

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИУТАЦИЯМ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Алтынбеков С.А., Исаков Е.С.,
Негай Н.А., Джолдымгулов Г.А., Амирбеков Б.М., Исакова Б.М.,
Нурмагамбетова Г.Б., Османкулова Д.Р.

Медико-психологическая реабилитация лиц, переживших
чрезвычайную ситуацию

Методические рекомендации

Алматы
2010

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИУТАЦИЯМ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Алтынбеков С.А., Исаков Е.С.,
Негай Н.А., Джолдыгулов Г.А., Аширбеков Б.М., Исакова Б.М.,
Нурмагамбетова Г.Б., Оспанкулова Д.Е.

Медико-психологическая реабилитация лиц, переживших
чрезвычайную ситуацию

Методические рекомендации

Алматы
2010

Методические рекомендации разработаны сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и Центра медицины катастроф МЧС РК

Рецензенты:

1. Шахметов Б.А. – доктор медицинских наук, заведующий учебной частью кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова,
2. Толстикова А.Ю.– кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК.

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии. Протокол №~~99~~ от 2010 г. *23 неделя*

Аннотация

В методических рекомендациях изложены подходы по оказанию реабилитационной медико-психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Методические рекомендации предназначены для психологов, врачей-психиатров, специалистов психологической службы медицины катастроф.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	4
1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТСРОЧЕННЫХ РЕАКЦИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС	4
1.1 Поведенческие стратегии людей, переживших психическую травму	5
1.2 Динамика переживания травматической ситуации	6
2 ТИПОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННЫХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ	7
2.1 Посттравматическое стрессовое расстройство	7
2.2 Реакции горя	9
2.3 Психосоматические расстройства	10
2.4 Невротические расстройства	10
3 ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОТСРОЧЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ	11
3.1 Цели и задачи	11
3.2 Характеристика основных терапевтических и реабилитационных методик	11
3.3 Модули программы медико-психологической реабилитации	14
3.4 Основные положения программы медико-психологической реабилитации	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	17
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	18

ВВЕДЕНИЕ

Чрезвычайные ситуации (природные и техногенные катастрофы, войны и прочее) являются тяжелым травматическими событиями, которые обуславливают проявление самых разнообразных психологических и патологических реакций со стороны людей их переживающих. Вместе с тем, является установленным фактом, что психофизиологическая мобилизация (на системном и организменном уровнях) человека, вовлеченного в чрезвычайную ситуацию (далее ЧС), в большинстве случаев позволяет ему пережить психотравмирующую ситуацию. Однако далеко не каждому человеку удается полностью преодолеть последствия дистресса и восстановить прежний уровень, прежде всего, психологического здоровья. Навязчивый и тягостный характер воспоминаний и переживания событий ЧС, материальные последствия которых де facto уже ликвидированы, значительно нарушают качество жизни человека и определяют высокую вероятность развития психических расстройств. В этой связи, принимая во внимание, высокий уровень опасности развития чрезвычайных ситуаций в нашей стране, особую актуальность приобретает разработка мероприятий по обеспечению готовности психологических служб проводить своевременную и эффективную реабилитацию пострадавших при ЧС с целью недопущения усугубления психических нарушений и профилактики развития хронических психогенных психических расстройств.

Целью настоящих методических рекомендаций является освещение принципов организации психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий пострадавшим в ЧС.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТСРОЧЕННЫХ РЕАКЦИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Психическая травма – следствие травматического стрессогенного воздействия; она предполагает крайнюю экстремальную степень стрессогенности фактора, разрушающего систему индивидуальных личностных защит, приводящее к глубинным нарушениям от психологических до биологических целостной системы функционирования практически любого человека. Отсроченными реакциями на сильную стрессовую ситуацию называют комплексы изменений в эмоциональной, психической сфере, изменениях в поведении, возникающих после получения человеком психической травмы (Ю.С.Шойгу, 2007).

