

Психология экстремальных ситуаций и состояний

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ

Целью данной дисциплины является изучение психологических закономерностей функционирования человека в экстремальных ситуациях, подготовка его к эффективному использованию собственных резервов и индивидуально-личностных особенностей. Приобретение знаний, умений и навыков в области психологических аспектов экстремальных ситуаций составляет важное условие для квалифицированного решения специалистом-психологом широкого спектра задач в различных напряженных и экстремальных ситуациях, оказания психологической помощи пострадавшим.

Психология экстремальных ситуаций связана с психологией личности и малых групп, психологией труда, а также с общей психологией.

ПОНЯТИЕ

«СИТУАЦИЯ»

В обыденном плане понятия «ситуация», «событие», «случай», «факт», «происшествие», «эпизод» рассматриваются преимущественно как равнозначные и трактуются как фрагмент жизни или жизненного пути, выделяемый по своей значимости, несхожести с другими жизненными эпизодами. Акцент делается на их объективной представленности, внешнем протекании.

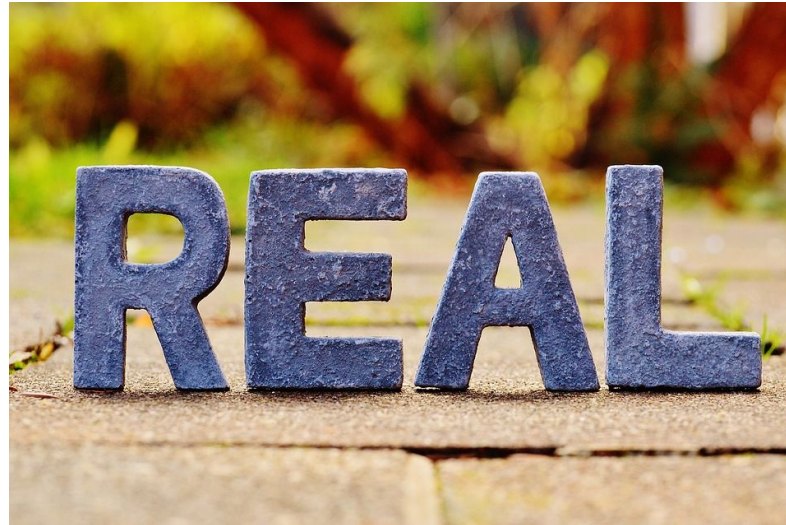
Можно выделить 3 подхода к научному пониманию ситуации:

- I. Ситуация как обстановка, совокупность объективных условий, в которых функционирует какая-либо система, и обстоятельств, определяющих тот или иной характер деятельности. Система внешних по отношению к субъекту условий, которые побуждают и опосредуют его активность.
- II. Ситуация как перцептивный конструкт личности. Человек не отражает бытие, а создает ситуацию в своем сознании.
- III. Ситуация как объективно-субъективная реальность. Ситуацию определяют как результат активного взаимодействия личности и среды.

ПОНЯТИЕ

«СИТУАЦИЯ»

Таким образом, *ситуация* – это сложная субъективно-объективная реальность (актуальное состояние среды и значимость ее для личности) в конкретных условиях жизнедеятельности, фиксируемых личностью в течение определенного промежутка времени.



Структура ситуации включает:

- Обстановочные составляющие (компоненты) – то, что окружает человека и может быть обозначено как обстоятельства, внешние условия;
- Личностные составляющие (компоненты) – то, как человек оценивает сложившуюся обстановку;
- Деятельностные (поведенческие) составляющие (компоненты) – то, что человек делал, попав в данную обстановку, что намеревается делать, что делает и чего достигает.

ПОНЯТИЕ «ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ» И «ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ» СИТУАЦИИ

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей («Закон о защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера от 21 декабря 1994 № 68-ФЗ (СЗРФ 94-35)»). Чрезвычайная ситуация – это объективно сложившиеся условия.

«Жизнь на 10% состоит из того, что с нами происходит, и на 90% – из того, что мы об этом думаем».

Экстремальная ситуация (ЭС) (от лат. extremus – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

ПОНЯТИЕ «ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ» СИТУАЦИИ

Экстремальной ситуацией делает не только реальная, объективно существующая угроза жизни для самого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему.

Общими признаками экстремальной ситуации являются:

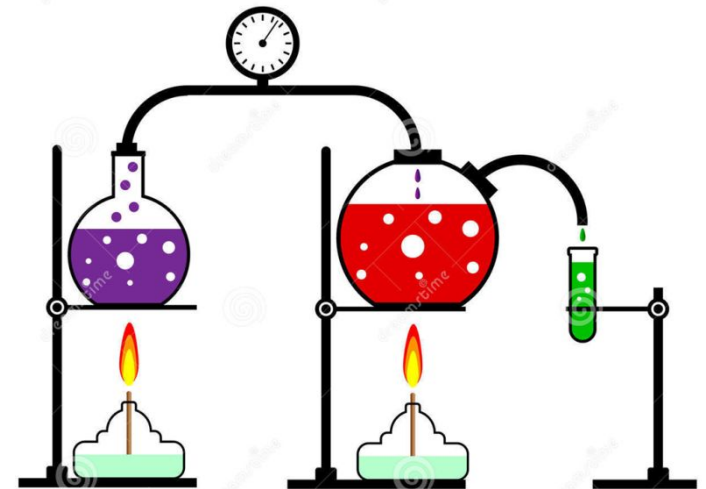
1. Наличие непреодолимых трудностей, осознание угрозы или непреодолимого препятствия на пути реализации каких-либо конкретных целей.
2. Состояние психической напряженности и различные реакции человека на экстремальность окружающей обстановки, преодоление которой имеет для него большое значение.
3. Существенное изменение обычной (привычной) ситуации, параметров деятельности или поведения.



ПРИЧИНЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТИП РЕАГИРОВАНИЯ

Среди **причин** того или иного типа реагирования человека на экстремальные факторы чаще выделяют нижеследующие:

1. Внешние причины:
 - Особенности действующего фактора;
 - Особенности организации деятельности.
2. Внутренние причины:
 - Психические особенности человека.
 - Организация поведения.
 - Общее состояние организма.
3. Социальные причины:
 - Мотивы деятельности.
 - Существующие социальные связи и их динамика.

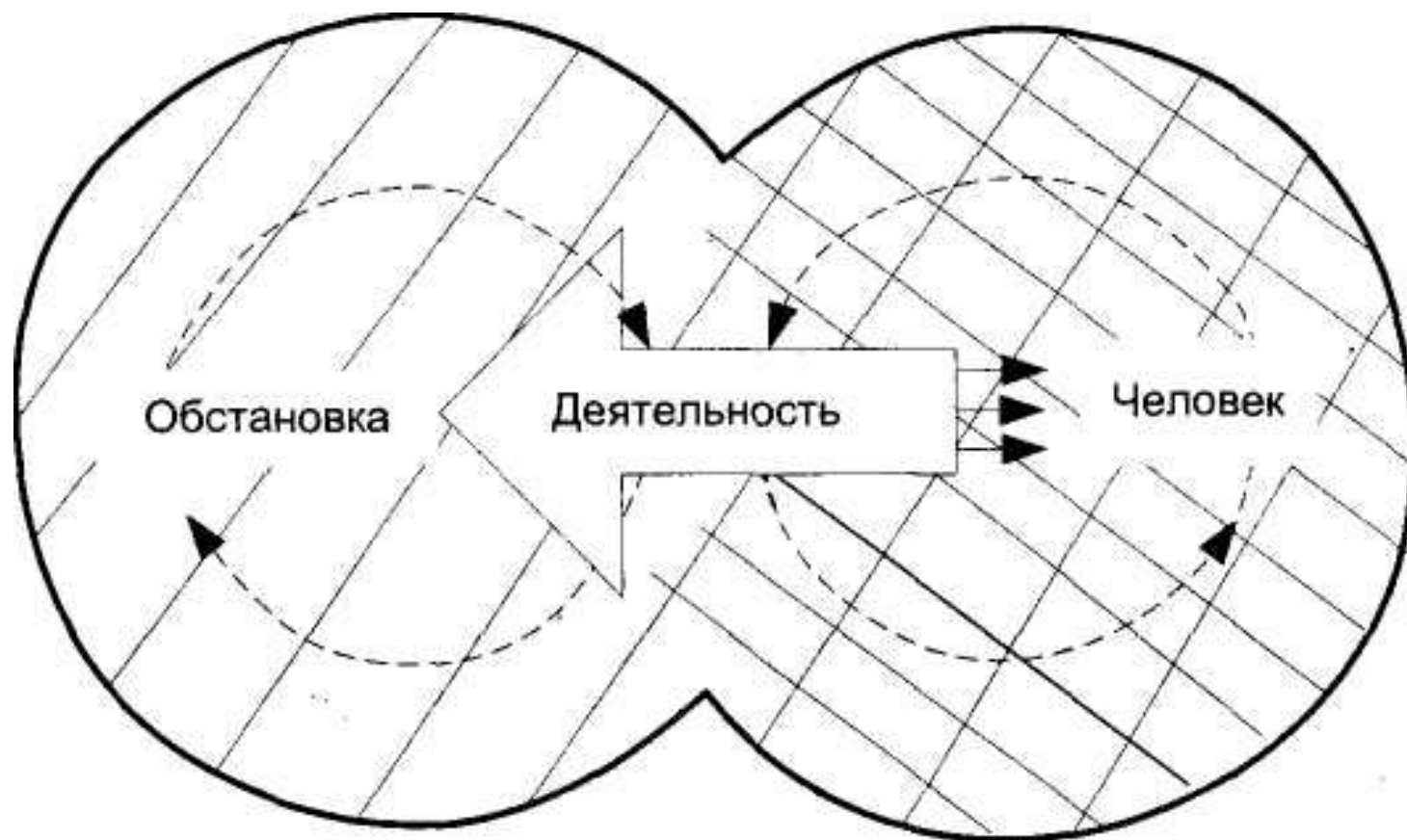


КЛАССИФИКАЦИЯ СИТУАЦИЙ

А.М. Столяренко выделяет следующие по степени экстремальности ситуации:

- **Нормальные** – обыденные, не представляющие особых трудностей для человека, не содержащие необычных опасностей, требующие обычной активности и завершающиеся, как правило, благополучно. В сущности, у таких ситуаций нет признаков экстремальности и они не относятся к экстремальным.
- **Параэкстремальные** – близкие к экстремальным ситуации, способные привести к неудачам, вызвать у человека сильное внутреннее напряжение.
- **Экстремальные** – характеризующиеся предельным или близким к предельному внутренним напряжением и перенапряжением, испытываемым человеком. Они ставят перед личностью большие объективные и психологические задачи. В случае их возникновения резко снижается вероятность успеха и возрастает риск отрицательных последствий.
- **Гиперэкстремальные** – вызывающие внутренние нагрузки, зачастую превышающие возможности человека, непереносимые многими людьми, разрушающие обычное поведение и действия, приводящие к опасным последствиям.

«ЧЕЛОВЕК В СИТУАЦИИ»



ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К ИЗМЕНЕННЫМ УСЛОВИЯМ СУЩЕСТВОВАНИЯ

Существуют **различные подходы** к понятию «психическая адаптация».

Ю.А. Александровский (1976) рассматривает ее как выражение системной деятельности многих биологических и психологических подсистем, «которая обеспечивает деятельность человека на уровне «оперативного покоя», позволяя ему не только наиболее оптимально противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно и целенаправленно воздействовать на них».

В.М. Воловик описывает ее как активную личностную функцию, обеспечивающую согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни.

Ф.Б. Березин (1988) рассматривает психическую адаптацию как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды.

