



ОБЗОР ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

2 / 2022

от Центра экстренной психологической
помощи МЧС России



Руководитель рабочей группы:

Татьяна Шмарина,
старший научный сотрудник НИО ППФД
ФКУ ЦЭПП МЧС России

Авторы обзоров:

Татьяна Шмарина,
старший научный сотрудник НИО ППФД
ФКУ ЦЭПП МЧС России

Екатерина Марченко,
старший научный сотрудник НИО ПП
ФКУ ЦЭПП МЧС России

Александра Ивенская,
психолог 2 категории ОЭР
ФКУ ЦЭПП МЧС России

Маргарита Кармилова,
психолог 2 категории ОЭР
ФКУ ЦЭПП МЧС России

Дизайн, макет, верстка:

Александра Ивенская

Для иллюстрирования статей использованы фотографии
из открытых источников

Для оформления обложки и в качестве иллюстрации к разделам
использованы работы:

"Герника" 1937, кисти испанского художника
Пабло Пикассо (1881–1973)
и "Косули в лесу", 1914, кисти немецкого художника
Франца Марка (1880–1916)

В ЭТОМ ОБЗОРЕ:

5

Феномен
посттравматического роста

7

Открытый курс «Первая
психологическая помощь»

9

Когнитивная теория Анке
Элерс и Дэвида Кларка

13

Руминации при
посттравматическом
стрессовом расстройстве

17

КНИГА: Поговорим об утрате.
Тебе больно, и это нормально

21

Помощь детям, которые
столкнулись с травмой и утратой

23

МКБ-11. Расстройства,
специфически связанные
со стрессом

27

Рекомендации по лечению
ПТСР: систематический обзор

29

Краткий обзор методов
психотерапии в контексте
работы с травмой



ИНТЕРЕСНОЕ

ФЕНОМЕН ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА

Статья о феномене посттравматического роста является единственной в этом номере, где в фокусе внимания то, за счет каких ресурсов люди справляются с пережитой травмой и что увеличивает вероятность позитивных прогнозов после неё. Психологи, оказывающие экстренную психологическую помощь, часто говорят о необходимости поиска внутренних и внешних психологических ресурсов, поэтому для нас эта статья особенно ценна.



РОССИЯ, 2016

Институт психологии РАН

Юлия Быховец, к.п.н, старший научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях

Столкновение человека с травматическим опытом порой позволяет ему обрести новые смыслы в жизни, поставить перед собой новые цели и приоритеты. Это явление называется посттравматическим ростом (далее - ПТР) личности.

Он предполагает развитие положительных последствий травматической ситуации. Человек, испытав физические и душевные переживания, переосмысливает произошедшее событие и полученный опыт.

Какие подходы существуют в изучении психологических последствий травматических событий, и есть ли место позитивным изменениям после травмы?

Ответить на этот вопрос решила Юлия Быховец, научный сотрудник Института

психологии РАН. Оказывается, изучение феномена ПТР началось более 20 лет назад. В основе исследований лежат два основных подхода: первый рассматривает негативные последствия ПТР, включает психопатологическую симптоматику, кризисы и др.; второй, более позитивный, включает изучение жизнестойкости, компенсаторных механизмов, позволяющих людям справиться с травмой. При этом исследования в рамках первого подхода преобладают.

Модель посттравматического роста (ПТР)

Она включает 3 направления положительных изменений после психической травмы:

- изменения в самовосприятии – например, люди, пережившие крушение лайнера или тяжелую болезнь близких, отмечают, что такой опыт позволил почувствовать себя сильнее и увереннее (предыдущие проблемы в жизни – это мелочи);

- изменения в межличностных отношениях – получив поддержку от близких и незнакомых людей, человек начинает чувствовать большую связь с другими и доверие к людям (происходит внутренний «эмоциональный рост»);

- изменения философии жизни – жизнь приобретает «новый вкус», простые вещи начинают радовать и вдохновлять. То есть человек после травмы понимает границы своей уязвимости, а чтобы совладать с травмой, он постепенно восстанавливает и переосмысливает свои базовые убеждения.

Посттравматический рост возможен благодаря тому, что наша психика пластичная и крепкая, а общение и взаимодействие дают множество ресурсов и новых смыслов, оказывают незаменимую поддержку для посттравматического роста. Но это явление скорее возможное, чем обязательное. При его развитии травматическое событие становится не пропастью в жизни человека, а трамплином к новому этапу жизни.

К каким выводам пришли авторы?

ВЫВОД ВАЖНЫЙ: концепция ПТР не считает травму благом и универсальным явлением. И для восстановления после нее необязательно посттравматическое развитие.

ВЫВОД ОЧЕВИДНЫЙ: условием развития ПТР могут выступать некоторые качества: открытость, экстраверсия, выносливость, юмор, оптимизм, а также интеллект.