Отсроченные реакции — реакции, которые происходят не в момент сильного стресса, а когда ситуация сама по себе уже завершена, но психологически для человека она не закончена. Такие реакции возникают на фоне общего благополучия спустя продолжительное время после события.

Существует определенная последовательность этапов переживания, приводящая психику к восстановлению. В этих случаях происходит отреагирование, осмысление, принятие человеком случившегося, не как травматического, но как жизненного опыта, как части своей биографии.

Общими условиями развития травматического стресса являются следующие:

- человек воспринимал ситуацию как невозможную;
- человек не мог эффективно противодействовать ситуации борясь или бежать;
- человек не мог эмоционально разрядить энергию был в состоянии однозначения;
- присутствие в жизни человека разве неразрешенных травматических ситуаций.

1.1 Поведенческие стратегии людей, переживших психическую травму

Условно можно выделить два пути развития ситуации после сильного стресса:

1. Человек приобрел травматический опыт, признался себе в этом и постепенно прожигает его, вырабатывая более или менее конструктивные способы сопладания с ним.

2. Человек приобрел травматический опыт, но личностное отношение к происшествию отсутствует (случайность, закономерность, знак смысла), постарался «забыть» его, вытеснил его из сознания, запустив неконструктивные способы сопладания с проявлением симптомов отсроченных стрессовых реакций.

Принято выделять несколько вариантов стратегий поведения людей, переживших психическую травму:

Избегание. Пострадавшие, преследуемые навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, начинают организовывать свою жизнь таким образом, что бы вытеснить, избежать воспоминаний и эмоций, которые ими провоцируются. Избегание может принимать разные формы — например, уход от напоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем, чтобы заглушить осознание сильного внутреннего дискомфорта.

Неосознанное стремление к повторному переживанию травматических событий. Этот поведенческий механизм проявляется в том, что неосознанно человек стремится к участию в ситуациях, сходных с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Этот феномен называется компульсивным поведением и наблюдается практически при всех видах травматизации. Ветераны боевых действий

становятся наемниками. Женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчинами, которые с ними плохо обращаются и т.п.

К конструктивным стратегиям борьбы с пережитой травмой относятся:

- Попытка избавить от несчастья других.

- Поиск защитника.

- Кооперация. Вступление в общественную организацию, объединение с людьми, пережившими похожую ситуацию общества ветеранов, общества обманутых вкладчиков, жертв насилия в семье, выздоравливающих наркоманов и т.п..

1.2 Динамика переживания травматической ситуации

Динамика переживания травматической ситуации включает четыре этапа.

Первый этап — фаза отрицания, или шока. На этой фазе, наступающей сразу после действия травмирующего фактора, человек не может принять произошедшее на эмоциональном уровне. Психика защищается от разрушительного действия травматической ситуации. Этот этап, как правило, относительно непродолжителен.

Второй этап носит название фазы агрессии и вины. Постепенно начная переживать случившееся, человек пытается обвинять в произошедшем тех, кто прямо или косвенно имел отношение к событию. После человек обращает агрессию на самого себя и испытывает интенсивное чувство вины «Если бы я поступил иначе, этого бы не случилось».

Третий этап — фаза депрессии. После того, как человек осознает, что обстоятельства сильнее его, наступает депрессия. Она сопровождается чувствами беспомощности, брошенности, одиночества, собственной бесполезности. Человек не видит выхода из создавшегося положения, теряет ощущение цели. Жизнь становится бессмысленной: «Что бы я ни делал, ничего не изменилось».

Четвертый этап — это фаза исцеления. Для нее характерно полное сознательное и эмоциональное принятие своего прошлого и обретение нового смысла жизни: «То, что случилось, действительно было, я не могу этого изменить; я могу измениться сам и продолжать жизнь, несмотря на травму». Человек оказывается способен извлечь из произошедшего полезный жизненный опыт. Эта последовательность является конструктивным развитием ситуации. Если пострадавший не проходит фазы проживания травматической ситуации, этапы слишком затягиваются, не приходят к логическому завершению, появляются симптомокомплекс, справиться с которыми самостоятельно он уже не может.

