

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ № 4

**ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕНЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ
СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Київ 2016

АНОТАЦІЯ ДИСЦИПЛІНИ

Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів – спецкурс у межах клінічної психології, присвячений зasadам діагностики та корекції посттравматичних стресових розладів. В умовах екстремальної ситуації та тривалого стресу відбувається виснаження захисних сил організму та адаптаційних можливостей людини, результатами яких можуть стати розлади психіки психогенного характеру. Одним з таких розладів є посттравматичний стресовий розлад, при якому відбуваються характерні зміни особистості, дезадаптація до оточуючого мікросоціального середовища, погіршення здоров'я в цілому. Люди після перебування в екстремальних ситуаціях потребують посиленої уваги, підтримки, психологічної допомоги. В залежності від того, коли і як якісно буде надана психологічна допомога залежить, ефективність подолання наслідків перебування в екстремальних ситуаціях.

Працівники ОВС та військовослужбовці Національної гвардії України, беручи участь в антитерористичній операції, перебувають під постійною дією стресу. У зв'язку з цим формування готовності до роботи з учасниками бойових дій є важливою складовою загальної фахової підготовки психолога, особливо, тих спеціалістів, які працюють в психологічних службах органів та підрозділів ОВС та Національної гвардії України.

Метою вивчення дисципліни є засвоєння знань про критерії, основні принципи та методики діагностики посттравматичного стресового розладу, про основні принципи, методи та етапи надання психологічної допомоги при ПТСР; формування вмінь з психологічної підготовки працівників ОВС до дій в екстремальних ситуаціях.

В результаті вивчення спецкурсу слухачі повинні:

знати:

- критерії діагностики ПТСР;
- принципи та методики діагностики ПТСР;
- основні принципи надання психологічної допомоги при ПТСР;
- методи і техніки психологічної корекції ПТСР;
- види психологічної підготовки до екстремальних ситуацій;
- прийоми саморегуляції психічного стану;

уміти:

- виявляти поведінкові таособистісні ознаки посттравматичних стресових розладів;
- використовувати адекватні методи психологічної діагностики ПТСР;
- складати програму психологічної допомоги при ПТСР;
- застосовувати методи та техніки психологічної корекції.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назви тем	Всього годин	в т.ч. аудиторних			Само- стійна робота
			Лекції	Семінари	Прак- тичні заняття	
1.	Поняття та критерії діагностики посттравматичного стресового розладу	24	2	2	-	20
2.	Принципи надання психологічної допомоги особам, які перебували надзвичайних ситуаціях	24	2	2	-	20
3.	Методи та техніки надання психологічної допомоги особам, які перебували надзвичайних ситуаціях	24	2	-	2	20
	Форма підсумкового контролю – Залік	2				
Всього по дисципліні:		74	6	4	2	60

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ДИСЦИПЛІНИ

Надзвичайна ситуація – подія, яка виходить за межі «звичайного життєвого досвіду» індивіда чи колективного досвіду оточуючого його мікросоціального середовища і з психологічної точки зору може викликати стрес у кожного, незалежно від попереднього досвіду та соціального становища.

Психотравмуючий стрес – особлива форма загальної стресової реакції, обумовленої екстремальною ситуацією, в якій екстремальні фактори діють в часі та просторі, мають певне значення для особистості та суб'єктивно оцінюються як такі, що виходять за межі «звичайного людського досвіду».

Гостра реакція на стрес – психічні розлади, що найчастіше виникають одразу після надзвичайних ситуацій.

Посттравматичні стресові розлади – більш тривала за часом реакція на стрес у вигляді комплексу психічних порушень, що розвиваються у осіб, які пережили екстремальну подію.

Психологічна допомога – широка багаторівнева сфера психологічної практики, що здійснюється у формах психологічної консультації, психокорекції, психологічного консультування і психотерапії.

Психологічна корекція – система дій, спрямованих на виправлення недоліків емоційного, інтелектуального та поведінкового аспектів особистості за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу.

ЛІТЕРАТУРА ДО ВСІХ ТЕМ

Основна література

1. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стресом/ С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – СПб.: Питер, 2002. – 240 с.
2. Кадыров Р.В. Посттравматическоестрессоворастранство (PTSD): состояниепроблемы, психоагностика и психологическая помощь: учебноепособие/Р.В. Кадыров. – СПб.:Речь, 2012. – 448 с.
3. Кааяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология/А.Г.Кааяни, И.В. Сыромятников. – СПб.: Питер, 2006. –480 с.
4. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2009. – 580 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации/ И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочникпрактического психолога).
6. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях/ Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – 2 изд. испр., доп. – Х.: Изд-во Гуманитарный центр, 2008 – 292 с.
7. Осипова А.А. Общая психокорекция: Учебное пособие для студентов вузов/ А.А. Осипова. – М.:ТЦ «Сфера», 2000. – 512с.
8. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях/ А.А. Осипова – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса/ Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питрер, 2001. – 272 с.
10. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник/ Т.С. Яценко. – К.: Либідь, 1996. – 264 с.

Додаткова література

11. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие/ Л.Ф, Бурлачук, У.Ю. Коржова. – М.: Рос.пед. агенство, 1998. – 263 с.
12. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2006 - 352 с.
13. Ващенко I.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес:шляхи їх подолання. Навч. посіб. / I.В. Ващенко, О.Г. Антонова - К.: Знання,1998. – 289 с.

14. Каменюкин А.Г., Ковпак Д.В. Антистресс – тренинг/ А.Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак. – СПб.:Питер, 2004. – 194 с.
15. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я /М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, Т.І. Кочергіна. – К.: ІНКОС, 2002 – 272 с.
16. Корольчук М.С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: Навчальний посібник/М.С. Корольчук. – К.: КВГІ, 1996. – 164 с.
17. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: методическое пособие/ И.О. Котенев. – М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997. – 40 с.
18. Лебедев В.И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах: Учебник / В.И. Лебедев. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001.- 431 с.
19. Медицинская и судебная психология Курс лекций: Учебное пособие/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С.Сафуанова. – М.: Генезис, 2009. – 606 с.
20. Практическоеруковдство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теории и методы/ Н.В. Тарабрина [и др.]. – М.: Когито – Центр, 2007. -
21. Тимошенко Г.В. Работа с телом в психотерапии: практическое руководство/ Г.В. Тимошенко, Е.А. Леоненко. – М.: Психотерапия, 2010. – 480 с.

ПРОГРАМА ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Поняття та критерії діагностики посттравматичного стресового розладу

Теоретичні знання. Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій: гостра реакція на стрес,перехідний період, посттравматичний стресовий розлад,генералізований тривожний розлад, розлади реакції пристосування, реакція горя.

Критерії діагностики та основні симптоми ПТСР. Теоретичні концепції ПТСР: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна та інформаційна. Методики психодіагностики ПТСР.

Особливості стресових реакцій у учасників бойових дій: психологічні реакції, дезадаптивні реакції, гострі афективні реакції, невротичні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні психози. Типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій.

Тема 2. Принципи надання психологічної допомоги особам, які перебували в надзвичайних ситуаціях

Теоретичні знання. Основні принципи надання психологічної допомоги при ПТСР. Етапи психологічної допомоги при ПТСР: тілесно-орієнтована терапія, групова терапія, психотерапевтичні підходи, екзистенціальна терапія.

Основні принципи тілесно-орієнтованої терапії. Методи групової терапії. Основні завдання та методи екзистенціальної терапії. Методи та техніки арт-терапії.

Тема 3. Методи та техніки надання психологічної допомоги особам, які перебували в надзвичайних ситуаціях

Теоретичні знання. Групове обговорення пережитої екстремальної ситуації (дебрифінг), його завдання і фази. Кризове консультування, його стадії. Принципи та техніки кризового консультування (інтервенція, активне слухання, навіювання). Тілесно-орієнтована терапія при ПТСР, основні техніки. Біхівірально-когнітивна терапія, основні техніки. Психодинамічна терапія, основні техніки. Екзистенціальна терапія, основні техніки.

Практичні навички. Формування вмінь та навичок з оцінки психологічного стану осіб, що перебували в екстремальній ситуації; визначення необхідності надання психологічної допомоги; вибору ефективних методів психологічної допомоги; організації проведення дебріфінг та кризового консультування; визначення необхідності надання психотерапевтичної допомоги.

ТЕМАТИКА І ПЛАНИ-КОНСПЕКТИ ЛЕКЦІЙ

Тема 1. Поняття та критерії діагностики посттравматичного стресового розладу

Лекція – 2 год.

1. Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій.
2. Критерії діагностики та основні симптоми ПТСР.
3. Теоретичні концепції ПТСР.
4. Типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій.
5. Методики психодіагностики ПТСР.

