**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ ……………………………………………………………………….3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ

СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ ………………………………………………….5

* 1. Причины посттравматического стрессового расстройства………5
  2. Симптоматика посттравматического стрессового

расстройства …………………………………………………………….8

1.3. Социально-стрессовые расстройства …………………………….16

ГЛАВА 2. КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ …….19

* 1. Методы коррекции травматического стресса……………………19

2.2.Направления помощи на различных этапах процесса переживания

посттравматического расстройства ………………………………….20

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ………………………………………………………………….25

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ………………………………………………………26

**ВВЕДЕНИЕ**

Резко возросшее количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, крупномасштабные аварии и катастрофы, локальные войны и связанные с ними события: пленение, взятие в заложники, депортация, вынужденное переселение и др.), противоправных действий (террор, грабежи, разбои, изнасилования), серьёзных конфликтов в обществе и микросоциуме привело к увеличению распространённости посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения и повысило интерес исследователей к этой проблеме.

В работах отечественных учёных первые упоминания о ПТСР со ссылкой на зарубежные исследования появились в начале 90-х годов прошлого столетия. До этого чаще пользовались понятием «последствия боевой психической травмы, стихийных бедствий и катастроф». Интенсивное изучение различных аспектов проблемы посттравматических стрессовых расстройств отечественными исследователями началось после выхода в свет русского перевода «Классификации психических и поведенческих расстройств» МКБ-10 (Россия, СПб, 1994). Информация, содержащаяся в литературных источниках, посвященных клинике ПТСР, отличается противоречивостью, что связано с неоднородностью объектов исследования, использованием различных методических подходов.

В свете проведённых в последние годы исследований, посвящённых посттравматическим стрессовым расстройствам, представляется совершенно очевидным, что многие аспекты этой важной проблемы клинической и социальной психиатрии далеки от своего разрешения. Речь, прежде всего, идёт о факторах, предрасполагающих к развитию и хроническому течению ПТСР, клинико-динамических и прогностических особенностях посттравматических стрессовых расстройств, сочетающихся с коморбидными состояниями, комплексных программах медицинской реабилитации больных, страдающих этим заболеванием.

Целью курсовой работы явилось изучение посттравматических стрессовых расстройств.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть причины посттравматического стрессового расстройства
2. Изучить симптоматику посттравматических стрессовых

расстройств.

1. Исследовать методы коррекции посттравматического стресса.
2. Изучить направления помощи на различных этапах процесса переживания

посттравматического расстройства.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ

1.1.Причины посттравматического стрессового расстройства

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

Что становится причиной посттравматического стресса? У него многофакторные истоки. Нередко основная причина — «травма прошлым», т. е. ни как не забываемое событие, чрезвычайно вы­водящее за пределы обычного (раньше привычного) опыта жизни человека. «Травма прошлым» могла быть нанесена переживанием ужаса или боли. Ею начат, запущен своеобразный процесс посттравматического стресса.

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

Действительность может травмировать психику не только своей нетерпимой новизной, необычностью, но и психологиче­скими невзгодами. В начале прошлого века Карл Ясперс развил суждения о том, что психогении могут быть, по словам 3. Фрейда, «бегством в болезнь из непереносимой реальности» [Jaspers К., 1965]. Посттравматический стресс может оказаться своеобразным ускользанием от травм, наносимых реальностью.

Наконец, источником посттравматического стресса часто бы­вает «травма ожидаемым будущим », когда человек страшится трагедий, случавшихся раньше и оставивших ужасный след в его душе. Однако, еще хуже незнакомые опасности, надвигающиеся из будущего. «Травма ожидаемым будущим» часто самая нехоро­шая. Человек живет здесь и сейчас, т. е. в каждый «момент жизни», и живет он для будущего. Для какого? Хоро­шего! А если оно ужасно, то омрачает, уродуется каждый момент текущей жизни. И у человека (в его психике, в его организме) формируются процессы, характерные для посттравматического стресса.

