



**Методические рекомендации «Практика работы психолога с
участниками боевых действий. ПТСР»**

Психолог - Орлова О.А.

Барнаул 2023 г

Содержание

Введение	3
1. Психологические особенности участников боевых действий	4
1.2. Основные симптомы ПТСР	5
1.3 Типы ПТСР	7
1.4 Этапы переживания ПТСР	7
2. Диагностика и методы психологической помощи и сопровождения при ПТСР	8
2.1 Методы психологической диагностики ПТСР	8
2.2 Основные направления психологической работы с участниками боевых действий	8
2.3 Методы когнитивно-поведенческой психотерапии	10
Список использованной литературы	24

Введение

Пребывание на войне относится к той экстремальной ситуации, когда человек постоянно находится в сильнейшем психоэмоциональном стрессе, преодолевая его волевыми усилиями. Обходится все это очень высокой ценой: почти у всех участников боевых действий неизбежно в той или иной мере наблюдаются изменения в физическом и психическом состоянии.

Почти каждый участник боевых действий испытывает боевой стресс. Боевой стресс — важный и эффективный инструмент выживания в экстремальной обстановке. Боевой стресс - процесс привыкания организма военнослужащего к боевой обстановке (экстремальной ситуации), приводящий к постепенному истощению его внутренних резервов. Боевой стресс является ожидаемой экстремальной ситуацией, к которой можно заранее подготовиться и тем самым избежать неблагоприятных психологических последствий. Основным психотравмирующим фактором боевой обстановки является опасность, угрожающая жизни и физическому здоровью. Переживание этой опасности является самым сильным и, как правило, связано с восприятием ужасающей картины гибели и ранений других людей. Чувство страха неизбежно присутствует в сознании каждого воина в бою. Одни усилием воли подавляют его, другие не умеют или не могут этого сделать. У каждого человека есть свой “запас и предел” прочности в зависимости от психофизиологических особенностей. Если говорить проще, то некоторые люди по своим особенностям вообще не способны преодолеть страх. Кроме этого, при наличии некоторых условий, вероятность получения боевой психической травмы повышается. Именно он делает вчерашнего школьника, музыканта, рабочего настоящим бойцом. Однако порой этот конструктивный стресс накапливается и переходит в деструктивный. И тут появляются очень серьёзные проблемы в самочувствии, которые ставят под угрозу не только выполнение задач, но саму жизнь человека. А когда стресс значительно превышает возможности адаптационных механизмов человека, происходит их слом и возникает

боевая психическая травма. Военнослужащий начинает совершать безумные, казалось бы, поступки: может бежать навстречу огню противника, замирать под этим огнем. У воина могут возникнуть функциональная слепота, глухота, немота, паралич конечностей, всего тела. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей, а также очевидцев

1. Психологические особенности участников боевых действий.

У участников боевых действий отмечается неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на самоубийство; особые виды агрессии; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив; идентификация себя с убитыми. Для участников боевых действий характерны также эмоциональная напряженность и эмоциональная обособленность, повышенная раздражительность и агрессивность, беспричинные вспышки гнева, приступы страха и тревоги. Отмечаются повторяющиеся яркие сны боевых ситуаций и ночные кошмары, навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, внезапные всплески эмоций с «возвращением» в психотравмирующие ситуации. Зачастую присутствуют и мысли о самоубийстве, которые в иных случаях заканчиваются реальным осуществлением. К другим психическим явлениям, присутствующим у ветеранов войн, относятся состояние пессимизма, ощущение заброшенности другими; недоверие к другим людям, неспособность говорить о войне;

потеря смысла жизни; неуверенность в своих силах; ощущение нереальности того, что происходило на войне; ощущение того, что ты погиб на войне; ощущение неспособности влиять на ход событий; неспособность быть открытым в общении с другими людьми; тревожность; потребность иметь при себе оружие

Мозг, чтобы спасти себя, изобретает различные способы вывода организма из опасной обстановки и производит такие страшные действия. У отдельных участников боевых действий такие способы поведения могут закрепляться и проявляться позже — как отсроченная патологическая реакция на психическую травму (ПТСР).