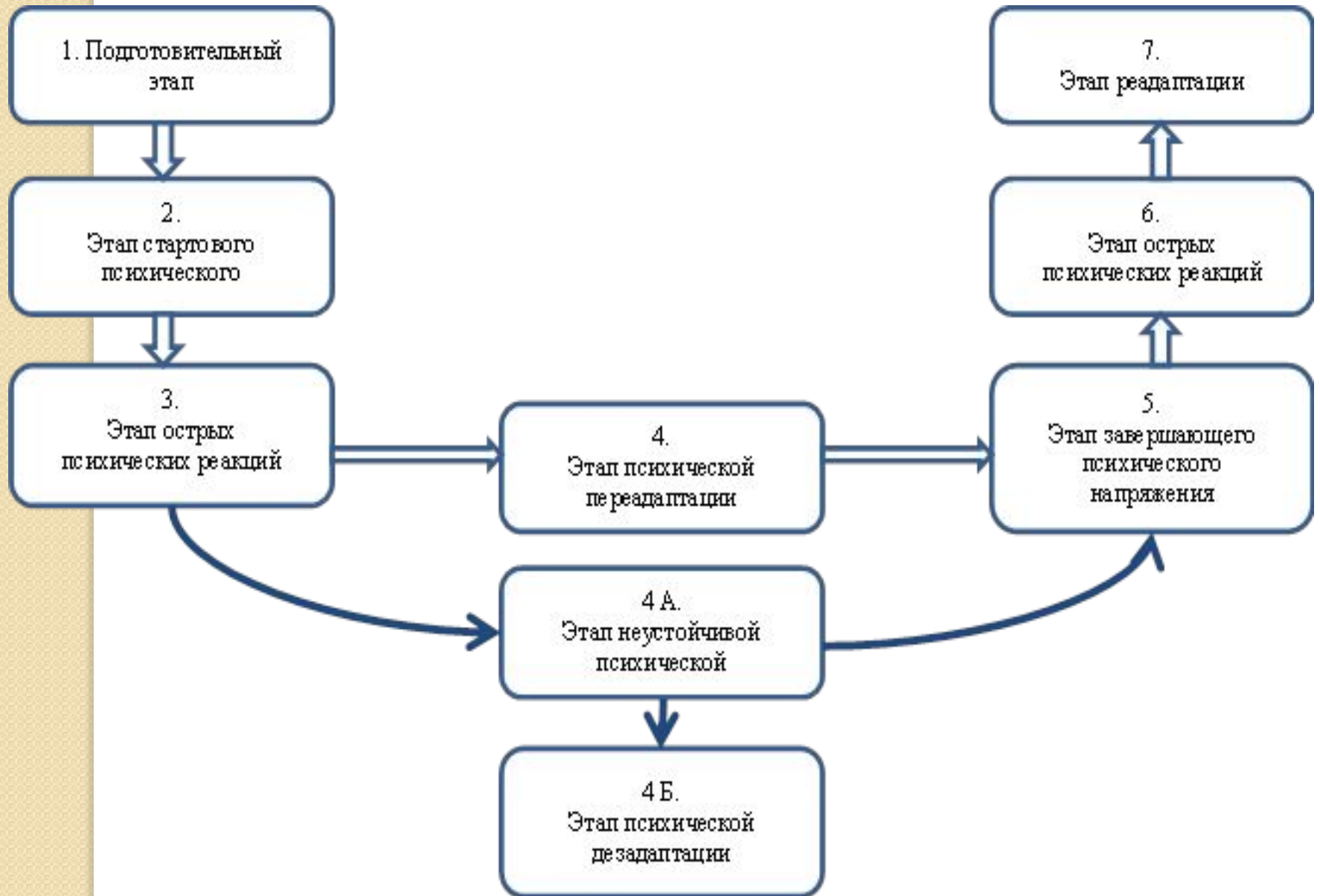
ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К ИЗМЕНЕННЫМ УСЛОВИЯМ СУЩЕСТВОВАНИЯ

В.М. Воробьев (1993) понимает психическую адаптацию как механизм, возникающий лишь «в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями».

Таким образом, *психическая адаптация* рассматривается как целостная многоуровневая структурно-функциональная система, состоящая из взаимозависимых биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов.



ЭТАПЫ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ИЗМЕНЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Три основных подхода к пониманию совладающего поведения.

- 1. Диспозиционный** подход нацелен на поиски ответа на вопросы, существуют ли особые стили совладания с экстремальными условиями и какие черты личности, составляющие диспозиции, позволяют лучше справляться с трудностями. Представители данного подхода сосредоточены на решении задачи выявления личностных особенностей, способствующих эффективности деятельности человека в экстремальных обстоятельствах.
- 2. Ситуационный** подход концентрируется на процессе, динамике преодоления экстремальных ситуаций и изучении специфических стратегий, которые могут быть полезными в конкретных экстремальных ситуациях.
- 3. В соответствии с интегративным** подходом на совладание с жизненными трудностями влияют как личностные качества, так и ситуационные факторы. Именно субъективная представленность ситуации для личности и определяет, как реакции человека, так и способы совладания с ситуацией.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Совладающее поведение представляет собой не только процесс реагирования на сложные ситуации, оно также содержит и усилия, направленные на достижение определенных целей, которые представляют собой задачи совладания.

Лазарус выделял **пять основных задач копинга**:

- Минимизация негативных воздействий обстоятельств и повышение возможностей восстановления активности;
- Терпение, приспособление или регулирование, преобразование жизненных ситуаций;
- Поддержка позитивного, положительного образа Я, уверенности в своих силах;
- Поддержание эмоционального равновесия;
- Поддержание, сохранение достаточно тесных взаимосвязей с другими людьми.



СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Совладающее поведение оценивается как успешное, если оно соответствует определенным критериям. К таким критериям относят:

- устранение физиологических и уменьшение психологических проявлений напряжения;
- появление возможностей восстановления активности;
- предотвращение дистресса и/или посттравматического стрессового расстройства.



СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ. COPING-СТРАТЕГИИ.

По определению Р. Лазаруса, *копинг-механизмы* – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуации психологической угрозы. Эти стратегии носят активный характер, в значительной мере определяют успешную или неуспешную адаптацию человека в новой, субъективно сложной ситуации.

Лазарус выделил **два типа копинг-поведения** в зависимости от направленности усилий:

- первый тип назван проблемно-ориентированным (problemfocused);
- второй тип – эмоционально-ориентированным (emotionfocused).

Основными функциями копинг-стратегий выступают регулятивная и управленческая функции.

Копинг-стратегии бывают конструктивными и неконструктивными.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ. COPING-СТРАТЕГИИ.

Копинг-механизмы реализуются в следующих формах:

В когнитивной (познавательной) сфере:

- отвлечение или переключение мыслей на другие темы;
- принятие ситуации как чего-то неизбежного (философия смирения);
- снижение серьезности создавшейся ситуации с помощью юмора, иронии;
- проблемный анализ сложившейся ситуации, обдумывание стратегии своего поведения;
- сравнение себя с другими, находящимися в относительно худшем положении;
- придание личностного смысла создавшейся ситуации, например, отношение к сложившейся ситуации как к вызову судьбы или проверке стойкости духа.

В эмоциональной сфере:

- отреагирование отрицательных эмоций в приемлемой форме;
- подавление отрицательных эмоций.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ. COPING-СТРАТЕГИИ.

В поведенческой сфере:

- отвлечение – обращение к какой-либо деятельности;
- проявление альтруизма – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план;
- активная защита – действия, направленные на изменение ситуации;
- активный поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.



СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ.

Существуют и бессознательные реакции, направленные, прежде всего, на уход от разрешения стрессовой ситуации. К ним относятся *механизмы психологической защиты*. Эти механизмы направлены на то, чтобы лишить значимости и тем самым обезвредить травмирующие моменты воздействия стресса на личность.

Среди них:

- Вытеснение;
- Отрицание;
- Проекция;
- Регрессия;
- Рационализация;
- Сублимация;
- Подавление;
- Идентификация;
- Аутоагрессия.



СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ. COPING-СТРАТЕГИИ И ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ.

	Копинг-механизмы	Защитные механизмы
По целям	Преодоление проблемной ситуации.	Избегание проблемы.
По произвольности действий	Целенаправленные, во многом осознанные и гибкие механизмы.	Вынужденные, автоматические и большей частью неосознаваемые человеком механизмы.
По отношению к внешней и внутренней реальности	Ориентация на признание и принятие реальности, активное исследование реальной ситуации.	Отрицание, искажение, сокрытие от себя реальности, бегство от нее, самообман.
По характеру отношения к помощи	Активный поиск помощи для решения проблемы и принятие этой помощи.	Отсутствие поиска помощи и отвержение предлагаемой, стремление самоустраниться от решения проблем.
По результатам	Обеспечивают упорядоченное, контролируемое удовлетворение потребностей. Удерживают человека от регресса – процесса деградации, понижения уровня организации, утраты способности к выполнению тех или иных функций. Ведут к накоплению индивидуального опыта совладания с жизненными проблемами.	Частное улучшение (например, ситуативное снижение напряжения, устранение болезненных ощущений) ценой ухудшения всей ситуации, регресса.

СТРЕСС

Основоположником учения о стрессе является физиолог Ганс Селье.

Стресс – это неспецифическая реакция организма на любое предъявляемое ему требование. Как психологическое явление относится к классу **психических состояний**.

Стресс сформировался у человека как одно из важных и закономерных элементов механизма приспособления. Воздействие любого значимого фактора вызывает в организме человека два взаимосвязанных процесса:

- **мобилизацию** физиологических систем, обеспечивающих приспособление именно к данному фактору (голоду, холоду, физической нагрузке, недостатку воздуха, токсину).
- **активацию** стандартных, неспецифических реакций, развивающихся при воздействии любого необычного для организма стимула.

Эти два взаимосвязанных процесса составляют сущность **стресс-реакции**.

Стресс возникает при комбинации стрессора и стрессовой реакции.

ОБЩИЙ АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

В 1936 году Селье описал **общий адаптационный синдром (ОАС)**, который определил как совокупность адаптационных реакций организма человека, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на стрессоры – значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия.

Он выделил **три стадии протекания ОАС:**

1 стадия – общая реакция тревоги;

2 стадия – повышение общей резистентности организма к стрессовым воздействиям;

3 стадия – истощение.



ОБЩИЙ АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

1 стадия – общая реакция тревоги.

Традиционно в стадии тревоги выделяют **фазы шока** и **противошока**. Как только организм воспринимает значимое изменение условий, ресурсы организма мобилизуются. Эти, а также другие сложные изменения обычно возникают мгновенно и соответствуют фазе шока. Поскольку чрезмерный избыток гормонов и энергии, а также функционирование органов «на износ» могут стать опасными для организма, довольно быстро на смену шоковой фазе приходит фаза противошока, при которой активизируются механизмы, снижающие воздействие стресса. Таким образом, биологический смысл стадии тревоги заключается в максимальной мобилизации адаптационных ресурсов организма, быстром приведении человека в состояние напряжённой готовности – готовности бороться или бежать от опасности.

Физиологические реакции на данной стадии могут быть следующими: учащение сердцебиения; расширение коронарных артерий; сужение брюшных артерий; расширение артерий, проходящих в толще скелетных мышц; расширение зрачков; расширение бронхиальных трубок; увеличение силы скелетных мышц; выработка глюкозы в печени; увеличение продуктивности мыслительной деятельности; ускорение метаболических процессов.

ОБЩИЙ АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

2 стадия – повышение общей резистентности (сопротивляемости) организма к стрессовым воздействиям.

Эта стадия наступает, если стрессогенный фактор слишком силён или продолжает своё действие достаточно длительный промежуток времени. Задача данной стадии – приспособление к изменяющимся обстоятельствам.

По сравнению с первой стадией активность физиологических процессов снижается, все ресурсы расходуются экономичнее – организм готов к длительной борьбе за жизнь, его устойчивость к различным воздействиям повышена. Все изменения, происходящие на этой стадии адаптационного синдрома, можно считать обратимыми, поскольку прекращение воздействия стрессора возвращает организм в состояние покоя.

ОБЩИЙ АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

3 стадия – истощение.

Происходит расстройство механизмов саморегуляции организма.

На физиологическом уровне нарушаются обменные процессы, что приводит к снижению общей сопротивляемости организма и его способности к адаптации при неблагоприятных условиях. Это может приводить к серьезным нарушениям функционирования организма.



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПО ВНЕШНИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ

Характер проявлений	Оценка состояния
Мимика спокойствия и уверенности в своих силах, в успехе выполняемой деятельности, проявление готовности к действиям. Отсутствие скованности. Движения свободные и скоординированные.	Отсутствие стресса
Мимика заметного возбуждения, небольшого психического напряжения, отражающего готовность и стремление к действиям. Возможно проявление небольшой скованности, которая, однако, не препятствует скоординированности движений и соразмерности усилий.	Включенность в стадию тревоги
Мимика выраженного волнения, эмоционального возбуждения, готовности к значительным волевым усилиям для достижения цели. Эмоциональное напряжение, отражающее стремление к успеху. Скованность движений, вызванная высокой «стоимостью» скоординированных движений, излишние усилия.	Включенность в стадию адаптации
Мимика весьма выраженного волнения, эмоционального напряжения, переходящего в напряженность. Челюсти сжаты, желваки на щеках, иногда нижняя челюсть начинает отвисать. Появляется растерянное выражение. Общая скованность, нарушающая координацию движений.	Переход к стадии истощения
Общая скованность, нарушающая координацию движений. Тремор век, рук и ног. Мимика напряженности. Общее выражение растерянности, обреченности, депрессии. Общая скованность, иногда переходящая в ступор. Иногда хаотичные, неадекватные движения. Движения рук сопровождаются движениями всего тела, плечи могут быть сильно подняты, «прижаты к ушам». Усилия несоразмерны.	Включенность в стадию истощения

СУБСИНДРОМЫ СТРЕССА

Течение стресса можно представить в виде четырех **субсиндромов**, описанных Л.А. Китаевым-Смыком (1983): вегетативный, эмоционально-поведенческий, когнитивный, социально-психологический.

1. Вегетативный субсиндром – самый древний в филогенезе. Активность вегетативной нервной системы не контролируется сознанием, поэтому защитные вегетативные реакции запускаются независимо от вида стрессора. К проявлениям вегетативного субсиндрома стресса относят:

- повышение тонуса сердечно-сосудистой системы;
- активацию фагоцитоза;
- активацию процесса регенерации тканей;
- тромбоцитоз;
- потоотделение;
- рвоту и т.д.

