальности является здесь ключевым. Этому способствуют вопросы типа: «Как вы реагировали на событие?..»; «Что для вас было самым ужасным из того, что случилось?..»; «Переживали ли вы в вашей жизни раньше что-либо подобное?..»; «Что вызывало у вас такие же чувства: грусть, расстройство, фрустрацию, страх?»; «Как вы себя чувствовали, когда произошло событие?..».

Ответ на вопрос о самых тяжелых чувствах помогает проработать наиболее конфликтные переживания.

Ведущий дебрифинга должен позволить каждому участвовать в общении. Он вмешивается, если правила дебрифинга нарушены или если имеет место деструктивный критицизм. Это особенно важно иметь в виду, поскольку один из главных терапевтических процессов дебрифинга - моделирование стратегий, определяющих, как справляться с эмоциональными проблемами у себя, друг у друга, в семье, с друзьями. Участники должны научиться выражать чувства, зная, что это безопасно, понимать, что они имеют право обсудить свои проблемы с другими.

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это - ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо человека, который находится в состоянии дистресса, или просто вербализировать поддержку, сказав, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, и поэтому нуждаются в специальном разрешении. Если кто-то уходит, один из ведущих должен последовать за ним, удостовериться в его благополучии и способствовать его возвращению в дебрифинг.

Важно присматриваться к тем, кто кажется особенно сильно пострадавшим, к тем, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. С такими участниками следует продолжить

индивидуальную работу после окончания дебрифинга, предложив индивидуальную программу поддержки. Иногда могут всплыть прошлые события, относящиеся к прошлым инцидентам, которые не были проработаны, или личные проблемы. Лидер дебрифинга должен предложить и пути проработки более ранних реакций.

5. Фаза симптомов

Во время фазы симптомов некоторые реакции должны быть обсуждены более детально. Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, когда они возвратились домой, в течение последующих дней и в настоящее время. Вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата и восстановления нормального режима жизни и работы — обязательны.

К характерным чертам посттравматического стресса относятся переживание феномена избегания, оцепенение и другие. Страх может вызвать изменения в поведении. Фобические реакции (страхи) могут проявляться в том, что люди не могут вернуться в то место, где произошло событие (особенно проблематичным это становится, если это место их основной работы). После подобных инцидентов люди иногда вынуждены менять место жительства, переезжая в другой дом, могут бояться спать без света или уменьшать скорость езды в автомобиле, когда представляют, что может случиться.

Особое внимание следует уделить проблеме влияния вовлеченности в событие на семейную жизнь. Человек может чувствовать, что его семья не в состоянии понять его переживания. Как описал один пострадавший: «Я не смог ответить на вопрос моей жены о том, что мы будем делать в выходные. Это был такой контраст с тем, о чем я думал, что я взорвался, и мы поссорились»; «...Это может казаться диким - принять «обычное» решение после решений, касающихся жизни и смерти»... Иногда может быть полезно включать семьи в некоторые моменты процесса дебрифинга, возможно, для начала передав им письменные материалы. Другой вариант — отдельные встречи с семьями тех, кто был вовлечен в инцидент. В некоторых случаях семьям может быть показан фильм о подобном инциденте, чтобы они яснее представляли себе, что пережил человек, которого они любят.

6. Завершающая фаза

В этой фазе один из ведущих должен попытаться обобщить реакции участников. Это лучше предпринять тем членам команды, кто записывает и осуществляет диагностику общих реакций участников, а затем пытается нормализовать состояние группы.

Возможен путь, когда обсуждаются личные события из жизни участвующих и используются материалы других инцидентов или даже результаты исследований. Этот акцент на анализе реакций демонстрирует собравшимся, что их реакция вполне нормальна, что это «нормальная реакция на ненормальные события». Но индивидуальность каждого также должна быть акцентирована. У участников не должно сложиться впечатление, что они обязаны выражать реакции, но они должны знать, что они всегда смогут сделать это, если захотят. Полезно использовать имеющиеся записи с зафиксированным материалом, которые помогают точнее определить реакции и восстановить то, что происходило. Разумеется, этого не следует делать во время дебрифинга и в конце, чтобы не разрушать процесса. Хорошо иметь большой плакат с перечнем возможных симптомов и их детальным описанием; этот плакат может быть помещен где-нибудь в комнате, чтобы люди могли добавлять свои симптомы к перечню.

Полезно организовать работу так, чтобы участники могли бы еще раз встретиться через неделю после дебрифинга. Знание о предстоящей встрече позволяет участникам задуматься над формированием собственной стратегии преодоления своих переживаний. Важно отметить такие реакции, как насильственно внедряющиеся образы и мысли, возрастание тревоги, чувства уязвимости, проблемы со сном и с концентрацией внимания. Наряду с ожиданиями, они должны быть обобщены. Необходимо отметить, что ничего страшного в этих реакциях нет и при нормальном развитии событий со временем симптомы будут уменьшаться.

7. Фаза реадaptации

В этой фазе обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления, особенно в терминах семейной и групповой поддержки. Одной из главных целей дебрифинга, помимо всего прочего, является создание внутригруппового

психологического контекста. Переживания, вызванные отсутствием понимания со стороны окружающих, возможно, один из самых травмирующих аспектов посттравматического инцидентного стресса. Полезно обсудить также, в каких случаях участник должен искать дальнейшую помощь. Здесь определяющими могут быть следующие показания:

— если симптомы не уменьшились спустя 6 недель, если со временем симптомы усилились или появились новые;

— если человек не в состоянии адекватно функционировать на работе и дома.

Направление дальнейшей помощи следует уточнить. Группа может принять решение о необходимости следующего дебрифинга или, как минимум, отметить его возможность, если инцидент был особенно травматичным или не удалось справиться с проблемами. Руководитель дебрифинга предлагает участникам продумать, как они смогут общаться друг с другом в дальнейшем, и, например, обмениваться телефонами и адресами.

Дебрифинг может иметь продолжение спустя несколько недель или даже месяцев. Этот процесс уже менее структурированный, чем первый, и его главная задача - проследить прогресс участников в терминах симптомов и действий, предпринятых, чтобы справиться с ними. В это время также могут появиться участники, нуждающиеся в более интенсивной психологической помощи.

3.2.5 Техники НЛП

1. Техника работы с чувством потери

1. Сначала нужно выяснить, что представляет клиент, думая об утрате. Многие люди думают о свершившейся или предстоящей потере, представляя себе картинку, образ этого человека, причем образ может быть парящим, размытым, нечетким, плоским, прозрачным, либо вместо умершего человека они могут мысленно видеть его могилу. При этом, обычно, вспоминаются хорошие моменты, связанные с общением с этим человеком, как недоступные теперь ресурсы. Когда вы думаете о том, кого вы утратили, проанализируйте, какие образы вас посещают, как вы пред-

ставляете себе этого человека, где в пространстве этот образ находится, его яркость, четкость, объемность, размеры, цвета, есть ли там движения и звуки.

2. Теперь подумайте о человеке, который уже ушел из вашей жизни, но при мысли о котором вы чувствуете себя хорошо. Вы ощущаете его присутствие или наполненность, но не пустоту. Также как и в первом случае проанализируйте эту картинку, разложив ее на субмодальности: ее местоположение, цвета, размеры, яркость, звуки, объем, движения. Подумайте, чем этот образ отличается от первого. Выявите субмодальные отличия. Например, в первом образе нет движения и звуков, он нечеткий, серые цвета, а во втором образе есть голоса людей, движения, прикосновения, яркие приятные цвета, реальные размеры и так далее.

3. Теперь измените субмодальности первой картинки на субмодальности второй картинки, исходя из тех отличий, которые вы обнаружили. То есть образ утраченного человека будет теперь расположен там же, где и вторая картинка, иметь те же цвета, звуки, движения, размеры, объемность, ощущения.

4. Теперь, думая о приятных моментах общения с этим человеком, постарайтесь понять, что важного, ценного было в ваших с ним отношениях. Что вы получали для себя от этих отношений. Например, одни люди ценят чувства надежности, защищенности, интимную сторону отношений, другие говорят о качествах взаимопонимания, доверия, творчества, чувств юмора и так далее.

5. Когда вы определите, что создавало ценность ваших отношений, поместите это на отдельной картине в другом месте. Эта картина может быть более абстрактной, изображения могут быть более символическими, но она сохранит суть тех особых переживаний, которые вы испытали, общаясь с этим человеком. Ощутите присутствие в вашей жизни всех этих ценностей, как если бы это происходило с вами сейчас.

6. Теперь на картине, которую вы помещаете в новое место, представьте то, что из этих ценностей вы могли бы перенести в будущее. Каким образом те же самые ценности могут быть удовлетворены общением с другими людьми, и какого рода занятия могут приносить вам эти хорошие чувства? Возможно, что картина быть смутной и нечеткой, ведь вы не знаете, кого вы встретите в своем будущем, но

на этой картине вы заметите те же самые значимые для вас образы. Представление о том, каким образом вы можете ощутить те же самые ценности с другим человеком, направит ваше внимание на поиск новых отношений и занятий.

7. Эти новые отношения и занятия можно представить как некий фильм о себе на уровне образа, звуков, ощущений. Убедитесь в том, что эти новые отношения и занятия не приносят вреда вам и окружающим вас людям. Это означает, что вы не выбрали для себя, например, вредные химические вещества, такие как алкоголь, наркотики или рискованные виды поведения, такие как азартные игры, быстрая езда на автомобиле и так далее.

8. Теперь возьмите эту картину и размножьте ее, как если бы это была колода карт. При этом каждый раз каждую карту поворачивайте немного иначе, но сохранив при этом все те же приятные образы.

9. Когда вы получите множество картин, представьте, что вы бросаете их в будущее. При этом они рассеиваются повсюду в будущем, одни ближе, другие дальше. Вы можете чувствовать те значимые вещи, которые вы будете получать от них в своем будущем.