1.1. Основные симптомы ПТСР

ПТСР — это травма, меняющая жизнь человека и его близких. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это психическое расстройство, которое может возникнуть когда человек испытал воздействие травмирующего события.

Многие люди, пережившие травмирующее событие, останутся под влиянием связанных с ним негативных эмоций, мыслей и воспоминаний. Однако со временем самочувствие большинства людей улучшится. Если эти негативные реакции у людей не проходят и мешают их повседневной жизни, это может свидетельствовать о наличии ПТСР. Симптомами ПТСР являются непроизвольные рецидивирующие воспоминания, ночные кошмары, острая тревожность и неконтролируемые мысли о пережитом. Эти симптомы могут сохраняться длительное время, мешать повседневной жизни и разрушать отношения в семье и на работе. С человеком, страдающим ПТСР, происходят глубокие изменения: он может вести себя не так, как раньше, впадать в гнев, отказываться от занятий, которые раньше доставляли удовольствие. Эти перемены могут пугать или расстраивать близких, которые могут злиться по поводу происходящего и переживать, что эти симптомы никогда не пройдут. Такие мысли и страхи вполне объяснимы.

Симптомы и признаки. Симптомы ПТСР проявляются по-разному, в острой (сразу после события) или отсроченной (спустя месяцы или годы) форме. Со временем они могут меняться и сильно зависят от индивидуальных особенностей человека. Однако большинство симптомов попадают в одну из четырех групп: 1) навязчивые воспоминания; 2) избегание всего, что напоминает о трагическом событии; 3) негативные перемены в мышлении и настроении; и 4) изменение физических и эмоциональных реакций.

Так, человек может:

- испытывать ощущение, что он заново переживает травмирующее событие (появляются непроизвольные рецидивирующие воспоминания, ночные кошмары или воспоминания, которые кажутся реальностью);

- избегать определенных мест, предметов или людей, которые напоминают о травмирующем событии;

- винить себя за перенесенную травму, совершенно забыть о ней или постоянно ощущать, что мир опасен;

- жить в постоянном напряжении, часто злиться или беспокоиться.

ПТСР может привести к другим проблемам, таким как вторичная депрессия, алкогольная или наркотическая зависимость. Тяжелые переживания травматического опыта проявляются в виде ночных кошмаров, в навязчивых мыслях и воспоминаниях, в пресловутых флешбэках, когда от какого-то триггера — звука, картинки, запаха, от вида чьего-то лица вдруг вспыхивает внезапная реакция: человек падает, занимает «боевую позицию» или проявляет агрессию. Он чувствует, что как будто реально находится в смертельной ситуации, и действует точно так же. Таких триггеров могут быть десятки и даже сотни. Война постоянно вторгается в жизнь участника боевых действий, страдающего расстройством. Это настороженность, гипербдительность, ощущение себя в готовности отразить нападение, восприятие окружающей мирной среды как враждебной.

1.2 Типы ПТСР

1. Тревожный тип-не мотивированная тревога, флешбеки, депрессия, агрессия, настороженность, избегание.
2. Астенический тип-вялость, слабость, апатия, чувство вины, флешбеки, не выраженность эмоций.
3. Дисфорический тип-негодование, вспышки ярости, угнетенное состояние.
4. Соматоформный - соматизация (чувствует себя хорошо, но развивается болезнь)

1.3 Этапы переживания ПТСР

1. Этап Шок. С момента события до месяца. Диссоциация, вспышки агрессии, острая тревога. Способы помощи: медоментозное, ДПДГ, дебрефинг, присутствие и выслушивание. Никаких интервенций и провокаций!
2. Этап Отрицание. Затухание симптомов, избегание, диссоциация, адаптация. Может длиться очень долго. В этой фазе не обращаются за помощью.
3. Этап. Гнев. Острые вспышки агрессии, выслушивание, присутствие. Способы помощи: техники отреагирования.
4. Этап Торг. Очень часто самолечение. Могут обращаться за помощью с проблемой как справиться с чувством вины и стыда.
5. Этап. Депрессия. Чаще всего обращаются за помощью. Полный комплекс психотерапевтических техник. Необходимы ресурсы и поддержка со стороны близких. Самое главное не нужно форсировать события.