Вступ

Перш ніж говорити про психічні розлади, пов'язані з екстремальними ситуаціями, необхідно констатувати, що значна кількість людей на виникнення такої ситуації відповідає адекватними та послідовними поступками. Така поведінка є складним поєднанням філогенетичних та онтогенетичних паттернів, основою яких є фізіологічні та психологічні особливості особистості, уявлення особистості про власні стандарти поведінки, уявлення мікросоціального середовища про стандарти поведінки в суспільстві. Під час подій, які загрожують життю та здоров'ю людини, миттєва реакція визначається в першу чергу інстинктами (збереження та продовження роду) та індивідуальними особливостями особистості (психічними та фізіологічними). Соціальні стандарти починають визначати поведінку індивіда на подальших етапах реагування на екстремальну

ситуацію. В зв'язку з цим, на перших етапах реагування на загрози життю та здоров'ю можуть відмічатися різні психічні розлади.

1. Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій.

Психічні розлади, які найчастіше виникають одразу після ЕС, за МКХ – 10 носять назву «Гострої реакції на стрес. Вона може проявлятися в двох видах. Найчастіше це **психомоторне збудження**, яке зовнішньо проявляється у швидких нецілеспрямованих рухах. Міміка та жести стають надмірно живими, має місце звуження обсягу та концентрації уваги, хворі дуже легко відволікаються, не звертають уваги на різні перешкоди, з трудом сприймають пояснення. Також мають місце складнощі в сприйманні інформації та розлади пам'яті.

Крайнім проявом гострої реакції на стрес є ситуація, коли людина втікає з місця події без урахування ситуації, що склалася.

Наступним видом гострої реакції на стрес є **різке уповільнення психічних та моторних процесів** (ступор). Одночасно мають місце дереалізацій ні розлади, які проявляються у відчутті нереальності оточуючого світу. Зазвичай такі особи тривалий час залишаються в одній позі, іноді увага цих людей зайнята непотрібними чи зовсім непридатними для використання речами.

Під час гострої реакції на стрес поведінка визначається інстинктом самозбереження.

Після завершення гострої реакції на стрес (коли реальна загроза зникає) настає **перехідний період**. В цей час мають місце розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійні нічні пробудження та ранні просинання. Відмічаються зміни їстівної поведінки, нерішучість, прагнення перекласти на інших прийняття відповідальних рішень, зниження загального функціонування особистості.

В цілому поведінка більшості людей в цей період направлена на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей.

Після перехідного періоду у частини осіб, які перенесли гостру реакцію на стрес, розвивається **посттравматичний стресовий розлад**.

Розлади реакції пристосування (розлади адаптації) виникають в наслідок змін в життевому укладі, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивним синдромом. У частині випадків депресивний синдром проявляється суб'єктивним відчуттям зниженого настрою, безнадії та відсутності

перспектив. На відміну від попередніх розладів утруднення засинання пов'язано з тим, що перед сном в голову «приходять» різноманітні привожні думки.

В частині випадків розлади реакції пристосування проявляються в зміні стилю життя, недотриманні загально прийнятих норм поведінки, знижені індивідуальних моральних критеріїв особистості.

Реакція горя – емоційна та поведінкова відповідь організму на непоправну втрату. Реакцію горя можна умовно поділити на три фази. Перша фаза – фаза протесту, може тривати від декількох хвилин до декількох місяців. Друга – фаза дезорганізації (усвідомлення втрати), відмічається дезорганізація, безцільність та неспокій, все «робиться автоматично, без почуттів, але й це потребує значних зусиль». Третя – фаза реорганізації, може тривати від декількох тижнів до декількох років. Особистість повертається до реальності, спогади про все стають позитивними, проявляється інтерес до нових сфер діяльності.

2.Критерії діагностики та основні симптоми ПТСР.

Відповідно до МКХ -10 та DSM – IV, посттравматичний стресовий розлад розвивається після травмуючих подій, що «виходять за межі нормального людського досвіду». Він може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій.

Психологу в практичній діяльності необхідно враховувати наступні діагностичні критерії ПТСР заDSM – IV.

A. Хворий перебував перебував під впливом травмуючої події, під час якої мали місце:

1. Хворий пережив, був свідком чи учасником події чи подій, які представляли реальну чи можливу загрозу смерті або серйозної шкоди чи небезпеку порушення фізичної цілісності, яка загрожує самому хворому чи іншим людям.

2. Реакція хвогоного була виражена у вигляді страху, безпомічності чи жаху.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох складових: інтузії, уникнення та гіперактивності.

B. Травмуюча подія повторно переживалася у вигляді одного чи декількох наступних проявів (інтузія):

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу.

3. Такі дії та відчуття, як начебто травмуючи подія відбувається знову (включаючи відчуття відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації та

дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при просинанні чи в стані сп'яніння).

4. Значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадує про неї.

5. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують який-небудь аспект травмуючої події чи нагадують про неї.

В. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та загальне оціпеніння (якого не було до травми), про які свідчать не менше трьох симптомів з наступних (уникнення):

1. Спроби уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою.
2. Спроби уникнути дій, місць чи людей, які викликають спогади про травму.

3. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми
4. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них.
5. Відчуття відстороненості від оточуючих.
6. Звуження діапазону афективної реакції, наприклад, нездатність переживати любов.

7. Нездатність орієнтуватися на далеку життєву перспективу (наприклад хворий не планує займатися кар'єрою, одружуватися, мати дітей чи вибудовувати нормальнє життя).

Г. Стійки прояви підвищеного збудження, відсутні до травми, про які свідчать не менше двох симптомів з наступних (гіперактивність):

1. Складності при засинанні чи розлади тривалості сну.
2. Роздратованість чи спалахи гніву.
3. Складності концентрації уваги.
4. Підвищена пильність.
5. Посилена реакція на переляк.

Д. Тривалість розладу(симптомів, описаних в межах критеріїв Б, В та Г) більше за один місяць.

Е. Розлад призводить до клінічно значимого дистресу чи порушень в соціальній, трудовій чи інших сферах життєдіяльності.

Типи розладу:

- гострий –симптоми зберігаються менше трьох місяців;
- хронічний - симптоми зберігаються три місяці і більше;
- відстрочений – симптоми виникають не менше, ніж через шість місяців закінчення дії стресора.

Основні симптоми ПТСР

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття. Травмуюча подія переживається знов і знов. Людина намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх стимулів. Виникає відчуття реальності події. Вони можуть виникати наяву, при просинанні, при інтоксикації (алкогольні, під дією ліків). До цієї групи відносяться дитячі ігри, що повторюються, в яких помітні елементи травмуючої події.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу. Сни викликають глибокі переживання психотравмуючих подій з відчуттям їх реальності.

3. Такі дії та відчуття, начебто психотравмуючі події відбуваються знову. Відчуття відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Можуть бути стани з розладами орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин (діб), людина начебто стає учасником психотравмуючих подій.

4. Значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадує про неї. В деяких випадках можуть виникати стани психоемоційного напруження чи гострого стресу при зіткненні з чимось, що нагадує про травмуючи подію. Наприклад, реакція жертв нацистських концентраційних таборів на вид свастики, учасників бойових дій на відповідні передачі по телебаченню.

5. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують про неї. При зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравмуючу, проявляються фізіологічні реакції: пітливість, оніміння кінцівок, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі...

6. Намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою. Спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму.

7. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми. Людина не може пригадати деякі епізоди того, що з ним відбувалося.

8. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них. Людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася.

9. Відчуття відгородженості від оточуючих, виникає відчуття самотності навіть в колі родини, дітей.

10. Звуження діапазону афективної реакції. Знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточуючими, роздратованість, апатія,

втрата інтересу до оточуючої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники.

11. Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу. Формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає відчуття «неперспективного майбутнього».

12. Ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну. Нічні кошмири, боязнь заснути, сновидіння відображають психотравмуючу ситуацію, нервове виснаження, підвищення тривоги, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю.

13. Роздратованість та спалахи гніву. У учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій (різкі звуки, крики, шум) ю. Людина стає конфліктною, в суперечках застосовує насилля.

14. Труднощі при концентрації уваги. Людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких моментах концентрація уваги може дути достатньою, але тільки виникає стресовий фактор, як втрачається здатність зосередження. У дітей достатньо помітно знижуються успіхи в навчанні, відмінники стають посередніми учнями.

15. Немотивована пильність. Хворий слідкує за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, часто вона проявляється в постійній фізичній напрузі, готовності в будь-який момент відбити зовнішню чи подолати внутрішню загрозу. Поведінка таких осіб відображає характер перенесеної психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місця з яких вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Напруження не дозволяє особі розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії.

16. Посилення реакція переляку. Незнаний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності.

А. Бланк виокремлював чотири типи повторних відчуттів:

- яскраві сни та нічні кошмири;
- яскраві сни, від яких людина просинається з відчуттям реальності подій та дій, які можливо особа скوїла під впливом спогадів;
- усвідомлений флешбек – переживання, в яких яскраво представлені образи психотравмуючої події, супроводжуються візуальними, звуковими та нюховими складовими. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;

- неусвідомлюваний флешбек – неочікуване, абстрактне переживання, яке супроводжується певними діями та образами.

Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;
- зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;
- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
- депресія, суїциdalні думки та спроби самогубства;
- високий рівень психічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги (головний біль,). У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляди хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в області серця, респіраторного симптому.

3. Теоретичні концепції ПТСР.

Сьогодні ще не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Найвідомішими є чотири основні моделі: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна.

Психофізіологічна модель ПТСР. ПТСР – результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність реагування на травму обумовлена темпераментом.

Е.І. Ніколаєв відмічає, що процес дезадаптації до стресу пов'язаний зі змінами міжполушарних взаємодій. В процесі адаптації відбувається активація правої півкулі, що тісніше пов'язана з диенцефальним відділом мозку. Люди з меншою міжполушарною спеціалізацією мають певні переваги в екстремальних ситуаціях і більш ефективно до неї адаптуються.

Р. Сильверстайн [Silverstein, 1996] довів важливу роль в системо комплексі ПТСР підвищеної адренергічної активності. У багатьох ветеранів військових дій виявлений підвищений рівень адреналіну, який можливо відповідає за схильність особи до гострих відчуттів, ризику, порушення встановлених правил поведінки.

Психодинамічна модель ПТСР. Травма призводить до розладів процесів символізації. Сучасна психодинамічна модель в якості наслідків травматизації розглядає наступні: регрес на оральну стадію розвитку, переміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, автоматизація. Вважається, що травма актуалізує дитячі конфлікти.

Н.Н. Пуховський [2000] спробував інтегрувати психоаналітичний та медико-біологічний підходи до травми. На його думку, після гострих афективно – шокових реакцій на перший план виходить картина первинного травматичного Его-стресу (стресу свідомості) коли необхідність в новій дискомфортній посттравматичній ситуації дотримуватися «принципу реальності» породжує інртапсихічний конфлікт. Саме синдром Его-стресу розглядається як центральна ланка патогенезу психопатологічних наслідків травмуючої ситуації.

Когнітивна модель ПТСР. В межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе. Патологічні реакції на стрес – мало адаптивні відповіді подолання розпаду базових уявлень, які формуються в процесі онтогенезу, пов’язані із задоволенням потреби в безпеці і складають Я-теорію. В ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. Малоадаптивні наслідки стресового впливу, можуть бути більш адаптивними, так як дають можливість більш ефективній реорганізації Я-системи. Малоадаптивне подолання травми проявляється в генералізації страху, гніву, уникнення, в дисоціації. Причиною цього є негнучкість, некорегованість когнітивних схем. Вважається, що дана модель найповніше пояснює етіологію, патогенез і симптоматику розладу, вона враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

Інформаційна модель ПТСР. Модель розроблена М.Горовицем [1974, 1987], який спробував поєднати когнітивну, психоаналітичну та психофізіологічну моделі. Стрес викликає потік внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не співпадає з когнітивними схемами. Відбувається інформаційне перезавантаження, необроблена інформація переводить із свідомості в підсвідомість. У відповідності з принципом уникнення болю людина намагається зберегти інформацію у безсвідомій формі, але з часом травматична інформація стає усвідомленою, як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні обробки досвід стає інтегрованим, а травма більше не зберігається в активному стані.

Ідеї М.Горовиця отримали подальший розвиток в дослідженнях Б.Грин, Д.Вільсон, Д. Лінді. На їх думку, подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойових дій залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів, як характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики військовослужбовців і особливості умов, в які повертається ветеран після війни. Свою модель автори назвали інтеракціоністською.

4. Типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій.

В сучасній психологічній літературі виокремлюють наступні особливості стресових реакцій у учасників бойових дій.

Психологічні реакції. Адаптивні реакції – природний психофізіологічний стан військовослужбовця в бойовій стресовій ситуації, що характеризується напруженням функціональних систем його організму у умовах екстремальних ситуацій. Проявляються в розладах сну, втомлюваності, роздратованості, легких вегетативних розладах, епізодичному вживання алкоголю та психоактивних речовин, в цілому вони не позбавляють військовослужбовця виконувати бойові задачі.

Серед психічних розладів виокремлюють короткочасні реакції страху, тривоги, внутрішньої напруженості чи розслабленості, реакції «бойової екзальтації». В зв'язку з тим, що ці реакції швидкоплинні та зрозумілі для оточуючих, вони не стають причиною для госпіталізації.

Інтенсифікація основних компонентів психічної діяльності. Основними видами позитивних змін в психічній діяльності більшості учасників бойових дій є: підвищення активності та інтенсифікація компонентів психічної діяльності (мотиваційних, пізнавальних, вольових); актуалізація та домінування основних особистісних якостей; виникнення стану духовного підйому та мобілізації сил; формування успішних стратегій поведінки.

Дезадаптивні реакції. Стомлення (фізичне та нервово-психічне, гостре та хронічне, м'язове, сенсорне, інтелектуальне...).

Перевтомлення – стійки розлади в протіканні та зміні фаз працездатності.

Тривога – відчуття загрози, характер та час виникнення якої не передбачені. Тривога, неадекватна по силі та тривалості, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки.

Страх - одна з основних причин дезадаптивної поведінки військовослужбовця. В залежності від ситуації і особливостей особистості, страх проявляється в невпевненості, побоюваннях, переляку, паніки, жахах, відчай.

Гострі афективні реакції – стани крайньої емоційної напруженості: реакції бойової екзальтації, ступор, сутінкові стани, паніка.

Невротичні реакції – астенодепресивні реакції, астеноневротичні реакції, тривожно-обсесивні реакції, істероневротичні реакції.

Патохарактерологічні реакції – ПХР нестійкого типу, ПХР істероїдноготпу, ПХР афективно-експлозивного типу.

Гострі реактивні психози – психогенні сутінкові розлади, афектогенний ступор.

В літературі описані наступні типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій.

Перший тип – активно-захисний (переважно адаптований). Особи адекватно оцінюють тяжкість захворювання, іноді відмічається тенденція до його ігнорування. Проявляються невротичні розлади. У деяких ветеранів є прагнення обстежитися та лікуватися в стаціонарі.

Другий тип – пасивно-захисний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю) В основі етапу – примирення з хворобою. Характерними є тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції. Зниження прагнення боротися з хворобою, Психологічний дискомфорт – скарги соматичного характеру.

Третій тип – деструктивний (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю). Характерні розлади соціального функціонування. Проявляється внутрішня напруженість, дисфорія. Часто відмічаються конфлікти, «вибузові» форми поведінки. Для розрядки негативних афектів клієнти вживають алкоголь, наркотики, проявляють агресію в своїх діях, скують спроби самогубства.

В сучасній літературі описані різні психопатологічні симптомакомплекси, які характерні для ветеранів бойових дій.

Для **астенічного** симптомакомплексу характерні виражена збудливість та роздратованість на фоні підвищеної стомлюваності, емоційної лабільності, зниженого настрою, образливістю.

Обсесивно-фобічний симптомакомплекс проявляється відчуттям немотивованої тривоги та страху, нав'язливими спогадами про психотравмуючу подію.

При **істеричному** симптомакомплексі постепігається підвищена навіюваність і самонавіюваність, намагання звернути на себе увагу, демонстративний характер поведінки.

Для **депресивного** симптомакомплексу характерні знижений настрій та пессимізм.

Експлозивний симптомакомплекс проявляється в підвищенні роздратованості, злобності та агресивності.

Психоорганічний симптомакомплекс як правило розвивається у осіб, які перенесли черепно-мозкову травму (астенія, дисфорія, розлади пам'яті,

емоційні розлади, розлади сну). Можливі короткочасні дереалізацій ні та деліріозно-онейроїдні розлади.

Фіксація на травмі відбувається за рахунок того, що постраждалому не вдається інтегрувати травматичний досвід і в цілісну структуру особистості, яка мала місце до психотравмуючої події. Травматичний досвід виникає і існує окремо, відбувається дезінтеграція життєвого досвіду. Це відбувається в двох формах: у формі фрагментації життєвого шляху, коли життя до та після травми представляють собою дві роздільно існуючих складових в суб'єктивній картині світу, відбувається розпад особистості на «субособистості», які не пов'язані між собою.

Після завершення екстремальної ситуації людина повертається в ситуацію повсякденного життя, але особистість продовжує функціонувати так, начебто перебуває в психотравмуючій ситуації, ці зміни особистості суперечать вимогам побутового життя. Після психотравмуючого впливу порушується процес трансформації особистості, інтеграції нового досвіду, переоцінки, зміни ставлення до ситуації. Все це гальмує подальший розвиток особистості, трансформація проходить за різними напрямами:

1. Втрата сенсів, які були раніше («Я до цього часу не розумію, що ми робили на тій війні»).
2. Відчуття безглуздості того, що відбувалося («Так була каша з безглуздих смертей»).
3. Негативне переосмислення («Я хочу туди, на війну....»).
4. Пошук сенсу і наділення ним безглуздого явища з погляду принципів побутового життя.