ВЫВОД ИНТЕРЕСНЫЙ: ряд авторов полагают, что ПТР невозможно без психического потрясения и ряда небольших расстройств.

ВЫВОД ОБОБЩАЮЩИЙ: выделяются три исследовательские позиции на тему связи между ПТР и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР):

- травма – это разрушающий опыт, не имеющий положительных изменений;
- ПТР и ПТСР – два противоположных полюса одного измерения последствий травмы;
- травма дает человеку как негативный опыт (психиатрические симптомы), так и позитивный (переосмысление себя и своего окружения).

*Обзор подготовила
Екатерина Марченко*

ОТКРЫТЫЙ КУРС COURSERA «ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» ОТ БЛУМБЕРГСКОЙ ШКОЛЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УНИВЕРСИТЕТА ДЖОНА ХОПКИНСА

Используемая психологами МЧС России концепция 'экстренной психологической помощи', не тождественна распространенной за рубежом 'первой психологической помощи'. И если концепция ЭПП нам хорошо знакома, то цель этого обзора немного познакомиться с ППП. Возможно ли привлечение волонтеров-не психологов к ППП? Да. А к оказанию ЭПП? Нет. ЭПП предполагает активное слушание, психологическую поддержку, стабилизацию актуального состояния и профилактику отдаленных последствий травматического стресса? Да. А ППП? Тоже да.



США, 2016

Автор курса:

Джордж Эверли младший
(George S. Everly, Jr), PhD,
профессор

Психологи Университета Джона Хопкинса определяют **первую психологическую помощь** как «участливое поддерживающее присутствие, направленное на уменьшение острого стресса и оценку необходимости дальнейшей психологической помощи». Авторы обращают внимание на отсутствие в определении слов 'диагноз' и 'лечение', поскольку ППП не является какой-либо формой психотерапевтической работы и её оказание уместно со стороны специалистов с психологическим образованием или без него.

ППП автор описывает моделью RAPID – управляемым диалогом с условной последовательностью необходимых действий:

1. Контакт и активное слушание (Rapport and reflective listening)
2. Оценка (Assessment)
3. Приоритизация (Prioritization)
4. Интервенция (Intervention)
5. Решение и последующие меры (Disposition and follow-up)

R означает установление контакта и применение методов активного слушания на протяжении всей встречи – это открытые вопросы (почему?), уточнение некоторых деталей (как?), эмпатия, перефразирование услышанного (звучит как..., то, что ты говоришь это...) с отражением эмоций и объективных обстоятельств. Формирование доверия.

А оценка проводится в форме управляемой беседы и предполагает первичный вывод – испытывает ли человек дистресс и нуждается в помощи или нет. Если очень условно разделить всех потерпевших на три группы: стресс – дистресс – дисфункция, то куда попадет ваш собеседник?

Р приоритизация взаимосвязана с оценкой и, ориентируясь на факты и риски, предполагает ответ на вопрос: “Кому я должен помочь в первую очередь?”

I цель интервенции – снижение острого стресса, стабилизация состояния и смягчение последствий. Что для этого можно сделать? Устранить провокации. Затормозить желание действовать импульсивно. Оказать социальную поддержку. Проинформировать. Скорректировать недопонимание ситуации и др.

D решение и последующие меры предполагают дальнейшее наблюдение и, в случае необходимости, направление человека на тот вид помощи, который ему может понадобиться в будущем.

Упрощенно суть модели выглядит так, однако в рамках курса подробно описываются действия, необходимые на каждой из букв аббревиатуры, объясняются задачи и демонстрируется видео-пример симуляции ППП. Заканчиваются лекции разделом Заботы о себе с понятными техниками как не выгореть, помогая другим. Об этом этапе часто забывают, поэтому мы зафиксируем здесь анти-рекомендации, которые приводит автор.

Правила клуба выгоревших 'спасателей' от Джорджа Эверли

1. Будьте перфекционистом; никогда не принимайте несовершенство
2. Никогда не занимайтесь спортом!
3. Помните, стакан всегда наполовину пуст!
4. Ешьте как можно больше фастфуда! Никогда не завтракайте
5. Вините во всех своих неудачах в жизни: собственных родителей, отсутствие друзей, заставляющего работать, неэтичного, жадного до денег босса или великий заговор правых

6. Принимайте ответственность за всё и за всех – постоянно! Вы должны сделать счастливыми всех участников катастрофы

7. Участвуйте в бесконечном процессе контроля над всем и всеми, особенно над теми людьми/вещами, над которыми у вас нет реального контроля. Сопереживайте: вы должны чувствовать боль каждого

8. Старайтесь спать как можно меньше!