Если действие стрессора продолжается и организм не справляется с задачей, то вышеуказанные локальные вегетативные реакции могут стать основанием для развития «болезней стресса».

СУБСИНДРОМЫ СТРЕССА

2. **Эмоционально-поведенческий субсиндром** характеризуется особенностями поведения в условиях стресса, т.е. эмоциональными и поведенческими реакциями на стресс. Диапазон этих реакций может быть весьма широким: от незначительных изменений в общем эмоциональном фоне и поведении до острых реакций на стресс: плаче, истерике, агрессивном поведении, апатии и т.д.

3. **Когнитивный субсиндром** проявляется в изменении познавательных процессов (восприятие, внимание, мышление, память и др.), а также процессов самосознания (Я-образа, самооценки), осмысления действительности т.д.

4. **Социально-психологический субсиндром** проявляется изменением социальной роли, изменении стиля общения людей, находящихся в стрессовых ситуациях. Эти изменения могут проявляться как в виде социально-позитивных тенденций, так и социально-негативных форм общения.

КЛАССИФИКАЦИИ СТРЕССА

Существует несколько классификаций стресса.

В рамках первой из них можно выделить два вида стресса: **эустресс** и **дистресс**.

Эустресс – это стресс, который вызывается положительными эмоциями или несильным стрессом. Этот вид стресса мобилизует организм, активизирует внутренние резервы человека, улучшает протекание психических и физиологических функций. Человек чувствует прилив сил, что позволяет ему работать на высоком уровне.

Дистресс – разрушительный процесс, дезорганизующий поведение человека, ухудшает протекание психофизиологических функций. Дистресс несет в себе разрушительную силу для нашего организма. Он негативно сказывается на здоровье человека и может привести к тяжелым заболеваниям.

АМЕРИКАНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Американские исследователи Томас Холмс и Ричард Рейх в 1967 г. разработали шкалу тяжести стрессового воздействия различных жизненных событий («The social readjustment rating scale»).

Смерть мужа/жены – 100	Перемена в условиях жизни – 25
Развод – 73	Смена привычек – 24
Разлад в супружеской жизни – 65	Проблемы и конфликты с начальством – 23
Тюремное заключение – 63	Смена жилья – 20
Смерть близкого члена семьи – 63	Перемена школы – 20
Серьезная травма или заболевание – 53	Смена отдыха – 19
Брак – 50	Перемена в общественной деятельности – 18
Потеря работы – 47	Мелкий долг – 17
Выход на пенсию – 45	Перемены в семье – 15
Беременность – 40	Перемены в привычном образе питания – 15
Появление нового члена семьи – 39	Отпуск – 13
Перемена места работы – 39	Праздник – 12
Изменения в финансовом положении – 37	Проступок (штраф за проезд без билета и др.) – 11
Смерть близкого друга – 37	
Перевод на другую работу – 36	
Серьезные разногласия с партнером – 35	
Крупный долг – 31	
Приближение срока уплаты долга – 30	
Уход сына или дочери из родного дома – 29	
Исключительный личный поступок или достижение – 27	
Поступление в школу или ее окончание – 26	

ПОНЯТИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Стрессоустойчивость – это психофизиологическое состояние человека, обеспечивающее оптимальную адаптацию к экстремальным условиям, позволяющее решать стоящие перед человеком задачи без негативных последствий.

К наиболее известным физиологическим особенностям, обеспечивающим повышенную стрессоустойчивость, относят:

1. Тип нервной системы;
2. Гормональные особенности.

Некоторые личностные черты, обуславливающие повышенную стрессоустойчивость:

1. Уровень самооценки;
2. Уровень субъективного контроля;
3. Уровень личностной тревожности;
4. Баланс мотивации достижения и избегания.



КЛАССИФИКАЦИИ СТРЕССА

Классификацию стресса по характеру вызывающего его стрессора можно рассмотреть с помощью таблицы:

Стресс		
Физиологический: вызывается физическими стимулами – жар, холод, голод и т. д. Физиологический стресс возникает в результате воздействия раздражителя через какой-либо сенсорный или метаболический процесс.	Психологический: подразделяют на информационный и эмоциональный.	
	Информационный стресс возникает при информационных перегрузках, когда человек вынужден выполнять большое количество задач, оперировать большим объемом информации, принимать множество решений – и при этом он высоко заинтересован в выполнении данной работы, но объем информации, которую необходимо перерабатывать, превышает его возможности.	Эмоциональный стресс развивается в ситуации угрозы, обиды и т.п. или же, наоборот, в ответ на чрезвычайно радостное событие, а также в конфликтных ситуациях, когда сталкиваются противоречивые потребности и мотивы человека.

КЛАССИФИКАЦИИ СТРЕССА

Также необходимо учитывать, что стресс может обладать различными временными характеристиками. В связи с этим были выделены категории, основанные на времени возникновения и течения стресс-реакции:

Острый стресс. Это реакция организма, которая возникает непосредственно в ответ на травмирующую ситуацию. Характеризуется непродолжительностью. Он выступает в качестве ориентировки к адаптации в условиях изменённой ситуации. Острый стресс отличается отсутствием серьезных последствий для здоровья.

Отложенный стресс. Характеризуется некоторой «отложенностью» на определенный период переживаний, что может быть связано с разными причинами. Отложенный стресс – запаздывающая реакция на стрессор.

Постоянный накопленный (хронический) стресс. Постоянный стресс – незаметная на первый взгляд суммарная реакция на длительное воздействие стрессоров. Сила воздействия стрессора при накопленном стрессе, как правило, невелика, однако, постоянна или регулярна. Постоянные эмоциональные переживания, истощающие организм, могут стать причиной развития заболеваний.

КЛАССИФИКАЦИИ СТРЕССА

Травматический стресс. Экстремальные ситуации характеризуются сильным психотравмирующим воздействием событий, происшествий и обстоятельств, которые влияют на психику человека, что может приводить к дезадаптации.

Травматический стресс – это состояние, возникающее у человека, пережившего ситуацию, выходящую за рамки обычного человеческого опыта: угрозу своей жизни или жизни близких людей, смерть, участие в боевых действиях, насилие, стихийные бедствия, катастрофы и т.п.

Травматический стресс возникает в случае, когда одновременно присутствуют 2 компонента: угроза своей жизни или жизни близких людей и отсутствие возможности контролировать ситуацию, невозможность что-либо сделать, беспомощность.



ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

Под воздействием травматического стресса может возникнуть состояние психической дезадаптации. Оно является ответной реакцией психики на чрезмерные физические, эмоциональные нагрузки.

Психическая дезадаптация – это состояние, в котором психофизиологические и социально-психологические механизмы, исчерпав свои резервы от воздействия психогенных факторов, не могут более обеспечивать адекватное отражение действительности и регуляторную деятельность человека.

Признаки дезадаптации:

1. Преобладание хронических отрицательных эмоций;
2. Дезорганизация деятельности;
3. Нарушение восприятия пространства и времени;
4. Необычные психические состояния;
5. Ярко выраженные вегетативные реакции.



НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

В условиях экстремальных ситуаций нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротоподобных реакций до реактивных психозов.

! Психические реакции при экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность.

Травмирующее воздействие подразделяется на непатологические психоэмоциональные реакции и патологические состояния – психогении.

– При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность, возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры «катастрофы».

– Патологические психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психотические расстройства.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия:

1. Одновременное возникновение психических расстройств у большого числа людей;
2. Клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений.
3. Человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.



НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Наиболее часто наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций психогенные расстройства объединяют в 4 группы.

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – невращения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы	Острые – острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные – депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Наиболее типичными проявлениями **непсихотических (невротических) расстройств** на различных этапах развития ситуации являются:

1. Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими непсихотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных или психомоторных нарушений.

2. Адаптационные (приспособительные) реакции выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. Такие расстройства часто в какой-то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы.

К числу наиболее часто наблюдаемых в экстремальных условиях адаптационных реакций относят:

- кратковременную депрессивную реакцию;
- затяжную депрессивную реакцию;
- реакцию с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

3. Неврозы:

- невроз тревоги (страха);
- истерический невроз, который имеет четыре основных типа проявлений:
 - двигательные расстройства (припадки, параличи, парезы, которые могут сопровождаться стонами, криками, плачем. Могут появляться заикание, утрата звучания голоса);
 - нарушения работы органов чувств (утрата кожной чувствительности, истерическая слепота, глухота, глухонемота);
 - физиологические нарушения («ком» в горле, истерическая рвота, сердечная аритмия);
 - психические нарушения (страхи, внезапные перепады настроения, подавленность, театральность поведения и др.);
- фобии невротические;
- депрессивный невроз;
- неврастения;
- ипохондрический невроз.

! Непсихотические расстройства не нарушают способности человека осуществлять трудовую деятельность, принимать решения, правильно оценивать ситуацию.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Реактивные психозы могут проявляться в следующих формах:

- психогенная депрессия (медленное развитие состояния подавленности, затрудненная ориентация в ситуации, двигательная заторможенность, которая может перерасти в обездвиженность (ступор), возможны бредовые интерпретации);
- истерическая депрессия (после короткого периода истерического возбуждения развивается состояние, характеризующееся апатией, тоской, унынием, возможно с порывистыми проявлениями гнева. Психическая деятельность при этом грубо не нарушается);
- параноидальный психоз (неприятная мучительная тревога, эмоциональное напряжение, беспокойство, возможны бредовые состояния);
- параноидально-галлюцинаторный синдром (имеют место представления пострадавшим себя в других условиях или другим человеком, явления ложного узнавания. Целенаправленное мышление заменяется воображением. Возможны галлюцинации в виде голосов, детского плача, криков о помощи и др. Могут возникать идеи преследования);
- синдром Ганзера (значительное сужение сознания. При этом характерны явления «миморечи», «мимодействия»);
- синдром пуэрилизма (детскость поведения при значительном сужении сознания, детская мотивация).

ОТСРОЧЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Отсроченные реакции на сильную стрессовую ситуацию – это комплексы изменений в эмоциональной, психической сфере, изменениях в поведении, возникающих после получения человеком психической травмы.

Психическая травма – следствие травматического стрессогенного воздействия; она предполагает крайнюю (экстремальную) степень стрессогенности фактора, разрушающего систему индивидуальных личностных защит, приводящее к глубинным нарушениям (от психологических до биологических) целостной системы функционирования практически любого человека (Лазебная, 2003).

! Травматический опыт невозможно уложить в повседневные алгоритмы поведения человека. Речь идет о ситуациях, в которых была угроза жизни, безопасности (физической, психологической) человека, были затронуты базовые инстинкты человека: инстинкт самосохранения, инстинкт сохранения рода.

Отсроченные реакции – реакции, которые происходят не в момент сильного стресса, а когда ситуация сама по себе уже завершена, но психологически для человека не закончена.

РАЗВИТИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Общими условиями развития травматического стресса являются следующие:

- человек воспринимал ситуацию как невозможную;
- человек не мог эффективно противодействовать ситуации (бороться или бежать);
- человек не мог эмоционально разрядить энергию (был в состоянии оцепенения);
- присутствие в жизни человека ранее неразрешенных травматических ситуаций.

Девушка, находившаяся в аквапарке «Трансвааль-парк» в момент его обрушения (Москва, февраль 2004 г.), физически не пострадала, из обрушившегося здания выбралась самостоятельно, остался жив и брат, находившийся с ней в момент происшествия. Однако, увидев репортажи о событиях в Беслане (сентябрь 2004 г.), она резко почувствовала себя хуже.

РАЗВИТИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Факторы, усиливающие травматический стресс	Факторы, ослабляющие травматический стресс
Восприятие случившегося как крайней несправедливости	Восприятие случившегося как «вероятного»
Неспособность и/или невозможность хоть как-то противостоять ситуации	Частичное принятие ответственности за ситуацию
Пассивность в поведении. Наличие незавершенных ранее травм	Поведенческая активность. Наличие положительного опыта самостоятельного разрешения сложных жизненных ситуаций
Физическое переутомление	Благоприятное физическое самочувствие
Отсутствие социальной поддержки	Психологическая поддержка со стороны членов семьи, друзей, сослуживцев
Антропогенная природа ситуации	Природный характер катастрофы

РАЗВИТИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Условно можно выделить два пути развития ситуации после очень сильного стресса:

1. Человек приобрел травматический опыт, признался себе в этом (!) и постепенно проживает его, вырабатывая более или менее конструктивные способы совладания с ним.
2. Человек приобрел травматический опыт, но личностное отношение к происшествию отсутствует (случайность, закономерность, знак свыше), постарался «забыть» его, вытеснил его из сознания, запустив неконструктивные способы совладания с проявлением симптомов отсроченных стрессовых реакций.

! Любая отсроченная реакция на травму – нормальная.



ПЕРЕЖИВАНИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ

Специалисты выделяют **2 основных стратегии поведения** людей, переживших экстремальную ситуацию:

- вытеснение, избегание воспоминаний и эмоций, связанных с ней;
- неосознанное стремление к повторному переживанию травматических событий (компульсивное поведение).