6. Принятие-интеграция опыта. Выход на новый уровень. Появление новой модели поведения. Адаптация. Появляется понимание себя, человек начинает жить, появляется новый опыт, желания, хобби, смысл жизни и видит себя в будущем.

2. Диагностика и методы психологической помощи и сопровождения при ПТСР

2.1 Методики психологической диагностики ПТСР

Начальным моментом оказания психологической помощи участникам боевых действий является диагностика вида и уровня психологических последствий его участия в войне. На сегодняшний день разработано большое число диагностических методик, с помощью которых можно выявлять и оценивать ПТСР.

Среди них наиболее известными являются:

- Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) и Шкала для клинической диагностики ПТСР
- Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)
- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант)
- Миннесотский многофакторный личностный опросник
- Опросник травматического стресса И.О. Котенева
- Шкала оценки интенсивности боевого опыта
- Краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР (Б. Харт)

2.2 Основные направления психологической работы с участниками боевых действий

Основными направлениями работы по психологической коррекции ветеранов боевых действий является:

Направление № 1 Интеграция внутреннего мира. Используются методы эриксоновского гипноза.

Направление № 2. Включение наработанных во время боевых действий поведенческих программ в контексте социально-приемлемых видов деятельности. При реализации данной стратегии используются техники поэтапного разворачивания сложившихся навыков поведения, осознания сигналов, запускающих неадекватные реакции. Может быть предложен самостоятельный анализ профиограмм особых экстремальных профессий, где данные навыки рассматриваются как профессионально важные.

Направление № 3. Восстановление целостности, гармоничности когнитивной модели мира, осознание ветераном травматического опыта истинных причин и значения травматического события с точки зрения обычной жизни, что позволяет переоценить прошлый опыт. В качестве методов, позволяющих осуществить эту стратегию, могут применяться техники рациональной терапии, гештальттерапии.

Направление №4 Поиск и восстановление ресурсов. Психологи могут использовать различные техники саморегуляции, ресурсного транса, а так же включение человека во внешнюю деятельность, которая сама по себе создает предпосылки системы регуляции, так как в процессе расходования ресурсов параллельно вырабатывается механизм их пополнения.

В работе по преодолению последствий ПТСР применяют разнообразные методы и технологии. В каждом конкретном случае методы подбираются в зависимости от состояния человека и решаемых в процессе социально-психологической адаптации задач. Предлагаем познакомиться с некоторыми методами которые считаются более эффективными.

существуют различные психологические концепции и взгляды на процесс оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс.

Наиболее релевантны для психологической помощи лицам, пострадавшим от психотравмирующего стресса являются методы когнитивно-поведенческой и личностно-ориентированной психотерапии, осуществляемых как в индивидуальной, так и в групповой формах.

2.3 Методы когнитивно-поведенческой психотерапии

Одним из наиболее эффективных и, вместе с тем, доступным для широкого освоения методом психологической реабилитации является рациональная психотерапия.

В основе метода лежит правильная, доступная пониманию человека трактовка характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, обучения правильному мышлению. Цель психотерапевтической работы - разъяснение пострадавшему характера, причин и механизмов возникновения негативных последствий психотравмирующего стресса с тем, чтобы убедить его, что такие состояния являются нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства.

Рациональная психотерапия - метод, в котором используется способность человека проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Данным методом психотерапевт воздействует на искаженные представления пациента, создающие дополнительный источник эмоциональных переживаний. Основными направлениями воздействия считаются: снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях участника боевых действий, прежде всего касающихся его болезни, убеждение пострадавшего, обучение его правильному мышлению, так как считается, что психические расстройства являются следствием ошибочных суждений, умозаключений больного по причине недостатка необходимой информации. Рациональная психотерапия проводится в форме беседы с военнослужащими, подвергшимися боевому стрессу. В процессе беседы психолог, врач или другой подготовленный специалист решают ряд психокоррекционных задач:

- сообщают потерпевшему о происшедшем с ним событии, раскрывают сущность данного вида психической травмы, механизм ее действия. При этом главным является разъяснение того, что это расстройство - не уникальное, а широко распространенное явление;