9. Испытывайте чувство вины, покидая место катастрофы в конце развертывания. Никогда не берите отпуск. Если вас заставят это сделать, почувствуйте себя виноватым

10. Следуйте этому распорядку: спите, пока не проголодаетесь; ешьте, пока не устанете; используйте алкоголь для расслабления и энергетики для работы

Автор курса считает, что если практиковать эти десять простых правил, то практически гарантирована короткая, но суматошно яркая карьера в сфере первой психологической помощи. Но, если как в зеркале видеть отражение этих правил, то советы станут рецептом продолжительной карьеры помощника людям и, возможно, успеха.

Прошла обучение и перевела
правила клуба выгоревших
Татьяна Шмарина

КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ АНКЕ ЭЛЕРС И ДЭВИДА КЛАРКА

Эта теория является одной из наиболее распространенных и часто цитируемых когнитивных моделей ПТСР, поэтому нам важно о ней рассказать. Модель основывается на двух дисфункциях, возникающих после травматического стресса: дисфункциональные оценки и нарушение автобиографической памяти. Надеемся, что приведенные примеры с иррациональными установками и когнитивными оценками напомнят вам 'вредные советы', что упростит их распознавание в речи клиента в будущем.



При том, что ПТСР является довольно распространенной реакцией на потенциально травматические события, многие люди самостоятельно выздоравливают в последующие месяцы. Авторы Когнитивной модели считают, что ПТСР становится хроническим из-за циклического процесса, поддерживающего текущее и продолжающееся чувство угрозы, внешней или внутренней.

Ядром теории является убедительное предположение о двух дисфункциях, которые приводят к ощущению серьезной текущей угрозы – это чрезмерно негативные оценки травматического опыта и/или его последствий и нарушения автобиографической памяти, характеризующиеся плохой проработкой, отсутствием контекста, сильной ассоциативной памятью и невольным поиском и восприятием как угрожающих тех сигналов, которые похожи на происшедшие в травматической ситуации, пусть и смутно.

Модель предполагает, что в отличие от людей, выздоравливающих естественным путем, люди с ПТСР часто не способны воспринимать травматический опыт как отдельное ограниченное по времени событие. Типичными становятся негативные оценки травматического события – собственного поведения и чувств, единичного случая, который обобщается до 'всегда' и 'никогда', а также преувеличение вероятности возникновения других катастрофических инцидентов. Такие оценки порождают чрезмерный ситуативный страх и, как следствие, избегание любых напоминаний. Оценка последствий также играет значимую роль – преувеличенно негативная интерпретация реакций других людей, собственных первоначальных симптомов, физических, профессиональных или финансовых последствий, тоже способствует ощущению текущей угрозы и развитию хронического ПТСР.

Примеры негативных оценок

В том случае, если вы заметите их у себя или у близких – это повод задуматься или запросить профессиональную помощь (прим. автора).

Что оценивается?

Факт, что травма случилась

Травма случилась со мной

Поведение / эмоции во время травмы

Первоначальные симптомы ПТСР

Раздражительность, вспышки гнева

Эмоциональное оцепенение

Флешбэки, навязчивые воспоминания и кошмары

Трудности с концентрацией внимания

Реакция других людей после травмы

Положительная реакция

Отрицательная реакция

Другие последствия травмы

Физические последствия

Потеря работы, денег и т. д.

Негативная оценка

"Нигде не безопасно"

"Скоро произойдет следующая катастрофа"

"Я притягиваю беду"

"Другие видят, что я жертва"

"Я заслужил, чтобы со мной случались плохие вещи"

"Я не могу справиться со стрессом"

"Моя личность изменилась к худшему"

"Мой брак распадется"

"Я не могу доверять себе своих собственных детей"

"Я мертв внутри"

"Я никогда больше не смогу общаться с людьми"

"Я схожу с ума"

"Я никогда этого не переживу"

"У меня поврежден мозг"

"Я потеряю работу"

"Они думают, что я слишком слаб, чтобы справиться самостоятельно"

"Я ни с кем не могу чувствовать близость"

"Никого нет рядом со мной"

"Я не могу полагаться на других людей"

"Мое тело изуродовано"

"Я никогда больше не смогу вести нормальную жизнь"

"Я потеряю своих детей"

"Я буду бездомным"

Характер оценки определяет преобладающие эмоциональные реакции:

страх – результат воспринимаемой текущей опасности (нигде не безопасно),

гнев касается оценки ситуации как несправедливой или оценки других как нарушающих личные правила (другие не обращаются со мной справедливо),

чувство вины – как ответственность за травматическое событие или его исход,

стыд – как нарушение внутренних стандартов (я сделал что-то отвратительное),

печаль – масштабность воспринимаемых потерь (моя жизнь уже никогда не будет прежней).

