

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО БРЯНСКИЙ ГАУ

ФАКУЛЬТЕТ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Агеенко Л.В.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАСТРОЙСТВА

Методические указания по выполнению
практической работы

Брянская область, 2018

УДК 159.944 (07)

ББК 88:52.5

А 23

Рассмотрена ЦМК общепрофессиональных
дисциплин факультета СПО

Протокол № 3 от «07» декабря 2017 г.

Председатель _____ О.А. Шлапакова

Агеенко, Л. В. Разработка программ реабилитации посттравматического стрессового расстройства: методические указания / Л. В. Агеенко. – Брянск: Изд-во Брянский ГАУ, 2018. – 16 с.

В методических указаниях приведены основные сведения о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), диагностических критериях ПТСР, формах ПТСР, направлениях реабилитации ПТСР, этапах профессиональной помощи, методах самопомощи, требования по выполнению практической работы по дисциплине Психология экстремальных ситуаций и предназначены для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования специальности 20.02.04 Пожарная безопасность.

Рецензент: доцент кафедры БЖД и ИЭ, к.т.н. Т.В. Панова.

© Брянский ГАУ, 2018

© Агеенко Л.В., 2018

Разработка программ реабилитации посттравматического стрессового расстройства

Цель работы: изучить диагностические критерии ПТСР, формы ПТСР, направления реабилитации ПТСР, этапы профессиональной помощи, методы самопомощи.

Содержание работы. Практическая работа выполняется обучающимися самостоятельно, но под контролем преподавателя, так как при выполнении задания у обучающихся должны быть правильно сформированы основные навыки. С этой целью ошибки, допущенные студентами при выполнении задания, должны быть сразу скорректированы и устранены.

Общие сведения. **Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** – это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации. Критерии диагностики ПТСР содержатся в международном диагностическом стандарте МКБ-10 – Международном классификаторе болезней. ПТСР отнесено к группе расстройств, связанных с нарушением адаптации и реакции на сильный стресс.

ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший травматическую ситуацию, может быть как жертвой происходящего, так и свидетелем страданий других лиц.

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

Изучение ПТСР началось с клинических наблюдений и анализа последствий влияния на человека экстремальных факторов, в основном военного стресса, последствий стихийных и антропогенных катастроф. Было выявлено, что последствия войн и катастроф не исчерпываются видимыми жертвами, есть также скрытые последствия - психическая травма, которая принимает форму патологического синдрома, называемого посттравматическим стрессовым расстройством.

Показатели распространенности ПТСР у лиц, переживших экстремальные ситуации, по данным исследований, колеблются от 10% (у свидетелей события) до 95% среди тяжело пострадавших. Эти цифры зависят от многих обстоятельств, в частности, от конкретной характеристики стрессогенного события, группы обследованных (свидетели, участники, пострадавшие или ликвидаторы), диагностической позиции исследователя и метода исследования.

Посттравматическое расстройство может появиться в любом возрасте, но, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще встречается у лиц молодого возраста.

Результаты исследований показывают, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными физиологическими и психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз, тревога, депрессия, склонность к су-

ицидальным мыслям или попыткам, медикаментозная, алкогольная или наркозависимость, психосоматические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы. У 50-100% пациентов с ПТСР имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у страдающих ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

Интенсивность психотравмирующей ситуации является фактором риска возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматическому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, хронический стресс.

Большое значение придается личностной уязвимости, способности индивидуума справиться с событием, которое расценивается как жизненная катастрофа.

1. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Критерий А. Человек когда-либо пережил *травматическое событие*, причем в отношении этого события обязательно должны выполняться следующие пункты:

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.

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 – вызывающее тяжелые эмоциональные переживания повторяющееся и навязчивое воспроизведение в памяти, как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений;

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», появляющиеся в полной потере связи с реальностью и возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в поведении, неадекватном текущей ситуации, но соответствующем ситуации травматизации.

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 (местность, звуки, запахи, тип лица человека и т.п.).

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 отдалённости от остальных людей.

6. Сниженная выраженность положительного аффекта (блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность»).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы).

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) – связаны с возможными кошмарами (избегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровождающимися навязчивые размышления и воспоминания о травме.

2. Повышенная, с трудом контролируемая раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания – в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи.

4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.

5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители – на любой резкий внезапный звук (выхлоп, выстрел, стук и т.п.) или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

Критерий E. 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.

2. Диагностические формы посттравматического стрессового расстройства

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

1. **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.

2. **Хроническое расстройство**: продолжительность проявления симптомов – свыше 6 месяцев.