- убеждение участнику боевых действий в возможности и неизбежности успешного преодоления возникшей неблагоприятной ситуации и полного выздоровления;
- демонстрация примеров волевого поведения сослуживцев аналогичной ситуации;
- подкрепление продуктивных мыслей и высказываний военнослужащего;
- разъяснение пагубности безвольного поведения, самоподчинения недугу;

Средствами психологического воздействия здесь выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение, ободрение, авторитет, престиж и знания лица, осуществляющего психологическую помощь. Существенной характеристикой данного вида психотерапии является его директивность, а, следовательно, небольшая продолжительность сеансов. В условиях боевой обстановки эта особенность приобретает важное значение.

Изменение неправильных представлений больного достигается определенными методическими приемами (объяснение, разъяснение, убеждение, переориентация и др.), которые построены на логической аргументации, что является существенным качеством рациональной терапии. Значительную роль в эффективности аргументации психотерапевта, опровержении неправильных доводов больного, побуждении его к формулировке новых выводов может сыграть методика сократовского диалога. Сократовский диалог - метод рациональной терапии, имеющий целью коррекцию непоследовательных, противоречивых и бездоказательных суждений больного, производимую на основе убеждения посредством логической аргументации.

Во время беседы психотерапевт задает вопросы пациенту таким образом, чтобы тот давал лишь положительные ответы, на основе чего пациент подводится к принятию суждения, которое в начале беседы не принималось, было непонятным или неизвестным. Примерами бездоказательных суждений могут быть следующие: «Я боюсь высоты, потому что упал с крыши»; «Я

раздражаюсь, потому что был в зоне боевых действий»; «Я пью, потому что у меня стресс» и т.п. Психотерапевт, используя методику «сократовского диалога» аргументировано доказывает пациенту, что, например, причиной его раздражительности является не пребывание в зоне боевых действий, а его субъективное восприятие определенных ситуаций повседневной жизнедеятельности и заостренная реакция на них.

Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок человека и его возможностей, последовательной систематической работы с ним.

При развитии депрессии, как реакции на психотравмирующий стресс, наиболее эффективные методы, разработанные в рамках когнитивной психотерапии. Основная идея, заложенная в этих методах, заключается в предположении, что нормальные реакции опосредуются когнитивными процессами, которые дают возможность людям точно воспринимать окружающую действительность. Соответственно при дестабилизации психического состояния эта способность нарушается, что в свою очередь приводит к когнитивным ошибкам. В реальном поведении это проявляется в так называемом «тоннельном видении», приводя к негативной оценке пострадавшим себя, своего окружения и своего будущего. Человек начинает руководствоваться в своем поведении жестко детерминированными иррациональными установками. Например: «меня никогда не поймет человек не переживший этого» или «после того, что я пережил я никогда не смогу выполнять прежнюю работу» и т.п.

Исходя из этого основная психокоррекционная стратегия направляется на помощь человеку в поиске и идентификации дезадаптивных утверждений с последующим переосмыслением и заменой этих утверждений на более адаптивные. Наиболее эффективным приемом является выделение скрытого смысла дезадаптивного утверждения с целью показать человеку всю алогичность и иррациональность негативной установки мышления.

Рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (РЭТ) как один из методов когнитивной психотерапии, основывается на положении о том, что непосредственное основополагающее влияние на эмоциональные последствия оказывают не активизирующие события нашей жизни, а система убеждений и представлений. Задача РЭТ состоит в том, чтобы помочь человеку обрести способность оспорить свои иррациональные представления и изменить их, а так же обрести новую жизненную философию, освободившись от идеи самообвинения. Рациональные представления - мысли, помогающие переживать уместные чувства и вести себя адекватно. Они бывают двух видов:

- 1) констатирующие размышления о том, что происходит в жизни человека. Например: “Человек, с которым я общаюсь, хмурится. Он может решить, что я плохой собеседник”. В предложении говорится о том, что делает человек, а не о том какую оценку ему дают.
- 2) Выражающие желания и предпочтения человека. Например: “Я хочу общаться с этим человеком, и потому мне не нравится его хмурый взгляд. Я хочу, чтобы он перестал хмуриться и взглянул на меня с улыбкой”.

