Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические основы посттравматических стрессовых расстройств

1.1 Причины посттравматических стрессовых расстройств

1.2 Симптомы посттравматического стрессового расстройства

Глава 2. Коррекция посттравматических стрессовых расстройств

.1 Методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств

.2 Психотерапевтические направления помощи на этапах переживания стрессовых расстройств

Заключение

Список используемой литературы

Введение

Актуальность темы. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Клиническая типология и классификация посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), связанного с последствиями тяжелой психической травмы, продолжают уточняться. В эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и эксвоеннопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия. В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

Помимо тяжести стрессорного фактора важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют не только особенности преморбида (незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции), но также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматофилии (удерживание травматического опыта). В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Предрасполагающим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи.

Изучение ПТСР в последнее время становится очень актуальным, так как постоянно растет число катастроф, войн, природных бедствий в мире, что приводит к многочисленным жертвам и разрушениям. Поэтому важно исследовать данный вид расстройств и пути преодоления психических нарушений вследствие травматического стресса.

Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.

Систематически этими расстройствами первоначально вынуждены были заниматься военные психиатры. Первой психиатрическое описание (DaCosta, 1871) восходит к наблюдениям боевых действий времен гражданской войны в Америке. Состояние обозначалось тогда как "солдатское сердце" - основное внимание привлекали кардиологические симптомы. Во время первой мировой войны его называли снарядным шоком" - предполагалось, что оно является следствием черепно-мозговой травмы в результате артиллерийского обстрела. Богатый материал был получен во время второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, а также выживших после атомной бомбардировки японских городов. В послевоенные годы материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени. Так сформировались представления не только об острой реакции на стресс, но и о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), социально-стрессовом расстройстве (ССР), транзиторных ситуативных расстройствах и нарушениях адаптации - патологических реакциях на то, что в быту называется личным несчастьем.

Степень научной разработанности. Проблема изучения негативных психических состояний и их влияния на поведение человека рассматривалась главным образом в периоды пред-, пост- и собственно экстремальной ситуации с позиций общей психологии Л.П. Гримаком, В .И. Пановым, А.О. Прохоровым; в психофизиологии -Ю.А. Александровским, Г. Селье.

В России исследования ПТСС проводились у ветеранов войны в Афганистане и сотрудников правоохранительных органов, выполнявших служебно-боевые задачи на территории Северо-Кавказского региона, М.Ш. Магомед-Эминовым, А.В. Кокуриным.

Цель курсовой работы: изучить психотерапию посттравматического стрессового расстройства.

Объект курсовой работы: посттравматическое стрессовое расстройство.

Предмет курсовой работы: психотерапия посттравматических стрессовых расстройств.

Задачи исследования: 1. изучить причины посттравматических стрессовых расстройств;

2. рассмотреть симптомы посттравматических стрессовых расстройств;

3. определить методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств;

. рассмотреть психотерапевтические направления помощи на этапах переживания посттравматических стрессовых расстройств;

Глава 1. Теоретические основы посттравматических стрессовых расстройств

.1 Причины посттравматических стрессовых расстройств

Последствия психологических травм, особенно с социальным компонентом, известны с давних времен. Как при всяком стрессе, они могут быть положительными, т. е. полезными или даже приятными (эустрессовыми), и отрицательными - это эмоционально-психические и психосоматические расстройства. Положительные последствия некоторых психотравм используются в медицинской практике (шоковая терапия и т. п.) и для психологической реакреации (экстремальный спорт и др.). Однако они не выделены в единый синдром. А вот отрицательные последствия психотравм всегда были объектом внимательного изучения.

Причиной посттравматического стресса может оказаться и «травма нынешней жизнью». Это бывает у человека, который адаптировался, привык к одним условиям существования. Но вот он оказывается в совершенно иной обстановке, казалось бы, более легкой, чем та, к которой он привык. Такая новая нынешняя жизнь может стать нетерпимой, психотравмирующей. И, как болезненная защита от нее, формируется посттравматический стресс, хотя в таких случаях это название не вполне корректно, т. к. психику уязвляет не предшествующая, а текущая травматизация.

Действительность может травмировать психику не только своей нетерпимой новизной, необычностью, но и психологическими невзгодами. Посттравматический стресс может оказаться своеобразным ускользанием от травм, наносимых реальностью.

Возможны разные формы патологического развития ПТСР: преимущественная - психосоматизация заболевания, либо наиболее заметным становится регресс психики, или же начинает проявляться диссоциация сознания и подсознания.

. Психосоматические расстройства актуализируются как:

а) «уничтожение» болезненным процессом внутри организма локусов, пораженных, якобы «захваченных» гипотетическим врагом. Тогда страдают отдельные органы и физиологические системы; б) «уничтожение» психосоматическим заболеванием субъекта (самого себя), как поля, где развивается мучительный стресс (с его неразрешимыми проблемами). Возникает тотальное, губительное расстройство организма, т. е. невольный психосоматический «суицид».