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

1. Психосоматические расстройства актуализируются как:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Можно видеть еще и иные «пути» развития ПТСР.

Основываясь на собственных клинических данных, Е.О.Алек­сандров высказал предположение, что ПТСР не только ухудшает качество последующей жизни человека, но может сокращать ее. Однако, ведущим фактором оказывается то, каким смыслом он наполняет ее: мудростью жизненного опыта, либо болезненными переживаниями. В первом варианте — пережитый стресс может продлять жизнь человека. Это суждение согласуется с концепцией Н. Я. Пэрна, видевшего в жизни человека два основных периода: первый — накопление опыта жизни и знаний о созиданиях и разрушениях, второй — завершающий период, — передача жизненной мудрости молодым поколениям, либо руководство ими. Может ли невостребованность окружающими людьми жизненного опыта, жизненной мудрости человека с незаживающими ранами души, с неотомщенными и не прощенными обидами, со своими не искупленными грехами (все это глубинные причины ПТСР) укорачивать жизнь страдальца посттравматическим стрессовым расстройством?

1.2. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства

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

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

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

Различают разные виды ПТСР:

* острое его развитие с яркими проявлениями, продолжающееся не больше трех месяцев;
* хроническое, продолжающееся больше трех месяцев;
* отсроченное, когда проявление заболевания возникает спустя месяцы и годы после психологической травмы и вызванного ею давно закончившегося острого стресса;
* без ярких проявлений, но с деформацией характера, само­чувствия и поведения человека, изменяющих его жизнь: его склонности, пристрастия и, соответственно, отношение к нему окружающих людей, когда изменение личности сказывается на всем образе его существования.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), как и другие формы стресса, имеет активные и пассивные проявле­ния. Активные — это неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмировавшее событие и многое другое, что рассмотрим ниже. Пассивные проявления ПТСР (они названы М.Дж. Горовицем «избегание» [Horwitz M.J., Solomon G.F., 1975; Horowitz M.J., 1986]), т. е. уклонение от напоминания о травме: разговоров и мест, связанных с ней, блокировка эмоциональных реакций, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от проис­ходящего вокруг и др. В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы; они могут перемежаться.

Исследователи психических болезней стресса и Междуна­родная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) упоминают большой ряд условий возникновения ПТСР и его симптомов[[1]](#footnote-1):

* Человек пережил событие, угрожающее жизни.
* Реакция в виде страха, ужаса, беспомощности.
* Навязчивые воспоминания о событии.
* Сны о пережитом событии.
* Действия или ощущения, воссоздающие пережитое.

- Психологическое напряжение при напоминании о травмирую­щих событиях.

- Избегание разговоров, связанных с травмой.

* Избегание мест и людей, связанных с травмой.
* Запамятование аспектов травмы.
* Снижение интереса к значимой деятельности.
* Чувство отчуждения от окружающих
* Неспособность испытывать любовь.
* Неспособность ориентироваться на перспективу
* Трудности при засыпании.
* Раздражительность или вспышки гнева.
* Трудности концентрации внимания.
* Сверхнастороженность.
* Усиленная реакция на испуг.
* Стойкое психическое напряжение.

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

Для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характерно постоянное чувство тревоги, частые навязчивые вос­поминания о пережитых событиях, неспособность к поддержанию адекватных контактов с близкими. Такие больные предпочитают общаться с бывшими комбатантами. Они начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, быстро теряют социальную адаптацию, не­редко совершают самоубийства[[2]](#footnote-2).