Динамика переживания травматической ситуации включает четыре этапа.

1. Фаза отрицания, или шока;

2. Фаза агрессии и вины:

«Если бы я поступил иначе, этого бы не случилось»;

3. Фаза депрессии:

«Что бы я ни делал, ничего не изменишь»;

«Никто меня не понимает»;

4. Фаза исцеления:

«То, что случилось, действительно было, я не могу этого изменить; я могу измениться сам и про-должать жизнь, несмотря на травму».

Эта последовательность является конструктивным развитием ситуации.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации. ПТСР отнесено к группе расстройств, связанных с нарушением адаптации и реакции на сильный стресс.

! Особенностью этого расстройства является тенденция не только не исчезать со временем, но становиться более выраженным, а также проявляться внезапно на фоне общего благополучия.



PTSD

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Начало изучения этого феномена было положено в США и во многом связано с так называемым «вьетнамским синдромом». В нашей стране часто говорят о «чеченском» или «афганском синдроме». Изучение ПТСР началось с клинических наблюдений и анализа последствий влияния на человека экстремальных факторов. Страх смерти, по мнению Е.О. Александрова (1998), является спусковым крючком для развития посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий.

Из дневника ветерана афганской войны: «Мне страшно, когда я, вспоминая, пишу. Одна только мысль, что в тот или иной описываемый мной момент я просто мог легко исчезнуть навсегда и стереть свою страничку, длиною в двадцать лет, приводит в ужас. Что такое смерть? Это хлопок ладошками. Раз – и все. Именно столько времени необходимо, чтобы наша жизнь перешла в другое измерение. Любое соприкосновение со смертью – случайное собственное "везение", просто свидетельство чужой смерти — не проходит бесследно. Это жестокая, жесткая перемена в будущем... ЭТО застревает в подкорке, в глубине души, в каждой клеточке вашего тела. Мне кажется, ЭТО называется СТРАХ...»

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Показатели распространенности ПТСР у лиц, переживших экстремальные ситуации колеблются от 10% (у свидетелей события) до 95% среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями).

По данным исследований, проведенных в США, среди ветеранов вьетнамской войны, распространенность ПТСР составила 30%.

У лиц, переживших нацистские концентрационные лагеря, состояния, которые сейчас рассматриваются как ПТСР, наблюдались в 85–100% случаев.

В отечественной литературе показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс составил 50 – 80%. В популяции расстройства у женщин встречаются более чем в два раза чаще (1,2%), чем у мужчин (0,5%).



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Можно выделить несколько обобщающих **концепций** и сложившихся на данную проблематику **взглядов**:

1. «Модель болезни» основана на наличии довоенного внутриличностного конфликта, который активизируется переживаниями войны и приводит к «травматическому неврозу» (Кардинер А.).
2. Согласно «модели выносливости» считается, что у человека, участвующего в военных действиях, есть некий предел способности переносить эти военные действия. После этого следует психологическая декомпенсация, то есть невроз становится нормой и имеет название «боевого истощения» (Камерон, 1963).
3. «Модели окружающей среды» выделяли различные внешние факторы, влияющие на возникновение ПТСР: физическое истощение, оторванность от семьи и близких, недостаток сна, тяжелый климат и т.д. Считалось, что их комбинация и вызывает психологические нарушения (Уенстейн, 1947; Хансон, 1949; Эппел, 1966).
4. «Модель экспериментального невроза» аналогична теории И.П. Павлова по созданию искусственного внутреннего конфликта, приводящего к «сбивке» («сшибке») нервных процессов. В этой модели желание выжить вступает в противоречие с желанием выполнить свой долг (Вильсон, 1960).

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Американский психолог Дж. Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения смерти, свободы, изоляции, бессмысленности. В обычной жизни у нас есть психологические защиты, которые могут выступать в виде базовых иллюзий.

– Иллюзия собственного бессмертия: «Все, только не я».

– Иллюзия справедливости гласит: «каждый получает по заслугам», следовательно – «Если я буду делать добро людям, то оно вернется ко мне».

– Иллюзия простоты устройства мира: «Мир очень прост, в нем есть только белое и черное, добро и зло, наши и не наши, жертвы и агрессоры. Полутона и диалектика восприятия здесь отсутствуют. Весь мир как бы поделен на две противоположные части».

Разрушение базовых иллюзий — момент, болезненный для любого человека.



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

1. Анализ эмпирического материала, накопленного после Второй мировой войны (1939-1945 гг.), войны во Вьетнаме (1964-1975 гг.), аварии на Чернобыльской АЭС (1986 г.), землетрясения в Армении (1988 г.).
2. 1980 г.: М. Горовиц предлагает выделить данный симптомокомплекс в качестве самостоятельной единицы, назвав «посттравматическим стрессовым расстройством» (post-traumatic stress disorder, PTSD).
3. Группа авторов во главе с М. Горовицем разрабатывает диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американский классификаторов психических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а затем – и для МКБ-10.

Группы риска:

- Участники военных действий;
- Профессиональные спасатели;
- Беженцы из зон локальных военных конфликтов;
- Различные категории пострадавших от ЧС и ЭС;
- Жертвы насильственных действий.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Критерий А. Человек когда-либо пережил *травматическое событие*, причем в отношении этого события обязательно должны выполняться **оба приведенных ниже пункта**:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще каким-либо образом оказался причастен к событию (событиям), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей (либо своей собственной);
2. В травматической ситуации человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Критерий В. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих способов, причем для постановки диагноза ПТСР достаточно **наличия одного из этих симптомов**:

1. Непроизвольные навязчивые воспоминания;
2. Постоянно повторяющиеся кошмары и сны о событии, при пробуждении вызывающие интенсивные негативные переживания;
3. Признаки диссоциативных состояний, проявляющиеся в том, что после травмы человек периодически совершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь. К ним относятся:
 - ощущения «оживания» прошлого в виде иллюзий и галлюцинаций;
 - «флэшбэк-эффекты»;
4. Драматические навязчивые воспоминания и интенсивные тяжелые переживания, которые были спровоцированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их (годовщины, фильмы, песни, разговоры и т.п.);
5. Непроизвольное повышение психофизиологической реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связаны с ним ассоциативно (похожая местность, звуки, запахи, тип лица человека и т.п.).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Критерий С. Не наблюдавшееся до травмы постоянное стремление к избеганию и избегание любых факторов, связанных с травмой (для постановки диагноза ПТСР необходимо **наличие минимум трех из этих симптомов**):

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травматической ситуации;
4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к значимым до травмы занятиям;
5. Чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей;
6. Сниженная выраженность положительного аффекта («numbing» — блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность», например, неспособность испытывать эмоционально насыщенное чувство любви, проявляющаяся по отношению к самым близким людям);
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Критерий D. Постоянные симптомы повышенной психофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы (для постановки диагноза ПТСР необходимо **наличие минимум двух симптомов**);

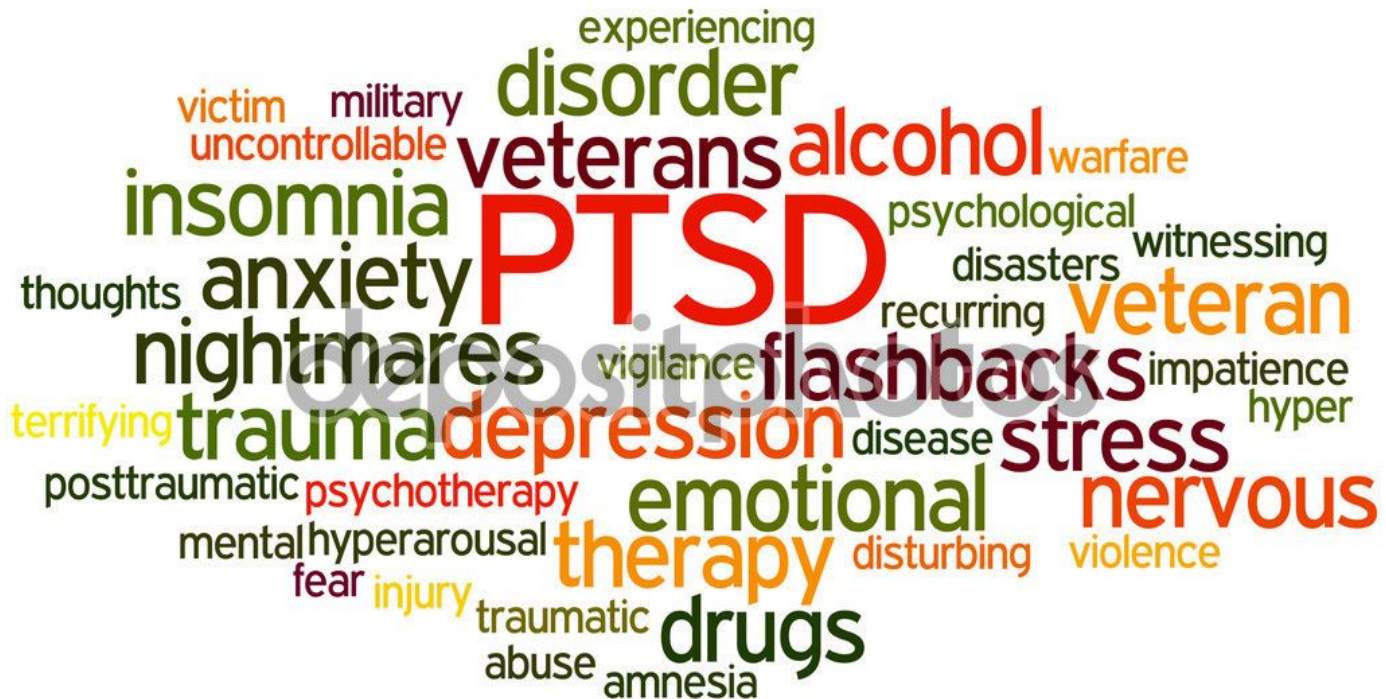
1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
2. Повышенная, с трудом контролируемая раздражительность или вспышки гнева;
3. Затруднения с сосредоточением внимания;
4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности»;
5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Критерий Е. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям В, С и D количества симптомов) — *более чем 1 месяц.*

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значимое *тяжелое эмоциональное состояние* или *выраженные нарушения* в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

В зависимости от времени возникновения, длительности течения выделяются следующие **диагностические формы посттравматического стрессового расстройства**:

- *Острое расстройство*: первичная манифестация симптомов в течение первых 6-ти месяцев после травмы (но не ранее 1 месяца после события). При этом длительность сочетанного проявления всех симптомов ПТСР – менее 6 месяцев.
- *Хроническое расстройство*: продолжительность проявления симптомов – свыше 6 месяцев.
- *Отсроченное расстройство*: комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.



ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПТСР

В классификации психических и поведенческих расстройств, составленной Всемирной организацией здравоохранения, в симптоматическом комплексе посттравматического стрессового расстройства **выделяют три группы симптомов:**

1. Группа симптомов повторного переживания (или симптомы «вторжения»);
2. Группа симптомов избегания;
3. Группа симптомов физиологической гиперактивации (повышенной возбудимости).

Группа симптомов повторного переживания:

1. Флэшбэки;
2. Повторяющиеся и насильно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли, представления;
3. Повторяющиеся кошмарные сны о событии;
4. Повторяющиеся действия или чувства, соответствующие переживаниям во время травмы (иллюзии, галлюцинации, «вспышки воспоминаний»);
5. Спазмы в желудке, головные боли.

ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПТСР

Группа симптомов избегания:

1. Избегание мыслей, воспоминаний о пережитом, стремление не попадать в те ситуации, которые бы могли напомнить, вызвать эти воспоминания;
2. Нарушение памяти, концентрации внимания. Неспособность вспомнить важные эпизоды травмы, мест, людей;
3. Отстраненность, отдаленность от окружающего мира, отчуждение от других людей, ощущение одиночества («им меня не понять», «они этого не пережили»);
4. Утрата способности устанавливать близкие отношения с окружающими людьми. Труднее испытывать чувства любви, радости (эмоциональная притупленность), исчезают чувства творческого подъема;
5. Изменение представлений о мире, чувство укороченности будущего;
6. Чувство вины.



ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПТСР

Группа симптомов физиологической гиперактивации:

1. Сверхбдительность;
2. Преувеличенное реагирование;
3. Повышенная раздражительность, нетерпимость в обычных бытовых вопросах, часто возникает неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, сопровождаемая угрозами, иногда не только на словах;
4. Возрастающая агрессивность – возникает стремление решать все жизненные проблемы с помощью силового давления. Применяется и грубая физическая сила, и речевая агрессивность. Возникают вспышки гнева;
5. Злоупотребление алкоголем.



ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПТСР

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят:

- Депрессию;
- Тревогу;
- Импульсивное поведение;
- Алкоголизм (токсикоманию);
- Соматические проблемы;
- Нарушение чувства времени;
- Нарушение Эго-функционирования.



ПТСР. СЕМЕЙНЫЙ И ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на межличностное взаимодействие, функционирование семьи в целом. Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может интерферировать на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы.