Пример использования данного метода:

Так, пациентка думая об умершем отце, испытывала чувства депрессии и паники. Образ отца размывался и исчезал, и вместо него она в ужасе смотрела на его могилу и ей хотелось куда-нибудь спрятаться. Потом она представила свое общение с коллегами по работе, которых она давно уже не видела, но о которых ей всегда приятно думать. Она почувствовала себя в ореоле мужского внимания, мысленно стала центром приятных событий. В этот же образ она мысленно поместила отца, мысленно убрав при этом образ его могилы, и тогда ей стало спокойно. Потом она подумала о тех значимых качествах, которые ей давало общение с отцом: чувства стабильности, надежности, принятие и любви. Потом она представила занятия и общение с разными людьми, которые могут давать ей эти хорошие чувства. Эти образы она мысленно перенесла в свое будущее. Часть этих образов были четкие и понятные, часть смутные и абстрактные, так как она пока не знала, кого именно она встретит в своем будущем, но понимала, какого рода отношения ей нужны. В каких

случаях может быть использован метод "Работы с чувством потери". Метод работы с чувством потери может быть использован в работе не только с чувством утраты после смерти или развода, но и с любыми другими потерями, такими как, потеря животного, какой-то вещи, дома, работы, какой-то способности, например вследствие физической травмы, потеря мечты, например, женщина узнает, что не может иметь ребенка или человек переживает, что не может получить престижную работу. Также этот метод используется в работе с предварительным горем: с умирающим и его близкими людьми, в семьях, готовящихся к разводу и так далее. Авторы этого метода считают, что его использование позволяет во много раз ускорить процесс проживания чувства утраты и справиться с ней.

Сам факт, что в скорбь в разных культурах регулируется по-разному, свидетельствует о том, что это состояние не является фиксированным. Ирландцы, например, проводят поминки, где в течение трех дней друзья и родственники говорят об умершем, и после этого торжества все оставшиеся в живых как бы "оправляются от горя". У некоторых народов вдова должна скорбеть по своему умершему мужу в определенное время года или все время.

Авторы применяли этот метод даже в самый день потери и делали это успешно. Нет никакой необходимости в определенном периоде времени для горевания, все, что вам нужно - это понимать психическую структуру печали и потери и тогда вы будете знать, как следует поступить, чтобы добиться ее изменения.

Техника «Отделения себя от контекста»

В случае, когда проблемное переживание закодировано вашим мозгом не в виде отдельной статичной картины или серии этих картин, если оно вспоминается исключительно в виде некоего «фильма ужасов», будет лучше, если вы воспользуетесь этой техникой или следующей — «Обезумливание субмодальностей».

Под контекстом здесь понимается сама по себе ситуация, окружающие вас условия и обстоятельства, или, если хотите, «декорации» вашего «фильма ужасов».

1. Подумайте о неприятном воспоминании и прокрутите его как короткий «фильм». Оцените, как вы реагируете на это воспоминание.

2. Увидьте на картине себя — перейдите в диссоциированное состояние и четко разделите себя и контекст. Используйте для этого любые субмодальные различия, которыми вы можете легко воспользоваться — размер, цвет, дистанция, прозрачность и т. п. Например, если картина черно-белая, увидьте себя в цвете. Если картина далеко, увидьте себя близко.

3. Прокрутите «фильм» вперед с диссоциированным собой, движущимся на удвоенной скорости, и контекстом, движущимся на половинной скорости (не наоборот!). Вы увидите, что «приходите» к концу «фильма» раньше, чем появляется контекст, так что вам придется ждать, пока этот самый контекст не «приплетется» за вами.

4. Прокрутите «фильм» обратно с самим собой, движущимся на половинной скорости, и контекстом на удвоенной скорости (не наоборот!). На этот раз контекст придет к концу «фильма» раньше, чем вы.

5. Теперь прокрутите «фильм» обычным способом, чтобы проверить, есть ли изменения в ваших ощущениях.

6. Если изменений нет, проделайте это еще раз — также в диссоциированном состоянии и сделав себя больше, чем контекст.

Техника «Обезумливания субмодальностей»

1. Подумайте о проблемной ситуации или неприятном воспоминании и прокрутите его как диссоциированный «фильм» (если фильм ассоциированный, «диссоциируйтесь» из него).

2. Теперь прокрутите тот же «фильм», представив, что вы смотрите его по черно-белому телевизору.

3. Снова прокрутите черно-белый «фильм», но с удвоенной скоростью (обязательно обратите внимание, что беседующие или ругающиеся в нем люди — если, конечно, там есть звуковой ряд — разговаривают теперь, как герои мультиков).

4. Опять прокрутите на удвоенной скорости черно-белый «фильм» — но теперь уже задом наперед (от конца к началу).

5. Снова прокрутите этот черно-белый «фильм» — задом наперед, на удвоенной скорости, но теперь еще и кверху ногами.

6. Опять просмотрите все это - но на экране, имеющем раму в виде овала с прорезью внизу.

7. А теперь присмотритесь к этой раме и выясните, что вы смотрели свой «фильм» в судне унитаза. Нажмите на ручку сливного бачка и спустите воду вместе с остатками «фильма».

Техника «Взмаха»

1. Определите свою нежелательную реакцию (поведение) - например, кусание ногтей, сердцебиение и т. д. — настоящее состояние.

2. Выясните картину-триггер:

а) определите, какие именно состояния предшествуют нежелательной реакции, например: когда вы кусаете ногти — что именно вы видите (слышите, чувствуете), что подталкивает вас к необходимости кусать ногти? когда вы волнуетесь — что вы видите (слышите, чувствуете), что заставляет вас волноваться? Если вы можете определить только аудиальные или кинестетические ключи (триггеры), сделайте наложение на визуальный ключ: «Если бы этот звук или чувство было бы картинкой, как бы она выглядела?»;

б) создайте большой яркий ассоциированный образ того, что вы видите как раз перед началом нежелательного поведения. Откалибруйте свое «внешнее поведение» (должно проявиться нежелательное чувство или поведение) и мысленно отложите эту картинку в сторону.

3. Создайте картину нового образа - желаемое состояние. Представьте картинку себя — каким бы вы были, если бы у вас больше не было этой трудности. Каким другим человеком вы бы видели себя, если бы освободились от этого нежелательного поведения? Убедитесь в том, что вы представляете себе диссоциированную картинку себя как другого человека — более способного и имеющего больше выборов. Убедитесь в том, что картинка:

а) отражает ваше новое качество, а не какое-нибудь конкретное поведение;

б) диссоциирована и остается таковой;

в) нравится вам и;

г) не имеет узкого контекста (сделайте фон вокруг образа как можно более размытым).

4. Проведите экологическую проверку. Глядя на это изображение самого себя таким, каким вы хотите быть, подумайте, есть ли у вас какие-нибудь колебания относительно того, чтобы стать таким человеком? Используйте любые возможности изменить образ так, чтобы полностью согласиться с новым образом себя.

5. Подготовьтесь к взмаху. Создайте большой яркий ассоциированный образ триггера (шаг 2) и поместите небольшую темную картинку желаемого образа себя (шаг 3) в середину этого образа».

6. Сделайте взмах. Представьте, как картинка желаемого образа самого себя быстро становится больше и ярче, а картина триггера в то же время уменьшается в размерах и становится тусклой и не столь яркой. Затем откройте глаза или сотрите изображение со своего визуального канала, представив себе что угодно другое.

7. Повторите эту процедуру пять раз, всякий раз ускоряя процесс. Не забудьте делать перерыв после каждого взмаха для того, чтобы последовательность взмаха шла в одном направлении.

8. Проверьте успешность упражнения. Представьте себе ту самую ситуацию: что происходит? Если техника взмаха удалась, то удержать картинку триггера (шаг 2) будет нелегко; естественным путем ее заменит новый желаемый образ себя (шаг 3). Если образ (шаг 2) все еще сохраняется, то надо еще несколько раз проделать этап 6, после чего провести еще одну проверку.

3.3 Психологическая помощь при переживании горя

Помощь человеку, понесшему утрату, в большинстве случаев не предполагает профессионального вмешательства. Достаточно информировать близких, как вести себя с ним. Если же в окружении человека отсутствуют люди, с которыми он может разделить свое горе, необходима помощь добровольного консультанта экстренной психологической помощи либо психолога, психотерапевта. В результате предот-

вращается опасность развития посттравматического стрессового расстройства и других заболеваний.

Психологическую помощь и поддержку переживающим смерть близкого человека следует оказывать, учитывая фазу переживания горя.

В психологической литературе описаны основные рекомендации для людей, чьи близкие переживают горе [6].

Первая фаза горя – шок, ощущение нереальности происходящего. Человек не в состоянии принять реальность и отрицает то, что случилось. Как следует помочь?

Во-первых, разговаривать с таким человеком и утешать его совершенно бесполезно.

Он все равно вас "не слышит", а на ваши попытки его утешить лишь удивленно скажет: "Я себя чувствую хорошо". Необходимо ходить за ним повсюду "хвостиком", ни на секунду не выпуская его из поля внимания, не оставляя его одного. При этом не обязательно с ним говорить, можно это делать молча. Важно лишь не оставить человека наедине с собой, если вдруг начнется острое реактивное состояние.

Во-вторых, если это ребенок, который учится в школе, лучше его не пускать в школу, даже если он будет утверждать, что вполне справится.

В-третьих, постарайтесь как можно больше и чаще касаться человека, тяжело переживающего горе. Тактильный контакт возникает у нас чрезвычайно рано. По сути дела это самый первый контакт младенца с внешним миром. Поэтому, как бы ни были нарушены взаимодействия горящего с внешним миром, тактильная связь чаще всего сохраняется. Иногда бывает достаточно одних тактильных контактов, чтобы вывести человека из тяжелейшего шока. Особенно, если это такие символические действия, как поглаживание по голове. В этот момент большинство людей начинают чувствовать себя маленькими, беззащитными, им хочется заплакать, как плакали в детстве. Если же вам удалось вызвать слезы, значит, человек переходит в следующую фазу.

В-четвертых, необходимо вызывать у человека любые сильные чувства, которые выведут его из шока. Сильную радость у человека в такой ситуации вызвать, по-видимому, непросто. Но сгодится и злость. Иногда даже помогающему стоит "вызвать огонь на себя", разозлив горящего.

Фаза страдания и дезорганизации продолжается в среднем 6 - 7 недель (приблизительно 40 дней). В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире. Этот период - период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими. Здесь может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность.

Основным переживанием в данной фазе выступает чувство вины. Возникают так называемые патогенные цепочки, когда человек, вспоминая событие, усматривает разнообразные намеки, которые были ему даны, - раз я знал, я мог предотвратить событие. Чувство вины - чрезвычайно непродуктивное чувство. Человек, испытывающий чувство вины, ничего не будет делать, чтобы облегчить свое состояние. Наоборот, чем ему хуже, тем больше удовлетворяется чувство вины. Поэтому такие люди очень редко сами обращаются к психологу за помощью. И родные и близкие должны помочь им в этом. Если речь идет о ребенке, взрослым следует быть особенно внимательными к его состояниям, что даст возможность точно определить тот момент, когда может понадобиться помощь профессионала. В эмоциональной сфере такой ребенок ощущает подавленность, страх. Актуализируется, в частности, страх смерти. Ребенку начинает казаться, что все в жизни хрупко и в любой момент может закончиться, он начинает бояться за жизнь близких. Часто дети, потерявшие близкого, требуют, чтобы мать или отец были с ними все время, даже сопровождали в туалет. Иногда родители интерпретируют это как боязнь одиночества. Это так. Но главное, они боятся, что пока их нет, с родителем может что-то случиться, он может умереть. Они со страхом отмечают признаки приближающейся старости родителей: седые волосы, морщины и т.п.