Иррациональные представления - мысли, которые способствуют формированию неадекватных (неуместных) чувств и несоответствующего поведения. Они бывают трех видов:

- 1) Категоричное заключение («Похоже, этот человек меня явно не возлюбил!»)
- 2) Категоричное оценочное утверждение («Я хочу, чтобы он относился ко мне хорошо»).
- 3) Категорическое требование («должнomanия»), например: «Любым путем я должен произвести хорошее впечатление на этого человека, я просто обязан это сделать».

Люди, перенесшие психотравмирующий стресс могут жестко и неуклонно придерживаться своих иррациональных представлений, считая, что у них все

должно получаться хорошо, как раньше, что их должны жалеть окружающие и справедливо относиться к ним. Встречая несоответствие между своими представлениями и реальностью, психотравмированный человек чувствует себя тревожно, подавленно, он озлоблен, жалеет или ненавидит себя.

Задача психолога помочь человеку осознать свои иррациональные представления и изменить их.

РЭТ исходит из положения, что, находясь в состоянии паники или депрессии, люди путем изменения своего взгляда на вещи способны преодолеть разрушительные чувства и начать жить более счастливо и спокойно.

РЭТ представляет собой метод психотерапии основанный на рациональном логическом убеждении клиента в возможности изменить свое отношение к «безвыходной» ситуации, путем перевода его в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С и имеет ряд этапов. Первый этап – кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров наиболее эмоционально затронувших клиента, вызвавших у него неадекватные реакции.

Второй этап - идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. На данном этапе происходит работа с иррациональными установками, которые выявляются, по словам, отражающим крайнюю степень эмоциональной вовлеченности клиента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а так же глобальных оценок лица, объекта или события.

В соответствии с видами иррациональных представлений А. Эллис выделил четыре наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы:

- 1) катастрофические установки,
- 2) установки обязательного долженствования,
- 3) установки обязательной реализации своих потребностей,
- 4) глобальные оценочные установки.

Цель этапа достигнута, когда в проблемной области выявлены иррациональные установки.

Третий этап - реконструкция иррациональных установок. Реконструкция происходит на одном из трех уровней: когнитивном (путем доказательства), уровне воображения, уровне поведения (прямого действия). При работе на уровне воображения клиент мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. Он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию (при негативном воображении) или представить прежнюю ситуации с позитивно окрашенной эмоцией (при позитивном воображении). Это повторяется до уменьшения интенсивности испытываемых эмоций.

Четвертый этап – закрепление адаптивного поведения с помощью домашних заданий, выполняемых клиентом самостоятельно.

Методика включает ряд последовательных упражнений по преодолению иррациональных верований, которые проводятся на различных уровнях (когнитивном, воображения и поведения).

Методы поведенческой психотерапии нацеливаются на формирование у пострадавших адаптивных навыков и привычек поведения в психотравмирующих ситуациях. Наиболее приемлемыми из них: для купирования симптомов стресса являются метод систематической десенсибилизации, метод иммерсии, метод парадоксальной интенции, метод десенситизации движениями глаз (ДДГ), и 6-ти шаговый рефрейминг.

Рассмотрим последовательно наиболее доступные для освоения из числа представленных методов.

Метод систематической десенсибилизации основывается на поведенческом принципе противообусловливания, утверждающего, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу состоянием релаксации. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Таким стимулом

является релаксация. Сущность методики заключается в том, что у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем путем углубления релаксации он снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации, от самых легких, к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у человека страх.

Выделяется три этапа процедуры:

первый - овладение методикой мышечной релаксации (по Джекобсону);

второй - составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (человеком перенесшим стресс составляется список ситуаций от самых легких до более тяжелых);

третий - собственно десенсибилизация (соединение представлений о психотравмирующей ситуации с релаксацией).

На данном этапе обсуждается методика обратной связи - информирование человеком психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги сообщается поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее - поднятием пальца левой руки. Человек воображает ситуацию 5 - 7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Период длится до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатывается 3 - 4 ситуации из списка.