. Стойкий регресс психики из-за ПТСР можно рассматривать, как «уход» от понимания и переживания неустранимых (незабываемых) последствий психотравмы. Так могут возникать:

а) инфантилизация, возврат к детскому сознанию, еще не понимающему и потому не переживающему в полной мере мучительной психотравмы;

б) дебилизация, т. е. «уничтожение» психических потенций субъекта, как «чувствилища» и «переживалища» мучений стресса;

. Диссоциация (расщепление, разведение) сознания и подсознания может происходить как формирование психического «аварийного клапана», либо «защитного убежища»:

а) возникновение такого «аварийного клапана» происходит для выпускания накапливающегося дискомфортного психического перенапряжения. Его источник - все еще не излеченная (не забытая, не зажившая) психотравма. Диссоциация продуцирует приступы доминирования («властвования») подсознания над сознанием. Тогда подавляются осознаваемые нормы поведения, этические ограничения, традиционные запреты. Такие приступы проявляются как необузданные крики, скандалы, агрессия и т. п. Это как бы борьба против образа врага, причинившего некогда психотравму;

б) приступы самоагрессии (попытки суицида), тоже как борьба с таким «врагом» внутри себя самого;

в) периодический уход, прятание себя в «защищенный мир» подсознательных образов, представлений, переживаний. Это припадки благодушия, не адекватного реальной действительности, либо экстаза, либо летаргической дремотности;

г) «проваливания» человека в хранящиеся в подсознании яркие образы событий, травмировавших его психику когда-то: припадки страха, приступы боязни окружающих людей, тревоги перед текущими или предстоящими событиями.

Глубоко зашедшая диссоциация без возможности вытеснения последствий психотравмы создает «дробление» личности с формированием множественности характеров в одном человеке.

Таким образом, травмирующие психологические эффекты могут быть вызваны природными катастрофами, военными действиями, изнасилованием, террористическими актами и сопутствующими действиями (пытки, насилие, взятие в заложники), а также смертью близких пациенту людей либо тяжелой и длительной болезнью. Во всех перечисленных случаях психологический шок является очень тяжелым и приводит к появлению у человека чувства сильного страха или ужаса и ощущения беспомощности.

.2 Симптомы посттравматического стрессового расстройства

При всяком внезапном остром стрессе, даже очень интенсивном, нельзя предугадать, станет ли он в дальнейшем причиной ПТСР, т. е. будет ли продолжаться стрессовое расстройство, когда уже не будет психотравмирующего стрессора. Таким образом, ПТСР имеет две существенные особенности, отличающие его от обычного стресса.

Первая состоит в том, что психологические, физиологические и социально-психологические расстройства продолжаются после устранения стрессора, когда вокруг человека, ранее психотравмированного, уже спокойная, привычная жизнь.

Вторая особенность - это то, что ПТСР может возникать спустя несколько месяцев, даже лет, после пережитой психотравмы, т. е. когда стрессовое состояние, возникшее из-за нее, казалось бы, давно закончилось.

Различают разные виды ПТСР:

острое его развитие с яркими проявлениями, продолжающееся не больше трех месяцев;

хроническое, продолжающееся больше трех месяцев;

отсроченное, когда проявление заболевания возникает спустя месяцы и годы после психологической травмы и вызванного ею давно закончившегося острого стресса;

без ярких проявлений, но с деформацией характера, самочувствия и поведения человека, изменяющих его жизнь: его склонности, пристрастия и, соответственно, отношение к нему окружающих людей, когда изменение личности сказывается на всем образе его существования;

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), как и другие формы стресса, имеет активные и пассивные проявления. Активные - это неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмировавшее событие и многое другое. Пассивные проявления ПТСР т. е. уклонение от напоминания о травме: разговоров и мест, связанных с ней, блокировка эмоциональных реакций, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от проиходящего вокруг и др. В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы они могут перемежаться.

Исследователи психических болезней стресса и Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) упоминают большой ряд условий возникновения ПТСР и его симптомов:

человек пережил событие, угрожающее жизни;

реакция в виде страха, ужаса, беспомощности;

навязчивые воспоминания о событии;

сны о пережитом событии;

действия или ощущения, воссоздающие пережитое;

психологическое напряжение при напоминании о травмирующих событиях;

избегание разговоров, связанных с травмой;

избегание мест и людей, связанных с травмой;

запамятование аспектов травмы;

снижение интереса к значимой деятельности;

чувство отчуждения от окружающих;

неспособность испытывать любовь;

неспособность ориентироваться на перспективу;

трудности при засыпании;

раздражительность или вспышки гнева;

трудности концентрации внимания;

сверхнастороженность;

усиленная реакция на испуг;

стойкое психическое напряжение;

Наличие у человека одновременно шести или более из этих симптомов позволяют диагностировать развернутый синдром ПТСР. Если выявлены пять или меньше симптомов, то это свидетельствует о компонентах ПТСР как последствии психологического травмирования.