Наиболее характерны для данной фазы сильные нарушения памяти на текущие события. Это бывает выражено настолько сильно, что ребенок не может учиться в школе. Поэтому очень важно вовремя оказать ребенку необходимую психологическую помощь. Окружающие замечают, что даже внешне человек, переживающий горе, сильно меняется. Лицо становится очень выразительным, на нем застывает маска страдания. Походка меняется, человек горбится, даже волосы становятся тусклыми. Появляется масса проблем со здоровьем. Все время что-то болит. На этой фазе появляется эмоциональная лабильность - очень легко вызываются чувства, в любой момент человек готов заплакать.

На данной фазе страдания человека можно облегчить следующими способами:

Во-первых, если на первой фазе вам следует постоянно быть вместе с горюющим, то здесь можно и нужно дать человеку, если он того хочет, побыть одному.

Во-вторых, если горюющий пожелает с вами поговорить, нужно всегда быть в его распоряжении, выслушать его и поддержать.

В-третьих, эти люди часто раздражительны, тем не менее, понимая их состояние, надо относиться к ним более мягко, прощая многое.

В-четвертых, если человек плачет, вовсе не обязательно совершать то, что мы называем "утешением". Необходимо сделать все, чтобы человек не плакал. У нас у всех есть безусловный рефлекс на чужие слезы. Видя их, мы готовы сделать все, лишь бы человек успокоился, перестал плакать. Слезы дают возможность сильнейшей эмоциональной разрядки. Наши слезные железы устроены таким образом, что слезы способствуют выработке успокоительных веществ. Недаром, поплавав, так хорошо спится. Успокаивая человека, мы не даем возможности этому процессу завершиться.

В-пятых, в конце этой фазы нужно начать потихоньку приобщать человека к общественно полезной деятельности: отправить в школу или на работу, начать загружать домашней работой. Это очень полезно, так как дает возможность отвлечься от своей основной проблемы. Естественно, режим должен быть щадящим, так как человек все еще ослаблен.

В-шестых, человеку надо постоянно демонстрировать, что хотя вы и понимаете его проблему, но относитесь к нему как к обычному человеку, не давая ему никаких

скидок и послаблений. Это тоже будет оценено очень высоко и поможет в реадaptации. Конечно, вы должны понимать, что этот человек находится в "состоянии горя", но ничем не показывайте ему это.

В целом фазу острого горя можно считать критической в отношении дальнейшего его переживания, а порой она приобретает особое значение и для всего жизненного пути. То, как она будет преодолена, определит и стратегию дальнейшей жизни. Если позитивно - то это будет очень важный эмоциональный опыт. Если человек не справится с горем, то навсегда останется в этой фазе, или же ему может понравиться сочувствие и жалость, которую он вызывает, и из него сформируется профессиональная жертва.

Фаза остаточных толчков и реорганизация. Данная фаза наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год. На этом этапе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, повседневная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде редких отдельных приступов. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно воспринимаются как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события, или события повседневной жизни. Эта фаза длится в течение года. За это время происходят практически все обычные жизненные события и в дальнейшем начинают повторяться. За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач, и эти практические задачи переплетаются с самим переживанием.

Основная психологическая помощь на данном этапе состоит в том, чтобы помочь, способствовать этому обращению к будущему, помочь строить всевозможные планы.

Фаза завершения. На данной фазе человеку приходится порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие завершение "работы горя". Смысл и задача "работы горя" в этой фазе состоят в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в нашей жизни. Признаком этой фазы является то, что человек,

вспоминая об умершем, переживает уже не горе, а печаль - совершенно иное чувство. И эта печаль уже останется навсегда в сердце человека, потерявшего близкого.

3.4 Психологическая помощь при потенциальном суициде

Распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях - это первая помощь. Одно из важных отличий суицидоопасного состояния — ощущение себя «вне» общества, поскольку тема самоубийства табуирована. Поэтому важнейшим принципом первой помощи при суицидальной опасности является требование к консультанту — добровольцу или профессионалу — задавать вопросы о самоубийстве, не избегать этой темы. Это действительно важно: проявлять интерес, но не оценивать, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника.

Далее приводится обобщенный перечень необходимых интервенций:

1. Установление эмпатического контакта, отношений доверия.

2. Определение степени риска суицидального поведения и вероятности смертельного исхода. Большое значение имеет прошлый опыт суицидального поведения и выяснение, что тогда удержало от суицида. Возможно, это поможет и сейчас. Следует помнить об очень важной особенности человека, склонного к самоубийству, — об амбивалентном отношении к жизни: о поиске пути к смерти и желании жить одновременно. Часто такой человек ищет помощи, говоря о том, что хочет умереть.

3. Выработка совместного решения о дальнейших действиях. В процессе оценки суицидального риска или после консультант должен постараться узнать, в чем состоит смысл самоубийства для пациента. От какой проблемы или целого клубка проблем он хочет сбежать в небытие? Этот вопрос помогает определить тактику дальнейшей интервенции. Узнав смысл суицидального поведения, можно вместе с пациентом пытаться искать альтернативные варианты решения проблемы. Одно из проявлений кризисного состояния - когнитивный хаос. Консультант должен помочь организовать лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные блоки, установить приоритетность их решения. Ему следует быть очень убедительным.

тельным в выстраивании перспектив выхода из тупика. Может быть, если не сам пациент, то кто-то из его близких поможет в решении или хотя бы приближении к решению проблемы? Главное - побудить пациента к тому, чтобы он, пусть временно, но отложил суицид и сделал хоть один шаг к улучшению своей ситуации. Таким образом, позиция консультанта или психотерапевта должна быть активной и достаточно директивной. Однако следует обратить внимание на то, что убеждать человека в необходимости работать с проблемой, попытаться разрешить ее вовсе не значит уговаривать отказаться от суицида или, еще хуже, спорить о смысле жизни. Подобные интервенции только разрушают и так довольно хрупкую основу - контакт с пациентом, благодаря которому вы сможете помочь. Консультант только может сказать, что он лично не хочет, чтобы люди уходили из жизни, чтобы уходил его собеседник, что он будет стараться делать все, что от него зависит, чтобы этого не произошло. Фактически договор о том, что стоит вместо самоубийства попытаться предпринять какие-либо конструктивные действия, «план спасения», - это и есть антисуицидальный контракт. Такой договор подразумевает и эмоциональный аспект — смену настроения пациента: от желания умереть до желания жить.

Далее следует наметить конкретные шаги, тщательно обсудив их альтернативы и возможные последствия. Иными словами, в этот момент терапевтический процесс только начинается. Терапевтические методы подбираются индивидуально, но не следует упускать и фактор эффективности того или иного метода в работе с определенными состояниями. Например, эффективность когнитивной терапии в работе с непсихотическими депрессивными расстройствами подтверждена многочисленными исследованиями.

Терапевтические мишени в работе с суицидальным пациентом:

- 1) проблемная ситуация;
- 2) негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность, негативная триада);
- 3) установки, разрешающие суицидальные попытки;
- 4) саморазрушающее поведение (злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, самоизоляция, пассивность).

Рекомендации по ведению беседы с потенциальным суицидентом:

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему.
2. Задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания.
3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника: суицидальный план; время и место исполнения; суицидальные мысли и попытки в прошлом; самооценка вероятности своего суицида.
4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело.
5. Побудите его выразить свои чувства, связанные с проблемной областью.
6. Спросите, приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной (само) изоляции.
7. Будьте готовы к психотерапевтической работе (возможно, на длительное время) с вашим собеседником.

3.5 Общие принципы построения психокоррекционных программ

Принципы построения коррекционных программ определяют стратегию, тактику их разработки, цели, задачи коррекции, методы и средства психологического воздействия.

Составляя коррекционные программы, необходимо руководствоваться рядом принципов:

Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач указывает на необходимость определения в любой коррекционной программе, указанных трех видов задач, отражает взаимосвязанность развития различных сторон личности ребенка и гетерохронность, неравномерность их развития. Другими словами, каждый ребенок находится как бы на различных уровнях развития: он развивается в пределах

нормы, у него могут возникнуть потенциальные трудности в развитии; и уже существуют трудности развития, объективно выражающиеся в различного рода отклонениях.

При определении целей и задач коррекционной программы нельзя ограничиваться лишь актуальными на сегодняшний день проблемами и сиюминутными трудностями развития ребенка, а нужно исходить из ближайшего прогноза развития. Кроме того, любая программа психологического воздействия на ребенка должна быть направлена не просто на коррекцию отклонений в этом процессе, на их предупреждение, но и на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности.

Таким образом, любая коррекционная программа должна включать систему задач трех уровней:

- 1) *коррекционного* - исправление отклонений и нарушений развития, разрешение его трудностей;
- 2) *профилактического* - предупреждение возможных отклонений и трудностей в развитии;
- 3) *развивающего* - оптимизация, стимулирование, обогащение содержания развития.

Только единство перечисленных видов задач может обеспечить успех и эффективность коррекционных программ.

Принцип единства диагностики и коррекции реализуется в двух аспектах:

- 1) началу осуществления коррекционной работы обязательно должен предшествовать *этап прицельного комплексного диагностического обследования*, позволяющий выявить характер и интенсивность трудностей развития, переживаемых ребенком, и сделать заключение о возможных причинах и на основании, которого формулируются цели и задачи коррекционной программы;
- 2) *реализация коррекционной программы* требует от психолога постоянного контроля динамики изменения личности, поведения и деятельности ребенка, динамики его эмоциональных состояний, чувств и переживаний. Такой контроль позво-

ляет внести необходимые коррективы в задачи самой программы, методы и средства психологического воздействия. Иначе говоря, каждый шаг в коррекции должен быть оценен с точки зрения его воздействия на ребенка с учетом конечных целей программы.

Таким образом, контроль динамики хода и эффективности коррекции в свою очередь требует осуществления диагностических процедур, пронизывающих весь процесс психологической работы с ребенком и предоставляющих психологу нужную информацию и обратную связь.

Принцип приоритетности коррекции каузального типа. В зависимости от направленности выделяют два типа коррекции: симптоматическую и каузальную (причинную).