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяется метод «иммерсии» (затухания, угасания, погружения). Метод «иммерсии» - метод поведенческой психотерапии, основанный на демонстрации пациенту объектов, вызывающих страх, без расслабления, но в присутствии психотерапевта. Главной техникой является систематическая экспозиция (демонстрация, предъявление) объекта страха. К иммерсивным методикам относится так же метод «парадоксальной интенции» - метод В. Франкла, основанный на осуществлении пациентом

того, чего он боится, с чувством юмора. Метод применяется при фобии – страхе ожидания повторения симптома. Например, человек, попавший в аварию, боится снова сесть за руль. В данной ситуации юмор дает возможность занять дистанцию по отношению к самому себе, своему страху и тем самым обрести над собой полный контроль. Парадоксальное предложение формулируется в юмористической форме. При работе данным методом важно, чтобы человек сам захотел осуществить то, чего он боится сделать.

В отличие от метода систематической десенсибилизации, в методах «иммерсии» и «парадоксальной интенции» не используется состояние релаксации, поэтому, они могут быть применены для работы с психическими травмами малой интенсивности и невротическими страхами.

Личностно-ориентированная психотерапия К. Роджерса

Вегетативные нарушения и симптомы вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующей ситуации, часто сопровождается сильным дистрессом. Для него характерны нарушения психологической адаптации, снижения успешности профессиональной деятельности, общего снижения социальной успешности. Все это может приводить к значительным нарушениям межличностного взаимодействия, способствуя снижению самооценки и самопринятия пострадавшего. Наиболее эффективным методом в этом случае является личностно-ориентированная психотерапия. Психологическая помощь в данном случае основывается на принципе, что только сам человек является, в конечном счете, ответственным за все, эмоции и ощущения, которые он испытывает. Человек ответственен за тот выбор, который он производит, и если он выбирает быть несчастным, и жить в прошлом, то это его право и его ответственность. Основной целью данного вида психотерапии является изменение отношения пострадавшего к факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации.

Типичными стратегиями психотерапевтической помощи будут следующие, взаимосвязанные друг с другом положения.

1. Человек обращается за помощью, приняв самостоятельное решение. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы клиент осознал независимость своего решения и взял на себя ответственность за работу над своими проблемами. Он дает понять, что клиент должен сам создать условия, в которых могут быть решены его проблемы.

2. Психотерапевт стимулирует свободное проявление чувств, связанное с проблемой. Это достигается дружеским, располагающим и заинтересованным отношением. Пример: «Человек, перенесший психотравмирующий стресс, связанный с потерей, выражает недовольство, по поводу невнимательности родственников к его проблеме». Психотерапевт ни в коем случае не препятствует такому потоку враждебности и критических замечаний.

3. Психотерапевт распознает, принимает и проясняет эти негативные чувства. Реагирует не на то, что говорит клиент, а на те чувства, что скрываются за этим. Задача состоит в том, чтобы своими словами или действиями создать атмосферу, в которой человек мог бы осознать свои негативные чувства и принять их как часть самого себя, вместо того, чтобы проецировать их на других или скрывать их с помощью защитных механизмов. Здесь уместны такие фразы как «Вам горько говорить об этом», «То, о чем вы говорите, звучит так, как будто вы чувствуете себя виноватым».

4. После выражения негативных чувств клиентом, следует нерешительное проявление позитивных импульсов, которые способствуют росту его самосознания. Чем сильнее и глубже выражение отрицательных чувств (при условии, что они осознаются и принимаются), тем больше вероятность последующего проявления положительных чувств – любви, самоуважения, стремления к зрелости.

5. Психолог признает и принимает выражаемые клиентом положительные чувства, но в восприятии нет ни одобрения, ни похвалы. Они рассматриваются как часть личности, как и отрицательные проявления. В такой ситуации взаимодействия спонтанно наступает просветление, инсайт, неожиданное понимание самого себя. Клиент искренне высказывается, например: «Теперь я знаю, почему испытываю такие чувства по отношению к родственникам, я всегда обращался к ним за помощью, не надеясь на самого себя».

