***Содержание***

Введение

Глава I. Теоретическое исследование психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

1.1 Сущность и основные виды психотравмирующих ситуаций

1.2 Особенности оказания психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

ГлаваII. Анализ исследований психологической помощи центра "Альтернатива" Москва 2010 пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

2.1 Методики, используемые в исследовании

2.2 Результаты исследования

2.3 Направления психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

Заключение

Список литературы

***Введение***

Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и "горячих точек" в различных регионах планеты. Мир буквально захлестывает эпидемия тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются прежде всего сверх экстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. [20]

Последствия данных проблем имеют скрытый характер действия, как для психологического, так и для физического здоровья человека. Переживания по этому поводу могут быть изолированными, и специалисты в области психического здоровья могут не проявлять к ним интереса при проведении профилактического вмешательства.

Для оказания эффективной профессиональной психологической помощи при травматическом стрессе, кризисных состояниях, тяжелых психотравмах авторы технологии О.И. Абдурашитова-Шех и С.С. Сергеев используют комплексный подход. В одних случаях возможно и необходимо использование рациональных методов, в других эффективнее применять телесно-ориентированный подход, работу с образами, обращаться к бессознательному. Таким образом, используют техник того или иного направления для оказания психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию [15].

**Объект исследования** - психологическая помощь при психотравмирующей ситуации

**Предмет исследования -** приемы психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию.

психологическая травма помощь пациент

**Цель** - изучить особенности психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию.

**Гипотеза**: Изучить особенности методик для эффективной помощи пациентам пережившим психотравмирующие ситуации.

**Для достижения цели и проверки гипотезы были поставлены следующие задачи:**

1. Изучить сущность и основные виды психотравмирующих ситуаций

. Рассмотреть особенности оказания психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

. Провести анализ исследования центра "Альтернатива" Москва 2010 год психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию.

. Описать направления психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию

Структура работы: курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

# ***Глава I. Теоретическое исследование психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию***

# ***1.1 Сущность и основные виды психотравмирующих ситуаций***

Психическая травма или психотравма - вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов окружающей его среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику. временно нарушающее ее целостность и функции.

По интенсивности психотравмирующие воздействия делятся на:

массированные (катастрофические), внезапные и острые, приводящие к резкому подавлению адаптационных возможностей человека;

по социально-значимым последствиям - на узконаправленные и многопланового действия, при которых страдают параметры социальной жизни человека (социальный престиж, возможность самоутверждения, уважения окружающих и близких людей и т.п.);

по интимно-личностным последствиям на биологически и личностно разрушительные, приводящие к психосоматическим заболеваниям, неврозам, реактивным состояниям [5, c.78].

Разрушительная сила психической травмы зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека, степени его психологической защищённости, и устойчивости к ударам судьбы. Возникновение психотравмы может спровоцировать известие о наличии тяжелого заболевания, о необходимости проведения сложной операции.

В рамках посттравматической патологии выделяет три основные группы симптомов:

) чрезмерное возбуждение (вегетативная лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания);

) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, отчаяние, сознание безысходности);

) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) [10, c.84].

Для оказания эффективной помощи медицинской сестре необходимо обладать специализированными знаниями о проявлениях психотравмы.

# ***1.2 Особенности оказания психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию***

Профессиональная деятельность медицинской сестры иногда связана с оказанием психологической помощи людям, пережившим психотравмирующие события, к которым относят ситуации, связанные с угрозой жизни, чести, достоинству, касающиеся человека и его близких [7, c.84].

Травматическое воздействие на психику может оказать не только гибель других (незнакомых) людей, но и врагов. Психологическую травму также вызывают ситуации преднамеренного обмана, мошенничества, что сказывается на потере доверия в целом к людям, к миру, на развитии кризисных состояний. Пережив травматическую ситуацию, человек выполняет громадную внутреннюю работу, которая направлена на переоценку самого себя, своего прошлого, перестройку привычных ранее форм поведения, взглядов относительно будущего и т.д. [12, c.45].