Симптоматическая коррекция способствует преодолению внешней стороны трудностей развития, внешних признаков, симптомов этих трудностей. Коррекция *каузального* типа предполагает устранение причин, порождающих сами эти проблемы и отклонения в развитии ребенка. Работа с симптоматикой, какой бы успешной она ни была, не сможет до конца разрешить переживаемых ребенком трудностей.

Показателен в этом отношении пример с коррекцией страхов у детей. Применение метода рисуночной терапии дает значительный эффект в их преодолении. Однако, когда причины возникновения страхов и фобий у детей лежат в системе детско-родительских отношений и связаны, например, с эмоциональным неприятием ребенка родителями и его глубинными аффективными переживаниями, изолированное применение метода рисуночной терапии, не сопряженного с работой по оптимизации родительской позиции, дает лишь нестойкий, кратковременный эффект.

Избавив ребенка от страха темноты и нежелания оставаться одному в комнате, через некоторое время вы можете получить в качестве клиента этого же ребенка, но уже с новым страхом — высоты или др. Только успешная психокоррекционная работа с причинами, вызывающими страхи и фобии (в данном случае, работа по оптимизации

детско-родительских отношений), позволит избежать воспроизведения симптоматики неблагоприятного развития.

Деятельностный принцип коррекции определяет тактику проведения коррекционной работы, пути и способы реализации поставленных целей. Он означает, что генеральным способом коррекционного воздействия является организация активной деятельности ребенка, в ходе реализации которой создаются условия для его ориентировки в трудных конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности ребенка.

Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребенка согласует требования соответствия хода психического и личностного развития нормативному, с одной стороны, и признание бесспорного факта уникальности и неповторимости конкретного пути развития личности - с другой. Нормативность развития следует понимать как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития.

Коррекционная программа никоим образом не может быть программой усредненной, обезличенной или унифицированной, а, напротив, через оптимизацию условий развития и предоставления ребенку возможностей для адекватной широкой ориентировки в смыслах проблемной ситуации должна создавать максимальные возможности для индивидуализации пути его развития.

Принцип комплексности методов психологического воздействия предполагает необходимость использования всего многообразия методов, техник и приемов из арсенала практической психологии.

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к участию в коррекционной программе определяется той ролью, которую играет ближайший круг общения в психическом развитии ребенка. Система отношений ребенка с близкими взрослыми, особенности их межличностных отношений и общения, формы совместной деятельности, способы ее осуществления составляют важнейший компонент социальной ступени развития ребенка, определяет зону ее ближайшего развития. Ребенок не развивается как изолированный индивидуум отдельно и

независимо от социальной среды, вне общения с другими людьми. Он включен в целостную систему социальных отношений, неразрывно связан с ней. То есть, объект развития - не изолированный ребенок, а целостная система социальных отношений, субъектом которых он является.

Принцип усложнения говорит о том, что в коррекционной программе необходимо предусматривать систему игр и упражнений по принципу перехода от простого к сложному: каждое задание должно проходить ряд этапов: от минимально простого - к максимально сложному. Формальная сложность материала не всегда совпадает с его психологической сложностью. Это позволяет поддерживать интерес в коррекционной работе и дает возможность ребенку испытать радость преодоления.

Принцип учета объема и степени разнообразия материала предполагает, что во время реализации коррекционной программы необходимо переходить к новому объему материала только после относительной сформированности того или иного умения. Увеличивать объем материала и его разнообразие следует постепенно.

Принцип учета эмоциональной сложности материала означает, что проводимые игры, занятия, упражнения, предъявляемый материал должны создавать благоприятный эмоциональный фон, стимулировать положительные эмоции. Коррекционное занятие обязательно должно завершаться на позитивном эмоциональном фоне.

Существуют различные типы коррекционных программ: *стандартизированные или свободные* (ориентированные на настоящий момент).

При стандартизированной программе четко определены этапы программы, необходимые материалы, требования, предъявляемые к участникам данной программы. При осуществлении стандартизированной программы перед началом осуществления коррекционных мероприятий психолог должен проверить возможности реализации всех этапов этой программы, наличие необходимых материалов, соответствие возможностей, предъявляемых к участникам данной программы.

При свободной программе психолог самостоятельно составляет ее, определяет цели и задачи этапов коррекции, продумывает ход встреч,

определяет ориентиры результата достижений для определения возможностей перехода к следующим этапам психокоррекции.

При составлении коррекционной программы необходимо:

- четко сформулировать цели коррекционной работы;
- определить круг задач, которые конкретизируют цели коррекционной работы;
- выбрать стратегию и тактику проведения коррекционной работы;
- четко определить форму работы (индивидуальная, групповая или смешанная);
- отобрать наиболее эффективные методики и техники коррекционной работы;
- установить общее время, необходимое для реализации всей коррекционной программы;
- определить частоту встреч, а также длительность каждого коррекционного занятия;
- оформить коррекционную программу и определить содержание каждого коррекционного занятия;
- запланировать участие в различных формах других в программе (при работе с семьей подключение родственников, значимых взрослых и т.д.);
- реализовать коррекционную программу (целесообразно предусмотреть контроль динамики хода коррекционной работы, возможности внесения дополнений и изменений в программу);
- подготовить необходимые материалы и оборудование.

Эффективность коррекционного воздействия может быть оценена с точки зрения различных уровней функционирования участника коррекционной программы на уровнях разрешения реальных трудностей развития и постановки целей и задач коррекционной программы.

Следует помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе работы, к моменту завершения и т.д. Например, коррекционная программа может не претендовать на пол-

ное разрешение трудностей развития, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале.

Оценка эффективности коррекции может меняться в зависимости от того, кто ее оценивает, поскольку позиция участника коррекционного процесса в значительной мере определяет итоговую оценку ее успешности. Для психолога, ответственного за организацию и осуществление коррекционной программы, главным критерием оценки станет достижение поставленных в программе целей.

Для лиц из окружения ребенка эффективность программы будет определяться степенью удовлетворения их запроса, мотивов, побудивших обратиться за психологической помощью, а также особенностями осознания ими проблем и стоящих перед ними задач, непосредственно связанных с проблемами ребенка.

Анализ факторов и условий, влияющих на эффективность коррекционной работы, показал, что существенное значение для достижения запланированного эффекта имеет интенсивность коррекционных мероприятий.

Коррекционные занятия должны проводиться не менее 3 раз в неделю и продолжаться 1-1.5 ч. Интенсивность коррекционной программы определяется не только продолжительностью времени занятий, но и насыщенностью их содержания, разнообразием используемых игр, упражнений, методов, техник, а также мерой активного участия в занятиях самого ребенка.

Вторым условием, определяющим успешность коррекционной работы, является пролонгированность коррекционного воздействия. Даже после завершения такой работы желательны контакты с ребенком с целью выяснения особенностей поведения, сохранения прежних или возникновения новых проблем в общении, поведении и развитии. Желательно осуществлять контроль и наблюдение каждого случая хотя бы в течение 1-2 месяцев после завершения коррекционных мероприятий.

Эффективность коррекционных программ существенно зависит от времени осуществления воздействия. Чем ранее выявлены отклонения и нарушения в развитии, чем раньше начата коррекционная работа, тем больше вероятность успешного разрешения трудностей развития.

Выделяют следующие факторы, определяющие эффективность психокоррекции:

- 1) значение для ребенка освобождения от имеющихся проблем;
- 2) характер проблем ребенка;
- 3) ожидания психолога, осуществляющего коррекционные мероприятия;
- 4) профессиональный и личностный опыт психолога;
- 5) специфическое воздействие конкретных методов психокоррекции.

Какой бы содержательный критерий эффективности ни анализировался, в любом случае речь идет о группах переменных, характеризующих психокоррекционное воздействие:

- 1) субъективно-переживаемые ребенком изменения во внутреннем мире;
- 2) объективно-регистрируемые (экспертом, наблюдателем) параметры, характеризующие изменения в различных модальностях мира человека;
- 3) устойчивость изменений в последующей (после воздействия) жизни человека;

При оценке эффективности воздействия могут использоваться объективные психофизиологические методы, регистрирующие вегетативно-соматические, физиологические и психические функции. Поиск критериев эффективности психокоррекционного воздействия всегда будет требовать учета своеобразия механизмов нарушений, используемых методов воздействия и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

Поскольку при ПТСР нарушается физическое и психическое здоровье личности, то психокоррекционная программа должна состоять из 3 основных блоков: медицинского, социального, психологического.

Медицинский блок психокоррекционной программы разрабатывается врачами - психиатрами, педиатрами и физиотерапевтами. Его основной задачей является снижение имеющегося у детей нервно-психического напряжения и решается с помощью индивидуально подобранной лекарственной терапии и специальных физиопроцедур: массажей, ванн, ароматерапии, ингаляций и других процедур по индивидуальным показаниям.

Социальный блок разрабатывается совместно социальным работником и психологом, а реализация его осуществляется социальным работником. Задача этого блока заключается в создании условий, при которых формируется поведение у ребенка, которое способствует комфортному приспособлению его к действительности.

В реализации данной задачи обязательно должны принимать участие:

- ближайшее окружение ребенка (родители, родственники, друзья, знакомые);
- образовательные учреждения (детский сад, школа, и т.д.);
- общественные организации и благотворительные фонды, оказывающие помощь жертвам и участникам терактов и военных конфликтов;
- реабилитационные учреждения;
- религиозные организации и т.д.

Психологический блок разрабатывается и реализуется психологом. Поскольку многим детям гораздо легче рассказать о своих проблемах человеку одного - с ним пола, необходимо привлекать к участию в работе психокоррекционных групп мужчин - психологов и женщин-психологов. Это будет способствовать развитию более доверительных отношений в группе. Основной задачей, реализуемой в данном блоке, является оказание психологической поддержки ребенку, которая позволит ему чувствовать себя в гармонии с самим собой и другими людьми, реализовать свои возможности и нормально развиваться; профилактика возникновения нарушений в поведении или, если такие нарушения уже возникли, проведение коррекционной работы в соответствии со стадией развития ПТСР.

При реализации психокоррекционной программы надо соблюдать некоторые требования, определяющие ее эффективность. Одно из важнейших требований, которое должно обязательно соблюдаться при реализации психокоррекционной программы - тесное взаимодействие всех специалистов, принимающих участие в проведении программы. Медики, социальные работники и психологи должны действовать не изолированно друг от друга, а сотрудничать между собой. Кроме того, все перечисленные специалисты должны постоянно взаимодействовать с педагогами, родителями, воспитателями.

Требования, предъявляемые к психологу, осуществляющему психокоррекционную программу:

- он должен знать теоретические основы коррекционной работы, способы коррекции;
- практически владеть конкретными методами и методиками коррекции;
- у него не должно быть проблем в тех сферах, которые он предполагает корректировать у ребенка.