Память о травмирующем событии – это еще одна загадка ПТСР. С одной стороны человек испытывает трудности в намеренном, полном, последовательном воспроизведении произошедшего, его воспоминания разобщены, плохо организованы, многие детали отсутствуют, но с другой стороны – довольно часто непроизвольно всплывают яркие воспоминания, носящие навязчивый характер и связанные с повторным эмоциональным откликом. Авторы предполагают, что одной из основных проблем людей с ПТСР является то, что их травматическая память

слабо проработана и неадекватно интегрирована в контекст времени и других автобиографических воспоминаний. Слабый семантический путь к воспоминанию приводит к проблематичности сознательного извлечения информации, а отсутствие временного контекста и ссылок на последующие события даёт ощущение текущей угрозы и объясняет яркие (здесь и сейчас) эмоциональные реакции при напоминании.

Оценки и связанные с ними эмоции, активируются в разное время и имеют свойство меняться в зависимости от убежденности в чём-то.

Зафиксировавшиеся в памяти стимулы (образы, запахи, тембр голоса, отдельные слова и др.), присутствовавшие незадолго до или во время травматического события, по умолчанию начинают ассоциироваться с серьезной опасностью, причем человек не всегда осознаёт сами триггеры, приводящие к повторному переживанию и эмоциональному отклику. Более того, человек с ПТСР из всего спектра окружающих сигналов с большей вероятностью заметит те, которые могут быть связаны с травмой. Отдаленного физического сходства бывает достаточно для установления ассоциативной связи.



Примеры оценок с соответствующими дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями (перевод, прямая цитата)
Оценка

Интуитивно совершаемые, но дисфункциональные стратегии

Если я буду думать о травме
... я сойду с ума
... я развалюсь на части
... я потеряю контроль и причину кому-то боль
... у меня будет сердечный приступ
... я серьезно поврежу свое здоровье

старайтесь изо всех сил не думать о травме;
все время держите голову занятой;
контролируйте чувства;
пейте алкоголь/ принимайте наркотики

Если я не буду жестко контролировать свои чувства
... я не смогу работать и потеряю должность
...я выйду из себя и буду оскорблять людей

подавляйте эмоции;
избегайте всего, что может вызвать негативные или позитивные чувства

Если я не выясню, как это событие можно было предотвратить, что-то подобное произойдет снова

размышляйте о том, как можно было бы предотвратить это событие

Если я не найду способа наказать нападавшего – он победит и я больше не буду нормальным человеком

размышляйте о том, как покончить с нападавшим

Если я приду на место события, если я снова надену ту же одежду
... у меня будет еще один несчастный случай
... у меня будет нервный срыв

избегайте места проведения мероприятия
избегайте ношения подобной одежды

Если я не приму дополнительных мер предосторожности, на меня снова нападут

носите оружие;
будьте бдительны в отношении опасных людей;
избегайте людных мест;
обязательно держитесь поближе к выходу

Если я не проверю задние зеркала, кто-то снова въедет в мою машину

продолжайте проверять зеркала

Если я строю планы (например, на отпуск), произойдет следующая ужасная вещь

не стройте никаких планов на будущее

Если я увижу своих друзей, они спросят меня о травме и подумают, что я жалок, потому что я все еще так расстроен

избегайте встреч с друзьями

Если я буду делать то, что мне раньше нравилось
... меня снова накажут
... мне напомнят о травме и я не смогу справиться
... меня переполнят эмоции

откажитесь от приятных занятий

Если я покажу свое лицо, люди будут испытывать отвращение из-за моих шрамов

избегайте других людей;
закрывайте лицо руками;
используйте плотный макияж;
смотрите вниз

Если я засну
... мне будут сниться кошмары
... я не замечу незваных гостей

допоздна не ложитесь спать

Если у меня будет больше стресса
... у меня будет сердечный приступ
... У меня будет нервный срыв

избегайте всего, что может быть стрессовым

Обзор подготовила
Александра Ивенская

РУМИНАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ (ПТСР)

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

«Бывает такое – иногда навязчивая мысль преследует вас повсюду, словно мотив назойливой песни, без спроса ворвавшийся в голову...» Олег Рой, Семь признаков счастья.

Мыслительная жвачка, глубокий внутренний монолог или заикленность на каких-либо мыслях ввиду непродуктивного поиска решений с целью разбора причины проблем – именно так часто определяют руминации. В этом обзоре поговорим о них и о том, существует ли связь между руминациями и ПТСР.



АВСТРАЛИЯ,
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, 2020

Университет Нового Южного
Уэльса, школа психологии:

*Мишель Мулдс (Michelle L. Moulds),
PhD, профессор*

*Ричард Брайант (Richard A. Bryant),
PhD, профессор*

*Мэделин Бисби (Madelyne A. Bisby),
PhD, научный сотрудник*

Оксфордский университет,
факультет экспериментальной
психологии:

*Дженнифер Уайлд (Jennifer Wild),
PhD, доцент*

Руминации – это повторяющиеся или навязчивые мысли, чаще тревожные, возникающие в голове человека и не позволяющие ему переключаться на привычные дела и активности. Например, у нас не получилось завершить какую-то рабочую задачу и мы сверхфокусируемся на этом негативном моменте, бесконечно его обдумываем, что приводит нас к апатии или тревоге, а также резко снижает настроение.