Однако семья, «семейная стабильность» могут выступать в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи, включающее когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

У членов семьи появляется необходимость адаптации к ситуации, в которой они находятся и не знают, что делать. Адаптация членов семьи может выражаться в феномене *сотравматизации*.



ПТСР. СЕМЕЙНЫЙ И ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Сотравматизация — это перенос на себя симптомов психотравмы, полученной пострадавшим, с аналогичными данной психотравме переживаниями и дестабилизацией в результате этого, психологического и соматического здоровья сотравмированного члена семьи (Кучер, 2004).

Перенапряжение нервной системы в результате постоянной близости травмированного человека у членов семьи проявляется через ощущения внутреннего утомления, моральной усталости, а при появлении нервно-психической неустойчивости повышается нервозность, становится изменчивым настроение, возможно появление психосоматических реакций. Симптомы сотравматизации могут повторять симптоматику ПТСР в менее выраженной степени, их можно разделить на три группы:

1. Симптомы повторного переживания, включающие негативные сновидения, повторяющиеся игры (у детей), сильный дистресс, воспоминания об услышанных эпизодах и навязчивые мысли о них;
2. Симптомы избегания, включающие чувство отчуждения, обеднение эмоций;
3. Симптомы повышенной возбудимости, проявляющиеся в нарушениях сна, раздражительности, затруднении концентрации внимания, тревожности, вспышках гнева.

ДИАГНОСТИКА ПТСР

Необходимость широкого и детального рассмотрения вопроса, связанного с психологической диагностикой ПТСР, обусловлена рядом причин:

Во-первых, высокой теоретической актуальностью и практической значимостью проблем психологических последствий пребывания человека в экстремальных ситуациях.

Во-вторых, введение ПТСР в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы ставит перед практикующими психологами как задачу теоретического освоения критериев диагностики ПТСР, так и задачу практического применения психологического инструментария для психологической диагностики признаков ПТСР.

В-третьих, небольшим количеством методик психологической диагностики последствий кризисных и постстрессовых состояний, оценки эффективности психологической реабилитации военнослужащих (сотрудников других силовых структур) после выполнения задач в боевых условиях.

ДИАГНОСТИКА ПТСР

Основные принципы диагностики ПТСР.

- 1. Единство диагностики и психологической помощи.** Наряду с традиционной задачей психодиагностики – определением актуального состояния развития личности, процесс диагностики следует использовать для решения прочих задач:
- стимулирования у клиента мотивации самопознания и самоизменения;
 - выявления личностных ресурсов развития;
 - выявления жизненных затруднений, пробелов в развитии тех или иных качеств, способностей, которые важные для гармонизации отношений человека с собой, другими людьми, миром в целом;
 - принятия решения о том, какая психологическая поддержка необходима и достаточна для этого человека;
 - отслеживания изменений, происходящих на различных этапах психологического сопровождения.

ДИАГНОСТИКА ПТСР

2. Отказ от наращивания арсенала психодиагностических методик и сосредоточение основного внимания на разработке и применении психологической помощи. Только в этих случаях диагностическая работа будет иметь смысл и приведет к положительному результату. Любой из применяемых при диагностике приемов должен создавать условия для позитивного развития личности.

3. Направленность диагностической работы, прежде всего на выявление имеющихся у человека ресурсов развития и самопомощи.

4. Исследование человека в его развитии. Специалисту важно знать историю жизни человека, происшедшее травматическое событие, представления и отношения как внутри ближайшего окружения, так и с внешней средой. Это помогает глубже понять взаимодействие внутри семьи, как в ней принято реагировать на неблагоприятные события, условия, конфликтные и кризисные ситуации.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

К основным методикам психодиагностики ПТСР относятся:

- Метод структурированного клинического интервью (SCID – Structured Clinical Interview for DSM-III-R);
- Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS);
- Опросник травматического стресса Котенева (ОТС);
- Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события Горовица (Impact of Event Scale – IOES).



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

1. Структурированное клиническое интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM, SCID) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

А. Травматический опыт.

Находились ли вы когда-нибудь в ситуации, такой, например, как боевые действия, изнасилование, разбойное нападение, плен, похищение, пожар, нанесение серьезной физической травмы, угроза вашей жизни, присутствие при смерти другого человека, причинение вам материального ущерба, угрозы в адрес членов вашей семьи? Что вы помните о случившемся? Где это произошло?

Как долго вы находились в этой ситуации?

1. Месяцы.
2. Недели.
3. Дни.
4. Часы.
5. Минуты.

Что, по вашему мнению, было в экстремальной ситуации наихудшим для вас?

Сколько лет вам было во время события? (если таковых несколько, укажите то, которое считаете наиболее травмирующим).

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS) применяется для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом.

Шкала клинической диагностики CAPS разработана в двух вариантах (Weathers F. W. et al., 1992; Weathers F. W., 1993). Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель.

CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента.

! 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.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS)

(10) Сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви
Частота. Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственны» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие (я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 – такого вообще не было

1 – редко (менее 10% времени)

2 – иногда (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность. В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

0 – ощущения бесчувственности нет

1 – слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное

2 – умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена

3 – высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям – любви и счастья

4 – очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

3. Опросник травматического стресса (ОТС) был разработан Котенёвым. При составлении были использованы отдельные пункты методик СМИЛ и Опросника диссоциативности DIS-Q (J. Vanderlinden, 1993). Остальные утверждения имеют авторскую формулировку и основываются на результатах многолетних исследований случаев психической травматизации сотрудников.

Опросник состоит из краткой инструкции и 110 пунктов-утверждений. Испытуемому предлагается с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») оценивать каждое из утверждений в зависимости от его соответствия собственному состоянию.

56 пунктов являются «ключевыми» для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 15 пунктов входят в дополнительную «шкалу депрессии», 9 пунктов составляют три оценочных шкалы – «лжи», «аггравации» и «диссимуляции», позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем.

Процедура тестирования занимает от 15 до 20 минут. Подсчитываются значения субшкал ПТСР и ОСР. Интерпретация результатов производится как на основе итоговых показателей, так и отдельных субшкал.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

4. Первый вариант **Шкалы оценки влияния травматического события ШОВТС** (Impact of Event Scale – IOES) был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавторами. Опросник состоял из 15 пунктов, основан на самоотчете и выявлял преобладание тенденции избегания или вторжения травматического события.

Далее, Д. Вейс с коллегами (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) пришли к выводу, что IOES может быть более полезной, если она будет способна диагностировать не только такие симптомы ПТСР, как вторжение и избегание, но и симптомы гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий DSM-IV и являются составной частью психологической реакции на травматические события. Таким образом, «Шкала оценки влияния травматического события – пересмотренная» (IOES-R) стала содержать 22 пункта.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ

4. Шкала оценки влияния травматического события ШОВТС (Impact of Event Scale – IOES)

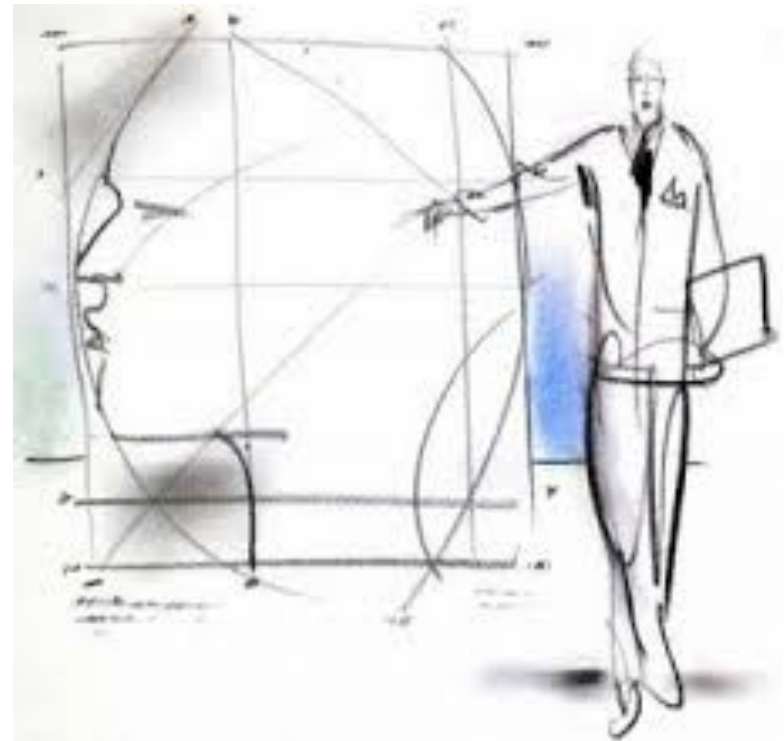
Вопросы

	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1. Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать всё случившееся				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня всё время думать о том, что со мной случилось				
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что то напоминало мне о нём				
6. Я думал о случившемся против своей воли				
7. Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или всё, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что напоминало мне о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был всё время напряжен и сильно вздрагивал, если что то внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжёлые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				
13. Я чувствовал что то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы всё ещё нахожусь в этой ситуации				
15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлёстывали непереносимо тяжёлые переживания, связанные с той ситуацией				
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18. Мне было трудно сосредоточить своё внимание на чём либо				
19. Когда что то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т. д.				
20. Мне снились тяжёлые сны о том, что со мной случилось				
21. Я был постоянно насторожен и всё время ожидал, что случится что то плохое				
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

К дополнительным методикам психодиагностики ПТСР можно отнести:

- Миссисипскую шкалу для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант);
- Опросник депрессивности Бека;
- Клиническую (госпитальную) шкалу тревоги и депрессии;
- Методику определения смысложизненных ориентаций (тест СЖО);
- Методику диагностики уровня субъективного контроля (УСК);
- Графическую методику «История жизненных переживаний личности»;
- Методику «Рисование смерти» Дж. Рейнуотера.



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

1. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант).

Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane et al, 1987, 1988). В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Шкала состоит из 35 (в некоторых вариантах – 39) утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Лайкерта. Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соотносятся с критериями DSM: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 – избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство».

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант)

Инструкция. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. Для каждого утверждения дается шкала от 1 до 5:

- совершенно неверно – 1;
- иногда верно – 2;
- до некоторой степени верно – 3;
- верно – 4;
- совершенно верно – 5.

Определите номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

Текст

1. В прошлом у меня было больше близких друзей, чем сейчас.
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал в прошлом.
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу).
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль.
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня.
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми.
7. Мне снятся по ночам кошмары о реальных событиях моего прошлого.
8. Когда я думаю о кое-каких вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

2. Опросник депрессивности Бека.

Разработан на основе клинических наблюдений.

Включает в себя 21 категорию наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома).

Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

Шкала (тест-опросник) депрессии Бека

Инструкция. В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

1)

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2)

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Моё будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3)

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

3. Клиническая (госпитальная) шкала тревоги и депрессии.

Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки.

Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, это так, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
0 - только иногда
4. Я легко могу присесть и расслабиться
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться
3 - определенно, это так
2 - наверно, это так
1 - лишь в некоторой степени, это так
0 - совсем не испытываю
7. У меня бывает внезапное чувство паники
3 - очень часто
2 - довольно часто
1 - не так уж часто
0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - это совсем не так
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - совсем не способен
3. Я испытываю бодрость
3 - совсем не испытываю
2 - очень редко
1 - иногда
0 - практически все время
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3 - практически все время
2 - часто
1 - иногда
0 - совсем нет
5. Я не слежу за своей внешностью
3 - определенно, это так
2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 - часто
1 - иногда
2 - редко
3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

Количество баллов здесь _____

- 0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов

Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл

Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

4. Методика определения смысложизненных ориентаций.

Тест СЖО является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика, разработан на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла.

Методика включает, наряду с общим показателем осмысленности жизни, также пять субшкал, отражающих три конкретных смысложизненных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля-Я и локус контроля-жизнь).

Тест СЖО содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности.



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

Методика определения смысложизненных ориентаций.

Инструкция. «Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача – выбрать одно из двух утверждений, которое, по вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1,2,3 – в зависимости от того, насколько вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения, на ваш взгляд, одинаково верны)».

Таблица

Обычно мне очень скучно	3 2 1 0 1 2 3	Обычно я полон энергии
Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей	3 2 1 0 1 2 3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной
В жизни я не имею определенных целей и намерений.	3 2 1 0 1 2 3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения.
Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной.	3 2 1 0 1 2 3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие.	3 2 1 0 1 2 3	Каждый день кажется мне <u>совершенно похожим</u> на другие.
Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться.	3 2 1 0 1 2 3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал.	3 2 1 0 1 2 3	Моя жизни сложилась совсем не так, как я мечтал.
Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3 2 1 0 1 2 3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано.
Моя жизнь пуста и неинтересна.	3 2 1 0 1 2 3	Моя жизнь наполнена интересными делами.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

5. Методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК).