5. Методики психодіагностики ПТСР.

До основних методик психодіагностики ПТСР, які характеризують стани, переживання наслідків екстремальних ситуацій та адаптацію до подальшого життя осіб з такими розладами, відносяться: «Метод структурованого клінічного інтерв'ю», «Шкала для клінічної діяності ПТСР», «Опитувальник травматичного стресу», «Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події», «Додаткова шкала PTSDMMPI».

«Метод структурованого клінічного інтерв'ю» включає низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування клієнта на першому етапі дослідження.

Методика застосовується як в клінічній практиці, так і в дослідницьких цілях. Існують різні модифікації, в тому числі і неклінічні. Одна з них –

варіант інтерв'ю для діагностики ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі – SCID – NP – V.

«**Опитувальник травматичного стресу**» застосовується для оцінки вираженості симптомів постстресових розладів у досліджуваних на основі критеріїв DSM – 4.

Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 тверджень. Досліджуваному пропонується за допомогою 5-балльної шкали оцінити кожне твердження в залежності від його відповідності власному стану. 56 тверджень являються ключовими для оцінки прояву симптомів ПТСР, 15 – входять в додаткову шкалу депресії, 9 – складають оціночні шкали «брехні», «агравації», «дисимуляції», які дозволяють контролювати ступінь широті досліджуваного.

Обмеження у використанні ОТС.

1. Не може використовуватися всупереч бажанню досліджуваного та його інформованої згоди.

2. Не може використовуватися в гострому періоді психотравми, в фазі психологічного шоку, на фоні ажитованого чи пригніченого стану, при захисному запереченні подій.

3. Обмежено використовується для оцінки стану при виконанні професійних завдань в екстремальних умовах: тільки у випадках обстеження окремих осіб, які потребують проведення індивідуальної психокорекції чи евакуації з зони НС.

4. Не може використовуватися при астенічному стані клієнта, який викликаний тяжкими соматичними захворюваннями, тяжкими пораненнями чи контузією; в абстинентному стані чи на фоні алкогольного (наркотичного) сп'яніння.

5. Не може бути єдиним джерелом при постановці психологічного діагнозу. Висновок про наявність ПТСР має носити ймовірнісний характер і містити рекомендації щодо подальшого обстеження.

6. Отримані результати не можуть використовуватися для діагностики ПТСР чи ОРС при встановленні тенденції до агравації чи дисимуляції обстеженого.

«Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події». Методика дозволяє встановити наявність у клієнта ПТСР за проявом однієї з двох тенденцій: вторгнення чи уникнення.

Шкала містить 22 твердження, які дозволяють встановити ступінь прояву зазначених тенденцій протягом останніх семи днів. Оцінка

проводиться самим досліджуваним і передбачає варіанти «зовсім ні», «дуже рідко», «іноді», «часто».

«Додаткова шкала PTSDMMPI». Шкала була емпірично валідізована на групах з клінічно підтвердженим діагнозом ПТСР та «норми».

ПТСР встановлюється при значеннях шкали > 30 стандартне відхилення. Також характерно підвищення основних шкал $F>60T, D>78T, Sc>79T$.

Додаткові методики дослідження ПТСР

З метою оцінки прояву посттравматичного стресового розладу та дезадаптації у постраждалих в надзвичайних ситуаціях можуть застосовуватися наступні додаткові методики: «Міссісіпська шкала травматичного стресу», «Гарвардський опитувальник для виявлення перенесених травм», «Шкала депресії» Е. Бека, «Клінічна шкала тривоги та депресії», «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В.А.Жмурова, «Методика діагностики суб'єктивного контролю» (УСК) Дж. Роттера, «Графічна методика життєвих переживань особистості», Методика «намалюй час», Методика «Малювання смерті», «Анкета для учасників бойових дій» та інші.

«Міссісіпська шкала» має необхідні психометричні властивості, хороші диференціально-діагностичні можливості, високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом ПТСР.

«Опитувальник репресивності» Е.Бека використовується для оцінки депресивних симптомів у обстежених. Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Чисельні дослідження поведінки учасників бойових дій у В'єтнамі та Кореї показали, що рівень репресивності за методикою у ветеранів з ПТСР був значно вищим, ніж у здорових обстежених. Достатньо інформативною є методика **«Методика диференціальної діагностики депресивних станів»** В. А. Жмурова.

«Клінічна шкала тривоги та депресії»розроблена для оцінки характеру та глибини емоційних розладів у осіб, які не страждають психічними захворюваннями, та є методом експрес – діагностики станів тривоги та депресії. Шкала дозволяє виокремити три рівні розладів: «норма», «межові стани», «хвороба».

Позитивні сторони методики – простота, кратність, інформативність, позитивне сприйняття пунктів опитувальника більшістю досліджуваних.

Шкала може неодноразово використовуватися, що дозволяє оцінювати динаміку стану при проведенні психокорекційної роботи.

Проведене Р.В. Кадировим обстеження військовослужбовців, які брали участь в бойових діях, дозволило йому зробити висновок про використання психодіагностичного комплексу, що складається з наступних методик: «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості», «Метод діагностики міжособистісних відносин», «Метод корольових виборів», «Рівень суб’єктивного контролю», «Намалюй час», «Малювання смерті», «Анкета учасників бойових дій». Цей комплекс є достатньо ефективним для виявлення військовослужбовців, які потребують особливої уваги з боку психологів, психологічної допомоги та психотерапії після участі в бойових діях.

Висновки

За останні 10 років уявлення про посттравматичний розлад особистості радикально змінилися. Наприклад, вважається, що ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Іноді ПТСР може виникнути після повторної незначної психічної травми. Більш того, визнається, що психофізіологічні зміни – це нормальні реакції на психотравмуючу ситуацію, які можуть пройти без надання психологічної допомоги. Разом з тим, результати проведених досліджень дозволяють зробити висновок, що ПТСР у учасників бойових дій мають більш виражений характер, що обумовлює необхідність надання постраждалим психологічної допомоги для корекції розладів.

Тема 2. Принципи надання психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Лекція – 2 год.

1. Принципи надання психологічної допомоги при ПТСР
2. Етапи надання психологічної допомоги при ПТСР

Вступ

Екстрена психологічна допомога почала формуватися ще в роки Першої світової війни. Сьогодні екстрена психологічна допомога представляє собою роботу не тільки з наслідками травми, а роботу в епіцентрі надзвичайної ситуації. Передбачається, що будь-які превентивні заходи мають враховувати соціальні процеси, що виникають навколо травматичної події, позитивні та негативні аспекти соціальної взаємодії в цей період, культурних контекст, традиції, ритуали. Соціальна підтримка визнається найважливішим захисним фактором після травми, а робота з родиною – одним з основних напрямів втручання. Надання психологічної

допомоги вимагає від психолога дуже високого рівня професіоналізму, «психологічного мистецтва».

Питання 1. Принципи надання психологічної допомоги при ПТСР

Програма психологічної допомоги ґрунтується на наступних вимогах: комплексність, диференційованість, етапність.

Базові принципи психолого-психіатричної допомоги при ПТСР:

1. Безоціночне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Травмовані можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви ПТСР у клієнта обумовлені природою травмуючої події. Такі самі зміни особистості можуть бути обумовлені іншими психопатологічними розладами та особливостями особистості.

3. Визнання усіх реакцій травмованих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. Запевняючи в цьому пацієнта, передаючи йому інформацію про його проблему, ви вже справляєте психотерапевтичний вплив і можете досягнути певних результатів.

4. Екстрене втручання психолога та його участь в організації певної підтримки постраждалому для його скорішого одужання. Мається на увазі встановлення емоційної підтримки близького оточення постраждалого, того, що Лінді назвав «травматичною мембраною навколо жертви».

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим, появи у психолога симптоматики ПТСР. Інколи виникає навіть терапевта з постраждалим, психологи ставали біль збудливими, неврівноваженими, формувалися захисні механізми їх психіки, емоційне вигорання. Сьогодні в зоні АТО пропонують роботу психологам (10 – 15 діб).

6. Використовування при роботі з клієнтом моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у пацієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність психолога до того, що пацієнт може його перевіряти, «тестувати». Це перевірка на надійність, довіру, щирість, та пояснюється страхом постраждалого бути не зрозумілим психологом, піддатися критиці за ту чи іншу дію.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція в загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей; не рівні саморозкриття та самореалізації. Альтруїстичні склонності.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнтів, активізація адекватних егозахисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенціальних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, вилікування від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будь-який стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду. Необхідно формувати самостійність клієнта в подоланні таких наслідків (повторних впливів інших стресів).

Питання 2. Етапи надання психологічної допомоги при ПТСР

В програмі передбачається послідовне проходження від першого до четвертого рівня травми та відповідної психологічної допомоги.

1 – й рівень психологічної допомоги – тілесно орієнтована терапія

Відповідно до підходу Пітера Левіна, психотерапевтична робота з травмою має бути направлена, перш за все, на відновлення природної здатності до саморегуляції, яка оцінюється як психологічна та біологічна здатність до ціле направленої організації. Саморегуляція розглядається як природна здатність особи до самовилікування, основана на ресурсах організму.