3. **Отсроченное расстройство**: комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.

Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства. 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. Флэшбэки. Прошрое «не отпускает» человека: навязчиво и неотступно напоминает о том, «что было».

В памяти внезапно всплывают сцены, связанные с пережитым. Каждый намек, все, что может напомнить о том событии: запах, звук – как будто извлекают из глубин памяти картины и образы травматических событий. Сознание – как бы раздваивается: человек одновременно и в мирной обстановке, и там, где происходили события. Происходит ощущение эмоциональной зависимости, сужение сознания, ощущение «там и здесь». Эти неожиданные, «непрощенные» воспоминания могут длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов. И человек снова испытывает сильнейший стресс.

«Непрощенные» воспоминания приходят и во сне в виде ночных кошмаров, которые иногда воспроизводят травматическую ситуацию, и с такой же пугающей точностью человек во сне переживает собственные реакции на эту ситуацию. Он просыпается в холодном поту, задыхаясь, с сильно бьющимся сердцем, с напряженными мышцами, чувствуя себя совершенно разбитым. У человека возникают проблемы со сном, ему бывает трудно заснуть из-за неосознаваемого страха, иногда нарушения сна выглядят как постоянное раннее пробуждение, вследствие чего возникают усталость и апатия.

Повторяющиеся и насильно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли, представления. Впечатления, полученные во время чрезвычайного события, могут быть столь сильными, что их переживание будет продолжаться очень долго: часто бывают вспышки воспоминаний, когда повторяются чувства, которые человек испытывал во время или после события. Человек внезапно может начать чувствовать себя так, как если бы событие вновь происходило с ним. Повторяющиеся переживания могут быть очень тяжелыми и пугающими, но они в этой ситуации совершенно нормальны.

Повторяющиеся кошмарные сны о событии. Сны развиваются по двум сценариям.

1. Пострадавшему снятся кошмарные сновидения, в которых он вновь и вновь переживает произошедшее, но во сне он может видеть некий выход из ситуации.

2. Человек, переживший психотравмирующее событие, каждый день видит все новые и новые «фильмы ужасов», в которых его преследуют маньяки, он попадает в транспортные аварии, падает с высотных зданий, не может выбраться из подземелья и т.д.

Действия или чувства, соответствующие переживаниям во время травмы (иллюзии, галлюцинации, «вспышки воспоминаний»).

Спазмы в желудке, головные боли. Головные боли, спазмы в желудке – частые попутчики людей, переживших психотравмирующее событие. Спазмы в желудке часто возникают при появляющихся у пострадавших страхах.

Группа симптомов избегания. Еще одна группа симптомов проявляется в том, что травматический опыт вытесняется. Человек старается избегать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в ситуации, которые могли бы вызвать эти воспоминания, пытается делать все так, чтобы не вызвать их снова. Он упорно избегает всего, что может быть связано с травмой, становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило.

Выражено снижение интереса к тому, что раньше занимало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает. Проявляется чувство отстраненности и отчужденности от других, ощущение одиночества.

Становится трудно устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Многие перенесшие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости (эмоциональная притупленность). Реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема. Возникает депрессия, человек начинает чувствовать себя никчемным и отвергнутым, у него развивается неуверенность в себе, появляется реальное отчуждение от близких. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчаяния, человек утрачивает смысл существования. Возникает сильнейшая апатия, появляется чувство вины. Человек престаёт планировать свое будущее. Часто возрастает агрессивность. Возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обязательно применяется грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки

гнева, возникающие под влиянием алкогольного опьянения, маломотивированы и чаще всего превращаются в приступы яростного гнева.

Избегание мыслей, воспоминаний о пережитом, стремление не попадать в те ситуации, которые бы могли напомнить, вызвать эти воспоминания. Человек боится повторения сильных, разрушительных эмоций. Часто возникает агрессия, если кто-то пытается каким-либо способом проникнуть в воспоминания пострадавшего.

В обычной жизни пострадавший может казаться вполне благополучным человеком, но любой стимул (звук, запах, похожая ситуация, тень, мелькнувшая за плечом), возвращающий человека в критическую ситуацию, вызывает мгновенное оживление переживаний у пострадавшего. На защиту от этих переживаний пострадавшему требуется все больше и больше усилий. Вся психическая энергия человека уходит на это.

Нарушение памяти, концентрации внимания. Неспособность вспомнить важные эпизоды травмы, мест, людей.

Из практики известны случаи, когда человек «не может» вспомнить, как потом выясняется, наиболее травматичные моменты ситуации, которые всплывают в сознании лишь после направленного психотерапевтического вторжения.