3.6 Характеристика метода «группа поддержки»

Легче изменить индивидуумов, собранных в группу,
чем каждого из них в отдельности

К. Левин

Группы поддержки - форма групповой работы, в которой происходит организация общей деятельности. Объединяет группу сходство проблем, которые в одиночку люди решить не могут. Потребность участников объединяться на основе сходства проблем используется для обмена информацией о том, как более эффективно организовать свою жизнь при наличии болезни, изоляции, эмоциональных травм, жизненных кризисов.

Цель проведения группы поддержки. Группа поддержки призвана организовать поддержку, содействовать обмену информацией, помочь процессу адаптации к новой ситуации развития, создание благоприятных условий для помощи и взаимопомощи.

Задачи группы поддержки. Главная задача группы поддержки организовать обмен эмоциональным опытом, что позволяет решить ряд специфических задач, которые трудно или невозможно разрешить в одиночестве. Таких как снятие уникальности, эффективный поиск личностных резервов, принятие факта потери и умения находить и принимать поддержку.

Социальная ориентация группы поддержки. Сущностью социальной ориентации группы поддержки является организация помощи человеку в горе. Помощь человеку в горе это и содействие включению (возвращению) его в социальную жизнь,

это и изменение образа жизни. В конечном счете, группа поддержки ставит перед собой задачу помощи в осуществлении личностного роста после потери.

Механизмы, которые обычно задействованы при проведении группы поддержки. Во-первых, это социальная оценка и осознание проблемы; во-вторых, это социально-психологическая активация; в-третьих, это обмен социальной и психологической информацией на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Руководитель группы поддержки. Здесь достаточно широкий диапазон возможностей. В качестве руководителя (руководителей) могут быть сами участники. Наиболее приемлем в качестве руководителя группы поддержки - профессионал (социальный работник и практический психолог). Не противопоказано руководство группой поддержки со стороны парапрофессионалов - священники, представители правоохранительных органов и др.

Роль руководителя группы. Значение и роль руководителя разнообразна и имеет достаточно широкий диапазон: незнакомый или знакомый, дядя или тетя, человек, который ведет дискуссию, обсуждает актуальные проблемы, эмоциональный лидер, способный остро чувствовать чужие переживания и включать в групповое обсуждение пострадавших. Наиболее приемлемое определение роли руководителя содержится в термине - фасилитатор. В ситуации группы поддержки данный термин можно перевести как человек создающий условия для облегчения страдания, человек облегчающий страдания

Продолжительность группы. Здесь нет жесткого регламента. Время продолжительности существования группы определяется потребностями ее участников. Как правило, группы, обсуждающие потери, собираются в течение года с различной частотой встреч.

Как сформировать группу поддержки?

Ведущий группы является единственным лицом, ответственным за создание и сбор группы. Изрядная доля работы по поддержанию существования группы приходится еще на период до первой встречи, и от умения ведущего правильно отобрать пациентов и подготовить их к терапии в значительной степени зависит судьба группы.

Процесс создания и организации группы поддержки включает в себя следующие этапы и вопросы, которые следует решить перед началом собственно работы:

1. Подготовка самого ведущего к организации группы поддержки.

2. Отбор участников.

3. Принцип составления: демографический состав и потенциальная совместимость участников, т.е. степень гомогенности и гетерогенности группы.

4. Место и условия работы.

5. Открытая или закрытая группа.

6. Величина группы.

7. Частота и продолжительность встреч группы поддержки.

Принципы работы в группе поддержки.

Принципы работы группы поддержки имеют некоторые отличия от правил работы, принятых в психотерапевтических группах:

1. Принцип личной безопасности (в психотерапевтических группах он имеет название «уровень конфиденциальности»). Периодически необходимо проводить тест на личную безопасность. Уровень безопасности устанавливается на первой встрече. Каждый предлагает свой уровень, но принимается самый высокий из предложенных уровней. Возможно, что со временем уровень искренности возрастет. Если среди участников группового обсуждения есть такие, которые работают вместе, то, как правило, устанавливается верхний уровень безопасности, так как, даже не называя имен, очень легко вычислить участников.

2. Установление границ дозволенного. Участники группы должны принять границы приятного - неприятного, то есть насколько можно превратить обсуждение в праздник, насколько можно, принимать чужие боль и неприятности. В группе должен восторжествовать принцип, что мы не только получаем, но и отдаем, и чтобы что-то получить, надо что-то отдать. Кому-то необходимо оказывать поддержку, как бы плохо и трудно ни было самому.

3. Активное слушание. Принцип работы фасилитатора - помочь людям определить и назвать свои проблемы. Возможно, для многих основная потребность заключается в том, чтобы их выслушали, и не давали много советов. Что происходит

в обыденной жизни, когда человек сталкивается с трудностями? Он старается все неприятности держать в себе, убеждая окружающих, что в его жизни "все хорошо!". И это логично, так как такой подход более адаптивен, так как мы не создаем лишние трудности для окружающих, но он одновременно отрицательно влияет на самочувствие и на состояние здоровья.

В группе можно не сдерживать эмоции, можно поплакать самому или посочувствовать тем, кто плачет по сходным причинам. Закон психического заражения нередко действует положительно на участников группового процесса. Важно, чтобы в группе с пониманием относились ко всем проблемам, высказываниям, эмоциональным проявлениям. Одним достаточно, чтобы их выслушали, другие готовы получить совет, третьим необходима помощь и поддержка. Фасилитатору необходимо чувствовать, а если надо то и прямо спрашивать, в какой помощи нуждается тот или иной член группы.

4. Проблемы социального контакта. Одним из условий эффективного функционирования группы поддержки является создание комфортного самочувствия участников в различных ситуациях группового обсуждения: например, создание условий, когда люди не боятся делиться любой информацией.

5. Лимит времени в группе. Продолжительность встречи в группе, как правило, ограничена (не более двух часов), поэтому время надо экономить и важно им эффективно пользоваться. Само по себе требование внимательно относиться к своему и чужому времени создает определенные рамки, определенную осмысленность жизни как раз в такой период жизненного пути когда «связь времен» разрушилась, распалась, произошел разрыв некой непрерывности. Таким образом, требование по эффективному использованию времени носит и психотерапевтический характер.

6. Домашние задания. Участники группы должны работать не только во время групповых встреч, но и в другое время - выполнять домашние задания, вести дневник и т.п. Данное требование-правило особенно необходимо на этапах острого горя, когда требуется продолжение поддержки и вне группового контекста.

7. Потребность фасилитатора в поддержке. Оптимальный вариант - когда фасилитатор работает с со-фасилитатором. Когда руководитель группового обсужде-

ния приходит не один, а с помощником, то участники увидят, что и ему необходима поддержка, и это успокаивающе действует на участников группового обсуждения.

Требования к ведущему группы.

Существуют общие требования к личности ведущего группы: искренность, личностную интегрированность, терпение, смелость, гибкость, теплоту, умение ориентироваться во времени и самопознание.

Дадим более подробную характеристику эффективного ведущего группы.

Смелость. Смелость проявляется: во-первых, в способности позволять себе ошибаться; во-вторых, в способности противостоять себя участникам группы; в-третьих, в умении принимать решения; в-четвертых, в способности быть прямым и честным с участниками группы и в-пятых, в умении открыто говорить о том, что происходит в группе.

Быть примером для участников группы. Чтобы соответствовать данному требованию, ведущему необходимо стремиться к постоянному самосовершенствованию. Группа будет работать эффективно, если она увидит, что и ведущий выполняет в группе то, чего он требует от ее участников.

Эмоциональное участие в группе. Это означает участие ведущего группы в сомнениях, страхах, боли, страданиях, радости участников.

Открытость. Это многоплановая черта эффективно работающего ведущего группы, охватывающая открытость самому себе, другим участникам группы, новому опыту и различным стилям жизни и ценностям.

Умения принимать агрессию. В жизни группы есть масса ситуаций, когда ведущего могут обвинить, выразить неудовлетворенность им или агрессивно отреагировать - его могут обвинить в том, что недостаточно заботиться об участниках, что заботится только о некоторых из них, что слишком регулирует ход работы в группе или, наоборот, недостаточно делает это и т.д. Главным в данной ситуации для ведущего является такая установка как постоянная готовность обсуждать неприятные, враждебные реакции участников группы.

Личная сила. Это способность ведущего направлять поведение участников в нужное русло. Сила личности означает, что он знает, кем он является и чего он хо-

чет. Такая уверенность в себе связана с искренностью и открытостью - сильным человеком является тот, который не боится анализировать себя, находит в себе не всегда позитивные личностные характеристики, который может показать себя другим таковым, каков он есть.

Стремление к новому опыту. Ведущий группы не обязан, конечно, переживать и испытать всевозможные трудности, но важно обладать опытом переживания как можно более широкой палитры чувств.

Чувство юмора. Умение увидеть смешные стороны даже в очень трудных и сложных ситуациях, вообще умение смеяться тогда, когда трудно, психотерапевтически бесценно. В кризисных ситуациях в группе юмор может уменьшить напряжение, помочь решать проблемы парадоксальными способами.

3.7 Вопросы и задания для проверки знаний

1. Назовите принципы коррекции и терапии посттравматического стрессового расстройства.
2. В какие групповые категории можно объединить методы коррекции и терапии ПТСР?
3. Расскажите о методе десенсибилизации и переработки движениями глаз. В каких случаях он применяется?
4. В чем достоинства метода ОТИ – ослабления травматического инцидента?
5. Опишите процедуру проведения визуально-кинестетической диссоциации (ВКД). В чем достоинства данного метода?
6. Что такое психологический дебрифинг? Когда он используется?
7. Что следует и чего не следует делать при оказании помощи клиенту, находящему в состоянии горя?
8. В чем заключается помощь психолога клиенту на стадии восстановления переживания горя?

9. Какие техники НЛП можно использовать при работе с посттравматическим стрессовым состоянием?

10. Опишите, в чем состоит сущность метода «Взмах».

11. Какая психологическая помощь оказывается при потенциальном суициде?

12. Каковы терапевтические мишени в работе с суицидальным пациентом?

13. Охарактеризуйте общие принципы построения психокоррекционных программ.

14. Каковы принципы работы группы поддержки?

15. Дайте характеристику эффективного ведущего группы поддержки.

16. Расскажите о методах психокоррекционной работы с детьми, пережившими насилие.

Задания:

1. Разработайте коррекционную программу для детей, переживших психологическое насилие и жестокое обращение в семье.

2. Разработайте коррекционную программу для комбанантов (участников боевых действий).