2 ТИПОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННЫХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ

2.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство — нарушение, связанное с переживанием травматического стресса. Симптомы включают яркие наявуемые воспоминания о травматической ситуации,очные кошмары, трудности засыпания и эмоциональную неустойчивость, опустошенность, повышенную бдительность.

Начало изучения этого феномена было положено в США и во многом связано с так называемым «вьетнамским синдромом», который испытали на себе военнослужащие, вернувшиеся после войны во Вьетнаме.

Диагностические критерии ПТСР

Критерий А. Человек когда-либо пережил травматическое событие, причем в отношении этого события обязательно должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще каким-либо образом оказался причастен к событию событиям, которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей либо своей собственной.

2. В травматической ситуации человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Критерий В. Травматическое событие постоянно переживается одним или более из следующих способов, причем для постановки диагноза ПТСР достаточно наличия одного из этих симптомов:

1. Непропорциональные наявуемые воспоминания — вызывающее тяжелые эмоциональные переживания повторяющееся и назывчивое воспроизведение в памяти как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений.

2. Постоянно повторяющиеся кошмары и сны о событии, при пробуждении вызывающие интенсивные негативные переживания.

3. Продолжающие диссоциативные состояния, проявляющиеся в том, что после травмы человек периодически совершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь. К ним относятся следующие акты: те, которые появляются в состоянии алкогольной или наркотической интоксикации или в просошном состоянии:

- ощущения «оживания» прошлого в виде видений и галлюцинаций;

- «флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной потере связи с реальностью в возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в виде видения, неадекватном текущей ситуации, но соответствующем ситуации травматизации.

4. Драматические наявуемые воспоминания и интенсивные тяжелые переживания, которые были спровоцированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их (годовщины, фильмы, песни, разговоры и т.д.).

5. Непропорциональное повышение психофизиологической реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связаны с ним ассоциативно (положение места, звуки, запахи, тип лица человека и т.д.).

Критерий С. Не наблюдавшееся до травмы, постоянное стремление к избеганию и избегание любых факторов, связанных с травмой для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум трех из этих симптомов:

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травматической ситуации.

4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к значимым до травмы занятиям.

5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность положительного эффекта «showering» — блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное ощущение «бесчувственности», например, неспособность испытывать эмоционально насыщенное чувство любви, проявляющееся по отношению к самым близким людям.

7. Чувство отсутствия перспектив в будущем из-за мер, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы.

Критерий D. Постоянные симптомы повышенной психофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимума двух симптомов.

1. Трудности с засыпанием или плохой сон ранние пробуждения — связаны с возможными кошмарами избегания сна, «страшно заснуть» и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровождающим наизнанку размышления и воспоминания о травме.

2. Повышение, с трудом контролируемая раздражительность или яростики гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания — в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи.

4. Повышенный уровень настороженности, состоящие «гипербдигательности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.

5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители — Например, на любой резкий внезапный шум выходит, выстрел, стук и т.п. или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

Критерий E. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям В, С и D количества симптомов) — более чем 1 месяца.

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значимое наихудшее эмоциональное состояние или выраженные нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Классификация посттравматического стрессового расстройства:

1. *Острое расстройство*: первичная манифестация симптомов в течение первых 6-ти месяцев после травмы, но не ранее 1 месяца после события. При этом длительность сочетанного проявления всех симптомов ПТСР — менее 6 месяцев.

2. *Хроническое расстройство*: продолжительность проявления симптомов — свыше 6 месяцев.

3. *Отсроченное расстройство*: комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.

Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства. К ним относятся три группы симптомов:

1. Группа симптомов повторного переживания или симптомы «изогрежения».

2. Группа симптомов избегания.

3. Группа симптомов физиологической гиперактивации повышенной возбудимости.