Существует ли взаимосвязь руминаций и ПТСР?

Поиском ответа на этот вопрос занялись специалисты Школы психологии Университета Нового Южного Уэльса и факультета экспериментальной психологии Оксфордского университета – Michelle L. Moulds, Madelyne A. Bisby, Jennifer Wild и Richard A. Bryant. Авторы в своей обзорной статье отмечают, что попытались проанализировать и

систематизировать массив исследований в этом направлении (ими было изучено более 800 статей).

Чем отличаются руминации от навязчивых воспоминаний при ПТСР?

Первые – это абстрактные цепочки размышлений о самом травматическом событии, вторые – это по сути повторяющиеся и неконтролируемые «вспышки» травмы на уровне ощущений. Исследователи полагают, что руминации могут являться непродуктивной попыткой «проработки» травмирующего события.

Четыре интересных группы исследований руминаций и ПТСР

1. Частота и характер руминаций при ПТСР. Исследования показали, что для людей с ПТСР руминации являются автоматическим процессом, а их развитие негативно влияет на эмоциональное состояние. Возникают они чаще всего в ответ на навязчивые воспоминания о травме.

2. Связь руминаций и ПТСР. Анализ исследований показал, что связь этих явлений однозначно имеется, при этом руминативный тип мышления может предсказывать развитие симптомов ПТСР. Открытым остается вопрос о том, увеличивает ли склонность к руминациям до травмы вероятность развития ПТСР. Авторы статьи полагают, что изучение этих связей может позволить

снизить вероятность развития ПТСР.

3. Взаимосвязь руминаций с другими процессами, в том числе с нейробиологическими. В ряде исследований обнаружено, что руминации были связаны с недостаточным развитием способности управлять вниманием, поведением, а также депрессивными состояниями. При этом есть несколько исследований, свидетельствующих о том, что при ПТСР нарушаются области мозга, отвечающие за когнитивный контроль. В целом, таких исследований немного, что открывает новые горизонты для клинических психологов.

4. Лечение ПТСР как фактор уменьшения руминаций. Авторы обнаружили только одно исследование, которое показало эффективность при работе с ПТСР такого метода, как ведение дневника. Оно привело к уменьшению симптомов и не спровоцировало усиление руминаций.

Руминации – довольно частое явление в нашей жизни, наполненной общением, информацией, проблемами. Такое постоянное обдумывание не позволяет человеку найти решение или посмотреть на проблему с разных сторон. А в случае проживания травмы заикливает его внимание на психологической боли и душевной ране. Поэтому изучение руминаций, особенно в контексте ПТСР, – задача актуальная и прикладная, нуждающаяся в новых практических исследованиях.

ВЫВОД ИНТЕРЕСНЫЙ: профилактикой развития ПТСР у людей с высоким риском развития травм (например, у работников неотложных служб) может стать обучение стратегиям работы с руминациями, особенно при обнаружении склонности к ним.

ВЫВОД ПРАКТИЧНЫЙ: при работе с руминациями эффективны следующие способы – анализ их содержания и природы, формулировка ответов на повторяющиеся мысленные вопросы, развитие навыков переключения с руминаций на разнообразную деятельность.

*Обзор подготовила
Екатерина Марченко*



КНИГА

МЕГАН ДЕВАЙН: ПОГОВОРИМ ОБ УТРАТЕ. ТЕБЕ БОЛЬНО, И ЭТО НОРМАЛЬНО

Фредерик Бегбедер, автор книги "Любовь живет три года", сказал, что "Книги – хороший способ поговорить с тем, с кем разговор невозможен". А иногда попадают такие книги, истории из которые нарочно не придумаете! Эта именно такая.



Данная книга была издана в 2017 году, написана психотерапевтом, которая рассказывает об утрате и горе не только как специалист, но и как человек, переживший смерть мужа. У Меган получилось проанализировать свой личный и терапевтический опыт и создать работу, которая может стать помощником в тяжелой ситуации.

Данная книга поднимает необычайно важную тему культуры переживания горя в современном мире, где темп жизни настолько высок, что времени для того, чтобы справиться с сильными переживаниями правильно, просто не остается, и все окружение диктует необходимость двигаться дальше. Психотерапевт очень верно подмечает, что это нередко приводит к тому,

что люди сталкиваются с новыми эмоциями: помимо горя, они испытывают страдания, связанные с тем, что окружение просто не готово принять человека с теми чувствами, которые у него есть.