Для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характерно постоянное чувство тревоги, частые навязчивые воспоминания о пережитых событиях, неспособность к поддержанию адекватных контактов с близкими. Такие больные предпочитают общаться с бывшими комбатантами. Они начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, быстро теряют социальную адаптацию, нередко совершают самоубийства.

Многообразие посттравматического стресса, т. е. его многочисленные проявления можно свести к двум видам навязчивости, они могут сочетаться. Более заметна - «навязчивость прошлого». Другим основанием посттравматического стресса является «навязчивость будущего», т. е. не вполне осознаваемое, часто беспричинное предвиденье психотравмирующих событий, аналогичных тем, что были.

Наиболее важным симптомом, дающим право говорить о наличии ПТСР, - по мнению известного американского психолога Б. Колодзина, бывают «непрошенные воспоминания». В памяти человека внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, когда-то травмировавшие душу. Из-за малейшего напоминания (звука, запаха, соответствующих ситуации и пр.) яркие образы прошлого обрушиваются на психику. Главное отличие их от обычных воспоминаний в том, что посттравматические воспоминания сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Особая форма «непрошенных воспоминаний» - галлюцинаторные переживания. При них воспоминания о случившемся, не управляемые сознанием, навязчиво и очень ярко проходят перед взором бодрствующего человека, так что события текущей реальности отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. И человек склонен чувствовать, думать, действовать так же, как он вел себя во время той страшной или постыдной ситуации, которую не может забыть. Галлюцинаторные посттравматические переживания провоцируются наркотиками и алкоголем, но бывают и без них. Психотерапия избавляет от этой навязчивости прошлого.

Ночные кошмары у людей, страдающих от ПТСР, так же можно рассматривать как «непрошенные воспоминания». Жуткие сновидения бывают двух типов. Первые с точностью видеозаписи воспроизводят травмировавшее событие. Перед тем, как оно приснилось первый раз, человек его совершенно не помнит, вместо него провал в памяти. Но вот оно поднялось во сне из памяти, мучает потом и во снах, и помнится наяву. Кошмарные сны второго типа не связаны с реальностью. И обстановка, и персонажи в них могут сменяться раз от раза. Однако методами психоанализа можно обнаружить их связь с психотравмой.

Навязчивость прошлого, напоминающая о себе в снах, как замечает Б. Колодзин, - самый пугающий симптом посттравматического стресса. Бывает, человек мечется во сне, сонный выкрикивает угрозы или мольбы и просыпается усталый, как после борьбы, но не помнит сна, это тоже напоминания о прошлой психологической травме, болезненно хранящиеся в памяти. Навязчивое психотравмирующее прошлое раскрепощается во время сна, вызывая бессонницу. Человек страшится кошмаров и не может заснуть. Ночные кошмары и пробуждения из-за сновидений, которые каждый раз создают новые психотравмы. Может возникать особая форма ПТСР - просоночный стресс. Либо его агрессивная форма с опасностью суицида, или гиперактивная с неконтролируемой агрессивной жестокостью.

С позиции современной сомнологии (науки о сне) не вполне понятен следующий феномен, нередко оказывающийся причиной суицида, людей, переживающих ПТСР. Их самочувствие днем во время работы, отдыха, общения, казалось бы, ничем не омрачены. Однако, они просыпаются под утро еще затемно из-за чувства теснения в груди и дрожи во всем теле, с частым сердцебиением и с невыносимо горестным ощущением себя негодяем или человеком, ни на что не годным и потому недостойным жить. Проснувшись, они отчетливо помнят, что сновидение, прерванное пробуждением, было эмоционально-индифферентным, не содержало никаких страшных, угнетающих и даже просто неприятных сцен, следовательно, не сновидение, а иной процесс, идущий одновременно с ним, создает мучительный дискомфорт у пробудившегося от сна человека. В поисках избавления от мучительного, безнадежного горя, от непереносимо тягостного ощущения, заполняющего грудь, человек в таком просоночном состоянии подвержен риску самоубийства, если рядом нет никого заботливо успокаивающего. Приступы такого мучительно горестного отчаяния бывают, когда у людей, занимающихся творческим трудом, возникает интеллектуальное изнурение, но нет условий для рекреации.

Память о прошлом часто терзает психику человека, пережившего смерть близких ему людей. Это может быть из-за не вполне осознаваемого отождествления себя с безвременно умершим. Горе его смерти и то, что оставшийся жить лишен полноты прошлой жизни, когда было общение с усопшим, разрушает целостность «Я», ломает привычное самосознание продолжающего жить. Возникает особая форма посттравматического стресса, называемая «работой горя». Даже без психотерапии должно наступать исцеление не позже, чем через год. Если горе не затихает, то надо специализированно лечить человека.