В экстремальных условиях нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических реакций до реактивных психозов. Следует различать непатологические реакции от патологических, с которыми уже работают медики.

Экстренная психологическая помощь - система краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического, психофизиологического состояния человека или группы людей, пострадавших в результате психотравмирующего события. Своевременно оказанная психологическая помощь (на начальных стадиях) снижает риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), может предотвратить запуск развития психических и соматических заболеваний. Позже специалисты уже работают с травмой [11, c.89].

Первая помощь при психотравме включает ряд направлений:

Работа с дыханием. Обычно в момент сильного переживания мы начинаем дышать часто и поверхностно. Такое дыхание нужно заменить глубоким: вдохнуть по максимуму, чуть задержать дыхание и затем сделать долгий медленный выдох до конца. Таким способом следует подышать не менее двух - трех минут. Только это уже может оказать сильное успокаивающее действие.

Движения глаз. Задача - воспроизвести те движения глаз, которые происходят во сне. Сначала пострадавшему нужно осознать испытываемое в данный момент чувство (например, страх чуть было не состоявшейся смерти в момент произошедшей аварии).

Сосредоточившись на этой эмоции, нужно сформулировать связанную с ней фразу (например, "Я боюсь умереть") и произносить ее, одновременно как можно быстрее двигая глазами по дуге или по диагонали (именно так движутся глаза в фазе быстрого сна). Спустя какое-то время сила испытываемой эмоции должна уменьшиться.

После того как она заметно ослабнет, нужно "заказать" себе желаемое состояние (например, "Я спокоен, я чувствую себя уверенно") и произносить соответствующие слова, опять совмещая это с движениями глаз по дуге или по диагонали, но теперь уже медленными (как это происходит в фазе глубокого сна).

Сильное болевое воздействие или вибрация (встряхивание или простукивание по всему телу). Оно поможет человеку, находящемуся в состоянии шоковой нечувствительности, когда он уже вышел из ступора.

В любом случае важно начать с работы над дыханием. К методу движения глаз можно переходить лишь после того, как человек продышался [16, c.124].

Таким образом, методы, техники психологической помощи зависят от множества факторов как субъективного, так и объективного характера: индивидуально-психологических особенностей, жизненного опыта, состояния личности и группы, возраста, тяжести события, времени, прошедшего с момента травматического события, и многого другого.

Медицинская сестра должна уметь профессионально мыслить, научиться работать с больным как с личностью, опираясь на целостное представление о сущности человека. Поэтому ей так нужны знания основ психологии, педагогики, теории межличностного общения. Такой медсестре необходимо овладеть и теоретическими основами оказания психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию.

# ***ГлаваII. Анализ исследований психологической помощи центра "Альтернатива" Москва 2010 пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию***

# ***2.1 Методики, используемые в исследовании***

В рамках данной работы проведем анализ исследования психотравмы от утраты значимого объекта, проведенного психологами центра психологической помощи "Альтернатива" Москва 2010 год. [19]. Выборку составляют 44 человека (женского пола), различных возрастных категорий, не моложе 18 и не старше 75 лет, с различным уровнем образования.

В данной группе: 11 человек, переживших утрату в результате трагический гибели, и 33 человека, у которых произошла утрата значимого объекта в результате естественной смерти. Ниже приведено описание методик, сводная таблица формализованной диагностики, в которой представлены результаты проведенного исследования, а далее был произведен сравнительный анализ психологических последствий утраты значимого объекта, произошедший в результате естественной смерти и трагической гибели.

Беседа применялась с целью сбора анамнестических данных, получения информации об обстоятельствах психотравмы, установления контакта с испытуемыми. Ответы испытуемых фиксировались в протоколе по окончанию встречи.

Метод формализованной диагностики**.** Данный метод использовался для оценки психологических последствий травматического опыта испытуемых. В рамках метода применялись широко распространенные в отечественной практики методики.