Вот несколько самых важных замечаний о процессе переживания горя:

Разговор. Состояние, в котором оказывается горюющий человек, требует вербализации, нуждается в том, чтобы его описали и высказали. Многократный разговор об утрате помогает сознанию собрать по кусочкам мир, который был разрушен смертью близкого.

Свои границы. Горе – трудоемкий психологический процесс, в котором сложно оставаться беспрерывно долго. Важно понимать, что у человека есть

право на передышку, и он в ней нуждается. Но, к сожалению, в первый период после утраты мир человека пронизан и пропитан горестными воспоминаниями, соболезнующими взглядами и фразами, образами невозможного будущего. В такой период, как говорит Меган, совершенно нормально предпочесть одиночество любой возможной социализации: можно разрешить себе провести день или даже больше времени так, как хочется.

Сроки переживания горя, которые существуют в массовом сознании, почти не имеют ничего общего с реальной длительностью чувств, которые испытывают люди. Сроки – социальный концепт, в то время как горе и утрата индивидуальны. В связи с этим, Меган предлагает читателю «рвотный критерий» для определения своевременности расставания с вещами и напоминаниями об умершем. Если от мысли о необходимости избавиться от чего-то человека мутит, это значит, что время еще не пришло.

Важной частью книги являются рекомендации для людей, чьи близкие столкнулись с утратой. Советы представлены в виде короткого свода правил:

1. Горе принадлежит тому, кто его переживает: не следует предлагать своему близкому действия для улучшения его состояния.
2. Оставайтесь в настоящем времени и говорите правду – несмотря на большое желание говорить близкому о возможном хорошем будущем, вы не можете этого гарантировать.
3. Не пытайтесь поправить непоправимое – близкому будет сильно легче, если вы не будете пытаться его «исправить» или успокоить.

4. Будьте готовы к встрече со жгучей невыносимой болью.

5. Дело не в вас – очень важно помнить, что все те сильные эмоции и переживания, которые испытывает ваш близкий, не связаны с вами.

6. Предлагайте свою помощь: мы рассчитываем, что близкие попросят необходимое сами, но иногда это сделать очень сложно. В бытовых вопросах можно проявлять свою инициативу.

7. Будьте помощником в повседневных делах.

8. Помогите близкому человеку в более серьезных задачах.

9. Оберегайте его покой.

10. Объясняйте и защищайте – вы можете быть учителем для окружения друга. Объясните работу горя, нормализуйте в их глазах его потребности.

11. Любите – не бойтесь говорить и показывать человеку ваше отношение к нему, вашу безусловную любовь и принятие, готовность быть рядом с ним в такое тяжелое время.

Самым важным выводом, который делает Меган в своей книге, является то, что горе никогда не проходит, и это естественно. Человек не перестает испытывать боль от утраты даже через годы, но может принимать эту боль как что-то естественное и понятное.

*Обзор подготовила
Маргарита Кармилова*



ПОЛЕЗНОЕ

МКБ-11. РАССТРОЙСТВА, СПЕЦИФИЧЕСКИ СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ

На сайте Московского отделения Российского общества психиатров опубликован перевод 6 главы (Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития) Международной классификации болезней 11 пересмотра. Последовательный переход на новую классификацию Россия планирует осуществить до конца 2024 года. В Обзоре поговорим о Расстройствах, специфически связанных со стрессом, – наиболее близкой нам теме.



В принятой недавно Международной классификации болезней 11-ого пересмотра (МКБ-11), расстройства, специфически связанные со стрессом, содержат важные изменения в категоризации, концепции диагностики и описании состояний: более узкое понимание посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), введение новых категорий: Осложненное ПТСР и Затяжная патологическая реакция горя, существенный пересмотр Расстройства адаптации и концептуализация Острой стрессовой реакции как нормального явления, которое все же может требовать клинического вмешательства.

В целом, к группе расстройств, специфически связанных со стрессом, относятся состояния, которые возникают в ответ на воздействие установленного стрессового события, то есть происхождение, вся симптоматика и нарушение функционирования расстройств этой группы, возникает только после действия стрессогенного или травмирующего события (серии событий) или переживания травматического опыта. Стрессогенными часто являются: развод, социально-экономические проблемы, тяжелая утрата и др. Травматические – связаны с воздействием события чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера (угроза жизни и здоровью себе или значимым близким, внезапная смерть близкого, участие в боевых действиях, насилие, в том числе сексуальное, пытки, опыт концентрационных лагерей и т.д.).

Расстройства этой группы невозможны без осознаваемого и легко идентифицируемого стресс-фактора, однако важно помнить, что каким бы ужасающим не было конкретное событие, состояние, требующее вмешательства разовьется не у всех лиц, подвергшихся воздействию стрессора.