Группа симптомов повторного переживания. Данные проявления протекают по механизмам наязчивости, т.е. возникают в сознании помимо воли человека, носят тягостный характер и сопровождаются критикой к ним отношением. Феноменологически они представляют собой наязчивые воспоминания, мысли, сны, автоматизированные реакции на объективно нейтральные стимулы, общим для которых является тематическая связь с травматическим событием.

Группа симптомов избегания. К ним относятся:

Избегание мыслей, воспоминаний о пережитом, стремление не попадать в те ситуации, которые бы могли напомнить, вызвать эти воспоминания.

Нарушение памяти, концентрации внимания. Неспособность вспомнить важные эпизоды травмы, мест, людей.

Отстраненность, отдаленность от окружающего мира, отчуждение от других людей, ощущение одиночества «ким меня не понять», «они этого не пережили». Утрата способности устанавливать близкие отношения с окружающими людьми.

Группа симптомов физиологической гиперактивации. Проявляется в трудностях засыпания бессонице, повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдигательности и повышенной готовности к «реакции бегства».

2.2 Реакции горя

Любое психотравматическое событие сопровождается какой-либо потерей прежнего образа жизни, имущества и реакцией горя, когда имеет место гибель друзей, родных и близких. Для горюющего человека характерны периодически возникающие приступы физического дискомфорта спазмы в горле, удушье, учащенное дыхание, снижение мышечного тонуса и т.д. и субъективного страдания душевная боль. В этой ситуации человек может быть поглощен мыслями об умершем или о своей собственной смерти. Возможны легкие изменения сознания — чувство нереальности, оторванности от окружающих.

Процесс преодоления горя проходит стадии, которые являются универсальными для всех людей:

Острое горе (около 3—4 месяцев)

Фаза шока.

Фаза реакций:

а) фаза отрицания поиска;

б) фаза агрессии вины;

в) фаза депрессии страдания и дезорганизации.

Стадия восстановления (около 1 года)

- а) фаза «остаточных толчков» и реорганизации;
- б) фаза завершения.

Тяжесть переживаний при горевании может усугубляться некоторыми факторами:

- «живой выжившего»;
- дополнительной острой психотравмой, связанной с невозможностью опознания (тело сильно повреждено либо не найдено);
- незавершенность отношений с умершим, невозможность отдать «последний долг» умершему;
- невозможность проститься с умирающим в последние минуты его жизни, на похоронах (физическую отдаленность, непринятие ситуации, внутреннее нежелание расставаться с человеком).

При затяжных реакциях горя возможно появление психосоматических реакций.

2.3 Психосоматические расстройства

К психосоматическим расстройствам традиционно относят ряд соматических заболеваний, в возникновении которых большую роль играют психологические механизмы: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальная гипертония, ревматоидный артрит, гипертрофия, нейродермит, бронхиальную астму, ишемическая болезнь сердца, туберкулез.

Психосоматические реакции могут быть вызваны сложными кризисными ситуациями в жизни человека:

1. Стресс (интенсивный, продолжительного воздействия)
2. Фruстрация (невозможность удовлетворения потребности)
3. Конфликт интересов с неконструктивной стратегией выхода.
4. Собственно кризисный период, связанный с тем, что человек не может разрешить проблему, не может уйти от нее, как это часто бывает в периоде после ЧС.

2.4 Невротические расстройства

Невротические расстройства (неврозы) — группа психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эпизодичностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни (Тиганов А.С., 1999). Данная группа расстройств является клиническим выражением декомпенсации психического состояния вследствие пролонгированных эмоциональных переживаний и длительной фрустрации. Их развитие характеризуется постепенностью и определенной этапностью, в ходе которой наблюдается нарастание клинической выраженности психоневрологических расстройств т.н. «программного» уровня навязчивостей, «клинических атак», тревожных и истерических расстройств.

различной степени интенсивности, приходящих к значительному ухудшению социального функционирования и качества жизни.