6. После прояснения проблем клиентом, психотерапевт помогает ему прояснить возможность выбора, постараться сделать осознанным чувство страха и недостаток мужества двигаться дальше, которые в данный момент испытывает человек.

Таким образом, данная форма психологической помощи представляет собой упорядоченный и согласованный процесс, в котором психолог создает равноправные помогающие отношения при взаимодействии с клиентом.

Групповая терапия

Групповая психотерапия рассматривается как один из основных методов оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Она может охватывать большое количество людей и постепенно активизировать здоровые защитные механизмы. Групповая психотерапия помогает облегчать симптоматику, позволяет менять позицию отдельных членов группы и усиливать у них чувство принадлежности к группе с помощью внутригрупповых взаимодействий и эмоциональных реакций. Принадлежность к категории людей, которые пережили сходные психотравмы, поддерживает индивида. Группа побуждает индивида к проявлению эмоций и подавляемых чувств так, чтобы он мог сосредоточиться на действительности и осуществлении своих наиболее неотложных потребностей.

Основная цель групповой психотерапии – помочь вербализовать свои чувства, учить людей понимать свои эмоции и легче с ними справляться.

Эффективность групповой психотерапии обеспечивается тремя факторами: развитием положительных отношений между психологом и клиентами, свободным выражением чувств, возможностью более детального анализа психологических проблем.

В целях оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, получили распространение «Rap» группы. «Rap»- группа (Rap (англ.) – легкий удар) – вид групповой психотерапии с людьми, пережившими психотравмирующий стресс.

«Rap»- группа по Д. Смигу – группа, позволяющая ее участникам описать, изучить, трансформировать и структурировать неупорядоченный психотравмирующий опыт.

Выделяется три уровня развития группы:

1. Информационные (вводные) группы. Их целью является постепенное подведение людей к дискуссии об их психологических проблемах, информирование о возможных психологических последствиях психотравмирующей ситуации. В группах данного уровня могут решаться задачи по оказанию помощи в преодолении навязчивых воспоминаний, состояния горя и депрессии, страхов, социальной отчужденности, повышения самоконтроля и активности в общении.

2. Побуждающие (работающие) группы. Цель – создание условий для анализа прошлого психотравмирующего опыта и соотнесение его с актуальной жизнедеятельностью. В эту группу могут включаться лица с различным травматическим опытом для расширения диапазона обсуждаемых психологических проблем, углубления доверия к другим людям и открытости о взаимоотношениях, помощи в осознании своего негативного Я-образа, углубления процесса самопознания, расширения компетентности в общении.

Группы, рассчитанные на длительный период. Основная цель – взаимопомощь. Обсуждаются актуальные психологические проблемы, и допускается участие лиц, не имевших психотравмирующего опыта. Такое

постепенное расширение круга участников позволяет приближать условия группы к реальному окружению психотравмированной личности. Ставится задача на достижение более глубоких личностных изменений.

Дебрифинг стресса критических инцидентов

Наиболее распространенной и широко применяемой формой групповой рациональной терапии является психологический дебрифинг стресса критических инцидентов (психологический дебрифинг), то есть организованное обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении задач боевой деятельности.

Целью дебрифинга ставится минимизация и купирование психических страданий военнослужащих.

Задачами группового обсуждения стресса являются:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- формирование у участников групповой работы понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;
- уменьшение ощущения уникальности и паталогичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;
- мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания;
- снижение индивидуального и группового напряжения;
- подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем и др.

Дебрифинг проводится с группами до 15 военнослужащих, совместно пережившими психотравмирующее событие в ближайшие 48 часов после его окончания.

Выделяются от 5 до 7 фаз, через которые проходит группа в процессе своей работы .

1. Вводная фаза - знакомство с группой, разъяснение целей, задач и правил проведения группового обсуждения, создание обстановки психологической безопасности и комфорта.

2. Фаза «Факты» - участники группы рассказывают о том, что они наблюдали, что делали в бою и на основе этого составляется более или менее целостная картина происшедшего. На этой фазе выражение собственных эмоций, высказывание оценочных суждений нецелесообразно.