С помощью методики можно оценить уровень субъективного контроля над разнообразными ситуациями, т.е. определить степень ответственности человека за свои поступки и свою жизнь. Возможны два полярных типа такой локализации: экстернальный (внешний локус) и интернальный (внутренний локус). *Локус контроля более или менее универсален по отношению к разным типам событий, с которыми человеку приходится сталкиваться, как в случае удач, так и в случае неудач.*

Опросник УСК состоит из 44 предложений-утверждений, касающихся экстернальности-интернальности в межличностных (производственных и семейных) отношениях, а также в отношении собственного здоровья.



ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

Методика диагностики уровня субъективного контроля

Инструкция: Прочитав каждое утверждение, решите для себя, согласны Вы с ним или нет. В случае согласия поставьте в бланке для ответов рядом с порядковым номером утверждения знак "+". Если Вы не согласны с данным утверждением, то рядом с порядковым номером поставьте знак "-". Будьте внимательны при выполнении этой работы и в то же время старайтесь подолгу не задерживаться и не раздумывать по поводу отдельного утверждения.

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь - дело случая: если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесплезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.
7. Внешние обстоятельства - родители и благосостояние - влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе зависели от случайных обстоятельств (например, настроения учителя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу их осуществить.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то как бы они ни старались наладить семейную жизнь, они все равно не смогут это сделать.
15. Тот хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.

ДИАГНОСТИКА ПТСР. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ

7. Методика «Рисования смерти» Дж. Рейнуотера.

Позволяет в символической форме представить идею смерти и эмоциональное отношение к ней.

Каждому испытуемому дают следующую инструкцию: «Возьмите бумагу и принадлежности для рисования. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов. Откройте глаза. Теперь выберите цвет и начинайте рисовать ваш символ смерти. Не нужно сознательно выбирать какой-то символ, просто начните рисовать. Если вам трудно начать, то попробуйте взять карандаш в левую руку (если вы правша) или в правую (если вы левша). Если вы чувствуете, что вас тянет писать слова – пишите слова. Когда вы завершите рисование, возьмите новый лист бумаги (теперь можно выбрать другой цвет) и начните рисовать ваши чувства, относящиеся к смерти. И в этом случае пытайтесь рисовать спонтанно, не обдумывая то, что вы делаете».

Аспекты анализа рисунка подразделяются на формальные (семантика расположения в пространстве; графологические признаки) и содержательные (что нарисовано, цвет, оригинальность».



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ТРУДНОСТИ

Существует **ряд трудностей**, которые осложняют работу с клиентами, страдающими ПТСР:

1. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем.
2. Собственное страдание (хотя бы частично) экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.
3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).
4. Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

WE DON'T LOOK FOR EASY WAYS

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. НАПРАВЛЕНИЯ МЕТОДОВ

Выделяют четыре направления методов:

- 1. Образовательное направление.** Данное направление включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии.
- 2. Холистическое направление.** Вторая группа методов располагается в области целостного отношения к здоровью.

! Здоровый образ жизни — с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни — создает основу для восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни (Пушкарев, Доморацкий, Гордеева, 2000).



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. НАПРАВЛЕНИЯ МЕТОДОВ

3. Социальное направление. Методы, направленные на формирование и увеличение **социальной поддержки и социальной интеграции**. Сюда также можно включить развитие сети самопомощи, а также формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР. К этой категории относятся любые формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления.

4. Терапевтическое направление (фармакотерапия, психотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, работу с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР.

Цель психотерапии ПТСР - помочь пациенту «переработать» проблемы и «совладать» с симптомами, которые появляются в результате соприкосновения с травмирующей ситуацией.

Один из эффективных подходов – помочь пациенту отреагировать травматический опыт, обсуждая и заново переживая мысли и чувства, связанные с травмой, в безопасной терапевтической обстановке. Это приводит к совладанию с реакциями, которые ранее были неуправляемыми. Такой подход может потребовать, чтобы пациент вновь и вновь погружался в содержание пережитых событий, рассматривая и анализируя свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали происходившее.

! Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от 6 месяцев до нескольких лет.

! Оценка длительности необходимого лечения – важный параметр для прогноза эффективности реабилитации.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ЭТАПЫ

1) Первым этапом любой психологической консультации является **психологическая диагностика**. Она может проходить в форме тестов, но чаще это просто беседа, в ходе которой специалист уясняет подробности проблемной ситуации обратившегося к нему человека. *В процессе диагностики уже должен быть установлен доверительный контакт, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу!*

2) **Заключение так называемого «психотерапевтического договора»**. Как правило, этот договор не принимает форму официального юридического документа, это просто некая договоренность между специалистом и клиентом о порядке их совместной работы (с какой проблемой идет работа, как долго она может продлиться, из каких этапов будет состоять, на какой результат рассчитана).

3) **Терапия, центрированная на травме**: проработка травмирующего опыта с исследованием травматического материала. Цель этого этапа – переживание и принятие травматической ситуации.

4) Последним в психологической коррекции ПТСР является этап, который называют **«экологической проверкой»**. На этом этапе человек пробует жить с новым опытом. Эта стадия необходима для того, чтобы травматические переживания не вернулись вновь – ведь зачастую человек привыкает жить в своей проблеме, привыкают к этому и люди, окружающие его.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР.

Коррекционные программы в основном должны быть направлены на:

- Коррекцию образа «Я»;
- Достижение объективности самооценки;
- Реабилитацию образа «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- Коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии: приведение притязаний в соответствие со своими психофизиологическими 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.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Традиционно считается, что поведенческая психотерапия наиболее эффективна при коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения не обязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее, главным образом, – формировать и укреплять способность к адекватным действиям, приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

«Привычка — вторая натура, которая разрушает первую». - Паскаль

Сегодня поведенческая терапия — это группа психотерапевтических методов, которые базируются на теориях научения (по И.П. Павлову и Д. Уотсону). Основным приемом данной терапии — постепенная тренировка целевого поведения.

Поведенческая психотерапия сосредоточивается на замене неприемлемых действий приемлемыми и использовании стратегий, ведущих к уменьшению или прекращению нежелательного поведения.

Методы поведенческой психотерапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание.

Терапия может также проводиться с использованием систематической десенсибилизации (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации), либо иметь вид метода «наводнения»/имплозии (пациентов ставят в пугающую их ситуацию и помогают с ней справиться). Метод «наводнения»/имплозии считается более действенным.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Систематическая десенсибилизация – метод, направленный на то, чтобы пациент с ПТСР, склонный к поведению в виде избегания, создал в своем воображении иерархию вызывающих тревогу образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется градуированной экспозицией. Эта техника используется в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга, – это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Имплозивная терапия. Сущность лечения состоит в намеренном погружении пациента в травмирующие воспоминания с целью реинтеграции подавленных эмоций. Он должен пережить конфронтацию с максимально неприятным стимулом, и, соответственно, максимально выраженной реакцией страха, гнева и т. д. «Погружение» производится на достаточно длительное время (от 30 минут до часа), до тех пор, пока по мере привыкания к ситуации, неприятное ощущение не исчезнет.

! При этом пациент и терапевт не должны использовать какие-либо приемы (такие, как отвлечение или самоуспокоение), которые могли бы уменьшить неприятные ощущения.

Имплозивная терапия имеет определенное сходство с методом систематической десенсибилизации. Её отличие от систематической десенсибилизации заключается в том, что при имплозии пациенту предлагается войти в контакт с пугающей ситуацией без предварительного обучения техникам релаксации.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

«Человеческие мысли определяют его эмоции, эмоции обуславливают соответствующее поведение, а поведение в свою очередь формирует наше место в окружающем мире». «Дело не в том, что мир плох, а в том, как часто мы видим его таким» - А. Бек

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий. Поэтому результатом психотерапии должна стать коррекция подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее.

Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся в течение 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искаженные представления и установки.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Когнитивная психотерапия в варианте Бека — это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь пациенту овладеть следующими операциями:

- Обнаруживать свои негативные автоматические мысли;
- Находить связь между знаниями, аффектами и поведением;
- Находить факты «за» и «против» этих автоматических мыслей;
- Подыскивать более реалистичные интерпретации для них;
- Научить выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

1. Эмпирическая проверка («эксперименты»).
2. Методика переоценки.
3. Декатастрофикация. «Давайте посмотрим, что было бы, если бы...», «Как долго вы будете испытывать подобные негативные ощущения?», «Что будет потом? Вы умрете? Мир разрушится? Это испортит вашу карьеру? Ваши близкие откажутся от вас?» и т. п.
4. Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике.
5. Использование воображения: методики прекращения, повторения; метафоры, притчи, стихи; модифицирующее воображение.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психодинамическое направление психотерапии базируется на принципе определяющего влияния прошлого опыта на формирование мироощущения, определенной манеры поведения человека, его внутренних и внешних проблем. Психотерапевт решает вопросы, связанные с динамическими аспектами психики клиента (мотивами, внутренними конфликтами, противоречиями), существование и развитие которых обеспечивают функционирование и развитие личностного «Я».

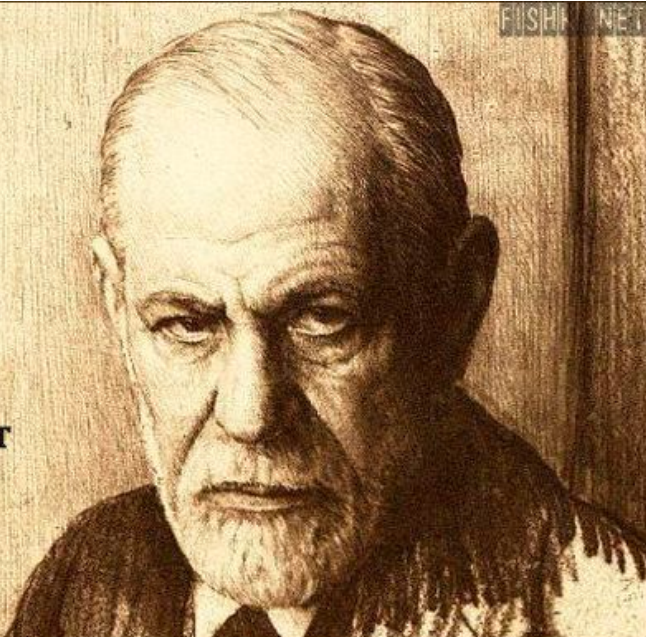


ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психодинамическое направление подчеркивает роль конфликтов, возникших из-за несоответствия личностных ценностей и внутренней картины мира пациента действительности травмирующей ситуации. Поэтому коррекция ПТСР в этом психотерапевтическом направлении состоит в:

- исследовании системы ценностей и потребностей человека и того, как поведение и опыт травмирующей ситуации нарушили их;
- разрешении возникших в связи с этим сознательных и бессознательных конфликтов;
- переводе разрушительной энергии в созидательную в атмосфере понимания, принятия и эмоционального комфорта.



К несчастью, подавленные
эмоции не умирают.
Их заставили замолчать.
И они изнутри продолжают
влиять на человека.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Классический психоанализ включает 5 базовых психотехник:

1) Метод свободных ассоциаций, предусматривает порождение произвольных высказываний, содержание которых может отражать любые переживания клиента. Для психотерапевта важны содержание и последовательность высказываний.

2) Толкование сновидений.

«Сновидения – это королевская дорога к бессознательному». – З. Фрейд

3) Интерпретация (толкование, объяснение), включающая три процедуры: идентификацию, собственное толкование и перевод его на язык повседневной жизни клиента.

4) Анализ сопротивления, обеспечивает осознание клиентом своих Ego-защитных механизмов и принятие необходимости конфронтации с ними.

5) Анализ переноса (трансфера). Перенос является непременным атрибутом психотерапии в психоанализе. Анализ переноса способствует осознанию фиксаций, определяющих поведение и переживания клиента.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ.

КЛИЕНТЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В основе этого направления психотерапии – убеждение, что человек способен сам найти способ решения своих проблем. Психотерапевт лишь создаёт условия для позитивных изменений, более полной реализации потенциала клиента, но именно клиент осуществляет выбор и принимает решения.

К. Роджерс выдвигал **три условия («триада Роджерса»)**, необходимые для поддержания атмосферы, способствующей такому процессу:

1. Безусловное позитивное отношение к выражаемым клиентом чувствам, даже если они будут идти вразрез с установками терапевта.
2. Эмпатия. Психолог старается увидеть мир глазами клиента и переживать события так же, как их переживает клиент.
3. Аутентичность. Психолог должен доказать ее, отказавшись от маски профессионала или от какого-нибудь иного камуфляжа, который мог бы разрушить атмосферу эволюции клиента, лежащую в основе этого метода.

Основное требование – отказаться от попыток играть какую-либо роль; быть самим собой. Главная профессиональная обязанность психолога – создать соответствующий психологический климат, в котором клиент сам бы отказался от защитных механизмов.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. КЛИЕНТЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Основные методы: установление конгруэнтности, вербализация, отражение эмоций.

1. Вербализация (перепарафразирование). Прием заключается в пересказе психологом сообщения клиента. При этом необходимо использовать собственные слова, избегая истолкования сообщения или внесения собственного видения проблем клиента.