Гибель в бою сослуживцев соратников нередко создает посттравматический стресс, при котором ведущим симптомом становится чувство вины выжившего в боях. Это особая форма горя. Оно побуждает одних ветеранов избегать любых напоминаний о войне и о погибших. Другие, напротив, стараясь уменьшить свое горе, почитают погибших, славят их, ставят памятники им, поют песни от их имени и тем самым как бы делают их участниками ныне идущей жизни.

«Непризнание обществом доблести погибших в боях резко усиливает посттравматический стресс у выживших и вернувшихся с войны ветеранов. Это утяжеляет чувство "вины выжившего" и может побуждать к суициду. После вьетнамской войны самоубийством закончили жизнь в три раза больше вернувшихся с нее солдат, чем погибло в боях во Вьетнаме. Американские психологи пытались объяснить: "Смерть догнала тех, кто приехал с войны с покалеченной на фронте душой". Это не так. В большинстве вернулись нормальные парни, осознавшие свою силу, способность жить энергичней, интенсивней других, успокоенных в мирном довольстве. Рутинно процветающая Америка не приняла их, "не востребовала" их фронтового задора. У вьетнамских ветеранов возникал "вторичный послевоенный синдром", добровольно уходя из жизни, они присоединялись к погибшим на фронте друзьям, героям, не признанным обществом, оставались верными фронтовому братству».

Замечено, что после дорожно транспортных происшествий (ДТП) ПТСР интенсивней и дольше у виновников ДТП, чем у «безвинно» пострадавших, ПТСР усилено чувством вины. Однако это проявляется заметнее у людей с врожденной либо с «воспитанной» склонностью к переживанию чувства вины. Комплекс виновности может повышать виктимность человека, т. е. вероятность стать жертвой неблагоприятных и даже трагических обстоятельств. У некоторых таких людей новые трагедии, как «оплата» своей вины, уменьшают выраженность симптомов ПТСР. Однако, и комплекс вины, и виктимность могут многократно восстанавливаться, «всплывая» из эмоциональной памяти.

При ПТСР в сложнейших механизмах памяти включаются процессы, препятствующие «всплыванию» тягостных, жутких воспоминаний. Эти препятствия часто не очень избирательны и могут создавать разные нарушения памяти.

Особым симптомом посттравматического стресса бывают приступы неспособности концентрировать внимание на текущих событиях, на решении актуальных задач. Надо полагать, навязчивая память о прошлом «оттягивает» на себя внимание, когда что-то в текущий момент напоминает о былой психотравме.

В постоянно опасной, боевой обстановке выживают те, кто своевременно оказывался готовым отразить угрозу, т. е. те, кто бдителен. Это особое боевое состояние напряженной бодрости без экстаза, поначалу радостное или испуганное затем перерастающее в уверенность в себе с концентрацией внимания на текущем моменте. Возвратившись в мирную жизнь, боевой ветеран еще долго «оснащен» боевой бдительностью. Но в обыденной обстановке она нередко оказывается неуместной. Поведение такого ветерана кажется окружающим людям странным из-за его немотивированной бдительности. А он постоянно следит за всем вокруг, будто ему угрожает опасность.

Хуже если он не только готов заметить ее, не только готов отразить опасность, но сразу проявляет агрессивность, не дожидаясь активных действий против себя, т. е. при их малейшей вероятности. Плохо, когда человек агрессивен при кажущейся конфронтации окружающих людей. Из-за немотивированной бдительности многое может показаться ему угрожающим без реальных причин

Болезненным проявлением посттравматического стресса бывают приступы ярости. Не неумение сдерживать свой гнев, а взрывы необузданной злости: ругань, драка, попытки убийства.

Такие приступы более вероятны после приема наркотических веществ и, особенно, алкоголя.

Под навязчивым давлением ожидания будущих опасностей психика человека, у которого посттравматический стресс, вырабатывает особые механизмы предотвращения болезненных переживаний при будущих трагедиях. Такой человек невольно избегает тесных эмоциональных контактов, чтобы потом не горевать об утрате; избегает ответственности за кого-то и за что-то.

Сложнейший процесс взаимовлияний навязчивых представлений о прошедших и предстоящих ужасах и невзгодах может мобилизовать волю и сознание, но может и обессилить их. Одним из проявлений последнего бывает депрессия. «В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствует нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни». Обессиливая человека, лишая его воли к защитным действиям, депрессия предотвращает неадекватную агрессивность, адресуемую против других людей и против себя самого. Однако свойственные посттравматическому стрессовому состоянию безответственная ярость и «воля к суициду», накапливаясь под покровом депрессии, могут вырываться как яростная месть или как тайное мщение. Объектом такой посттравматической мнительности могут стать люди, «замещающие» в сознании мстителя истинных виновников его психологической травматизации.