Описание методик

Шкала оценки влияния травматического события на психику человека (IES-R) М. Горовица

Краткое описание методики: (постоянное возвращение к мыслям и переживаниям о произошедшем событии независимо от воли человека) или избеганию всего связанного с ней (стремлению уменьшить влияние воспоминаний о событии на эмоциональное состояние и поведение, вплоть до полного отрицания этого влияния и стремления забыть само событие), а также по наличию повышенной нервной возбудимости.

Предлагая обследуемому заполнить этот опросник, следует напомнить ему, что вопросы касаются события, которое он считает самым тяжелым и страшным из того, с чем приходилось сталкиваться на работе и в жизни, или оставившего на сегодняшний день самый тяжелый след в памяти. Перед тем, как отвечать, он по желанию может написать в специально отведенной для этого строке, что это было за событие, или не делать этого. [9]

R) Л.Р. Дерогатиса.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики, сокращенное название методики: SCL-90-RКраткое описание методики: предназначена для оценки степени выраженности у личности основной психопатологической симптоматики. [21]

# ***2.2 Результаты исследования***

Результаты беседы в первой группе показали, что степень выраженности эмоционального страдания вызванного утратой зависит от некоторых факторов.

 От срока давности произошедшего события.

- От тех чувств, которые испытывал человек к умершему, т.е. значимость объекта утраты.

 Каким образом произошла утрата.

Из разговора с испытуемыми было выделено все те же пять этапов горя, которые были описаны у Э. Линдеманна: физическое страдание, поглощённость образом умершего, вина, враждебные реакции, утрата моделей поведения [19].

Испытуемыми прочувственно было описано физическое страдание, которое они испытали в тот момент, когда узнали об утрате: "Будто меня перемололи, все суставы и кости болели, в горле ком, воздуха не хватает, боль в сердце".

Постоянные мысли об утраченном объекте, яркие эмоциональные картины прошлых событий, которые они проживали вместе: "Твой взгляд, жадно ищущий меня за спинами друзей и родственников… Твоя счастливая улыбка, когда ты увидел меня в том белом платье… Нет надежды быть счастливой. Нет человека, которого я любила. Умерло все вокруг. Только непонятно, почему мир продолжает жить? Почему он не рухнул в тот же миг, когда не стало его? И зачем светит солнце? И, как назло, прямо в окно, около которого я лежу…"

Чувство вины: " Я живу, а его уже нет, я могла бы помочь если была порасторопней, не надо было оставлять её одну, надо было положить в платную клинику".

Враждебные реакции, которые они испытывали к себе, к врачам, к окружающим, к Миру, к Богу. И только по прошествии времени приходило примирение.

В это время испытуемыми было отмечено утрата привычных форм поведения. То, что было привычно, то чем раньше жил человек весь уклад, та реальность все перевернулось в один миг. Резко меняется самооценка. Человек не обращает на свой внешний вид, если ещё вчера он был одним из лучших работников, то сегодня ему сложны в выполнение обычные операции. Апатия и депрессия вгоняют человека в заторможенное состояние. Сюда подходит выражение " руки опустились".

У некоторых испытуемых после утраты значимого объекта возникли соматические расстройства, а также обострение хронических заболеваний. Тяжелее переносилась боль утраты в праздники.

Из беседы с испытуемыми из второй группы было выявлено много общего с первой группой. Но то, что ничего не предвещало беды, "глупая случайность", отнявшая близкого человека, стремительность, неожиданность случившегося и его непоправимость значительно усугубило и утяжелило горечь утраты.

Большинство испытуемых утверждает, что работа помогла вернуться к нормальной жизни. А также помогло проговаривание своей боли с близкими людьми и помощь психолога, которые с их слов смогли их услышать и проявить эмпатию. Многими испытуемыми было отмечено, что после годовщины смерти переживание горя значительно поутихло. Очень часто звучит фраза "жизнь берет своё", т.е. приходится решать те или иные задачи. За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Постепенно появляется все больше воспоминаний освобожденных от боли, чувств вины, обиды, оставленности. Больше внимания стало переключаться на близких людей, на новые события [19].