3 ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОТСРОЧЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ

3.1 Цели и задачи

Стратегической целью комплекса мероприятий, проводимых в рамках терапии и реабилитации отсроченных посттравматических реакций и состояний, является создание условий для осознанного преодоления человеком психологических последствий травматического события и устранение их влияния на социальное функционирование. Исходя из этой формулировки, основными характеристиками процесса терапии и реабилитации являются:

- Комплексность и системность – взаимное применение различных методов (медикаментозных и немедикаментозных), как разнозначных взаимодополняющих компонентов.
- Этапность и преемственность – выдержанная последовательность проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий с оценкой эффективности каждого этапа.

Тактическими задачами терапии и реабилитации являются:

1. Создание rapporta, обеспечивающего комплайанс. Это подразумевает создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.
2. Снятие острых (десоциализирующих) проявлений посттравматических психических расстройств.
3. Психотерапевтическая работа с воспоминаниями и переживаниями.
4. Социальная работа - включение в обыденную жизнь.
5. Полное изменение смысла, который придает пострадавший перенесенной психической травме, и таким образом обеспечить субъективный «контроль над травмой».

3.2 Характеристика основных терапевтических и реабилитационных методик

Медикаментозная терапия – включает в себя спектр лекарственных средств, применение которых направлено на купирование острых проявлений посттравматических психических расстройств – тревогу, наязчивости, нарушения сна, депрессивные нарушения и проч. В таблице 1 представлены основные классы предпочтительных препаратов:

Таблица 1 – Лекарственные средства (ЛС), предпочтительные при лечении острых проявлений посттравматических психических расстройств

Класс ЛС	Представитель	Ср. сут. дозировка
Антидепрессанты	Флуоксацин	100мг/сутки
	Флуоксетин	40мг/сутки
	Милнациприн	50мг/сутки
	Тиавентин	12,5 мг/сутки
Нейролептики	Хлорプロтиксен	100мг/сутки
	Сульпирид	400мг/сутки
	Тиоридазин	100мг/сутки
Транквилизаторы	Алпразолам	0,5мг/сутки
	Тофизон	50мг/сутки
	Гидроксизин	100мг/сутки
Гипнотики	Зотиаклон	7,5мг/сутки

Применение лекарственных препаратов позволяет ускорить процесс реабилитации за счет ликвидации основных десоциализирующих проявлений психического расстройства, однако следует помнить, что они являются лишь одним из компонентов лечебно-реабилитационного процесса и их изолированное использование не является достаточным для полной ликвидации собственно психологических нарушений вследствие психотравмирующей ситуации.

Психотерапия – включает в себя комплекс разнообразных методик:

1. Рациональная психотерапия – Сущность метода заключается в том, что специалист, апеллируя к сознанию клиента, убеждает его и формирует первое отношение к окружающей действительности, ситуациям, событиям. В экстремальной ситуации, в ситуации, когда произошло событие, резко изменившее жизнь человека, нарушаются когнитивные процессы и человек под воздействием эмоций может делать неверные выводы о том, что произошло, грозит ли ему опасность и в каком объеме она грозит, кто виноват в том, что случилось. При помощи рациональной психотерапии возможно восстановить верный причинно-следственный порядок. Применение этого метода позволяет снизить психологическое напряжение у пострадавшего.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги – аутогренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия – используется для переосмысливания дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

6. Арттерапия — методика, позволяющая выразить чувства и эмоции, в том числе и негативные, в символической форме, проработать подавляемые чувства и мысли, диагностировать внутреннее состояние клиента.

В каждой конкретной ситуации специалист-психолог применяет не один метод, а скорее набор техник, методик, которые сочетаются друг с другом и подходят конкретному клиенту. Можно сказать, что конкретная форма психотерапии остается предметом совместного выбора терапевта и клиента.

Аналогичным образом, т.е. путем принятия совместного решения определяется и формат психотерапевтической работы: индивидуальная или групповая.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она передко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать группы различных направлений:

(а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»);

(б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»).