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

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

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

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

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

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

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

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

«Непризнание обществом доблести погибших в боях резко уси­ливает посттравматический стресс у выживших и вернувшихся с войны ветеранов. Это утяжеляет чувство "вины выжившего" и может побуждать к суициду. После вьетнамской войны само­убийством закончили жизнь в три раза больше вернувшихся с нее солдат, чем погибло в боях во Вьетнаме. Американские психологи пытались объяснить: "Смерть догнала тех, кто приехал с войны с покалеченной на фронте душой". Это не так. В большинстве вернулись нормальные парни, осознавшие свою силу, способность жить энергичней, интенсивней других, успокоенных в мирном довольстве. Рутинно процветающая Америка не приняла их, "не востребовала" их фронтового задора. У вьетнамских ветеранов возникал "вторичный послевоенный синдром", доброволь­но уходя из жизни, они присоединялись к погибшим на фронте друзьям, героям, не признанным обществом, оставались верными фронтовому братству»[[3]](#footnote-3).

«Эпидемия самоубийств» ветеранов, аналогичная той, что была в США после вьетнамской войны, прогнозировалась и в России после «чеченских войн» в конце XX в. Была создана и реализована программа предотвращения самоубийств у «возвращенцев» с этих войн. Статистические данные МВД РФ свидетельствовали о позитив­ных результатах реализации этой программы предотвращения суицидов у ветеранов «чеченских войн».

Замечено, что после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) ПТСР интенсивней и дольше у виновников ДТП, чем у «без­винно» пострадавших, ПТСР усилено чувством вины. Однако это проявляется заметнее у людей с врожденной либо с «воспитанной» склонностью к переживанию чувства вины. Комплекс виновности может повышать виктимность человека, т. е. вероятность стать жертвой неблагоприятных и даже трагических обстоятельств. У некоторых таких людей новые трагедии, как «оплата» своей вины, уменьшают выраженность симптомов ПТСР. Однако, и комплекс вины, и виктимность могут многократно восстанавливаться, «всплывая» из эмоциональной памяти[[4]](#footnote-4).

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

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

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

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

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

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

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

Сложнейший процесс взаимовлияний навязчивых представ­лений о прошедших и предстоящих ужасах и невзгодах может мобилизовать волю и сознание, но может и обессилить их. Одним из проявлений последнего бывает депрессия. «В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствует нервное истощение, апатия и отрицательное отноше­ние к жизни»[[5]](#footnote-5). Обессиливая человека, лишая его воли к защитным действиям, депрессия предотвращает неадекватную агрессивность, адресуемую против других людей и против себя самого. Однако свойственные посттравматическому стрессовому состоянию безответственная ярость и «воля к суи­циду», накапливаясь под покровом депрессии, могут вырываться как яростная месть или как тайное мщение[[6]](#footnote-6). Объектом такой посттравматической мнительности могут стать люди, «замещающие» в сознании мстителя истинных виновников его психологической травматизации.

**1.3. Социально-стрессовые расстройства**

В 1991 г. на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик Советского Союза было высказано предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств (ССР), определяемой складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией[[7]](#footnote-7). В течение последующих лет опыт работы по оказанию помощи лицам с психической дезадаптацией, возникшей в условиях социальных изменений в постсоциалистическом обществе, и больным с невротическими и соматическими расстройствами позволил дать более подробную характеристику ССР.

Достаточно детальные описания психических изменений у населения под влиянием макросоциальных кризисных ситуаций можно найти в ряде специальных публикаций, начиная со второй половины XIX в. В частности, русский психиатр Ф.Е. Рыбаков (1906) в докладе, сделанном на заседании Московского общества невропатологов и психиатров, отметил «причинную связь» между политическими событиями того времени (революция 1905 года) и психическими расстройствами.

Он обратил внимание на то, что погромы, забастовки, принудительное участие в стачках вызывают, особенно у лиц, «пассивно участвующих в политическом движении», тревогу, страх, «подавленность в действиях», острый бред и другие расстройства. В дальнейшем у этих лиц наблюдается изменение характера. ССР отмечаются, вероятно, в разных странах у большого числа жителей при изменении укоренившегося массового сознания, образа жизни, привычных образцов поведения.

Жизненная катастрофа в этих случаях несколько растягивается во времени, необходимом для осознания происходящего, что отличает такие расстройства от посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР - МКБ-10, F43) и острых реакций на стресс.