3. Отработайте в парах технику нейролингвистического программирования «Взмах» и сделайте самоотчеты о проделанной работе.

4. Приведите пример использования техники НЛП - работа с чувством потери.

Выберите правильный вариант ответа

1. На какой стадии ПТСР поведение определяется эмоцией страха, которая до определенного предела является нормальной?

1) Острая стадия;

2) Хроническая стадия;

3) Отсроченная;

4) На всех стадиях.

2. Сколько стадий в стандартной процедуре метода десенсибилизации и переработки движениями глаз:

1) 3;

2) 5;

3) 6;

4) 8.

3. Чего не следует делать при оказании помощи клиенту, находящемуся в состоянии горя:

1) останавливать клиента, когда он начинает плакать;

2) побуждать клиента к обсуждению его переживаний;

3) предпочесть частые и короткие встречи с клиентом редким и длительным посещениям;

4) непременно утешать клиента, обещая, что все будет хорошо.

4. Хроническая неспособность родителей обеспечить основные потребности ребенка до 18 лет в пище, одежде, жилье, защите и присмотре – это:

1) физическое насилие;

2) сексуальное насилие;

3) пренебрежение;

4) психологическое насилие.

5. Какие из перечисленных ниже детей НЕ становятся жертвами насилия:

1) дети, предоставленные улице;

2) дети, воспитывающиеся в благополучных семьях;

3) дети с психическими аномалиями;

4) маленькие дети.

6. На какой из фаз переживания горя, выделенные Дж.Боулби, ребенок отвергает и сопротивляется идеи смерти и потери?

1) фаза протеста;

2) фаза дезорганизации;

3) фаза реорганизации;

4) фаза сделки.

7. Форма кризисной интервенции, которая представляет собой особо организованное обсуждение в группах людей, совместно переживших стрессовое или травматическое событие – это:

- 1) дебрифинг;
- 2) тренинг;
- 3) групповая консультация;
- 4) групповая психотерапия.

8. Кризисная интервенция центрирована:

- 1) на проблеме;
- 2) на личности;
- 3) на проблеме и на личности;
- 4) на психотерапевте.

9. Кризисная интервенция – это:

- 1) работа с интенсивными чувствами и проблемами;
- 2) работа, направленная на выражение сильных эмоций;
- 3) открытие доступа к исследованию острых проблем;
- 4) все ответы верны.

10. Автором метода десенсибилизации и проработки движения глаз (ДПДГ) является:

- 1) Шапиро Ф.;
- 2) Джерборд Ф.;
- 3) Дж. Боулби;
- 4) Дж. Вильямс.

3.8 Литература, рекомендуемая для изучения темы

1. Марищук, В.Л. Поведение и саморегуляция в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов: - СПб.: Изд. дом « Сентябрь », 2001. – 260 с.

2. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина – Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2008. – 928с. ISBN 978-5-699-25136-0

3. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь близким / И.Г. Малкина-Пых.- М.: Изд-во Эксмо, 2009. – 192с. ISBN 978-5-699-35169-5

4. Менделл, Дж. Г. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие / Дж. Г. Менделл, Л.Дамон.- М.: «Генезис», 1998. - 121с

5. Черепанова, Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е.М.Черепанова. – М.: Издательский центр "Академия", 1995.- 86 с

6. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры: пер.с англ. / Ф. Шапиро – М.: «Класс», 1998. – 97 с

7. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. - СПб.: Изд-во «Питер», 2000.- 640с.

8. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В.Щербатых. – СПб.: Питер, 2008.- 256с. – (серия «Учебное пособие») . – ISBN 978 -5-469-01517-8

Список использованных источников

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – Ростов-на Дону: «Феникс», 1997. - 576с.
2. Анциферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. - 2004. - №1. - С. 3 – 18.
3. Бодров, В. А. Проблемы преодоления стресса / В. А. Бодров // Психологический журнал. 2006. – Т. 27, №1. - С 23 – 41.
4. Бурмистрова, Е. В. Система оказания психологической помощи в кризисной ситуации / Е. В. Бурмистрова // Психологическая наука и образование, 2003. - N 3. - С. 16-20.
5. Брызгунов, И. П. Посттравматическое стрессовое расстройство / И.П.Брызгунов. - М.: Наука, 1999.
6. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. М.: Изд-во: МГУ, 1984 - 200 с.

7. Винникот, Д. В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникот. – М.: «Класс», 1998 - 80 с
8. Волкан, В. Жизнь после утраты: Психология горевания. / В. Волкан, Э.Зинтл. – М.: Изд-во: Когито – центр, 2007. – 160с.- ISBN 978-5-89353-213-5
9. Дикая, Л.Г. Актуальные проблемы и перспективы исследований психологии труда в условиях глобализации/ Л.Г. Дикая // Психологический журнал. – 2007. – №3. - С. 29 - 44.
10. Дональд, К. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / К. Дональд. - М.: Изд-во Академический Проект, 2001.- 368с. ISBN 5-8291-0111-4
11. Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста /Д.Н.Исаев. – СПб.: Спец. литература, 1996. – 220 с
12. Ихсанов, Р.Ф. Человек в чрезвычайной ситуации (клинико- психологический обзор, основы диагностики и поддержки): учебно-методическое пособие / Р.Ф.Ихсанов. – Самара: Изд-во СГПУ, 2005. – 64с.
13. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1998. – 381 с.
14. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского . - 2-е изд., стер. - СПб.: [б.и.], 2006. - 960 с. - (Национальная медицинская библиотека). - Библиогр.: с. 957- 959. - ISBN 5-469-01004-X.
15. Козлов, В.В. Работа с кризисной личностью / В.В.Козлов. – СПб.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.-321с. ISBN 5-89939-083-2
16. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы / Б.Колодзин. – М.: Спец. литература, 1992 - 91с.
17. Линдемманн, Э.Клиника острого горя / Э. Линдемманн. – Москва, 2006 // Психология мотивации и эмоций: учебное пособие / ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – Издание 2-е, стереотипное. – Москва: ЧеРо: Омега-Л: МПСИ, 2006. – С. 591-598.

18. Марищук, В.Л. Поведение и саморегуляция в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов: - СПб.: Изд. дом «Сентябрь», 2001. – 260 с.
19. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г.Малкина-Пых.- М.: Изд-во Эксмо, 2008. – 928с. ISBN 978-5-699-25136-0
20. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь близким / И.Г.Малкина-Пых.- М.: Изд-во Эксмо, 2009. – 192с. ISBN 978-5-699-35169-5
21. Менделл, Дж.Г. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие /Дж.Г.Менделл, Л.Дамон.– М.: «Генезис», 1998.-121 с
22. Ольшанский, Д.В. Психология терроризма / Д.В.Ольшанский. - СПб.: Питер, 2002.- 288 с.
23. Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология: учебное пособие / Л.А. Пергаменщик. - Минск: Высшая школа, 2004.-304с.
24. Психотерапия: учеб. для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского .- 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, 2002. - 672 с. - (Национальная мед. б-ка) - ISBN 5-272-00321-7.
25. Пушкарев, А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и лечение / А.Л.Пушкарев, В.А.Доморацкий, Е.Г.Гордеева. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.- 128с.
26. Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология и психотерапия: учебно-методическое пособие для студентов вечерней и заочной форм обучения /Л.А.Пергаменщик. – Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2001. – 64с.
27. Самоукина, Н.В. Экстремальная психология / Н.В.Самоукина.- М.: Экмос, 2000.-288с.
28. Сандомирский, М. Защита от стресса. Работа с подсознанием / М.Сандомирский.- СПб.: Изд-во Питер, 2009.- 304с.- ISBN 978-5-388-00492-5
29. Соловьева, С.Л. Психология экстремальных состояний / С.Л.Соловьева. - СПб.: ЭЛБИ – СПб, 2003.- 128с. – ISBN 5-93979-078-х
30. Старшебаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия /

Г.В.Старшебаум. – М. Изд-во: Когито-Центр, 2005.- 370с. – ISBN 5-89353-132-9

31. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001.-272с. – (Серия «Практикум по психологии»). - ISBN 5-272-00399-3

32. Черепанова, Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е.М.Черепанова. – М.: Издательский центр "Академия", 1995.- 86 с.

33. Черепанова, Е.М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е.М.Черепанова.- М.: Издательский центр "Академия", 1996.- 96 с.

34. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры: пер. с англ. / Ф. Шапиро – М.: «Класс», 1998. – 97 с

35. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В.Щербатых. – СПб.: Питер, 2008.- 256с. – (серия «Учебное пособие») . – ISBN 978 -5-469-01517-8

36. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. - СПб.: Изд-во «Питер», 2000.- 640с.

Приложение А

(обязательное)

Тесты

Миссисипский опросник для боевого ПТСР

Ниже приводятся высказывания, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. К каждому утверждению дается шкала от 1 до 5: 1- не совсем так; 2 – почти так; 3 – верно; 4 – довольно верно; 5 – совершенно верно. Обведите кружочком те высказывания, которые наиболее соответствуют вашему ощущению по поводу данного высказывания.