Картина расстройств этой группы варьируется от дезадаптивной реакции на психосоциальный стрессор (расстройство адаптации) до стойкой и всепоглощающей тоски по умершему, требующей вмешательства (затяжная патологическая реакция горя). От классической симптоматики пережитого травмирующего события (ПТСР) до более сложной клинической картины (осложненное ПТСР). Блок также включает в себя два расстройства, являющихся предметом детской и подростковой психиатрии: реактивное расстройство привязанности и расстройство социализации по расторможенному типу. Общим сходством является то, что симптомы вызывают значительные нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Расстройство адаптации (6B43) – это дезадаптивная реакция на однократный или множественные жизненные стрессоры, такие как развод, социально-экономические проблемы, болезнь, конфликты и др. Обычно проявляется в течение месяца после воздействия идентифицируемого стрессора и характеризуется двумя основными кластерами симптомов: 1) чрезмерное беспокойство и озабоченность произошедшим и / или его последствиями, повторяющиеся расстраивающие мысли, постоянное обдумывание значения произошедшего; 2) связанная с этим неспособность адаптироваться к произошедшему.

Затяжная патологическая реакция горя (6B42) – это глубокое, клинически значимое, эмоциональное страдание, связанное с постоянной и всепоглощающей тоской по близкому умершему человеку и невозможностью принять его смерть. Проявляется на протяжении необычно длительного периода времени после смерти (как минимум более полугода), значительно превышая культурно-принятый или религиозно-мотивированный период скорби. Критерий времени в отношении данного расстройства не стоит понимать как догму, то есть переживание утраты, продолжающееся более длительное время, но типичное для отдельных культурных или религиозных традиций, следует считать естественным гореванием.

Посттравматическое стрессовое расстройство (6B40) может развиваться после события или серии событий кратковременного или длительного чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера, таких как: стихийное бедствие или антропогенная катастрофа, серьезный несчастный случай, боевые действия, пытки, сексуальное насилие; диагностирование / обострение опасного для жизни заболевания (например, сердечного приступа); свидетельство угрозы или реальной травмы или смерти других людей в результате внезапного, неожиданного или насильственной смерти близкого человека. Расстройство характеризуется наличием симптомов в каждой из трех групп: 1) повторное переживание в виде навязчивых воспоминаний, флэшбэков или кошмарных сновидений, обычно сопровождающихся сильными негативными эмоциями и физическими ощущениями; 2) сознательное избегание любых воспоминаний и напоминаний, связанных с событием: мыслей, ситуаций, людей, действий; 3) устойчивое восприятие угрозы, которое

может проявляться повышенной бдительностью или преувеличенной реакцией испуга (вздрагиванием) на внезапные громкие звуки. Симптомы сохраняются не менее двух недель.

Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41) – как и ПТСР, может развиваться после воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера, но с существенным дополнением – чаще всего длительных или повторяющихся, избежать которых трудно или невозможно, таких как: пытки, концентрационные лагеря, рабство, кампании геноцида и другие формы организованного насилия, продолжительное насилие в семье и неоднократное сексуальное или физическое насилие в детстве. Для постановки диагноза должны присутствовать «классические» симптомы ПТСР (повторное переживание, избегание, восприятие угрозы), а также симптомы из трех других областей: 4) трудности с регулированием эмоций; 5) постоянная негативная самооценка и представление о себе как об униженном и никчемном; 6) трудности в установлении или поддержании отношений, отсутствие чувства близости к другим людям.

Реактивное расстройство привязанности (6B44) развивается как крайнее проявление недостаточного или ненадлежащего ухода за ребенком (чрезмерное пренебрежение, жестокое обращение, воспитание в условиях специальных учреждений). Состояние характеризуется заторможенностью, эмоциональной замкнутостью поведения, включая оба следующих признака:

минимальное стремление к утешению в состоянии стресса и редкая или минимальная реакция на комфорт, когда его предлагают. Симптомы проявляются в возрасте до 5 лет