Таким образом, симптомы посттравматического стрессового расстройства включают: проблемы, регулирующие чувства, которые могут закончиться мыслями о самоубийстве, вспышки гнева или пассивное энергичное поведение; тенденции разобщенности или деперсонализации; устойчивое чувство беспомощности, стыда или вины; и серьезное изменение в тех вещах, которые имеют огромное значение для людей, например, потеря духовной веры, постоянное чувство беспомощности или отчаяния.

коррекция посттравматический стрессовый расстройство

Глава 2. Коррекция посттравматических стрессовых расстройств

.1 Методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории: образовательная, ценностное отношение к здоровью, социальная поддержка, психологическая помощь .

1. Образовательная категория. Пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Создание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность надеяться на то, что при обращении к специалисту их страдания будут поняты, и они получат поддержку и помощь.

2. Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма. Предполагает относиться к человеку как единому целому. Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическая активность, правильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Человек заслуживает того, чтобы к нему относились к единому целому.

. Социальная поддержка. Для выхода человека из состояния посттравматическое стресса, имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события - все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует отнести наличие сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.

. Собственно психологическая помощь. Психологическая помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы травматическим образами и многие индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место в системе психологической помощи занимают специально созданные методы. Это, прежде всего Психологический дебрифинг - форма кризисной интервенции, применяемый сразу после кризисного события в групповой форме и психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

Система психокоррекционных мер должна быть комплексной, дифференцированной и этапной .

На предварительном этапе работы были сформулированы базовые принципы психологического вмешательства, которые определили выбор конкретных психокоррекционных методов и техник:

Признание всех реакций комбатанта на психотравму нормальными, обеспечивающими адаптацию к экстремальным воздействиям внешней среды.

При работе с комбатантами использование модели психотерапевтического альянса, предполагающей отношения эмпатии, терапевтической поддержки и партнерства с акцентом на формирование у клиента чувства ответственности за успех проводимого психологического вмешательства.

Обеспечение индивидуальной переоценки травматического опыта и его интеграция в общую систему ценностей и смыслов клиента. Нахождение нового смысла травмы:

на уровне поведения и возможностей;

на уровне ценностей дружбы;

на уровне ценностей долга и чести.

Нормализация психозащитного поведения комбатантов, активизация адекватных эго защитных механизмов высшего уровня.

Ориентация на выявление реальных и потенциальных ресурсов комбатантов.

Выработка ощущения «контроля над травмой» как общая стратегия психокоррекции, разрушение атрибуций пассивности и жертвенности.

Использование метода полуструктурированного интервью имеет ряд преимуществ и, по сравнению с анкетами, заполняемыми письменно, увеличивает точность измерения, поскольку именно непосредственное общение между психологом и испытуемым во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия. Вообще, дети имеют тенденцию отвечать более точно, когда психолог задает соответствующие вопросы исследования и когда они могут задавать ему вопросы, если возникает неясность в понимании какого-либо пункта. Интервьюирование детей является более эффективным по сравнению с анализом данных, полученных от родителей (опекунов), преподавателей, воспитателей и других взрослых, поскольку эти данные зачастую касаются только видимых проявлений травматической реакции. Более того, взрослые сами могут быть соучастниками травматической ситуации и поэтому зачастую скрывают или преуменьшают травматическую симптоматологию. Кроме того, следует отметить, что, по мнению некоторых исследователей, индивидуальные интервью с детьми, пережившими травматические случаи, могут иметь терапевтическое влияние.

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

Таким образом, существует большое количество методов коррекции, которые позволяют точно определить причину и длительность посттравматического стрессового расстройства.

.2 Психотерапевтические направления помощи на этапах переживания стрессовых расстройств

В психиатрическом направлении выделяются несколько этапов при оказании психотерапевтической помощи в связи с переживанием утраты.

1. Установление контакта. На этом этапе важно определить мотивацию клиента, его заинтересованность в результатах терапии, позитивное или негативное отношение к помощи вообще и к терапевту, в частности. В этой связи следует отметить, что те пациенты, у которых утрата произошла сравнительно недавно достаточно легко идут на установление контакта, имеют сильную мотивацию на работу, просят выделить им дополнительное время, что повидимому объясняется тяжестью состояния. Та же группа больных, у кого утрата произошла давно, часто настолько привыкают к своему состоянию, что выраженного запроса на помощь не предъявляют. Некоторые из них идут на контакт достаточно настороженно, демонстрируют выраженное сопротивление, часто обесценивают любые попытки психологической помощи. Этот феномен может быть обусловлен как появлением вторичных выгод от болезни, так и, часто неосознанным, но глубоким ощущением враждебности окружающего мира, чувством безнадежности и уверенностью, что никто им помочь не сможет. Поэтому, установление контакта с этой группой больных следует начинать именно с попыток формирования положительной установки на работу с психологом, психотерапевтом, создания мотивации на выздоровление. Эта задача может быть выполнена путем разъяснения, в чем заключается психологическая помощь, разграничения задач медикаментозной коррекции и психотерапии, проговаривании опасений и тревог со стороны пациентов.