Працюючи з психологічною травмою на рівні тіла, необхідно дотримуватися деяким принципам, що забезпечують ефективність психологічної допомоги.

- Створення відчуття безпеки. Встановлення таких терапевтичних відносин з пацієнтом, як: довіра, надійність, безпечний простір, співробітництво.
- Створення у клієнта ресурсів для роботи з травматичними переживаннями. Ресурси – це різні види позитивних самовідчуттів на рівні тіла, те, що допомагає людині зберігати та підтримувати відчуття себе і власної внутрішньої цінності при загрозі можливого руйнування травмою. Ресурс забезпечує здатність до саморегуляції.
- Створення меж переживання – «контейнерування» - усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятим на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

Методи та техніки роботи дозволяють створити передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції та подальшої інтеграції травматичного досвіду на інших рівнях.

2-й рівень психологічної допомоги – групова робота

Групова психотерапія дозволяє вирішувати більш широке коле спільніх для клієнтів задач, в число яких входять наступні:

- Створення безпечної соціального простору.
- Зниження відчуття ізоляції і формування відчуття принадлежності, спільноті цілей, комфорту та підтримки.

- Відновлення відносин до іншого як до самоцінності, що супроводжується формуванням відчуття довіру до себе.
- Формування відчуття універсальності власного досвіду.
- Прояснення загальних проблем, навчання методам (совладения) наслідками травми.
- Можливість прийняти на себе роль «допомагаю чого».
- Розвиток відчуття «ліктя»: спільні проблеми розподіляються між учасниками групи.
- Можливість ділитися з кимсь інформацією про себе, говорити про свої відчуття іншим людям.
- Формування впевненості в можливості успішного проходження терапії.

Для досягнення поставлених завдань використовуються деякі техніки, розроблені в межах поведінкової, когнітивної та екзистенціальної терапії. До числа обов'язкових методів входять:

- техніки активізуючої терапії (наприклад, «Ранжування завдань сьогодення за складністю», «терапія майстерністю та задоволенням»), які застосовуються для формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над власним життям;
- принципи сократівського діалогу як основного виявлення неадаптованих думок та установок та роботи з ними;
- використання метафор з метою передачі інформації на рівень підсвідомого клієнтів, це допомагає активізувати приховані ресурси та призводить до неочікуваного розв'язання проблеми;
- техніка «Історія моого життя», що застосовується з метою розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси;
- техніка «Позитивні сторони травматичного досвіду», що дозволяє переоцінити травматичний досвід та його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.

3-й рівень психологічної допомоги – різні психотерапевтичні підходи

Принципи вибору конкретних методів та прийомів, необхідних при роботі з конкретним клієнтом, мають бути наступними:

- Метод, що застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам.
- Методи та прийоми, розроблені гуманістичною психологією, є зальними для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися у взаємовідносинах між психологом та клієнтом. Однак для надання допомоги використовувати тільки їх не є достатньо ефективним.
- Методи, розроблені в психодинамічному підході, обов'язкові в усіх випадках, коли мають місце не просто розлади, викликані психотравмуючою ситуацією, але й виявляється більш – менш виражений

невроз. Підпсиходинамічними методами маються на увазі метод «Вільних асоціацій», метод «Глумачення сновідінь», трансактний аналіз Е. Бернса.

- Методи, розроблені біхевірально-когнітивною психологією є обов'язковими в застосуванні для зняття симптомів. Найбільш ефективними вони є тоді, коли направлені на самі симптоми. До біхевірально-когнітивних методів відносять варіанти десенсибілізації, прийоми нейролінгвістичного програмування.

- В психотерапевтичній роботі доцільним є застосування техніки арт-терапії. Арт-методи впливають на психіку на глибинному рівні, сприяють відновленню цілісності особистості, виходу її зі стану дезінтеграції і практично не мають протипоказань.

4-й рівень психологічної допомоги – екзистенціальна терапія

Осмислення того, що відбулося, - необхідний елемент для повноцінного завершення лікування. Найкраще ці питання висвітлені в логотерапії – напрям екзистенціальної терапії, заснований В. Франклом, на роботу якого впливував досвід перебування в концентраційному таборі фашистської Німеччини.

Головне завдання психолога – це:

- клієнт має прийняти те, що з ним відбулося;
- клієнт має усвідомити свої цінності;
- клієнт має взяти на себе відповідальність за свою поведінку в екстремальній ситуації та на час психотерапії;
- клієнт має прийняти психотравмуючих досвід як «ресурс» для свого подальшого життя.

Запропоновані методи, поєднання їх в різні системи дозволяє переробити переживання травми на різних рівнях. Програма надання психологічної допомоги складається індивідуально відповідно до індивідуальних особливостей особистості клієнта.

Висновки

У постраждалих з посттравматичним стресовим розладом, особливо в самих тяжких формах, зміни проявляються на всіх рівнях функціонування психіки. Люди часто відчувають страх, не вірять в свої сили для подолання розладу. Страх та зневіра впливають на організацію психологічної допомоги, особливо на початкових її етапах. Робота з психологом часто сприймається як загроза, як ще одна психотравмуюча подія. Клієнти мають сумніви щодо професійних здібностей психолога, мають сумніви щодо його щирості, доброзичливості. Ці захисні механізми поведінки постраждалого значно ускладнюють роботу з надання психологічної допомоги. Без подолання цих бар'єрів важко досягти успіху в роботі.

Необхідно, також, наголосити на тому, що ефективність психологічної допомоги залежить від комбінування різних підходів, методів, технік.

Тема 3. Методи та техніки надання психологічної допомоги особам, які перебували в надзвичайних ситуаціях

Лекція – 2 год.

1. Психологічний дебріфінг
2. Кризове консультування
3. Техніки, що використовуються при роботі з психологічною травмою.

Вступ

Фахівці з ПРСТ одностайно відмічають, що уявлення про розлад радикально змінилися за останні 10 років. Сьогодні більшість з дослідників визнають, що значні психофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу подію. Цілеспрямовані дослідження західних спеціалістів доводять, що частина з них з часом можуть пройти самостійно. В зв'язку з цим виникає необхідність обережно вибирати види та методи роботи з постраждалими відразу після травми. Достатньо ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебріфінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічне втручання (інтервенція), психологічна корекція тощо. Цілі і завдання екстреної психологічної допомоги включають профілактику гострих психологічних реакцій та підвищення адаптаційних можливостей працівників.

Питання 1. Психологічний дебріфінг

Одним із ефективних засобів психологічної підтримки та відновлення психічного здоров'я і психологічної рівноваги після перебування у екстремальній ситуації є психологічний дебріфінг. Вітчизняні фахівці з корекції кризових станів адаптували методику психологічного дебріфінгу, що виправдала себе в роботі з ветеранами в'єтнамської війни і працівниками поліцейських підрозділів США і ряду Європейських країн.

Психологічний дебріфінг(англ. debriefing – доповідь після повернення завдання) являє собою групове обговорення пережитої екстремальної ситуації, що сприяє розумінню причин, які викликають стрес, і усвідомленню дій, необхідних для усунення цих причин. Даний засіб дозволяє вирішувати наступні завдання:

- зниження рівня емоційного сприйняття екстремальної ситуації;
- зменшення рівня індивідуальної і групової психологічної напруги;
- регулювання морального і психологічного стану учасників.

Найбільш оптимальний час для проведення дебріфінгу – по закінченню двох діб після події.

Практика показує, що психологічний дебріфінг повинен проводитися з дотриманням наступних умов:

- наявність окремої кімнати, ізольованої від будь-яких шумових впливів;

- кількість учасників не повинна перевищувати 10 чоловік (оптимально 5-7 чоловік) – з числа працівників ОВС, які раніше потрапляли у подібні екстремальні ситуації. При більшій кількості учасників група розбивається на підгрупи зі своїм «ведучим».

Психологічний дебрифінг здійснюється за методикою «круглого столу». Можна використовувати аудіо- і відеозаписи ситуацій і подій. Перед проведенням дебрифінгу доцільно провести у учасників експрес-діагностику постстресового стану, що допоможе з'ясувати ситуацію у групі і визначити тактику роботи з окремими її членами.

Процес дебрифінгу складається з трьох частин:

- а) «вентиляція» почуттів у групі і оцінка стресу ведучими;
- б) обговорення «симптоматики» і надання психологічної підтримки;
- в) мобілізація ресурсів, надання інформації і планування подальшої допомоги.

Загалом виділяють від 5 до 7 обов'язкових фаз у роботі групи

1. Вступна фаза, передбачає роз'яснення ведучим мети, завдань і правил; зняття тривоги в учасників з приводу новизни та «незвичайності» процедури. Оптимальний час на вступ – 15 хвилин.

Потім ведучий визначає правила дебрифінгу для того, щоб мінімізувати тривогу, яка може виникнути в учасників.