Отстраненность, отдаленность от окружающего мира, отчуждение от других людей, ощущение одиночества («им меня не понять», «они этого не пережили»). Утрата способности устанавливать близкие отношения с окружающими людьми.

Труднее испытывать чувства любви, радости (эмоциональная притупленность), исчезают чувства творческого подъема.

От военнослужащих, прошедших горячие точки, можно услышать: «Я стал другим, я это чувствую. Но ничего не могу с собой поделать. Я не знаю, как сказать жене, что я ее люблю. Мне иногда кажется, что я и любить-то разучился. Я разучился жалеть. Мне трудно как выражать самому, так и принимать любые проявления нежности, даже если это связано с моими детьми».

Стрессы и напряжения, возникающие в обычной жизни, могут становиться непереносимыми для тех, кто прошел травматический инцидент. Они стараются избегать близких контактов с родными, друзьями и коллегами, что зачастую ведет к добавлению личных проблем. Трудности во взаимоотношениях со временем усиливаются наряду с нарастанием ощущения, что «никто не может понять, через что я прошел».

Такое ложное представление является главным препятствием для просьбы о помощи и поддержке, именно окружающие могут стать источником восстановления комфортного состояния во время кризиса.

Изменение представлений о мире, чувство укороченности будущего.

Результаты, полученные на материале изучения ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС, показали, что ветераны с ПТСР испытывают острое чувство неопределенности, дискомфорта, разочарования, однако сохраняют надежды и способность представлять и планировать свое будущее.

При исследовании ПТСР ликвидаторов аварии на ЧАЭС, были отмечены некоторые особенности: независимо от степени травматизации, травматическая

ситуация пролонгирована в будущее, так как связана с угрозой здоровью или жизни, что вызывает сильную эмоциональную реакцию: чувства безнадежности, одиночества, непреходящее ощущение несчастья.

Под воздействием травматической ситуации человек испытывает ужас, порожденный окружающим миром и собственной беспомощностью в нем - существовавшие ранее убеждения разрушаются, приводя личность в состояние дезинтеграции.

В обычной жизни у нас есть психологическая защита, позволяющая существовать бок о бок с мыслью, что в один прекрасный момент для нас все будет кончено, которые могут выступать в виде иллюзий.

Иллюзия собственного бессмертия заключается в следующем: «Я знаю, что все люди рано или поздно должны умереть, но когда дело дойдет до меня – я уж как-нибудь выкручусь. К тому времени, может быть, изобретут эликсир бессмертия». Иными словами: «Все, только не я».

Первое же столкновение с травматической ситуацией ставит человека лицом к лицу с реальностью. Впервые человек вынужден признать, что может умереть. Для большинства такое откровение способно кардинально поменять образ мира, который из уютного и защищенного превращается в мир роковых случайностей, продуваемый всеми ветрами.

Иллюзия справедливости гласит: «каждый получает по заслугам». Один из ее вариантов: «Если я буду делать добро людям, то оно вернется ко мне». Попадание в травматическую ситуацию сразу же показывает со всей очевидностью неправильность, нереальность иллюзии о справедливости устройства мира.

Иллюзия простоты устройства мира гласит: 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. Чем более зрелой становится личность, тем больше она начинает соглашаться с фразой, которую часто можно услышать от много повидавших людей: «В жизни все очень сложно, чем больше живу, тем меньше понимаю».

Разрушение базовых иллюзий – момент, болезненный для любого человека. И очень важно, что последует за этим. Если человек сможет выйти из мира удобных иллюзий, в мир опасный, но реальный, значит, он повзрослел, как личность. Если же он не смог преодолеть этот барьер, то, или делает вывод, что мир ужасен, или же строит другие иллюзии.

Преодоление базовой иллюзии могло бы выступить в таком варианте: «Все, что мы делаем, мы делаем, прежде всего, для себя. И даже если это может показаться бессмысленным, мы должны делать это, просто чтобы оставаться людьми».

Человек становится старше, иным, не таким как «до...». Может появляться чувство опустошенности будущего: в чем смысл дальнейшей жизни? Жизни, в которой все уже было, а сегодня только пустота и разочарование. Представления прошлого часто идеализируются.

Чувство вины. У человека, пережившего травматическое событие, вместо чувства облегчения оттого, что он спасся, часто возникает чувство вины. У него

могут возникнуть сомнения, мог ли он сделать больше, чтобы помочь близким. Он может постоянно спрашивать себя, чем он заслужил то, что выжил, почему другие люди не были столь удачливы.