Какие бы методы групповой терапии ни использовались при работе, она всегда направлена на достижение определенных терапевтических целей, которые кратко можно определить следующим образом:

1. Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой (при этом терапевту не следует форсировать процесс);

2. Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изолированности, стыда и усиливать чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;

4. Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;

5. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства), что позволяет преодолеть ощущение собственной ненужности («я не могу предложить другому»), смешение фокуса с чувствами собственной изолированности и негативных самоуничтожительных мыслей;

6. Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом.

Лечебная физкультура в общеукрепляющем лечении (водные процедуры и проч.) должны являться неотъемлемыми компонентами реабилитационного процесса в силу своего общего и неспецифического воздействия на организм человека, которое закрепляет эффект целевых методик.

3.3 Модули программы медико-психологической реабилитации

1. Диагностический модуль – включает в себя проведение мероприятий направленных на установление клинического, психологического и функционального диагноза.

Клинический диагноз – представляет собой медицинское заключение с определением ведущего и сопутствующих клинических синдромов.

Психологический диагноз – является заключением, конкретизирующим психологические проблемы клиента и определяющим мишени психокоррекционной (психотерапевтической) работы.

Функциональный диагноз – заключение о степени и уровне социального функционирования клиента, характере его социальных взаимодействий.

В реализации содержания диагностического модуля должна быть задействована бригада специалистов, результатом работы которой должно стать комплексное заключение о состоянии клиента и поэтапный план индивидуализированных лечебно-реабилитационных мероприятий с промежуточными и итоговыми критериями эффективности.

Инструменты реализации мероприятий – целевые шкалы, беседы, наблюдение, инструментальные обследования для оценки психофизиологических параметров организма.

2. Терапевтический модуль – включает в себя проведение запланированных лечебных мероприятий:

1. Медикаментозное лечение
2. Психокоррекционное (психотерапевтическое) лечение
3. Общеукрепляющее лечение

3. Реабилитационный модуль – включает с себя реализацию мероприятий, направленных на включение клиента в систему социально- приемлемого взаимодействия с окружением.

4. Информационный модуль – включает минимум необходимой и глянцев доступной для понимания клиента информации по причинам возникновения заболевания, его патогенезу, причинам появления обострений, принципам лечения, возможных осложнениям и способах их устранений. Компоненты информационного модуля используются на всем протяжении реализации лечебно-реабилитационных мероприятий.

3.4 Основные положения программы медико-психологической реабилитации

Программа медико-психологической реабилитации пострадавших при ЧС состоит из 3-х этапов: подготовительного, основного, заключительного. Общая продолжительность периода реабилитации – 30 дней.

Основу подготовительного этапа составляет реализация мероприятий в рамках диагностического модуля (продолжительность 1-2 дня).

Критериями завершенности этапа являются:

- Обоснованное заключение об оценке состояния клиента, включающее развернутые клинический, психологический и функциональный диагнозы.

• Подробный план лечебно-реабилитационных мероприятий

Критерии эффективности этапа:

- Готовность клиента пройти программу реабилитации (созданный рапорт)

- Оптимальная степень информированности клиента о плане предстоящих мероприятий.

Следует помнить, что важным показателем данного этапа является мотивация на продолжительное, планомерное лечение, точное выполнение врачебных назначений и целенаправленную психологическую коррекцию. Создание мотивации возможно демонстрацией работающих групп, показом эффективности программы на клинических примерах.

Основной этап заключается в реализации полного комплекса медико-психологической реабилитации (продолжительность – 20-25 дней). Основной целью этапа является улучшение субъективного самочувствия больного и восстановление полноценного социального функционирования. Главной задачей является изменение отношения клиента к травматической ситуации, своему месту в ней и коррекция неадекватных реакций и форм поведения. Основной этап включает целенаправленную психологическую коррекцию, информационное обеспечение, способы повышения внутренних резервов с использованием ресурсов всех модулей. Смысл целенаправленной психологической патогенетической коррекции заключается в том, что клиент должен осознать противоречивость своего отношения к болезни, которая образует внутриличностный конфликт. Осознание противоречивости отношения к болезни, своего страха перед заболеванием и его последствиями позволяет конструктивно решить этот конфликт. Такое конструктивное разрешение может быть достигнуто путем формирования нового, адекватного отношения к болезни и путем ясного осознания ее причин и следствий, а также причин возникновения обострений и осложнений. Устранение неадекватного, противоречивого отношения к заболеванию прерывает последующее развитие всех вторичных нарушений.