До основних правил, яких слід дотримуватись відносять наступні:

а) представитися та висловити власне ставлення до обговорюваної події; якщо учасник не хоче обговорювати певний факт, не потрібно його змушувати до цього; всі інші уважно вислуховують те, що говорить кожний з присутніх;

б) дотримуватися конфіденційності: те, що відбувається або обговорюється в групі не виноситься назовні;

в) не критикувати інших;

г) кожний говорить від свого імені, про свої переживання, вчинки (від першої особи), а не про чужі;

д) психолог попереджає учасників, що вони можуть знову пережити негативні почуття, але це і є завдання дебрифінгу – навчитися переборювати реальні негативні емоційні стани;

е) хоча група і працює без перерви, але це не означає, що забороняється виходити на певний час у справах.

2. Фаза фактів спрямована на розповідь кожного учасника про те, що відбувалося з ним: що він бачив, де знаходився і що робив. Саме таким чином можна відновити повну картину і хронологію подій.

Тривалість фази чинників може варіювати. Але чим довше тривав інцидент, тим довша повинна бути дана фаза.

Одне з головних завдань дебрифінгу – дати працівникам можливість більш об'єктивно побачити ситуацію, щоб блокувати тривогу й дискомфорт, викликані викривленням реальної картини того, що відбувалося.

3. У фазі думок, емоцій та почуттів. Ведучий просить перейти від опису подій до розповіді про внутрішні переживання та психологічні реакції

на них. Дуже важливо згадати перші враження, які промайнули в голові, думки, імпульсивні вчинки і емоційні реакції. Питання, що відкривають цю фазу, можуть бути, наприклад, типу «Якими були ваші перші думки, коли це відбулося?».

У кінці цієї фази можуть бути обговорені враження учасників на місці події. Питання, які, можливо, будуть задані, наступні: «Ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки починалися і в ході їх розвитку?», «Що ви думали й почували?».

4. Фаза симптомів передбачає обговорення проявів стресового психічного стану, які спостерігались учасниками як зміни своєї поведінки. В результаті складається перелік симптомів, що описує спектр психологічних наслідків критичного інциденту в даній конкретній групі. Кожен учасник має можливість зрозуміти та усвідомити свій стан, а також розповісти про ті симптоми, які раніше ні кому не розповідав.

Варто зазначити, що постстресовий стан працівників рано чи пізно створює певний вплив на сімейне життя, при цьому працівник може почувати, що його рідні не в змозі зрозуміти, що він пережив. Як результат, пошуки розуміння приводять до колег, що пережили ті ж самі події.

5. Фаза інформування направлена на роз'яснення учасникам природи постстресових станів як «нормальних реакцій на екстремальну ситуацію»; обговорення варіантів та засобів їх подолання і можливих у майбутньому негативних психологічних наслідків. Психолог у формі міні-лекції повідомляє про види, ознаки та наслідки, спричинені стресами. Корисно у таких випадках надану інформацію зафіксувати на листівках та надати учасникам дебрифінгу як роздатковий матеріал.

6. Фаза «закриття минулого» і «новий початок» спрямована на підведення підсумків пережитого. Ритуали «закриття минулого» існують у кожній культурі (поминки, річниці, відвідування місць, пов'язаних з певними подіями тощо), однак вони припускають і власну творчу участь, наприклад, багато з тих, хто пережив катастрофу, пізніше присвячують своє життя, щоб допомогти уникнути нових катастроф або зменшити їх травматичні наслідки, використовують свій досвід при наданні допомоги, беруть участь у діяльності добровільних рятувальних бригад та ін.

7. Фаза реадаптації сприяє обговоренню і плануванню майбутнього. Однією з головних цілей дебрифінгу є створення відчуття внутрішнього психологічного комфорту. Корисно обговорити також, у яких випадках, учасник повинен звертатись по подальшу допомогу. Вирішальними можуть бути такі показники: якщо симптоми не зменшилися через 6 тижнів, якщо симптоми збільшилися згодом, якщо працівники не в змозі адекватно виконувати свої функціональні обов'язки, або виникають конфлікти та непорозуміння в сім'ї.

Психолог повинен акцентувати увагу на закінченні дебрифінгу, що, в свою чергу, придає процесу завершеність і логічну злагодженість.

Однак, варто зазначити, що сам по собі дебрифінг не вичерпує необхідності у наданні індивідуальної професійної психологічної допомоги працівникам органів внутрішніх справ.

Питання 2. Кризове консультування

Кризове консультування – це найбільш дієва та актуальна форма психологічного консультування для екстремальної діяльності. Головною метою кризової допомоги найчастіше вважають попередження посттравматичних розладів, запобігання суїцидам, профілактика дезадаптації працівників.

Кризове консультування досить ефективний психопрофілактичний засіб, який є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо.

Процес надання психологічної допомоги може бути розділена на три стадії:

1. Встановлення довірчого безпечного контакту, що дає право на отримання доступу до «закритого» травматичного матеріалу;

2. Консультативна, терапевтична або корекційнадопомога, зорієнтована на травму, поєднана з глибинним дослідженням травматичного матеріалу, роботою з уникнням та відчуженістю;

3. Стадія, яка допомагає особі дистанціюватися від травми і возв'єднатися з сім'єю, друзями та суспільством.

Разом з тим, певні елементи і принципи кризового консультування мають загальний характер. До основних принципів кризового консультування відносяться: емпатійний контакт, короткостроковість, невідкладність, високий рівень активності психолога-консультанта, обмеження цілей консультування, що передбачає фокусування на основній конкретній проблемі, інтенсивна ситуативна підтримка.

Дієвим засобом психологічної допомоги, який може бути застосований в процесі психологічного консультування працівників, які перебували в екстремальних умовах діяльності, є кризова інтервенція.

Головною метою кризової інтервенції є уникнення госпіталізації чи хроніфікації симптомів, які виникають унаслідок кризових ситуацій. Мета кризової інтервенції полягає у загальній підтримці людини та її оточення, у здатності активізувати ресурси для саморегуляції та самодопомоги.

Кризова інтервенція – це робота, спрямована на вираження сильних емоцій постраждалого, відкриття доступу до дослідження гострих проблем та формування розуміння поточних проблем, для його психологічної підтримки, а також створення фундаменту для прийняття ним пережитого досвіду. Загальним змістом описаної стратегії дій психолога є допомога постраждалому в розумінні змісту того, що відбулося, у відновленні почуття контролю свого емоційного стану та контролю над своїм життям, відновленні самооцінки.

Присутність психолога для клієнта, який пережив екстремальні події, це повне привнесення себе в інтеракцію з компетентним фахівцем. Клієнти часто йдуть саме до психолога, оскільки якісні стосунки зі значущими фігурами, можливість бути присутнім з іншою важливою особою в неопосередкованій близькості з якихось причин блокована. Тому психологи повинні бути готові емоційно реагувати та співпереживати постраждалим працівникам, уміючи при цьому дистанціюватися.

Процес вербалізації пережитого досвіду черезконсультування має величезне значення в наданні психологічної підтримки. Психолог виступає в ролі слухача і допомагає працівникові сформулювати свої думки, висловитися, поділитися пережитим.

Як відомо, внутрішня робота з асиміляції нового, в тому числі, травматичного, досвіду проходить через процес вербалізації.

Терапевтичні відносини, побудовані на підставі діалогу, мають деякі специфічні характеристики. Контроль за ходом бесіди – це прояв відповідальності консультанта. Тільки лише слухання, навіть самого чуйного, в більшості ситуацій недостатньо. Прояв активності в обмеженні змісту промови клієнта і утримання фокусу на певних скаргах, темах, ситуаціях дозволяє консультанту формулювати і перевіряти початкові гіпотези щодо працівника (як клієнта) і його проблем, тим самим з максимальною користю використовувати потенційну можливість їх вирішення.

Розповідаючи про свої проблеми та труднощі, особа формулює проблемну ситуацію. Психологічні проблеми не існують ізольовано, їх можна виділити лише з контексту. До появи чи загострення дисгармонії завжди призводять конкретні життєві та професійні ситуації. Переживання клієн кризової ситуації – це процес, що триває певний час. З боку психолога йому відповідає зустрічний процес – співпереживання.

Процес співпереживання включає: докладну розмову про кризову ситуацію; емпатичне розуміння і безумовне прийняття консультантом емоційної реакції співробітника на кризову ситуацію, вербалізація психологом його почуттів, його ставлення до тих чи інших елементів чи учасників кризової ситуації; оцінка переживань співробітника як природних в даній ситуації. Окремим елементом психологічної підтримки постраждалого є визнання психологом його страждань. Психологу необхідно вербально підтвердити розуміння того, що він зазнав певних емоційних потрясінь, серйозно поставитися до його переживань та турботу у конкретній ситуації.