2. «Работа горя» как жизненный этап. На первых же психокоррекционных сессиях бывает целесообразным разъяснение пациентам сути происходящих с ними процессов, и основных стадий процесса горевания. Необходимость этого, по нашему мнению, обусловлена тем, что пациенты часто испуганы своим состоянием, спрашивают «почему так тяжело» и «закончится ли это когда-нибудь». Как бы отвечая на этот вопрос, они могут говорить, что теперь они никогда не смогут радоваться, возврат к прошлому невозможен и, следовательно, «это никогда не закончится», будущее видится в самом мрачном свете. Поэтому, объяснение им сути происходящего с ними, а также рассказ о психотерапевтической работе с другими клиентами, пережившими сходную ситуацию, позволяет им сориентироваться, увидеть свое состояние как бы в рамках конкретного этапа, с позиций жизненной перспективы, а значит сделать первый шаг на пути построения будущего.

Необходимость рассмотрения сущности процесса горевания может быть также обусловлена тем, что часто родственники и знакомые пациентов стараются изо всех сил отвлечь человека, говорить с ним на какие угодно темы, кроме темы утраты, сами избегают тяжелых эмоций. Они «из лучших побуждений» веселят горюющих, приглашают их в компании и т.д. Не разрешая таким пациентам проявлять свои чувства, родственники могут сердиться, что человек никак не может забыть о случившемся, дают понять, что поведение человека неадекватно, и, тем самым, только усиливают тяжесть состояния. В такой ситуации человек, переживший утрату, часто оказывается в изоляции, испытывает глубокий стыд и вину, чувствует себя в тягость окружающим.

Поэтому, задачей психолога является проведение совсем другой тактики беседы, позволение клиенту свободно и полно выражать свои эмоции, противодействие попыткам подавления и отрицания негативных чувств.

Кроме этого, по нашему мнению, на этом этапе важно быть внимательным к фразам, которые могут означать формирование негативного жизненного сценария, своеобразного программирования себя на страдания («теперь я никогда не выйду замуж», «я никогда не смогу радоваться» и т.п.). Видимо, целесообразно конфронтировать эти высказывания, выражать несогласие, относить их за счет проделываемой работы горя, по окончании которой человек может быть свободен для новых контактов.

3. Проработка темы вины и агрессии. Как указывалось выше, потребность в выражении чувства вины может иметь разные корни. Самым первым аспектом является то, что человеку в тяжелой ситуации легче признать виновность, чем беспомощность перед потерей. Проигрывая другие варианты поведения, он как бы справляется со смертью, отрицая ее неизбежность. Ведь, поведи он себя подругому, этого могло бы не произойти, значит «что-то можно было сделать».

Другим важным аспектом является то, что вина может означать смещение агрессии в адрес происшедшего на себя, что может быть признаком подавления сильного гнева, обиды, разочарования. Часто именно неосознанные и невысказанные обиды не позволяют «отпустить», закончить отношения с утраченным объектом.

Стратегической задачей работы с этими чувствами является преобразование самоагрессии в агрессию. Хотя, следует отметить, что это, как правило, сопровождается очень сильным сопротивлением. Пациенты не хотят признавать наличие негативных, социально неприемлемых качеств, протестуют против разрушения идеализации.

Поэтому в беседе с такими пациентами акцент, по нашему мнению, должен быть сделан не на разрушение идеализации, что так пугает пациентов, а на выявление и проговаривание того, что с ними произошло. Так, одна из пациенток, находящаяся в тяжелейшем состоянии после потери матери в ходе терапевтических сессий пришла к осознанию, что мать при всем ее идеальном образе недостаточно уделяла ей внимания, часто отвергала ее, не понимала дочь, не ценила ее попыток позаботиться о родителях. По-видимому, этот недостаток внимания, относящийся скорее всего к далекому детству, и не позволил ей вовремя отделиться от матери, построить нормальную семейную жизнь. Пациентка рассказывала, что отдыху с мужем она всегда предпочитала общение с родителями, что естественно привело к разводу, причем ситуация повторилась не один раз.

Постепенно она оказалась способной выразить чувства обиды и гнева, которые в неосознанной форме существовали всегда, и были лишь обострены ситуацией потери.

Так же в терапевтических целях могут быть использованы методики, позволяющие выразить агрессию в косвенной форме, например методика символ драмы «Лев» и др.

4. Проработка травматических воспоминаний. Часто пациенты жалуются, что их буквально преследуют воспоминания, связанные с потерей, которые являются особенно травматичными.

Практика показывает, что к таким травматическим эпизодам относятся воспоминания о получении известия, что человек умер, или обнаружение человека мертвым, день похорон и т.д.