Во второй группе испытуемых уровень депрессии значительно выше, чем у первой. У 1 группы испытуемых отмечается средний уровень соматизации. Иногда возможно предъявление жалоб, фиксированных на кардиоваскулярной, гастроинтеральной, респираторной и других системах.

Медицинская сестра должна уметь распознавать степень выраженности психопатологической симптоматики, а так же различать тяжести влияния психотравмы на психику пациента. Ей это необходимо для адекватной и своевременной помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию, а так же проведению диагностики для раннего выявления психоневрологических расстройств.

# ***2.3 Направления психологической помощи пациенту, пережившему психотравмирующую ситуацию***

Результаты исследования позволили определить следующие задачи психологической помощи, которую имеет право оказать медицинская сестра пациентам с психотравмой:

помощь пациентам в принятии себя в новом качестве;

достижение пациентом понимания реальных перспектив восстановления утраченных функций;

помощь в осознании пациентом необходимости и возможности социальной реабилитации как в трудовой деятельности, так и в сохранении семьи, даже при наличии стойких нарушений функций и ограничений способности самостоятельного передвижения;

мобилизация воли пациента для активного участия в реабилитационном процессе [3, c.68].

Такая работа позволяет повысить эффективность психологической реабилитации благодаря применению комплексного подхода к организации психотерапевтической помощи.

Психологический контакт означает встречу одной личности с другой. Если медсестра занимает строго ролевую позицию, не проявляя себя как личность, то установление психологического контакта будет затруднено, встреча не состоится и рассчитывать можно только на формально ролевое общение. Раскроются ли партнеры друг другу - зависит от того, насколько между ними успешно создается атмосфера доверия и безопасности. наличие психологического контакта между медсестрой и пациентом - одно из важнейших условий эффективного сотрудничества. Чтобы психологический контакт состоялся необходимо применять ряд психологических технологий:

. Понимающее общение

ориентировано на установление и развитие контакта, положительных взаимоотношений и на выявление точки зрения собеседника. Понимающее общение возможно только тогда, когда медсестра проявляет уважение к личности пациента и может не оценочно реагировать на его высказывания и эмоциональные состояния.

. Отношение к партнеру.

В процессе возникновения контакта отношение к партнеру оценивается как "нравиться - не нравиться". Реакция приятия или неприятия проявляется в мимике, жестах, позе, взгляде: если человек вам нравиться, то ему легко общаться с вами, если - нет - ему придется преодолеть ваше отрицательное отношение. Чтобы добиться взаимного доверия, поддерживайте у себя установку на общение, доверяйте своему собеседнику. [14, c.89].

. Искусство слушать собеседника.

Внимательное слушание способствует установление психологического контакт, снижает у партнера напряжение, поощряет сотрудничество. Медсестра слушает внимательно, глядя на собеседника, ее поза свидетельствует об открытости, интересе, поощряет к разговору. Умение слушать требует дисциплины и затрат энергии. У слушающего могут возникнуть психологические барьеры, мешающие правильному, четкому восприятию информации:

Отключение внимания

Предвзятое слушанье

Влияние слов и фраз говорящего, которые обладают негативным зарядом

Затрагиваются темы, которые эмоционально затрагивают слушающего, возвращают его к собственным проблемам

Каждый человек придает словам собственный смысл - медсестра должна четко своими словами подвести итог услышанного и получить от пациента подтверждение или уточнение;

Физиологические барьеры: на процесс слушанья влияет свойство слухового внимания, время, суток, усталость

Внешние отвлекающие моменты: собеседник говорит громко, плохая акустика, шум, некомфортная температура, телефонные звонки, ограниченность времени, загрузка по работе.

. Пространственная организация общения.