3. Фаза «Мысли, эмоции, чувства» - осуществляется переход от описания фактов к рассказу о внутренних психологических реакциях военнослужащих на них. Впечатления, эмоциональные реакции, импульсивные поступки каждого участника экстремального события делаются достоянием всей группы. Ведущим принимаются меры для включения всех военнослужащих в групповую работу, недопущения «узурпации» права на высказывание одним и превращения в безмолвных слушателей других. Он обращает внимание на то, что высказываясь о пережитом, военнослужащие переживают сильный стресс, и хотя это происходит в обстановке отсутствия реальной опасности, они нуждаются в понимании и поддержке сослуживцев.

4. Фаза «Симптомы» - на данном этапе предметом группового обсуждения становятся эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции и симптомы посттравматического стресса, изменения в самосознании и самооценке военнослужащих. Знакомясь с перечнем симптомов, характерных для психологических последствий конкретных психотравмирующих событий, каждый участник понимает, что его переживания не уникальны. Отражаясь в других людях через обратную связь, замечая в высказываниях других людей то, о чем сам сказать, не смел, каждый участник лучше познает себя, свои чувства, переживания.

5. Фаза «Информирование» - заключается в разъяснении военнослужащим психологической сущности постстрессовых расстройств как «нормальных реакций на ненормальные условия боевой обстановки», способов преодоления отрицательных психологических последствий боевого стресса. Здесь может быть зачитан общий список реакций участников на стресс-факторы боевой обстановки.

6. Фаза «Закрытие прошлого» - подведение своеобразного итога под тем, что было пережито. В терминах будущего определяются стратегии преодоления отрицательных последствий боевого стресса, случаи, в которых участник должен искать дополнительную психологическую помощь. Такими случаями являются: наличие постстрессовых симптомов спустя 6 месяцев после дебрифинга; эскалация названных симптомов; наличие затруднений в выполнении простейшей работы или резкое снижение работоспособности.

При проведении дебрифинга следует строго придерживаться правил групповой работы: добровольность; конфиденциальность; исключение взаимных оценок, критики, недоброжелательности; работа без перерывов с правом выхода участников при необходимости; свобода в постановке любых вопросов, связанных с пережитыми событиями и собственными состояниями; предупреждение участников о возможности повторного переживания во время работы негативных эмоций и чувств и необходимости таких переживаний в интересах поисков путей их преодоления; ведение разговора лишь о своих переживаниях, а не о реакциях других людей.

Дебрифинг помогает лучше понять природу травматического стресса, его симптомы, овладеть способами эффективного их преодоления, предупредить возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий.

Таким образом, для реального достижения «ценностного» отношения общества к инвалидам боевых действий, необходимо создание адекватной системы их психологической реабилитации, осуществление комплексной психологической помощи, в тесном сопряжении с медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией.

Но, главное, наши ветераны должны чувствовать тепло, поддержку в своих семьях, на работе, в общественных местах — чтобы наше общество не раскололось и было прочным.

Список использованной литературы

- 1.Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1991.
- 2.Габриэль Р. Героев больше нет. Нью-Йорк, 1987 /Пер. с англ. б.м., б.г.
- 3.Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. М., 1996. С.154.
- 4.Дюбуа П. О психотерапии. СПб.,1911; Дюбуа П. Психоневрозы и психическое лечение. СПб.,1912
- 5.Калмыкова Е.С., Мисько Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психол. журн. 2001. №4. С.72.
- 6.Корчемный П. Из боя так просто не выйдешь // Независ. воен. обозр. 1997. №6.
- 7.Кучер А., Крохмалев А., Мисюра В., Соловьев И. Солдат вернулся с войны // Ориентир. 1996. №12. С. 17-24.
- 8.Морально-психологическая подготовка личного состава к выполнению задач по защите конституционных прав граждан в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах (учебно-методические материалы и рекомендации). М.: Академия МВД РФ,1995
- 9.Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.
- 10.Петер С.Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. М., 2001.
- 11.Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство... М., 2000.
12. Е.В. Боевая психическая травма: Автореф. дис... д-ра мед. наук. СПб., 1997. С.28-30.
- 13.Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром... М., 2000,

14.Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса... М., 2001.

15.Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

Эмоциональный стресс. М.: Медицина,1974.

16.Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. №5.