Группа симптомов физиологической гиперактивации. Проявляется в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства».

Сверхбдительность выражается в том, что человек пристально смотрит вокруг, словно ему угрожает опасность. Однако опасность здесь не столько внешняя, сколько внутренняя, она не позволяет расслабиться, отдохнуть.

Преувеличенное реагирование: при малейшем раздражении, стуке, шуме человек громко кричит, бросается бежать и т.д. Были случаи, когда при остаточных, более слабых толчках землетрясения люди бросались из окон, разбивались насмерть, хотя эти толчки не были опасны.

Повышается раздражительность, нетерпимость в обычных бытовых вопросах, часто возникает неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, сопровождаемая угрозами, иногда не только на словах. Со всем незначительное событие может вызвать интенсивное чувство злости. Возникает ощущение, что человек не похож на самого себя. Родные, друзья и коллеги могут замечать некоторые перемены в характере человека. Более постоянный гнев человек может переживать по поводу несправедливости и бессмысленности происшедшего или против тех, кто, как ему кажется, был причиной того, что случилось.

Возрастает агрессивность. Возрастает стремление решать все жизненные проблемы с помощью силового давления. Применяется и грубая физическая сила, и речевая агрессивность. Возникают вспышки гнева.

Повышается употребление алкоголя. Чем больше происходит обесценивание идей, за которые воевали участники боевых действий, принижение значимости событий тех боев, обвинение в грехах, которые они не совершали, возложение ответственности за действия правительства, тем чаще у них возникают проблемы с алкоголем, наркотиками.

Отношения в семье. Состояние человека с симптомами ПТСР не может не сказаться на окружающих его близких людях. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на межличностное взаимодействие, функционирование семьи в целом.

Сниженный уровень положительных эмоций, их «выгорание», «блокада» становится для тех, кто страдает ПТСР, неотъемлемой частью повседневного бытия. В результате резко снижается уровень активности и пропадает желание вообще заниматься какими-либо делами. Как следствие этих процессов сужается круг общения в целом, возникает ощущение собственной отделенности, отстраненности от окружающих близких людей, что влияет на взаимоотношения и часто приводит к супружеским конфликтам, разводам.

3. Основные направления реабилитации (ПТСР)

Существует много направлений и методов, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР. А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Р. Гордеева выделяют четыре направления методов:

1. *Образовательное направление* включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность осуществлять контроль за своим состоянием, выбирать средства и методы, которыми можно добиться выздоровления.

2. *Холистическое направление* - область целостного отношения к здоровью. Специалисты по формированию здорового образа жизни отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого. Врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активизирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. *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).

3. *Социальное направление*. Сюда можно включить развитие сети самопомощи, формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР. Очень важна оценка социальных навыков, их тренировка, уменьшение иррациональных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений. К этой категории относятся и 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.

Из методов самопомощи приведем приемы, ведущих к ослаблению нежелательных реакций:

- уделяйте здоровью больше времени, чем прежде;
- соблюдайте режим труда и отдыха, правильно питайтесь, занимайтесь спортом;
- уделяйте больше внимания эмоциональному комфорту и времени на те дела, которые особенно приятны;
- не избегайте общения. Нужно чаще находиться среди людей, быть полезным другим. Активная социальная жизнь поможет ощутить душевный комфорт.

- не следует ожидать, что воспоминания уйдут сами по себе. Чувства останутся и будут беспокоить в течение длительного времени. Вот почему важно иметь возможность поговорить по душам.

Если проявления посттравматического стрессового расстройства вы видите у близкого человека, то в этой ситуации можно помочь ему, соблюдая правила:

1. Постарайтесь создавать условия для «задушевного» разговора. Это необходимо для того, чтобы дать негативным чувствам и переживаниям выйти наружу. Иногда мы боимся говорить с человеком о травмирующих событиях, которые произошли в его жизни, нам кажется, что это затронет его чувства, в то время как сам человек сам хочет выговориться. Но нельзя давить на человека, если он не хочет говорить.

2. Будьте готовы к сильным эмоциональным реакциям человека, если вам удалось завести «задушевный разговор». Помните, что та «душевная боль» или агрессия, которую человек может «изливать» в вашем присутствии, к вам не имеет отношения. Вы просто помогаете человеку освободиться от нее.

3. «Не отталкивайте» человека, даже если он «отталкивает» вас. Продолжайте оказывать ему поддержку и выражать свою любовь. Принимайте человека таким, какой он есть.