Для облегчения этой симптоматики может быть использована техника быстрых движений глаз (ДПДГ - десенсибилизация и переработка движениями глаз). Автор этой методики - американский психотерапевт Фрэнсин Шапиро.

Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. С помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости.

Как правило, при удачном проведении техники глазодвигательной десенсибилизации исчезновение навязчивого характера травматических воспоминаний сопровождается чувством освобождения и притока энергии, так как бесконечная переработка травмы безусловно отнимает много сил, способствует астенизации. Это выражается также и в том, что пациенты в большей степени становятся способными к проявлению агрессии, как это можно проследить в последовательности терапевтических сессий.

. Завершение работы. Как уже было отмечено, в остром состоянии пациенты не видят будущего, отрицают, что в будущем возможно что-то хорошее.

Поэтому конечной целью работы с собеседником может стать превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».

Несмотря на тяжесть переживания, факт столкновения с травматичным событием может открыть человеку возможность жить по другому, найти новый смысл и способ взаимодействия с окружающими, при том, что воспоминание о потере, если она значима, конечно, будет сохраняться. Часто через страдания человек приобретает уникально новый опыт, лучше узнает себя, а иногда и получает доступ к ресурсам, которые были до этого не востребованы.

Эти взгляды, если позволяет состояние собеседника, могут быть высказаны ему, однако именно на фазе интеграции, когда чувства гнева, обиды и др. каким-то образом выражены и прожиты, накал эмоций постепенно ослабевает, и происходит принятие потери.

На этом этапе становится возможен разговор о будущем. Человек ищет для себя новые смыслы и ценности, пересматривает ошибки из прошлого. И, если работа проходит успешно, обретает способность радоваться, и испытывать чувства любви и привязанности.

Также выделяют еще несколько типов психотерапевтической помощи при посттравматическом стрессе:

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Когнитивно-поведенческая психотерапия при ПТСР (Посттравматическом стрессовом расстройстве) и психотравмирующих событиях состоит в том, чтобы осторожно и постепенно подвергать человека его собственным мыслям, чувствам и погружать его в ситуации, которые напоминают ему о травмирующем событии. Также, когнитивно-поведенческая психотерапия сосредотачивается на выявлении и осознании мыслей о травмирующем событии, особенно если эти мысли искажены и / или иррациональны, и замену этих мыслей на более адаптивные.

2. Семейная психотерапия. Поскольку посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) влияет как на человека, который страдает, так и на его близких, то семейная психотерапия оказывает сильный эффект. Семейная психотерапия поможет вашим близким более ясно понимать через что вам приходится проходить. Также семейная психотерапия может помочь всем членам семьи лучше общаться и взаимодействовать, невзирая на проблемы во взаимоотношениях, которые были вызваны ПТСР.

Таким образом, сегодня для помощи пациентам с ПТСР применяется лекарственная терапия и психотерапия. Как правило, психотерапия оказывается эффективной уже с первых дней после случившегося.

Для лечения ПТСР применяются разные методы психотерапии. Одним из ведущих является ДПДГ (десенсибилизация с помощью движения глаз). Во время лечения врач просит пациента вспоминать эпизоды травмирующей ситуации в течение 15-30 секунд. Одновременно с этим подаются тактильные, звуковые или зрительные сигналы, на которых человек должен концентрировать свое внимание. Уже после трех таких сеансов многие посттравматические стрессовые расстройства удается устранить.

Кроме того, можно применить когнитивно-поведенческую терапию, целью которой является выработка у человека нового взгляда на сложившуюся ситуацию. Применяя этот метод лечения, психотерапевт помогает пациенту научиться осознавать свои эмоции - гнев, тревогу, страх - и управлять ими. Это приводит к быстрому улучшению состояния у абсолютного большинства людей с ПТСР.

Когда человек оказывается готов к экспозиционной терапии, специалист помогает ему в безопасной обстановке мысленно вернуться к пугающим событиям и тому месту, в котором они произошли. Для этого пациент рассматривает фотографии с места событий, рисунки, записи, видеофильмы.

Когда это возможно, врач проводит групповую психотерапию, для которой собирает участников события, оставшихся в живых. В большинстве случаев это дает мощный положительный психотерапевтический эффект.

Могут применяться и другие методы лечения - тут все зависит от ситуации, от личности пациента и психотерапевтических инструментов, используемых специалистом в своей работе.

Заключение

Посттравматическое стрессовое расстройство - это тревожное расстройство, вызванное воздействием травматического события. Травматическим событиям подвержена значительная часть населения нашей планеты, многие из них могут быть опасными для жизни. Травматические события включают террористические акты, транспортные аварии, акты насилия, сексуальные нападения, болезнь близкого человека и многое другое. Переживание такой ситуации или наблюдение за ней со стороны вызывает во многих из нас чувства страха, беспомощности, а иногда и гнева на весь мир за то, что он так опасен и непредсказуем.