К основным социальным причинам возникновения ССР во многих бывших республиках СССР можно отнести две. Во-первых, последствия длительного господства тоталитарного режима, воспитавшего несколько поколений людей на псевдодемократических принципах, лишивших общепринятой в экономически развитых странах в XX столетии духовной, средовой, экологической основы организации жизни миллионов людей; во-вторых, развившийся экономический и политический хаос, безработицу, обострение межнациональных конфликтов, спровоцировавших локальные гражданские войны и появление миллионов беженцев, экономическое расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности.

Указанные причины, а главное, их затянувшийся характер обусловили распад привычных социальных связей, множество мелких внутриличностных и межличностных конфликтов. В основе этого лежат не столько социально-нравственные, сколько общие социально-экономические и политические проблемы.

Переживания личного опыта в этих случаях становятся социальным фактором. Переосмысление жизненных целей и крушение устоявшихся идеалов и авторитетов, нередко приводящие к утрате «образа жизни», обнищание, затронувшее большую часть населения, неверие обещаниям руководства, отсутствие надежд на улучшение ситуации - все это породило тревожную напряженность и, по мнению некоторых авторов, способствовало развитию «кризиса идентичности личности». Кризис определяется ригидностью личностных установок и стереотипов поведения в условиях меняющихся общественных и экономических отношений.

Привнесенные перестройкой демократизация, гласность, снятие политической цензуры не смогли быть быстро реализованы в силу неподготовленности большей части населения к созидательной деятельности в новых условиях, отсутствия соответствующей политической культуры, а также активного противодействия длительно сохраняющихся структур тоталитарной власти. Утрата характерного для россиян чувства общности и коллективизма, массовые, индивидуальные конфликты создали огромный и трудноклассифицируемый конгломерат социально-психологической напряженности, на фоне которого у многих людей развиваются психологические (доклинические) и клинически оформившиеся варианты ССР.

Знание национальных традиций и культуры помогает предвидеть и вовремя купировать «невротизацию общества» и, наоборот, их недоучет может приводить к непредсказуемым последствиям развития ССР. Наряду с глобальными политическими и экономическими проблемами значительное место в комплексе причин ССР занимает организация жизни, характерная для той или иной популяции людей, эмоциональное и рациональное начало в их деятельности. В ряде особенностей социальных факторов, влияющих на развитие ССР, значительное место принадлежит «мотивации нации» или той или иной ее части.

ССР развиваются не только у людей, переживающих конкретные опасные ситуации, но и у находящихся под влиянием макросоциальных общегрупповых психогенных факторов.

ССР по своей феноменологии принципиально не отличаются от других нарушений, наблюдаемых в обычных и экстремальных условиях, однако они обусловлены общими причинами и одновременно развиваются у большого числа людей. Их выделение в качестве особой группы невротических расстройств может способствовать разработке дифференцированных дефиниций и социально-психологических, профилактических и лечебных мероприятий. При этом, однако, принципиальный вопрос о включении ССР в перечень болезней, сопровождающихся нетрудоспособностью человека и требующих его соответствующей социальной защиты (выплата пособий и др.), остается спорным.

**ГЛАВА 2. КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**2.1.Методы коррекции травматического стресса**

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории[[8]](#footnote-8).

*Образовательная категория*

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

*Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма.*

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

*Социальная поддержка.*

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

*Собственно психологическая помощь.*

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

**2.2.Направления помощи на различных этапах процесса переживания посттравматического расстройства**

**Этапы при оказании психотерапевтической помощи в связи с переживанием утраты**[[9]](#footnote-9)**.**

***1.* *Установление контакта.***

На этом этапе важно определить мотивацию клиента, его заинтересованность в результатах терапии, позитивное или негативное отношение к помощи вообще и к терапевту, в частности.