4. Важно создать вокруг человека спокойную, принимающую атмосферу, не создавая при этом особых условий из-за того, что он перенес травму, поскольку многих людей это заставляет чувствовать себя неполноценными, обижает их, иначе человек не научится жить в новых условиях, а навсегда останется «жертвой обстоятельств».

Эти меры могут ослабить проявление проблемы, но не помогут преодолеть посттравматическое стрессовое расстройство, поэтому обращение к специалисту необходимо.

4. Этапы профессиональной помощи

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.

Второй этап – это 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).

Третий этап – начало работы над проблемой. На этом этапе самым важным совместным достижением специалиста и клиента является создание, расширение и укрепление тех психологических ресурсов, которые помогут справиться с травматическим опытом. Для того чтобы справиться с психологической трав-

мой, нужны психологические, душевные силы; подготовка, «выращивание» этих сил определяет успешность дальнейших коррекционных мероприятий.

Четвертый этап – проработка травматического опыта. Эта стадия работы начинается тогда, когда накоплены силы и человек уже готов встретиться с воспоминаниями, переживаниями того события, которое вызвало психологическую проблему. Человек на этом этапе переживает и принимает травмирующую ситуацию. Когда мы употребляем слово «пережить», мы предполагаем, что это событие становится частью личного опыта человека, в то время как посттравматическое стрессовое расстройство предполагает, что психологически для человека эта ситуация является настоящим. Поэтому переживание травматического опыта является неотъемлемым этапом выздоровления.

Психологическая травма, полученная человеком, становится частью личного прошлого. Люди осознают, что дала им эта ситуация, чему она научила – «благодаря этой ситуации я стал сильным», «эта ситуация показала, что у меня есть настоящие друзья» и т.д.

Последним в психологической коррекции посттравматического расстройства является этап, который специалисты 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.

В этот период человек обсуждает со специалистом изменения, которые происходят в его жизни в связи с работой над травмой. Таким образом, происходит проверка того, насколько человек справился с посттравматическим стрессовым расстройством, проверкой, которую устраивает сама жизнь.

Содержание отчета:

1. Законспектировать сведения о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), диагностических критериях ПТСР, формах ПТСР, направлениях реабилитации ПТСР, этапах профессиональной помощи, методах самопомощи

Контрольные вопросы

1. Дайте определение травматического стресса.
2. Факторы риска возникновения ПТСР относятся:
3. К какой группе симптомов ПТСР относятся характеристики: повторные, навязчивые, негативные воспоминания о событии; связанные с событием сны; переживание нового стресса при событиях, напоминающих или символизирующих пережитую травму; внезапные поступки и чувства, как если бы пережитое событие происходило сейчас:
4. К какой группе симптомов ПТСР относятся характеристики: невозможность вспомнить детали происшедшего события; чувство отстраненности,

отчужденности от других людей; избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с происшедшим событием; потеря доступа к ресурсам прошлого; обеднение чувств; отсутствие ориентации на дальнейшее будущее:

5. К какой группе симптомов ПТСР относятся следующие характеристики: повышенная раздражительность, наличие взрывных реакций; любые нарушения сна; трудности концентрации внимания; депрессивные состояния; сверхбдительность, связанная с отсутствием чувства безопасности:

6. Назовите этапы переживания травматической ситуации.

7. Профилактика ПТСР.

8. Оказание психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

Литература

1. Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособие / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. Изд-во «Смысл», 2007.
2. Кекелидзе З.И. Психические расстройства, возникающие при ЧС // Психиатрия чрезвычайных ситуаций: руководство в 2 т. / под ред. Т.Е. Дмитриевой. Т. 1. М., 2004. С. 182-222.
3. Крюкова М.А., Никитина Т.Н., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: практическое пособие. М.: НЦ ЭНАС, 2001.
4. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Московского ун-та, 1993.
5. Методические рекомендации по оценке психологической готовности спасателей к действиям в экстремальных условиях. М.: ФЦ ВНИИ ГОЧС, 2003.
6. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и реабилитация: методическое руководство. Ч. 1. / сост. Т.Ю. Матафонова, М.В. Павлова, К.В. Засыпкина. МЧС России, 2006.
7. Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. Минск: Харвест, 2000.

Учебное издание

Агеенко Людмила Валерьевна

**Разработка программ реабилитации посттравматического
стрессового расстройства**

Методические указания по выполнению
практической работы

Редактор Осипова Е.Н.

Подписано к печати 01.02.2018 г. Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная. Усл. п. л. 0,93. Тираж 25 экз. Изд. №5475.

Издательство Брянского государственного аграрного университета.
243365 Брянская обл., Выгоничский район, с. Кокино, Брянский ГАУ.