ПТСР - это крайне тяжелое и угнетающее состояние как для человека, который его испытывает, так и для окружающих его людей. Знание различных симптомов посттравматического стресса может помочь понять, страдаете ли вы или ваши близкие этим недугом.

Травмирующие психологические эффекты могут быть вызваны природными катастрофами, военными действиями, изнасилованием, террористическими актами и сопутствующими действиями (пытки, насилие, взятие в заложники), а также смертью близких пациенту людей либо тяжелой и длительной болезнью. Во всех перечисленных случаях психологический шок является очень тяжелым и приводит к появлению у человека чувства сильного страха или ужаса и ощущения беспомощности.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства включают: проблемы, регулирующие чувства, которые могут закончиться мыслями о самоубийстве, вспышки гнева или пассивное энергичное поведение; тенденции разобщенности или деперсонализации; устойчивое чувство беспомощности, стыда или вины; и серьезное изменение в тех вещах, которые имеют огромное значение для людей, например, потеря духовной веры, постоянное чувство беспомощности или отчаяния.

Существует большое количество методов коррекции, которые позволяют точно определить причину и длительность посттравматического стрессового расстройства.

Сегодня для помощи пациентам с ПТСР применяется лекарственная терапия и психотерапия. Как правило, психотерапия оказывается эффективной уже с первых дней после случившегося.

Для лечения ПТСР применяются разные методы психотерапии. Одним из ведущих является ДПДГ (десенсибилизация с помощью движения глаз). Во время лечения врач просит пациента вспоминать эпизоды травмирующей ситуации в течение 15-30 секунд. Одновременно с этим подаются тактильные, звуковые или зрительные сигналы, на которых человек должен концентрировать свое внимание. Уже после трех таких сеансов многие посттравматические стрессовые расстройства удается устранить.

Кроме того, можно применить когнитивно-поведенческую терапию, целью которой является выработка у человека нового взгляда на сложившуюся ситуацию. Применяя этот метод лечения, психотерапевт помогает пациенту научиться осознавать свои эмоции - гнев, тревогу, страх - и управлять ими. Это приводит к быстрому улучшению состояния у абсолютного большинства людей с ПТСР.

Когда человек оказывается готов к экспозиционной терапии, специалист помогает ему в безопасной обстановке мысленно вернуться к пугающим событиям и тому месту, в котором они произошли. Для этого пациент рассматривает фотографии с места событий, рисунки, записи, видеофильмы.

Когда это возможно, врач проводит групповую психотерапию, для которой собирает участников события, оставшихся в живых. В большинстве случаев это дает мощный положительный психотерапевтический эффект.

Могут применяться и другие методы лечения - тут все зависит от ситуации, от личности пациента и психотерапевтических инструментов, используемых специалистом в своей работе.

Иногда люди, с симптомами ПТСР, избегают обращения к психотерапевту, т.к. боятся непонимания. Важно убедить в таких случаях, что врач психотерапевт сможет понять страдающего и оказать ему помощь.

Список используемой литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 400с.

2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях - М.: Медицина,2001. -С.69.

. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни/Х.Б. Ахмедова //Вопросы психологии.-2004.-№3/май-июнь/.-С.93-102.

. Дмитриева Н.В., Гилева К.В., Друмова М.В. Психолого-психиатрические аспекты психотерапевтической коррекции посттравматических стрессовых расстройств. Методические рекомендации. Новосибирск., 2002.

. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В.Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны вАфганистане // Психол. журн. 2007. № 2. С. 34-49.

. Кокурин А. Меры профилактики нарушений служебной дисциплины и законности // Преступление и наказание. № 10: статья. - М., 2005.

. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А.,Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89-97.

. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А.,Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса (сообщение 2) // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89-97.

. Колодзин Б. Как жить после психической травмы, М, 2003. - 211с.

. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. М., 2008 -С. 418

. Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. - СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001. - 345с.

. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: М, 2005 - 326с.\

. Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. Том 2. От психической травмы к психотрансформации. М.: Психоаналитическая ассоциация, 2006. - 418с.

. Примак Л.П. Одиночество / Л.П. Примак // Психические состояния / сост. и общ. ред. А.В. Кулешова. - СПб.: Питер, 2001. - 387с.

. Панов В.И. Проблема психических состояний и экопсихологический подход // Психология психических состояний: Сб. статей. Вып. 3 / Под ред. А.О. Прохорова. - Казань, Набережные Челны: Изд-во КГПУ, Изд-во Института управления, 2001 - 345с.

. Прохоров А.О., Габдреева Г.Ш., Васильева Т.Н. Хрестоматия Психология состояний., - М.: Пер Се; - СПб: Речь, 2004 -260с.

. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие // Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 560с.

. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства.

. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. - М.: Медгиз, 2000- 186с.

. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2009 - 308с.

. Ю.В. Щербатых «Психология стресса и методы коррекции» - учебное пособие /СПб - 2008. - 208с.