2. Отражение эмоций. Суть приема заключается в назывании психологом тех эмоций, которые клиент проявляет во время рассказа о себе, событиях своей жизни.

! Основная задача психотерапевта при работе с ПТСР – помочь пациенту осознать возможность трансформации его кризисного состояния, увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия – направление психотерапии, оформившееся в середине прошлого века. Ее отцом-основателем считается немецкий психолог Фридрих Перлз.

Гештальт (gestalt) с немецкого переводится как «образ», «фигура», «форма». Гештальт – это целостный образ какой-либо ситуации.

«Гештальт – это целостная структура на поле взаимодействия среды и человека, охватывающая промежуток между возникновением потребности и ее удовлетворением».

! Гештальт-подход не рассматривает человека в отрыве от среды. Его позиция такова: люди являются целостными социобиопсихологическими существами; разделение тела и психики – искусственно; человек и все, что его окружает – единая структура.

GESTALT

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Базовые понятия гештальт-терапии – контакт и граница.

Контакт – процесс взаимодействия наших потребностей с возможностями среды. Место, в котором организм встречается с окружающей средой, в гештальт-терапии называют **границей контакта**.

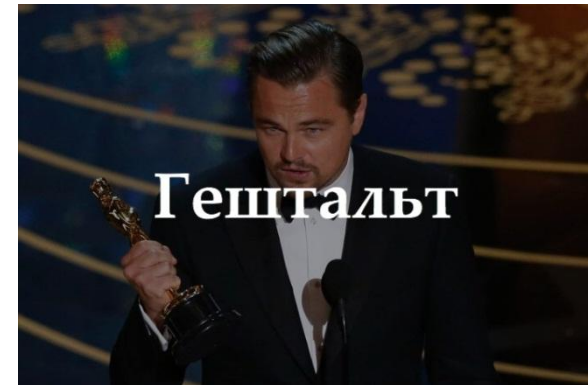
У гештальта есть начало и конец: возникает он в момент появления потребности или желания и заканчивается при достижении удовлетворения.

В идеале **цикл гештальта** выглядит так:

- Возникновение потребности (хочется пить).
- Поиск возможности ее удовлетворить, оценка осуществимости этой возможности (ищем воду).
- Удовлетворение (пьем).
- Выход из контакта (жажда утолена — ставим пустой стакан на стол).

В результате такого цикла гештальт завершается (разрушается).

А незавершенный гештальт остается с нами.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Целью терапии является восстановление способности индивида к естественному функционированию цикла контакта и, следовательно, работа с механизмами его прерывания.

Существует **пять основных механизмов прерывания контакта**, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития пациента, оказывается рассеянной и ошибочно направленной. Это **проекция, конфлюенция, ретрофлексия, дефлексия и интроекция**.

При **конфлюенции (или слиянии)** границы между человеком и миром стираются, чувство различия исчезает. Человек перестает понимать, кто же он есть в самом деле, существует ли он вообще, утрачивает способность к реальному контакту с миром и с самим собой. В данном случае работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от его слияния с другими.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Термин «**ретрофлексия**» означает буквально «обращение назад на себя». Начиная контакт с окружающей средой, человек по каким-то причинам прерывает его и обращает действие на себя. Таким образом, субъект делает для себя то, что предназначено окружающей среде. Например, обращает собственные негативные чувства на свое тело. В этом случае возникают различные психосоматические расстройства, стремление причинить себе боль. Высшей формой ретрофлексии является самоубийство.

В гештальт-терапии существует **стратегия работы с психосоматическими симптомами**, состоящая из четырех этапов.

1. Генерализация проекции. Пациенту предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени. Можно расспросить пациента о характере болезни, попросить описать ее.
2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом. Следует сделать акценты на позитивном аспекте болезни («Зачем ты, сердечная боль, нужна мне?», «Что ты можешь дать мне ценного и необходимого?»). Осознание этой потребности.
3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по направлению к личному окружению.
4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Агрессия может не только ретрофлексироваться, но и **проецироваться**. Так, пациент с ПТСР будет считать другого человека очень агрессивным, потому что он не может принять то, что он сам агрессивен и беспокоен. В данном случае можно также применить супрессивную технику – просто прервать проецирование пациента, предложив ему переадресовать высказывание.

Человек, для которого характерна **дефлексия**, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Может проявляться в форме общих фраз, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности поведения. Пациент уходит в пустые рассуждения, не касающиеся трудных переживаний, и в этом случае может быть применима **импрессивная техника**, которая состоит в том, чтобы прерывать пациента в каких-либо действиях, например в избегании контакта или же ухода в болтовню.

Существует и противоположная, **экспрессивная**, техника, которая заключается в максимизации эмоций, жестов, позы, которую принимает пациент.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Для участников военных действий достаточно типична позиция жертвы, которая характеризуется снятием с себя ответственности за то, что происходит с ними сейчас, и наделение окружающих этой ответственностью. Таким образом, можно говорить об интроективности позиции жертвы у участников военных действий. Патологическая **интроекция** (или «проглатывание непереваренным») возникает, когда идеи, привычки или принципы воспринимаются целиком, без проверки на совместимость с уже существующим опытом.



ПСИХОТЕРАПИЯ ПТСР

Наиболее распространёнными **терапевтическими ошибками** являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Фундаментальное правило терапии ПТСР – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам и предлагает.



ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

...Жизнь — это череда не только приобретений, но и потерь.

Г. Уайтред

Любое психотравмирующее событие сопровождается какой-либо потерей (прежнего образа жизни, имущества) и реакцией горя, когда имеет место гибель друзей, родных и близких. Рано или поздно с потерей близкого неизбежно сталкивается каждый человек.

Как часто мы что-то утрачиваем в жизни? Расстаемся с друзьями, теряем вещи, отказываемся от возможностей, делаем выбор в пользу одной возможности, при этом теряя другие? Каков удельный вес приобретений и потерь в нашей жизни?

Парадокс жизни заключается в том, что каждый раз, приобретая что-то, мы одновременно, осознавая это или нет, что-то теряем. Порой такие «замены» кажутся неравноценными. Можно потерять записную книжку, близкого человека, семью, деньги, время, доверие, веру в справедливость, в светлое будущее. Потери могут быть большими и маленькими, личными и глобальными, изменяющими жизнь и почти незаметными. Единственное, что их объединяет, — это то, как мы их переживаем.

ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

Переживание — великий дар, данный человеку. Мы переживаем все события в нашей жизни. Радостные, грустные, счастливые и трагические. Переживаем, чувствуем — значит живем. Пережить — значит пройти, преодолеть сложный участок жизни и... снова жить.

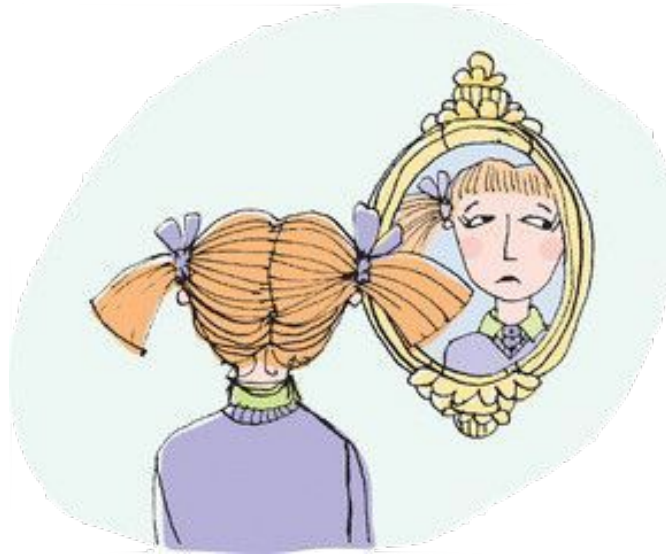
! Приставка пере- отражает конечность этого участка, связывает периоды жизни «до» и «после» события, подразумевая сложность периода, который заключен «между» ними.

Проблема переживания смерти близкого человека связана с категориями жизни и смерти и отношения к ним. Жизнь и смерть — вечные вопросы и категории, которые всегда интересовали людей, которым люди пытаются найти объяснение и по сей день.

Если жизнь и смерть рассматривать не как противоположные понятия, а как разные стороны (или, скорее всего, состояния) одного и того же процесса, то страх смерти в действительности — это все тот же страх изменений, который сопровождает человека на протяжении всего жизненного пути. Просто в данном случае человека пугает самое большое и самое важное изменение в его жизни — смерть.

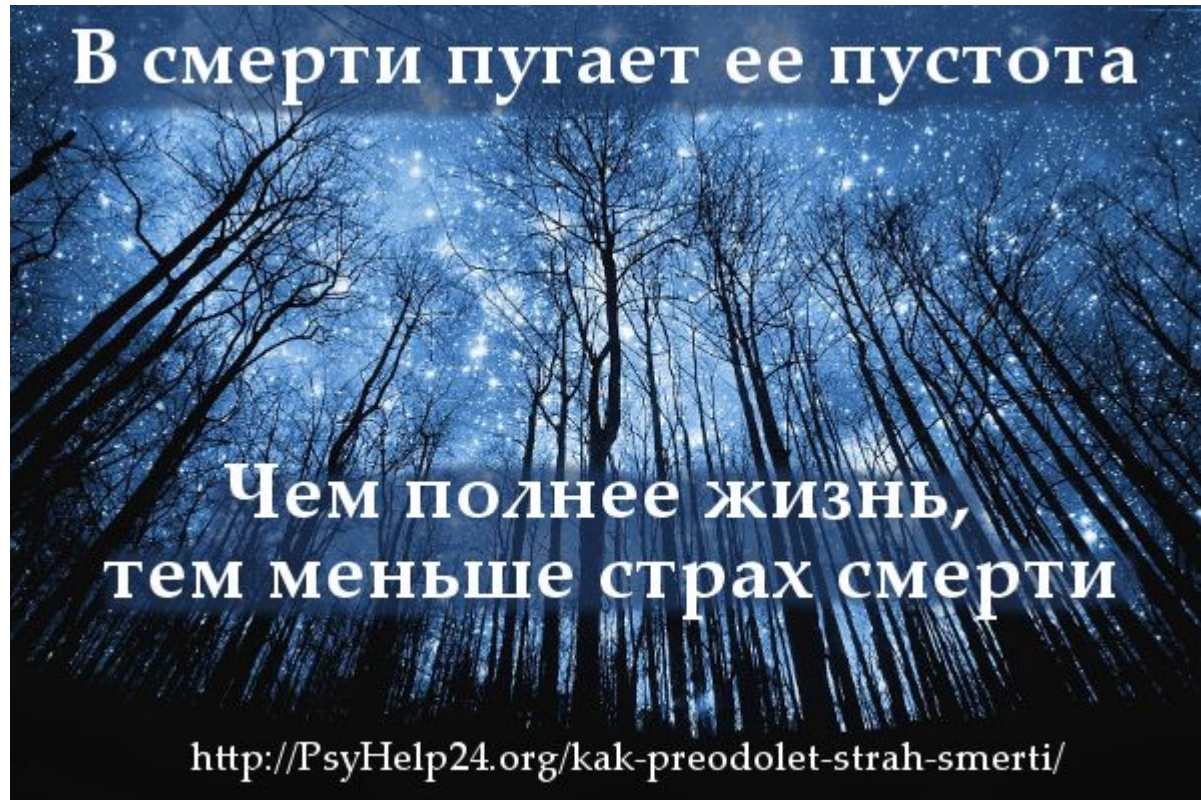
ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

По мнению **С. Грофа**, одним из наиболее распространенных способов защиты себя от болезненных переживаний является «механистический» подход к существованию. Проживающие жизнь подобным образом испытывают непреходящее глубокое чувство недовольства собой и ситуацией, в которой находятся, в результате чего основная часть их размышлений направлена на прошлое и будущее и отсутствует в «здесь и сейчас». Вне зависимости от успехов и достижений, испытываемая ими горечь и ощущение неисполнения желаемого остаются и требуют разработки новых честолюбивых планов и целей. Подобный цикл никогда не завершается и лишь закрепляет неудовлетворение, ибо люди, попадающие в эту категорию, неверно понимают природу своих потребностей и концентрируются на внешних заместителях.



ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

А. Ксендзюк считает, что страх смерти есть один из важнейших детерминантов человеческого поведения. Он рассматривает трансформацию страха смерти в социальные формы деятельности: влечение к чувственным удовольствиям и впечатлениям; страх потери времени; страсть к деятельности (трудоголизм); волю к славе и борьбу за лидерство и власть; влечение к сексуальному пресыщению.



ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

Основатель экзистенциальной психотерапии **В. Франкл** в своих произведениях достаточно подробно освещал вопросы значения осознания смертности для поиска смысла человеческой жизни:

«...Конечность должна являться тем, что придает человеческому существованию смысл, а не тем, что лишает его этого смысла. Перед лицом смерти, как абсолютного и неизбежного конца, ожидающего нас в будущем, и как предела наших возможностей, мы обязаны максимально использовать отведенное нам время жизни, мы не имеем права упускать ни одной из возможностей, сумма которых в результате сделает нашу жизнь действительно полной смысла».



ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

Психотерапевт, много лет проработавшая с онкологическими больными, **Дж. Рейнуотер** пишет: «Я пришла к убеждению, что для каждого из нас чрезвычайно важно осознать факт неизбежности собственной смерти, ибо наше отношение к смерти определяет наше отношение к жизни... Мы должны быть благодарны тому, что существует смерть. Именно она заставляет нас искать смысл жизни».

На практике, как бы человек ни готовил себя к этой ситуации, это всегда большое испытание. Путь переживания проходит через страдание и душевную боль, которая буквально «выжигает» человека изнутри («горе» — от слова «горит»). Но это единственный путь к исцелению.



ПСИХОЛОГИЯ ГОРЯ

! Реакция горя — это нормальная реакция человека на любую значимую потерю. Самыми большими потерями объективно и субъективно для личности являются те, которые связаны с осознанием собственной смертности и смертью близкого человека.

Процесс горевания в литературных источниках (*Василюк, 2002*) часто называют **работой горя**. Это и есть, по сути, большая внутренняя работа, огромный душевный труд по переработке трагических событий. Итак, **горевание** — это естественный процесс, необходимый для того, чтобы отпустить потерю или оплакать смерть.

Условно выделяют «нормальное» горевание и «патологическое».



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

Утрата близкого – сложнейшее событие, затрагивающее все стороны жизни, все уровни телесного, душевного и социального существования человека. Горе уникально, оно зависит от единственных в своем роде отношений с ним, от конкретных обстоятельств жизни и смерти, от всей неповторимой картины взаимных планов и надежд, обид и радостей, дел и воспоминаний. Вместе с тем, картина острого горя схожа у разных людей.

Длится острое горе около 4-х месяцев, условно включая в себя следующие **стадии**:

1. Стадия шока;
2. Стадия отрицания (поиска);
3. Стадия агрессии;
4. Стадия острого горя;
5. Стадия принятия произошедшего:
 - Стадия остаточных толчков и реорганизации;
 - Стадия «завершения».



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

1. *Стадия шока.* Начальная фаза горя – шок и оцепенение. «Не может быть!» – такова первая реакция на весть о смерти.

Характерное состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, **в среднем к 7-9-му** дню сменяясь постепенно другой картиной.

Оцепенение – наиболее заметная особенность этого состояния. Скорбящий скован, напряжен. Его дыхание затруднено, неритмично, частое желание глубоко вдохнуть приводит к прерывистому, судорожному (как по ступенькам) неполному вдоху. Обычны утрата аппетита и сексуального влечения. Нередко возникающие мышечная слабость, малоподвижность иногда сменяются минутами суетливой активности. В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность.

Обычно комплекс шоковых реакций истолковывается как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее горюющего от столкновения с утратой сразу во всем объеме. Но постепенно сознание начинает принимать реальность потери и ее боль — как будто до того пустое внутреннее пространство начинает заполняться эмоциями.

ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

2. Стадия отрицания (поиска) характеризуется неверием в реальность потери. Здесь характерно не отрицание самого факта потери, но отрицание факта постоянства потери (Василюк, 2002).

Трудно указать на временные границы этого периода, поскольку он довольно постепенно сменяет предшествующую фазу шока и затем характерные для него феномены еще долго встречаются в последующей фазе, но в среднем **пик фазы поиска приходится на 5-12-й день** после известия о смерти.



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

3. Стадия агрессии выражается в форме негодования, агрессивности и враждебности по отношению к окружающим, обвинении в смерти близкого человека себя, родных или знакомых, лечившего врача, и др. Находясь на этой стадии столкновения со смертью, человек может угрожать «виновным» или, наоборот, заниматься самобичеванием, чувствуя свою вину в произошедшем.

Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства, что он не сделал для умершего всего, что мог (не вовремя дал лекарство, отпустил одного, не был рядом и т. д.). Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей. Чувство вины может отягощаться ситуацией конфликта перед гибелью.



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

Картину переживаний существенно дополняют реакции клинического спектра:

- Изменения сна;
- Панический страх;
- Изменения аппетита;
- Периоды необъяснимого плача;
- Усталость и общая слабость;
- Мышечный тремор;
- Резкие смены настроения;
- Неспособность сосредоточиться и/или вспомнить;
- Изменения сексуальной потребности/активности;
- Недостаточная мотивация;
- Физические симптомы страдания;
- Повышенная необходимость говорить об умершем;
- Сильное желание уединиться.



Спектр переживаемых в это время эмоций также достаточно широк; человек остро переживает утрату и плохо контролирует себя. Когда злость находит свой выход и интенсивность эмоций снижается, наступает следующая стадия.

ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

4. Стадия острого горя длится до **6-7 недель** с момента трагического события. Иначе ее именуют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации и – не очень точно – периодом депрессии.

! Именно на эту стадию приходится большая часть работы горя, потому что человек, столкнувшийся со смертью, имеет возможность сквозь депрессию и боль искать смысл произошедшего, переосмысливать ценность собственной жизни, постепенно отпускать отношения с умершим, прощать его и себя. Это период наибольших страданий, острой душевной боли.

- Сохраняются, и первое время могут даже усиливаться, различные телесные реакции;
- Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей;
- Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация;
- Изменяются отношения с окружающими;
- Нарушается повседневная деятельность.

ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

5. Стадия принятия произошедшего.

5.1. Стадия остаточных толчков и реорганизации.

На этой фазе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, профессиональная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных толчков. Поводом для них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события.

Эта стадия, как правило, **длится в течение года**. Годовщина смерти является последней датой в этом ряду.



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА по Ф.Е. Василюку

5.2. Стадия «завершения».

Описываемое Ф.Е. Василюком нормальное переживание горя **приблизительно через год** вступает в свою последнюю фазу – «завершения».

! Смысл и задача работы горя в этой фазе состоит в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в семейной истории, семейной и личной памяти горюющего, как светлый образ, вызывающий лишь светлую грусть.



ДИНАМИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

по Ф.Е. Василюку

Продолжительность реакции горя определяется тем, насколько успешно человек осуществляет работу горя. То, как будет протекать процесс переживания утраты, насколько интенсивным и длительным будет горевание, зависит от многих факторов:

- Определенные обстоятельства смерти;
- Значимость умершего и особенности взаимоотношений с ним;
- Возраст умершего;
- Опыт потерь;
- «Вина выжившего»;
- Невозможность проститься с умирающим в последние минуты его жизни, на похоронах;
- Дополнительной острой психотравмой, связанной с невозможностью опознания (тело не найдено) — незавершенность отношений с умершим, невозможность отдать «последний долг» умершему.



ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ГОРЕ

По мнению З. Фрейда, «скорбь становится патологической, когда работа скорби неудачна или не завершена». Аналогичной позиции придерживаются и другие авторы. А. Н. Моховиков пишет, что осложненное горе возникает, если его переживание «замедляется, приостанавливается, и появляются сложности с интеграцией утраты и приобретением нового опыта». Е. М. Черепанова высказывает идею, что «нормальная «работа горя» может стать патологическим процессом, если человек «застревает» на одной из фаз». Похожей позиции придерживается и Р. Моуди.

Патологическое горе может представать в очень разных обличьях. Так, З. Фрейд выделяет **четыре типа патологической скорби**:

1. «Блокирование» эмоций во избежание интенсификации процесса скорби.
2. Трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.
3. Растягивание процесса скорби во времени с обострениями, например, в дни годовщин смерти.
4. Чрезмерно острое чувство вины, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ГОРЕ

Э. Линдемани различает отсрочку и искажение реакции горя. Незначительная отсрочка может объясняться объективными обстоятельствами, например, необходимостью решения срочных проблем или моральной помощи другим. Собственно болезненными реакциями Линдемани считает искажения нормального горя. Выделяются несколько видов таких изменений:

1. Повышенная активность экспансивного и авантюрного характера без чувства утраты;
2. Появление симптомов заболевания умершего;
3. Психосоматические заболевания;
4. Изменения в отношениях с людьми, приводящие к социальной изоляции;
5. Яростная враждебность против определенных лиц;
6. Картина шизофрении, проявляющаяся формальным поведением и «одеревеневшими» чувствами на почве скрываемой враждебности;
7. Утрата социальной активности;
8. Необдуманые действия, наносящие ущерб собственному экономическому и социальному положению;
9. Ажитированная депрессия: напряжение, возбуждение, жесткие самообвинения и потребность в наказании. Может приводить к попыткам самоубийства.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ГОРЕ

Еще один из видов патологического горевания — *реакции горя на разлуку*, которые могут наблюдаться у людей, перенесших не смерть близкого, а лишь разлуку с ним, связанную, например, с призывом сына, брата или мужа в армию. Общая картина, возникающая при этом, рассматривается как *синдром предвосхищающего горя* (Э. Линдемманн).



ЗАДАЧИ ГОРЯ

Проходя по определенным стадиям переживания, горевание выполняет **ряд задач (по Г. Уайтеду)**:

1. Принять реальность потери.
2. Пережить боль потери. Боль высвобождается только через боль, а это значит, что непережитая боль потери рано или поздно все равно проявится в каких-либо симптомах, в частности в психосоматических.
3. Создать новую идентичность, то есть найти свое место в мире, в котором уже есть потери. Это значит, что человек должен пересмотреть свои взаимоотношения с умершим, найти для них новую форму и новое место внутри себя.
4. Перенести энергию с потери на другие аспекты жизни.

! Человек должен принять боль утраты. Он должен пересмотреть свои взаимоотношения с умершим и признать изменения своих собственных эмоциональных реакций. Он должен найти приемлемую форму своего дальнейшего отношения к умершему.

Многие авторы считают, что невозможно обозначить срок, на протяжении которого будет разворачиваться переживание утраты. ***Работу горя можно считать завершенной тогда, когда человек, переживший потерю, сделает все четыре шага, решит все четыре задачи горя.***

ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ У ДЕТЕЙ

У детей другие представления о жизни и смерти, не такие, как у взрослых. Как пишет С. Левин, «возможно, многие не боятся небытия потому, что совсем недавно пришли оттуда». Считается, что у детей до 2-х лет вообще нет никакого представления о смерти. Между двумя и шестью годами у них развивается представление о том, что умирают не навсегда (смерть как отъезд, сон, временное явление). В ранние школьные годы дети относятся к смерти как к чему-то внешнему: они персонифицируют ее либо с определенным лицом (например, приведением), либо идентифицируют с покойником. Часто дети в этом возрасте (5—7 лет) считают собственную смерть маловероятной; эта мысль приходит к ним позже, примерно к 8 годам.

Вместе с тем, дети, узнав о смерти родителя или близкого родственника, **проходят через те же стадии** — шок, отрицание, гнев, депрессия и отчаяние, чувство вины и постепенное принятие. Однако период острого горя у них обычно короче, чем у взрослых.

ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ У ДЕТЕЙ

Среди **особенностей поведения** детей, переживших утрату родителя, можно выделить следующие: ребенок плачет, надеется на возвращение родителя, иногда начинает его искать, иногда описывает яркое ощущение его присутствия, иногда злится из-за утраты и винит окружающих, иногда обвиняет умершего родителя или боится потерять выжившего.

Обычно родители стараются скрывать от детей свои чувства по поводу утраты. Это объясняется не столько тем, что родители не хотят расстраивать детей, сколько их собственным страхом перед интенсивностью детских эмоций. Однако скрывание факта смерти родителя или запрет на выражение чувств не принесет ничего, кроме патологических реакций, среди которых можно выделить:

- энурез, заикание, сонливость или бессонница, обкусывание ногтей, анорексия (отсутствие аппетита), галлюцинации;
- длительное неуправляемое поведение;
- острая чувствительность к разлуке;
- полное отсутствие каких-либо проявлений чувств;
- отсроченное переживание горя (актуализированное, например, каким-либо психотравмирующим или кризисным событием);
- депрессия.

ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ У ДЕТЕЙ

! Ребенку нужно быть включенным в переживания всей семьи, и его эмоции ни в коем случае не должны игнорироваться. Это самое основное правило, так как ребенок тоже должен отгоревать свою потерю. В процессе переживания ребенок приобретает опыт совладания с ситуациями потери в дальнейшей жизни.

В период горевания, особенно острого горя, ребенок должен чувствовать, что его по-прежнему любят и что он не будет отвергнут. В это время ему нужна поддержка и забота со стороны взрослых (родителя или психолога), их понимание, доверие, а также доступность контакта, чтобы в любое время ребенок мог поговорить о том, что его волнует или просто посидеть рядом и помолчать.

Как пишет А.Д. Андреева,
«невозможно дать рецепт по каждому отдельному случаю. Главное — исходить из потребности ребенка в любви и внимании к нему».



ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ У ДЕТЕЙ

При создании соответствующих условий работа горя у детей проходит так же, как и у взрослых. Благоприятными для детей условиями проживания горя являются следующие:

- Хорошие отношения с родителем до его смерти;
- Получение адекватной информации, откровенных ответов на вопросы ребенка;
- Участие в процессе оплакивания вместе со всей семьей;
- Хорошие отношения с оставшимся в живых родителем и уверенность в нерушимости этих отношений.