Самое важное при разговоре, чтобы собеседники чувствовали себя комфортно. Если предпринимается попытка установить психологический контакт с пациентом, нельзя "вламываться" в его интимную зону (0,5 м) без разрешения, как нельзя терпеть и этого по отношению к себе, без видимых на то оснований. В личную зону (0,5-1,2 м) мы допускаем тех, с кем охотно общаемся. Медсестра и пациент должны общаться в личной зоне. Сближаться нужно постепенно и согласованно. При выборе пространственной позиции необходимо учитывать, чтобы ваши глаза были на одном уровне с партнером.

. Эмпатия.

Быть в состоянии эмпатии - значит, на какое-то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой реальный мир. Если такая способность теряется, и у медсестры возникает состояние, схожее эмоциональному состоянию пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой потребуется психологическая помощь. Это может привести к различным видам психологических и неврологических заболеваний, вызванных эмоциональным напряжением.

. Самовыражение.

Психологический контакт предполагает равноправие психологических позиций партнеров. Если уважение, то взаимное, если доверие, то тоже взаимное. И взаимное право выражать свои чувства. Чтобы психологический контакт состоялся, медсестра должна научиться свободно выражать свое "Я" (в определенных границах). Это будет повышать уровень доверия пациентов к ней.

Медсестра завоюет доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, осведомленность о положении дел пациента, опыт, подготовленность, честность, способность работать в его интересах, свою энергичность, решимость.

Медсестра, установив с пациентом психологический контакт, оказывает ему помощь. Предварительно она определяет его внутреннюю картину болезни. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа [16, c.28].

Осуществляя уход за пациентом, медсестра слушает и наблюдет, реагируя на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда и т.д.). Медсестра также отмечает динамику эмоциональной сферы пациента в процессе лечения, поскольку эмоции влияют не только на настроение и поведении, но и на состояние организма, в частности на иммунитет. Такая информация передается лечащему врачу, который сам оказывает психологическую помощь, или дает предписание по психологическому уходу за пациентом, или вызывает психолога для оказаний профессиональной психологической помощи. Работать с пациентом должна команда единомышленников - врач, медсестра, психолог. Руководствоваться профессиональными кодексами, а возглавляет эту работу врач.

Таким образом, цель психологической помощи медсестры пациентам с психотравмой заключается в формировании адекватной внутренней картины травмирующего события, а на ее основе восстановлении психического здоровья и эффективного социального поведения, реализации реабилитационного потенциала и повышении качества жизнедеятельности.

**Портфолио.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание деятельности | Рефлексия |
| 25.10.11  | В ходе долгих обдумываний и размышлений о структуре курсовой работы, приступила к поиску различной информации в интернете, в некоторых медицинских изданиях. Общалась по поводу этой темы с людьми, знающие эту проблему и имеющую опыт в данной ситуации.  | У меня сложилось мнение что работа предстоит громадное и займет необычайно много времени, но мне показалось что именно для меня эта информация необходима.  |
| 10.01.12  | После долгих поисков и выявления основной проблемы я принялась писать теоретическую часть.  | Работала над материалом вдумчиво. В процессе приходилось несколько раз редактировать текст работы. Но дело тронулось с мертвой точки.  |
| 8.02.12.  | Работала с литературой. Прочитано много информации. Формировала логическое построение "тела" работы.  | Подбирала материал с большим интересом и редактировала согласно заданной теме.  |
| 22.02.12 | Закончила оформление теоретической части курсовой работы.  | Узнала много новой, интересной и нужной для меня информации.  |
| 15.03.12.  | Работала с дополнительными источниками информации. Проводила анализ проводимых исследований в этой области медицины.  | Работа немного затянулась, необходимо было проштудировать большое количество информации, и выбрать самое главное.  |
| 21.03.2012 | Формировала состав курсовой работы из набросков и черновиков.  | Возникли небольшие трудности, но работы двигалась к своему завершению.  |
| 30.03.2012 | Редактировала текст курсовой работы.  | Работа продвигалась успешно.  |
| 4.04.2012 | Занималась оформлением. Курсовая работа закончена.  | Работа закончена успешно.  |