Існує ряд прийомів, які сприяють найбільш успішному здійсненню техніки слухання. Зазвичай їх об'єднують в єдину групу під назвою «Прийоми активного слухання». Активне слухання дозволяє завоювати довіру клієнта, зібрати максимально повну інформацію про нього та його проблеми. До прийомів активного слухання відносяться такі:

1. Кивання головою і використання вигуків «так», «угу».

2. Питання-відлуння: дослівне повторення основних положень висловлених працівником.

3. Уточнення, при яких психолог просить уточнити окремі положення, висловлювання працівника.

4. Переформулювання – полягає у поверненні сенсу висловлювання працівника консультантом за допомогою використання інших слів, мовних оборотів.

5. Відображення емоцій відбувається при прямому описі переживань, які психолог помітив у поведінці працівника.

Важливим для кризової інтервенції є також позитивне підкріплення емоційного стану працівника.

Ефективною технікою впливу на емоційний стан є навіювання, яке має цілеспрямований, неаргументований характер. При навіюванні здійснюється процес передачі інформації, заснованої на її некритичному сприйнятті. Навіювання відрізняється і від переконання: воно безпосередньо викликає певний психологічний стан без доводів та критичного сприйняття. Переконання ж побудовано на тому, щоб за допомогою логічного обґрунтування домогтися згоди від постраждалого, що вислуховує інформацію.

На кожному етапі консультативного процесу психолог-консультант використовує спеціальні прийоми та техніки:

- «Відзеркалення» – прийом полягає в непомітному для працівника повторенні його висловів і рухів.

- «Перифраза» – коротка, поточна репліка психолога, яку він вимовляє під час сповіді працівника і призначена для прояснення, уточнення значення того, що він говорить.

- «Узагальнення» – прийом, який зовні чимось нагадує перифразу, але відноситься не до того останнього, що сказав працівник, а до цілого вислову, який складається з декількох думок або пропозицій.

- Прийом емоційної підтримки – психолог уважно вислуховує працівника, слідує за його думкою, намагаючись в потрібні моменти виражати підтримку його висловлювань, зокрема демонструвати позитивні емоції.

- Постановка перед клієнтом питань, які стимулюють його мислення. Підведення підсумків змісту думок, висловлювань та почуттів.

- Уточнення змісту та почуттів. Запропонувати йому назвати свої почуття, визначити та виразити їх.

Інформування постраждалого представляє досить делікатний і складний процес, оскільки передбачає не тільки неупереджене надання фактів, а й урахування можливих його реакцій на інформацію про себе.

Ще одним важливим та доцільним елементом психологічного консультування клієнтів, які перебувають в екстремальних умовах діяльності, є навчання їх навичкам саморегуляції.

Надзвичайно актуальним питанням для процесу психологічного консультування є його ефективність.

Зазвичай основним джерелом інформації про ефективність консультування є сам клієнт, надана їм оцінка.

Отже, психологічна консультація є дієвим та доступним методом психологічної особам після їх перебування в екстремальних умовах діяльності. Даний метод психолог може застосовувати іноді навіть в несприятливих умовах, за відсутністю певного обладнання та комфорту (що в цілому є важливим фактором роботи психолога). Дотримання принципів кризового консультування, емпатійний контакт, високий рівень активності психолога-консультанта дозволяє вчасно надати необхідну допомогу та виграти час для включення в дію механізмів психологічної адаптації клієнта.

Питання 3. Методи (техніки), що використовуються при роботі з психологічною травмою.

Я – тілесне

Тілесно-орієнтована терапія:

Прогресивна м'язова релаксація;
«Мисленеві рухи – пальці рук»;
«Мисленеві рухи по всьому тілу»;
«Дихання через долоні».
Техніки соматичної терапії травми.
«Усвідомлення меж»;
«Перезавантаження та невагомість»;
«Опори зовнішні та внутрішні»

Тілесно-орієнтована психотерапія – головний напрям сучасної практичної психології. Сьогодні у світі існують понад 50 інститутів з навчаючими та терапевтичними програмами різних шкіл та напрямів тілесно-орієнтованої психотерапії. Основними з них вважаються: біосинтез, біоенергетичний аналіз, біодинаміка, соматопсихологія, процесуальна психотерапія.

Спеціалісти вважають, що тілесно-орієнтована психотерапія - це унікальний та ефективний спосіб роботи з ПТСРЮ який допомагає зв'язувати між собою чуття, розум і тілесні відчуття, відновлювати зв'язки між ними, створювати умови повного контакту людини зі своїм тілом. Соматичні симптоми психічних травм пояснюються як тілесні прояви переживань та поведінки людини, а психотерапія направлена на те, щоб зробити їх доступними переживанню і усвідомленню.

З точки зору терапії важливо не допустити, щоби посттравматичні симптоми стали хронічними.

В якості основного методу в терапії психічної травми використовується техніка «соматичного переживання». Техніка передбачає трансформацію дезадаптивних тілесних реакцій в адаптивні, що досягається шляхом відновлення внутрішніх ресурсів в формі захисних та орієнтовних реакцій, які були втрачені під час травматизації.

Робота з травмою передбачає створення певних меж переживання, контейрування – усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятому на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

В практиці соматичної терапії травми використовують такі, специфічні психотерапевтичні метафори, як «воронка травми», «воронка зцілення».

Психотерапевт при зціленні травми працює з досвідом клієнта. В практиці соматичної терапії травми гештальт-досвід отримав назву «SIBAM» (відчуття (sensation), образ(image), поведінка (behavior), афект(affect), сенс (meaning)). «SIBAM» - це спосіб організації досвіду, встановлення контакту з оточуючим середовищем, організації реакції індивіда на те, що відбувається.

Методи та техніки роботи з цілісним переживанням травми створюють передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції, необхідної для терапії травми.

Я – соціальноБіхевіріально-когнітивна терапія:

Когнітивно-імажинативний метод;

«Заповнення пробілу»;

«Логічна та емпірична конфронтація»;

Десенсибілізація;

Переструктурування мислення;

Терапія занурювання....

Відповідно до когнітивної моделі ПТСР, зцілення пов’язано з наступними процесами:

- для позбавлення від симптомів повторного небажаного переживання травми необхідно провести ретельну оцінку спогадів, інтегрувати травматичний досів;
- необхідно змінити ті дисфункціональні когнітивні оцінки травми та її наслідки, які пов’язані з переживанням постійно існуючої загрози;
- необхідно змінити дисфункциональні поведінкові та когнітивні стратегії, що блокують відновлення пам’яті про події, посилюють симптоми ПТСР.

В перші тижні після травми постраждалому може бути запропонована «перша психологічна допомога». Не рекомендується на цьому етапі застосовувати будь-які спеціальні психологічні інтервенції.

Основні рекомендації:

- забезпечити можливість задоволення всіх фізіологічних потреб (медикаменти, їжа, вода);
- забезпечити атмосферу безпеки;
- надати практичну допомогу у побутових питаннях;

- допомогти відновити контакти з близькими та друзями;
- орієнтувати на постійний контакт з близькими людьми.

Почати «психологічну освітню» роботу:

- інформувати постраждалих про різні реакції, що виникають у відповідь на «тяжкі» події, нормалізувати ці реакції;
- розповісти про те, що типовий розвиток подій призводить до одужання, зробивши акцент на можливостях людської психіки;
- рекомендувати не дивитися телевізор;
- надавати допомогу при прийнятті конкретних життєвих рішень.

Будь-які обговорення травми в перші тижні після неї мають проходити за бажанням постраждалого. Психотерапевтам не рекомендується заохочувати клієнтів знову і знову розказувати про психотравмуючу подію для попередження формування ПТСР.

Етапи когнітивної психотерапії:

- діагностичний етап;
- інформування про хід психотерапії;
- відновлення занять, які раніше доставляли задоволення;
- відновлення травматичних спогадів та когнітивне їх переструктурування;
- пролонговане поринання у уявлення;
- поринання *invivo* когнітивне переструктурування;
- виявлення тригерів спогадів та емоцій, що повторюються;
- тренінг управління тривогою;
- когнітивне переструктурування;

Я – реальне Психодинамічна терапія

Психодрама «Робота з метафорою»;
«Сімейна історія»;
«Виконання бажань»;
«Джерело сили»;
«Захисток».

Психодинамічна терапія підкреслює роль конфліктів, які виникають через невідповідність цінностей та внутрішньої картини світу клієнта. Психологічна допомога в цьому напрямі психотерапії полягає в дослідженні системи цінностей і потреб постраждалого та руйнуванню їх травмуючою ситуацією; в розв'язанні свідомих та без свідомих конфліктів; в направленні енергії руйнування на творення в атмосфері емоційного комфорту.

Метою психодинамічної терапії також є відновлення самоповаги, розвиток здорового рівня особистісної відповіданості, відновлення цілісності Я.

В короткостроковій психодинамічній терапії ПТРС М.М.Решетніков виокремлює три основних етапи:

- встановлення довіри і формування у клієнта відчуття безпеки для пред'явлення будь-якого емоційного чи вербалного матеріалу;
- проблемно-орієнтовна робота у поєднанні з підтримуючою терапією;
- інтеграція особистості пацієнта та повернення його до реальності з наступним переходом до формування життєвої перспективи (12 – 15 сеансів).