Клиент должен сам проследить тщетно за звеном и понять историю возникновения и развития своего заболевания, причины появления обострений и осложнений, собственные ошибки. Следует учитывать, что представления клиента о собственном заболевании зависят от внутренней

концепции болезни. Недостаток информации или искаженные представления о заболевании приводят к созданию неадекватной внутренней концепции. Наличие достоверной информации помогает переоценить экзистенциально значимую ситуацию заболевания.

Важным аспектом терапевтической работы является обучение клиентов способам повышения адаптационных резервов организма. Для этого рекомендуется методики ауторелаксации, рефлексотерапию, самомассаж.

Критерии завершенности этапа:

Выполнение всех запланированных мероприятий

Критерии эффективности этапа:

* Достоверное снижение интенсивности болезненных проявлений (определяется по результатам динамической оценки медицинских, психологических и психофизиологических параметров)

* Субъективное улучшение состояния

Завершающий этап – включает в себя анализ динамики состояния клиента, оценку усвоения им результатов работы к психологом (психотерапевтом). Работа в рамках данного этапа проводится в виде серии коротких тренингов, направленных на раскрытие механизмов поведенческих реакций клиента в различных социальных ситуациях. Таким путем создаются все условия для самостоятельного социального функционирования после завершения программы.

Критерии завершения этапа:

Проведение всех запланированных тренингов

Критерии эффективности этапа:

* Социальная приемлемость поведенческих паттернов клиента (оценивается по целевым шкалам)

* Полное владение клиентом навыками сохранения самоконтроля (оценивается целевыми шкалами).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реабилитация от психологических последствий ЧС является продолжительной, систематической работой, которой полностью должен отдаваться (естественно, в профессиональных рамках) не только психолог (психотерапевт), но сам пострадавший. Долгительная проработка и осознание своих проблем и трудностей, устиновление причин и связи имеющихся симптомов с теми или иными аспектами пережитой ЧС являются основными условиями, позволяющими человеку полностью справиться с психологическими трудностями и вернуться на доболезненный уровень.

Эмоциональный опыт человека изменяется и обогащается в ходе развития личности и результате переживания кризисных жизненных периодов, сопротивления душевным состояниям других людей. Особо в этом ряду стоят переживания потери. Переживания такого характера могут нести в себе как объяснение собственной жизни, переосмысление ценности бытия и, в конечном итоге, признание мудрости и глубокого смысла во всем происходящем, так и негативные психологические последствия для человека. В этой связи только продуманная программа медико-психологической реабилитации позволяет создать условия для преодоления человеком последствий траumatической ситуации, переоценять и переработать все, что с ней связано и обеспечить оптимальный уровень своего социального функционирования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). М.:ИП РАН, 2003.
- 2 Кабаченко Т.С. Методы психологического воздействия: Учебное пособие. М.: Педобщество России, 2000.
- 3 Каракин А.Г. Приемы психической саморегуляции. Москва, 1992.
- 4 Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
- 5 Мосолов С.Н.Основы психофармакотерапии. М. 1996
- 6 Соловьева С. Л.Психология экстремальных состояний. СИб.: ЭЛБИ-Сиб, 2003. 128 с.
- 7 Шойгу Ю.С.. Психология экстремальных состояний для спасателей и пожарных.-М.-Смысл, 2007- 319 с.
- 8 Александровский Ю.А.Пограничные психические расстройства. – 2000 [Электронный ресурс] –www.koob.ru