Таблица А.1

Высказывания	Шкала от 1 до 5				
1. До военной службы у меня было больше близких друзей, чем сейчас	1	2	3	4	5
2. Я никогда не чувствую никакой вины за то, что я делал в армии	1	2	3	4	5
3. Если кто-нибудь толкнет меня, это может легко привести меня в бешенство	1	2	3	4	5
4. Если происходит что-либо, что напоминает мне о военной службе, я становлюсь расстроенным и угнетенным	1	2	3	4	5
5. Люди, которые хорошо меня знают, бояться меня	1	2	3	4	5

6. Я способен на эмоциональную близость с другим человеком	1	2	3	4	5
7. Мне снятся по ночам кошмары о событиях в армии, которые действительно имели место	1	2	3	4	5
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, я думаю, что лучше бы я умер	1	2	3	4	5
9. Кажется, что у меня нет чувств	1	2	3	4	5
10. Недавно у меня были мысли о самоубийстве	1	2	3	4	5
11. Я засыпаю, сплю и просыпаюсь только тогда, когда приходит тревога	1	2	3	4	5
12. Я удивлен, почему я до сих пор жив, когда все другие погибли в войне	1	2	3	4	5
13. В некоторых ситуациях я чувствую себя так, как будто я опять на войне	1	2	3	4	5
14. Мои ночные сновидения так реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя бодрствовать	1	2	3	4	5
15. У меня такое чувство, словно я не могу двигаться	1	2	3	4	5
16. Я не смеюсь и не плачу над тем, что обычно смешит или вызывает плач у других людей	1	2	3	4	5
17. Мне по-прежнему нравится делать те вещи, которые я любил делать раньше	1	2	3	4	5

Продолжение таблицы А.1

Высказывания	Шкала от 1 до 5				
18. Мои мечты, мои фантазии реальны и пугающие	1	2	3	4	5
19. После увольнения из армии мне легко было работать	1	2	3	4	5
20. У меня были затруднения с тем, чтобы сосредоточиться на задании	1	2	3	4	5
21. Я могу заплакать без причины	1	2	3	4	5
22. Я люблю бывать в компании	1	2	3	4	5
23. Меня пугают мои внезапные желания	1	2	3	4	5
24. Я легко засыпаю по ночам	1	2	3	4	5
25. Неожиданный шум заставляет меня вскрикивать	1	2	3	4	5
26. Никто, даже члены моей семьи не понимают, каково мне	1	2	3	4	5
27. Я мягкий, добродушный человек	1	2	3	4	5
28. Есть такие вещи, которые я делал на военной службе, о которых я никому не мог бы рассказать, так как считаю, что этого никому не понять	1	2	3	4	5
29. Временами я вынужден употреблять алкоголь или лекарства (наркотики), чтобы уснуть или забыть на время о том, что произошло со мной в армии	1	2	3	4	5
30. Я чувствую себя удобно в толпе	1	2	3	4	5
31. Я теряю спокойствие и взрываюсь по мелочам каждый день	1	2	3	4	5
32. Я боюсь засыпать по ночам	1	2	3	4	5

33. Я стараюсь избежать всего, что мне напоминало бы о моей службе в армии и о том, что там происходило	1	2	3	4	5
34. Моя память такая же хорошая, как всегда	1	2	3	4	5
35. Мне трудно выразить свои чувства даже людям, к которым я хорошо отношусь и о которых я забочусь	1	2	3	4	5

Оценка по каждому пункту от 1 до 5 баллов. Пункты 2, 6, 11, 17, 22, 24, 30, 34 оцениваются в обратном порядке. Сложите все баллы, это позволит вам получить сумму, по которой с достоверностью до 90 % можно разделить испытуемых на имеющих ПТСР и не имеющих ПТСР.

Имеющие ПТСР 112 баллов и больше

Имеющие психические расстройства 86 ± 26 баллов

Хорошо адаптированные (не имеющие ПТСР) 60 баллов и менее

Профиль самооценки посттравматического стресса

Укажите, как часто Вы отмечаете у себя перечисленные ниже признаки:

0 – никогда; 1 – очень редко; 2 – временами; 3 – часто; 4 – почти все время;

5 – постоянно (зачеркните одну подходящую цифру в каждой строке).

Таблица А.2

Раздел	Профиль самооценки	Шкала от 1 до 5
--------	--------------------	-----------------

А.	Подавленность	0	1	2	3	4	5
	Гнев	0	1	2	3	4	5
	Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами	0	1	2	3	4	5
	Тревога	0	1	2	3	4	5
	Нарушение сна	0	1	2	3	4	5
	Суицидальные чувства, мысли или действия	0	1	2	3	4	5
	Трудности сосредоточения, концентрации	0	1	2	3	4	5
	Затруднения в эмоциональном общении	0	1	2	3	4	5
	Трудности установления близких отношений с супругом,	0	1	2	3	4	5
	детьми, значимыми другими людьми	0	1	2	3	4	5
	Страх потерять любимых людей	0	1	2	3	4	5
	Возросшее мышечное напряжение	0	1	2	3	4	5
	Низкая самооценка	0	1	2	3	4	5
	Отношение к стрессу «Лишь бы выжить»	0	1	2	3	4	5
	Стремление наказать себя	0	1	2	3	4	5
	Потребность в изоляции от других	0	1	2	3	4	5
	Невозможность переживать удовольствие от жизни	0	1	2	3	4	5
	Эпизоды неконтролируемого гнева	0	1	2	3	4	5
	Враждебное отношение к власти, авторитетам	0	1	2	3	4	5
	Потребность во что бы то ни стало контролировать ситуа- цию	0	1	2	3	4	5
Б.	Возвращение травмировавших событий во снах	0	1	2	3	4	5
	Снижение после травмировавших событий интересов, ощу- щения смысла и цели жизни	0	1	2	3	4	5
	Внезапные вспышки в памяти пережитого	0	1	2	3	4	5
	Чувство вины за то, что выжил, когда другие не выжили	0	1	2	3	4	5
	Невозможность говорить о травмировавших событиях	0	1	2	3	4	5
	Чувство как будто что-то, происходившее во время травми- ровавших событий, происходит снова в настоящем	0	1	2	3	4	5

Возможные баллы – от 0 до 130; чем выше балл – тем более выражены сим-
птомы стресса. По части Б баллы от 0 до 35; высокие баллы говорят о высокой свя-
зи стресса с травмировавшими событиями.

Шкала оценки влияния травматического события

Имя _____

Образование _____

Семейное положение _____

Возраст _____

Пол: М Ж

Дата «_____» _____ 200 г.

Инструкция: Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами. (_____?)

Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение последних 7 дней, включая сегодняшний.

1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

2. Я не смог спокойно спать по ночам.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

4. Я чувствовал постоянно раздражение и гнев.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало о нем.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

6. Я думал о случившемся против своей воли.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	1	3	5

10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

11. Я старался не думать о случившемся.

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания, по поводу случившегося были, как будто парализованы

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

15. Мне было трудно заснуть

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

17. Я старался вытеснить случившееся из памяти

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения (потею, дыхание сбивается, начинало тошнить, учащался пульс и т.п.)

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся

Никогда	Редко	Иногда	Часто
0	1	3	5

Субшкала «вторжение»: сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «избегание»: сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «физиологическая возбудимость»: сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD SCALE – CAPS)

Шкала клинической диагностики CAPS разработана для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом.

CAPS 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. 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. Важно подчеркнуть, что критерии C и D требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен удостовериться в том, что у пациента манифестация симптомов C и D произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период.

Бланк

Пациент _____

Дата _____

Интервьюер _____

А. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ _____

В. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс.

Частота.

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

0 – никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю 3 несколько раз в неделю;

4 ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

0 – отсутствие дистресса;

1 – низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс;

2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует;

3 высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии;

4- очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии;

(2) Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы.

Частота.

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин – для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность для ветеранов войны). Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю;

3 – несколько раз в неделю;

4 – ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

0 – нисколько;

1 – слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс;

2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется;

3 – высокая интенсивность: значительный дистресс;

4 – очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс.

(3) Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты), даже те, которые появляются в просоночном состоянии.

Частота.

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие(я) происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю 3 несколько раз в неделю;

4 – ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие (я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

0 – никогда такого не было;

1 – слабая интенсивность симптома: ощущение чуть большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем;

2 – умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву;

3 – высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения – пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром;

4 – очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны – флэшбэк-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода «затмение», провал в памяти.

(4) Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс).

Частота.

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0- никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю 3 несколько раз в неделю;

4 – ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, ко-

гда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?» Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела).

0 – отсутствовали;

1 – слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения;

2 – умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова;

3 – высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание;

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова.

С. УСТОЙЧИВОЕ ИЗБЕГАНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ТРАВМОЙ, ИЛИ «БЛОКАДА» ОБЩЕЙ СПОСОБНОСТИ К РЕАГИРОВАНИЮ

(5) Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой.

Частота.

Пытались ли вы отгонять мысли о событии(ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием(ями) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю;

3 – несколько раз в неделю;

4 – ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии (ях), чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему (ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя или наркотиков).

0 – никакого усилия;

1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие;

2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть;

3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть;

4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания;

(6) Усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме.

Частота.

Пытались ли вы когда-либо избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии (ях)?

0 – никогда;

1 – один или два раза;

2 – один или два раза в неделю;

3 – несколько раз в неделю;

4 – ежедневно или почти каждый день.

Интенсивность.

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избегать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием(ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч).

0 – никакого усилия;

1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие;

2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть;

3 высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть;

4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания.

(7) Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия).

Частота.

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события (ий) (например, имена, лица, последовательность собы-

тий)? Многое ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

0 – ничего, ясная память о событии в целом;

1 – некоторые обстоятельства события (ий) было невозможно вспомнить (менее чем 10 %);

2 ряд обстоятельств события (й) было невозможно вспомнить (20–30 %);

3 – большую часть обстоятельств события (й) было невозможно вспомнить (50–60 %);

4 – почти совсем невозможно было вспомнить событие (я) (более чем 80 %).

Интенсивность.

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

0 – какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали;

1 – слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события;

2 – умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти;

3 – высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события;

4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии (ях);

(8) Заметная утрата интереса к любимым занятиям.

Частота.

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, – например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

0 – потери интереса вообще не было;

1 потеря интереса к отдельным занятиям (менее чем 10 %);

2 – потеря интереса к нескольким занятиям (20–30 %);

3 – потеря интереса к большому числу занятий (50–60 %) 4 потеря интереса почти ко всему (более чем 80 %).

Интенсивность.

В самом худшем случае насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

Приложение Б

(обязательное)

Правила первой психологической помощи у психологов

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга разработали ряд поведенческих рекомендаций, которых психологу, другому специалисту или добровольцу следует придерживаться, оказывая помощь в острой кризисной ситуации. Эти рекомендации могут быть использованы как психологами при непосредственной работе в местах массовых бедствий, так и для подготовки спасателей и сотрудников специальных служб. Конечно, те же самые правила важны и для экстренной помощи в кризисных ситуациях.

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как скоро можно ожидать успеха. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

Правило 4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы

убедить его в его собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

Правило 10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Правило 11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Правило 12. Если стресс является тем, с чем постоянно работает психолог, то он может негативно сказаться и на нем. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

Приложение В

(обязательное)

Памятка для пострадавших

Реакции на травмирующие события

Эмоциональные и физические реакции, которые следуют за таким событием, бывают обычно очень интенсивными, пугающими и вызывающими шок. Вы можете быть удивлены реакциями, которых у Вас никогда не было, они и кажутся невозможными для Вашего характера. Вы можете чувствовать после перенесенного травматического события:

Грусть. Чувство глубокой грусти и печали обычно возникает, если произошла трагическая смерть, если кто-то был ранен или поврежден, если был причинен большой вред.

Беспомощность. Травматические инциденты, как правило, слишком сильны (сверхмощны). Они как бы вычеркивают самое лучшее в нас и заставляют чувствовать бессилие и неспособность помочь.