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

***2. «Работа горя» как жизненный этап.***

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

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

Поэтому, задачей психолога является проведение совсем другой тактики беседы, позволение клиенту свободно и полно выражать свои эмоции, противодействие попыткам подавления и отрицания негативных чувств.   
Кроме этого, по нашему мнению, на этом этапе важно быть внимательным к фразам, которые могут означать формирование негативного жизненного сценария, своеобразного программирования себя на страдания («теперь я никогда не выйду замуж», «я никогда не смогу радоваться» и т.п.). Видимо, целесообразно конфронтировать эти высказывания, выражать несогласие, относить их за счет проделываемой работы горя, по окончании которой человек может быть свободен для новых контактов.

3.***Проработка темы вины и агрессии.***

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

Вступать в конфронтацию с этими высказываниями следует, на наш взгляд очень осторожно, имея в виду, что чувство вины может служить защитой от другого, более разрушительного аффекта, связанного с ощущением беспомощности перед случившимся.

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

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

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

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

***4. Проработка травматических воспоминаний.***

Часто пациенты жалуются, что их буквально преследуют воспоминания, связанные с потерей, которые являются особенно травматичными.   
Практика показывает, что к таким травматическим эпизодам относятся  воспоминания о получении известия, что человек умер, или обнаружение человека мертвым, день похорон и т.д.

Для облегчения этой симптоматики может быть использована техника быстрых движений глаз (ДПДГ - десенсибилизация и переработка движениями глаз). Автор этой методики - американский психотерапевт Фрэнсин Шапиро.   
Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. С помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости.

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

***5. Завершение работы.***

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

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

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

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

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

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

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

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

Эти события выходят за рамки обычного человеческого опыта. Иногда, стандартного резерва психики недостаточно для того, чтобы справиться с пережитым стрессом. Через одну или несколько недель после экстремальной ситуации может развиться ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство) или, как его иначе называют, посттравматический стрессовый синдром.

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

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1993. - 400 с.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях -- М.: Медицина, 1991. -- 96 с.
3. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни/Х.Б. Ахмедова //Вопросы психологии.-2004.-№3/май-июнь/.-С.93-102.
4. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О.,  Тарабрина Н.В.Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны вАфганистане // Психол. журн. 1997. № 2. С. 34-49.
5. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А.,Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89-97.
6. Б. Колодзин - Как жить после психической травмы: М, 2006
7. Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001.
8. Магомед-Эминов М. Ш. Экстремальная психология. Том 2. От психической травмы к психотрансформации. М.: Психоаналитическая ассоциация, 2006.
9. Колодзин Б
10. Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. - СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.
11. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Издательский центр «Академия», 2005.
12. Патнем Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности. -М.: Когито-Цент., 2008.
13. Попов Ю.В., Вид В.А. Современная клиническая психиатрия. -СПб.: Изд-во «Речь». -2008.
14. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие // Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 560 с.
15. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний.// М.: «Институт Психологии РАН», 2008.
16. Психиатрический тезаурус часть 1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V. МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. СПб: СПбМАПО. -2009.
17. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2009.
18. Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство 2002.
19. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006.

1. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях -- М.: Медицина, 1991. -- 96 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О.,  Тарабрина Н.В.Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны вАфганистане // Психол. журн. 1997. № 2. С. 34-49. [↑](#footnote-ref-2)
3. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А.,Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса (сообщение 2) // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89-97. [↑](#footnote-ref-3)
4. Малкина-Пых И.Г.Экстремальные ситуации: М, 2005 [↑](#footnote-ref-4)
5. Колодзин Б. Как жить после психической травмы, М, 2003 с. 212 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни/Х.Б. Ахмедова //Вопросы психологии.-2004.-№3/май-июнь/.-С.93-102. [↑](#footnote-ref-6)
7. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. -- М.: Медицина, 1993. - 400 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. Магомед-Эминов М. Ш. Экстремальная психология. Том 2. От психической травмы к психотрансформации. М.: Психоаналитическая ассоциация, 2006. [↑](#footnote-ref-8)
9. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие // Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 560 с. [↑](#footnote-ref-9)