# ***Заключение***

В заключение необходимо сделать ряд выводов. Рассмотрены теоретические основы изучения психологических последствий утраты значимого объекта и освещены исследования о последствиях психологической травмы. Был изучен феномен ПТСР, как основное последствие психической травматизации, механизмы переживания психической травмы, понятие и причины возникновения процесса ПТСР, симптомы ПТСР, что помогло более конструктивно подойти к изучению данного процесса, сложить более целостный образ проблемы как таковой. Отдельным блоком были затронуты травматические события, относящиеся к числу наиболее травмирующих - это утрата значимого объекта и её последствия. [19]

Рассматривая данную проблему, можно сказать, что психологическая травма - это часть жизни человека, она может произойти в жизни практически любого человека. Её нельзя и назвать нормой или болезнью, а именно как травма, нарушающая целостность человека, которая вызывается тем или иным событием. Само переживание психологической травмы - это нормально протекающий процесс со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Очевидно, что можно провести аналогию психологической травмы с соматической. Человек, допустим, обрезался или ушибся, появляется синяк и это нормально. В данном случае "нормально" означает, что тоже происходит и с психикой человека после травматического события. Что в том случае это травма, что в этом она является патологией именно в силу того, что является травмой. Но что и при соматической ране, так и при психологической процесс "заживления" может идти нормально, а может сопровождаться какими-либо осложнениями. Это подробно было раскрыто в этапах переживания утраты.

Профессиональная деятельность медицинской сестры иногда связана с оказанием психологической помощи людям, пережившим психотравмирующие события, к которым относят ситуации, связанные с угрозой жизни (или ее благополучию), чести, достоинству, касающиеся человека и его близких.

Результаты исследования позволили определить следующие задачи психологической помощи, которую имеет право оказать медицинская сестра пациентам с психотравмой: помощь пациентам в принятии себя в новом качестве; достижение пациентом понимания реальных перспектив восстановления утраченных функций; помощь в осознании пациентом необходимости и возможности социальной реабилитации как в трудовой деятельности, так и в сохранении семьи, даже при наличии стойких нарушений функций и ограничений способности самостоятельного передвижения; мобилизация воли пациента для активного участия в реабилитационном процессе.

Такая работа позволяет повысить эффективность психологической реабилитации благодаря применению комплексного подхода к организации психотерапевтической помощи.

Цель исследования достигнута, гипотеза доказана.

# ***Список литературы***

1. Амбрумова А.Г. Семейная диагностика в суицидологической практике. - М., 2009

2. Андрющенко, А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2010.

. Ахмедова Х.Б. Изменение личности при посттравматическом стрессовом расстройстве (по данным обследования мирного населения, переживших военные действия). Автореф. дисс. докт. психол. наук. - М., 2010

. Вагин И. Психология жизни и смерти. С-Пб., 2009.

. Василюк Ф.Е. Пережить горе // Человеческое в человеке. М.: Политиздат, 2010.

. Волошин В.М., 2001. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психоформакология, № 4, Т.3 - М., 2009

. Волошин М.В. Пароксетин (паксил) в терапии хронического посттравматического стрессового расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009.

. Волкан В., Зинтл Э "Жизнь после утраты" Издательство "Когито-Центр" М. 2008

. М. Горовиц Психология и психотерапия потерь. - СПб, 2006

. Дейтс Б. Жизнь после потери. М., 2009

. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. - М., 2011.

. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 2009.

. Л.А. Китаева-Смыка "Психологическая антропология стресса" 2007.

. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. - М.: Смысл, 2009.

. Линдеманн Э. Клиника острого горя / Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. - М., 2004.

. Лурье Ж.В. Горевание и потеря / Школа здоровья, М., 2009

. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - М.: Эксмо, 2008.

. Медынская Ю.С. Основные теоретические подходы к проблеме посттравматического стресса. - 2009

. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск: работа с психической травмой. №1. - М, 2010

. Тарабина Н. В Практикум по психологии посттравматического стресса.

. Л.Р. Дерогатиса (1983) Список 90 симптомов