Повторяющееся переживание события. Впечатления, полученные во время события, могут быть столь сильными, что их переживание будет продолжаться очень долго: часто бывают вспышки воспоминаний, сны, в которых повторяются чувства, которые Вы испытывали во время или после события. Вы внезапно можете начать чувствовать себя так, как если бы событие вновь происходило с вами. Повторяющиеся переживания могут быть очень тяжелыми и пугающими, но это совершенно нормально, в этом нет ничего необычного.

Оцепенение. Шок после события может проявляться в том, что Вы будете чувствовать оцепенение и эмоциональную истощенность. Ваши обычные чувства на время могут быть заблокированы, и Ваша способность переживать их может быть уменьшена. Может появиться желание отойти от контактов с другими людьми, Вас перестанет увлекать то, что обычно радовало.

Жизнь в заимствованном времени. Травматическое событие может изменить ваш взгляд на важные моменты вашей жизни. Надежды на лучшее будущее могут быть утрачены или изменены вследствие глубокого разочарования.

Напряженность и беспокойство. Вы можете чувствовать себя взвинченным, что затрудняет отдых, засыпание, мешает сосредоточиться. Снять тяжелое внутреннее напряжение помогает плач. Лучше выразить свои чувства, чем пытаться сдерживать свои чувства.

Злость. Казалось бы, совсем незначительное событие может вызвать у Вас интенсивное чувство злости. Возникает ощущение, что Вы не похожи на самого себя. Родные, друзья и коллеги могут замечать некоторые перемены в вашем характере. Вы можете переживать постоянный гнев по поводу несправедливости и бессмысленности происшедшего или против тех, кто, кажется, был причиной того, что случилось.

Страх. В вашей жизни могут появиться новые страхи и тревоги. Вы боитесь выйти из дома, потерять своих близких или того, что вас бросят. Другие страхи концентрируются вокруг опасности потерять контроль над собой или пребывать в состоянии постоянной тревоги, что случившийся инцидент может произойти вновь.

Приложение Г

(обязательное)

Вопросы к экзамену по дисциплине “Спецпрактикум по психокоррекции посттравматического стрессового расстройства”

1. Теоретические модели посттравматического стрессового расстройства.

2. История развития взглядов на проблему посттравматического стрессового расстройства.
3. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий.
4. Симптоматика посттравматических стрессовых расстройств.
5. Общая характеристика и основные стадии развития посттравматических стрессовых расстройств.
6. Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства.
7. Психологическая травма как источник возникновения посттравматического стрессового расстройства.
8. Стратегия преодоления психологической травмы (coping – стратегии).
9. Классификация стратегий преодоления.
10. Проблемы с индентификацией и разрушение Я-концепции.
11. Характеристика острой стадии развития посттравматического стрессового расстройства.
12. Характеристика хронической стадии развития посттравматического стрессового расстройства.
13. Характеристика отсроченной стадии развития посттравматического стрессового расстройства.
14. Особенности проявлений и развития посттравматических стрессовых расстройств у детей.
15. Фазы детского горя.
16. Детский опыт переживания горя.
17. Реакция горя как форма посттравматического стресса.
18. Суицидальное поведение и расстройство адаптации.
19. Боевой стресс и его последствия.
20. Возрастные особенности реагирования детей на кризисную ситуацию.
21. Психологическая характеристика возрастных проявлений посттравматических стрессовых расстройств.
22. Критерии и методы диагностики посттравматического стресса и посттравматического стрессового расстройства.

23. Особенности психологической диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей.
24. Психологические последствия насилия у детей.
25. Психологические последствия терроризма.
26. Методы психокоррекционной работы с детьми, пережившими травматический стресс.
27. Особенности психотерапии посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий.
28. Психологическая помощь при потенциальном суициде.
29. Организация комплексной помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях разного типа.
30. Групповая психотерапия кризисных состояний.
31. Психологический дебрифинг.
32. Поведенческая психотерапия посттравматического стрессового расстройства.
33. Основные принципы работы в группе поддержки.
34. Психологическая помощь при переживании горя.
35. Метод нейролингвистического программирования в терапии посттравматического стресса.
36. Общие принципы построения психокоррекционных программ.

Приложение Д

(обязательное)

Программа семинарских и практических занятий по курсу «Спецпрактикум по психокоррекции посттравматического стрессового расстройства»

Семинар 1.

Вопросы к семинару

2. Главные положения концепции стресса Ганса Селье.
3. Концепция психологического стресса Р.Лазаруса
4. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий
5. Психологические механизмы возникновения травматического стресса.
6. Типы травматических ситуаций.
7. Влияние субъективных факторов на развитие психологического стресса.

Выполните самостоятельно следующее *упражнение 1*:

Упражнение 1 «Мои главные стрессоры» (Автор Ю.В.Щербатых)

Таблица Д.1

Стрессор	Интенсивность	Контроль над событием	Временной фактор	Частота повторения

В первой колонке коротко обозначьте ваши главные стрессоры – то, что чаще всего беспокоит Вас и создает психологические проблемы.

Во второй колонке оцените интенсивность каждого из них по 10-балльной шкале. В третьей колонке попробуйте определить, какие из стрессогенных факторов доступны вашему контролю? Какие неподконтрольны? Степень вашего возможного воздействия на ситуацию также определите по 10-балльной шкале. В четвертой колонке подумайте, где расположен стрессор – в прошлом (если вас тревожат мысли о прошедших событиях), в будущем (если вы беспокоитесь о том, что еще не произошло, но может произойти) или в настоящем? Соответственно в этой колонке поставьте буквы П, Б или Н. Пятая колонка оценивает частоту появления данного стрессора в вашей жизни.

Что это? Редкое событие, которое надолго выбивает вас из колеи, или же хроническая ситуация в виде семейных разборок либо шумных соседей, которые регулярно отравляют вашу жизнь. Оцените частоту также по 10-балльной шкале, где 1-это крайне редкое событие, а 10-регулярно повторяющееся.

После выполнения упражнения проанализируйте свои стрессы и обсудите их на семинаре.

Семинар 2.

Вопросы к семинару

1. Теоретические модели посттравматического стрессового расстройства.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство. Понятие, симптоматика, стадии развития (ПТСР).
3. История развития взглядов на проблему посттравматического стрессового расстройства.
4. Исследования последствий техногенных и природных катастроф.
5. Боевой стресс и его последствия.
6. Психологические последствия террористических актов.
7. Переживание горя как форма посттравматического стресса.

Семинар 3.

Вопросы к семинару

1. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства в классификациях психических расстройств.
2. Особенности проявления ПТСР у детей.
3. Методы диагностики ПТСР у детей и взрослых.

Практическое занятие 1.

Выполнение практических заданий:

1. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций. Подготовка к опросу, опрос и обработка данных. Обсуждение результатов (Приложений А).

2. Шкала оценки влияния травматического события Горовица. Подготовка к опросу, опрос и обработка данных. Обсуждение результатов (Приложение А)

3. Шкала для клинической диагностики ПТСР CAPS. Подготовка к опросу, опрос и обработка данных. Обсуждение результатов (Приложение А).

Семинар 4.

Вопросы к семинару

1. Основные принципы психотерапии и психокоррекции ПТСР.

2. Групповая, поведенческая, психодинамическая психотерапия ПТСР.

3. Роль диссоциации в совладении с психической травмой.

4. Характеристика методов психотерапии ПТСР:

- метод десенсибилизации и переработки движениями глаз;
- метод ослабления травматического инцидента (ОТИ);
- техники НЛП;
- психологический дебрифинг.

5. Методы психокоррекционной работы с детьми, пережившими травматические ситуации.

Практическое занятие 2.

Выполнение практических заданий:

1. Составление психокоррекционной программы психологической помощи детям и взрослым, пережившим травматические ситуации, и ее презентация на семинаре.

Практическое занятие 3.

Выполнение практических заданий:

1. Знакомство с техникой десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). Студенты разбиваются на тройки: консультант, клиент наблюдатель, и отрабатывают технику ДПДГ.

2. Знакомство с техникой ослабления травматического инцидента (ОТИ) – работа в тройках.

3. Знакомство с техникой НЛП «Взмах» - работа в тройках.

Практическое занятие 4.

Выполнение практических заданий:

1. Упражнение «Оказание поддержки в консультировании».

Цель: исследование значения оказания личной поддержки в консультировании. С помощью данного упражнения студенты, будущие психологи, получают возможность исследовать собственное умение оказывать поддержку и ее границы.

Условия проведения: Все участники разбиваются на пары. Далее один из членов каждой пары зачитывает своему партнеру неоконченные предложения, прилагаемые к данному упражнению, и предлагает их закончить. Затем происходит обмен ролями в парах. Затем в парах на протяжении 5 минут обсуждают, что в данном упражнении понравилось, а что нет. Затем все участники вновь образуют общий круг, и проводится общее обсуждение данного упражнения. Участники могут задавать вопросы, выражать свои чувства и проговаривать все то, что возникло в процессе выполнения упражнения.

Инструкция: В данном упражнении ваша задача заключается в том, чтобы зачитать своему партнеру незаконченные предложения, приведенные ниже. Ваш партнер должен придумать всем этим утверждениям окончания. Постарайтесь выполнить это задание достаточно быстро, не задерживаясь слишком долго на отдельных высказываниях. После того как вы закончите, поменяйтесь ролями со своим партнером и еще раз выполните предложенную инструкцию.

- Самый эффективный в оказании поддержки человек, которого я знаю, - это...
- Я мог бы быть эффективным в оказании поддержки, если бы...
- Основная проблема, связанная с тем, чтобы оказывать поддержку, состоит в том, что...
- Я чувствую, что мне оказывают поддержку, когда...
- Я привык к тому, что поддержку мне оказывает...
- В настоящее время поддержку мне оказывает...

- Если поддержки слишком много, то это может привести к тому, что...
- Если я буду слишком сильно зависеть от других людей, то я...
- Если бы я чувствовал большую поддержку, то я...
- Ограничения людей, оказывающих поддержку, состоят в том, что...
- Я бы не стал оказывать поддержку другому человеку, если бы думал, что он..
- Тип людей, которым я не могу оказывать поддержку, - это...
- Я чувствую максимальную поддержку тогда, когда...
- Люди менее всего оказывающие поддержку...
- Я нуждаюсь в поддержке потому, что...
- Я часто оказываю поддержку другим людям потому, что...

2. Особенности проведения групп поддержки. Организовать обсуждение в группе студентов по следующим вопросам:

- Каковы цели и задачи групп поддержки?
- Как сформировать группу поддержки?
- Каковы принципы работы в группе поддержки?
- Каким должен быть эффективный ведущий группы поддержки?