Сучасний психодинамічний підхід в короткостроковій терапії ПТРС наближається до раціональної терапії.

Я – духовне Екзістенціальна терапія

Фокусування на проблемі;
«Кроки пошуку»;
Спрямована візуалізація;
Рефреймінг;
«Лінія життя», «Мета-модель» та інші

Екзистенціальний психотерапія – це динамічний психотерапевтичний підхід, який фокусується на базисних проблемах існування індивіда та направлений на фундаментальні зміни в його житті.

Кожний практичний курс екзистенціальної психотерапії складається з таких етапів роботи:

- створення психотерапевтичного альянсу;
- поглиблення проблематики клієнта;
- робота з процесом внутрішнього пошуку;
- робота з внутрішнім спротивом;
- робота з терапевтичними відносинами;
- завершальний етап, підведення підсумків.

При наданні допомоги постраждалим з розладами адаптації короткий курс екзистенціальної необхідний в більшості випадків. Як правило, в подальшому клієнт в змозі самостійно справитися з труднощами без загрози для здоров'я.

Усі сфери особистості

Арт-терапія

Робота з піском.
Робота з глиною.
Казкотерапія.
Медитативні казки, мандрування

Медитативне малювання.

Вважається, що арт-терапія має велике значення в психотерапії ПТСР. Це метод допомоги клієнту, який полягає в застосуванні художньої творчості.

Задачі арт-терапевтичної роботи:

- послаблення симптомів, які є у клієнта, оптимізація та стабілізація їх психічного стану і соціального функціонування;
- досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації, формування навичок саморегуляції, розвиток здібностей розуміти себе, вербально та невербально проявляти свої чуття та думки;
- удосконалення спроможності клієнта приймати самостійні рішення, діяти в конфліктних та напружених ситуаціях, формування стійкої системи соціально значимих зв'язків, інтересів, захоплень.

Етапи арт-терапевтичного процесу:

- підготовчий етап;
- етап формування системи психотерапевтичних відносин і початку образтворчої діяльності;
- етап укріплення та розвитку психотерапевтичних відносин;
- завершальний етап.

Висновки

Психологічна допомога людям, які пережили надзвичайну ситуацію, необхідно розглядати як психологічне супроводження особистості, спрямоване на позитивні зміни з метою інтеграції та розвитку всіх рівнів індивіда. Це достатньо складе завдання в сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоби допомогти людині, необхідно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати найефективніші з них для конкретного клієнта, вміти застосовувати їх. Для роботи з психотравмованими особами необхідна також особистісна зрілість. Психолог має бути психічно стійким, надійним, врівноваженим, усвідомлювати свої переваги та обмеженість власних можливостей.

Надаючи психологічну допомогу постраждалим психологу необхідно пам'ятати, що їх реакції нормальні і відповідають ситуації, яку вони пережили.

ПЛАНІ СЕМІНАРСЬКИХ І ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Тема 1. Поняття та критерії діагностики посттравматичного стресового розладу

Семінарське заняття – 2 год.

1. Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій.
2. Критерії діагностики та основні симптоми ПТСР.
3. Теоретичні концепції ПТСР.
4. Типи психічної дезадаптації у ветеранів бойових дій.
5. Методики психодіагностики ПТСР.

Література: [2, 3, 5, 9,12,17,19]

Тема 2. Принципи надання психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Семінарське заняття – 2 год.

1. Принципи надання психологічної допомоги при ПТСР
2. Етапи надання психологічної допомоги при ПТСР

Література: [2, 3, 4, 5,12,20]

Тема 3. Методи та техніки надання психологічної допомоги особам, які перебували в надзвичайних ситуаціях

Практичне заняття – 2 год.

Мета заняття: Формування вмінь та навичок з оцінки психологічного стану осіб, що перебували в екстремальній ситуації; визначення необхідності надання психологічної допомоги; вибору ефективних методів психологічної допомоги; визначення необхідності надання психотерапевтичної допомоги; складання плану проведення дебріфінгу та кризового консультування.

Література: [13,14, 17,19, 20, 21]

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Вимоги до організації самостійної роботи слухачів та структура навчальних завдань визначаються робочими навчальними програмами дисципліни.

Основними завданнями самостійної роботи слухачів є підготовка і виконання поточних навчальних завдань, а також самостійне вивчення окремих питань дисципліни. Самостійна робота передбачає підготовку навчально-наукової доповіді (обсягом 5-7 сторінок друкованого тексту) за однією з запропонованих нижче тем.

1. Особливості стресовий реакцій у учасників бойових дій.
2. Особливості психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях.
3. Психологічна характеристика ПТСР у учасників бойових дій.
4. Історія вивчення наслідків психотравмуючого стресу.
5. Психофізіологічна модель ПТСР.

6. Психодинамічна модель ПТСР.
7. Когнітивна модель ПТСР.
8. Інформаційна модель ПТСР.
9. Гештальт-терапія ПТСР.
10. Нейролінгвістичне програмування при ПТСР.
11. Особливості ПТСР у дітей.
12. Психологічна допомога дітям з ПТСР.
13. Психологічна підготовка до екстремальних ситуацій.
14. Прийоми саморегуляції психічного стану.
15. Психологічні особливості групової психокорекції ПТСР.
16. Ефективність застосування техніки «Когнітивне переструктурування».
17. Ефективність застосування техніки «Створення розслаблюючих образів» .
18. Ефективність застосування техніки «Локалізація тривоги».

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАЛІКУ

1. Гостра реакція на стрес.
2. Перехідний період.
3. Генералізований тривожний розлад.
4. Розлади реакції пристосування.
5. Реакція горя.
6. Критерії діагностики ПТСР.
7. Основні симптоми ПТСР.
8. Психологічна характеристика ПТСР у учасників бойових дій.
9. Особистісні зміни у ветеранів війни.
10. Психофізіологічна модель ПТСР.
11. Психодинамічна модель ПТСР.
12. Когнітивна модель ПТСР.
13. Інформаційна модель ПТСР.
14. Особливості протікання ПТСР у дітей.
15. Основні симптоми ПТСР у дітей різного віку.
16. Особливості емоційної симптоматики ПТСР у дітей.
17. Психофізіологічна модель ПТСР.
18. Психодинамічна модель ПТСР.
19. Когнітивна модель ПТСР.
20. Інформаційна модель ПТСР.
21. Адаптивні реакції у учасників бойових дій.
22. Дезадаптивні реакції у учасників бойових дій.
23. Психологічні методики діагностики ПТСР.
24. Особливості застосування «Методу структурованого клінічного інтерв'ю» для діагностики ПТСР.
25. Особливості застосування методики «Опитувальник травматичного стресу» для діагностики ПТСР.
26. Особливості застосування методики «Шкала оцінки тяжкості

- травматичної події» для діагностики ПТСР.
- 27.Додаткові методики дослідження ПТСР.
 - 28.Принципи надання психологічної допомоги при ПТСР.
 - 29.Етапи надання психологічної допомоги приПТСР.
 - 30.Психологічний дебріфінг як метод надання психологічної допомоги при ПТСР.
 - 31.Основні завдання психологічного дебріфігу.
 - 32.Частини і фази психологічного дебріфінгу.
 - 33.Кrizове консультування як метод надання психологічної допомоги при ПТСР.
 - 34.Прийоми та техніки консультування при ПТСР.
 - 35.Тілесно-орієнтована психотерапія.
 - 36.Основні техніки тілесно-орієнтованої терапії при ПТСР.
 - 37.Біхевірально-когнітивна психотерапія.
 - 38.Основні техніки біхевірально-когнітивної терапії при ПТСР.
 - 39.Етапи когнітивної психотерапії.
 - 40.Психодинамічна психотерапія.
 - 41.Основні техніки психодінамічної психотерапії при ПТСР.
 - 42.Етапи психодинамічної психотерапії при ПТСР.
 - 43.Екзистенціальна терапія.
 - 44.Основні техніки екзистенціальної терапії при ПТСР.
 - 45.Етапи екзистенціальної психотерапії.
 - 46.Арт-терапія.
 - 47.Основні техніки арт-терапії при ПТСР.
 - 48.Етапи арт-терапії.
 - 49.Гештальт-терапія.
 - 50.Механізми захисту в гештальт-терапії.
 - 51.Етапи гештальт – терапії.
 - 52.Нейролінгвістичне програмування.
 - 53.Основні техніки нейролінгвістичного програмування при ПТСР.
 - 54.Психологічна допомога дітям з ПТСР.
 - 55.Екстрена психологічна допомога маленьким дітям.
 - 56.Екстрена психологічна допомога підліткам.
 - 57.Робота з родиною дітей з ПТСР.
 - 58.Ігротерапія дітей з ПТСР.
 - 59.Психологічна підготовка особового складу до дій в екстремальних умовах.
 - 60.Техніки регуляції психічного стану.