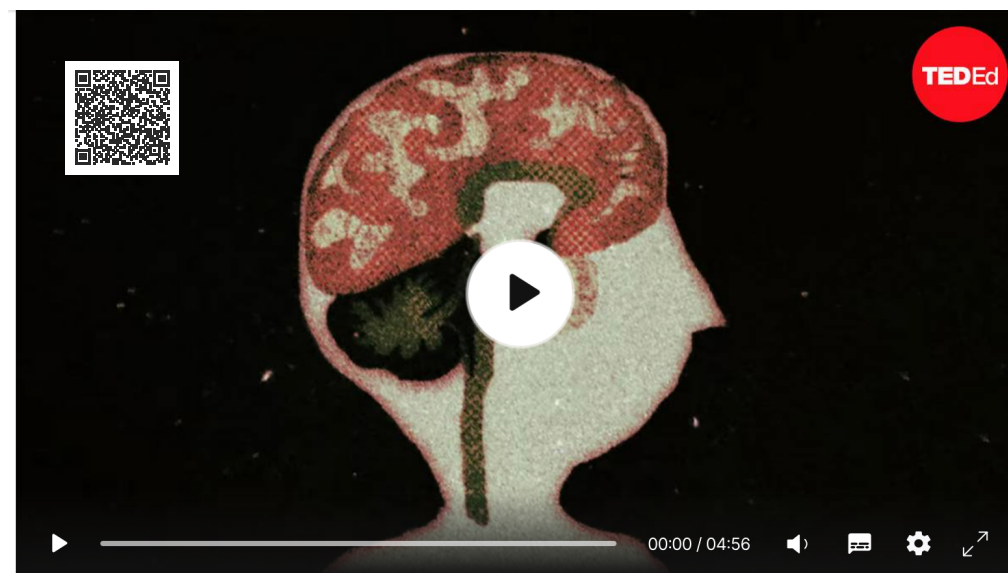
Расстройство социализации по расторможенному типу (6B45) – может развиваться в аналогичных с реактивным расстройством привязанности обстоятельствах, однако проявляется во взаимоотношениях с незнакомыми взрослыми аномально сниженной сдержанностью: чрезмерной фамильярностью (например поиском утешения, неуместными вопросами), способностью в новой обстановке уйти с незнакомым человеком с минимальными колебаниями или без них. Симптомы проявляются в возрасте до 5 лет.

Описывая полный спектр патологических состояний, непосредственно связанных со стрессом, также опишем **острую стрессовую реакцию (QE84)**, которая в новом МКБ-11 рассматривается как нормативный ответ на стрессовое событие и кодируется вне «Расстройств, специфически связанных со стрессом», расположившись в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

Острая стрессовая реакция относится к категории переходящих состояний, возникающих в ответ на воздействие события или ситуации чрезмерно угрожающего или ужасающего характера, и проявляющаяся эмоциональными, соматическими, когнитивными или поведенческими симптомами. Это может быть оцепенение, замешательство, растерянность, печаль, беспокойство, гнев, отчаяние, гиперактивность, бездействие, деперсонализация, дереализация, социальная замкнутость или даже ступор. Вегетативные признаки тревоги, такие как тахикардия, потливость, покраснение, могут быть как общими проявлениями стресса, так и его характерными признаками. Развитие подобной реакции на стресс считается нормой, учитывая тяжесть воздействующего стрессора и обычно начинает спадать в течение

нескольких дней после события или после устранения самой угрожающей ситуации, когда это возможно. В тех случаях, когда стрессор продолжается или его устранение невозможно, симптомы могут сохраняться, но обычно значительно уменьшаются в течение примерно 1 месяца по мере адаптации человека к ситуации.

На TEDEd можно посмотреть ролик о природе и развитии ПТСР (с русскими субтитрами):



2,756,420 views | Joelle Rabow Maletis • TED-Ed

Like (82K) Share Add

The psychology of post-traumatic stress disorder

Read transcript

Many of us will experience some kind of trauma during our lifetime. Sometimes, we escape with no long-term effects. But for millions of people, those experiences linger, causing symptoms like flashbacks, nightmares, and negative thoughts that interfere with everyday life. Joelle Rabow Maletis details the science behind post-traumatic stress disorder, or PTSD. [TED-Ed Animation by Tomás Pichardo-Espallat]

Обзор подготовила
Татьяна Шмарина

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, КОТОРЫЕ СТОЛКНУЛИСЬ С ТРАВМОЙ И УТРАТОЙ

Как помочь собственному ребёнку? Этот вопрос довольно часто звучит от встревоженных родителей. В самый разгар пандемии психологи ЦЭПП разработали несколько памяток, где простым языком перечисляются рекомендации, учитывающие важные особенности когнитивного развития ребенка по Л.С. Выготскому и три эпохи развития ребенка по Д.Б. Эльконину. А в этом обзоре мы затронем тему психологического просвещения родителей, организованную в США, и расскажем о рекомендациях на случай ЧС и утраты.



PECUPC: The National
Child Traumatic Stress
Network

Национальная сеть по вопросам детского травматического стресса (NCTSN) была создана в США в 2000 году в рамках Закона о здоровье детей с целью повышения уровня медицинской помощи и расширения доступа к услугам для детей и семей, переживших или ставших свидетелями травматических событий.

На сайте NTSCN представлены памятки для родителей детей, которые пережили чрезвычайную ситуацию и утрату. NTSCN активно распространяет информацию о травматическом стрессе у детей разных возрастов и рекомендации по оказанию помощи и поддержки.

Данные памятки имеют огромное значение в вопросе повышения уровня психологической просвещенности. Родитель или другой значимый взрослый является для школьника самым близким человеком, особенно во время переживания травмы и горя; близкие должны обеспечить ребенка защитой и поддержкой. Но далеко не всегда сами взрослые могут справиться со своими переживаниями: часто они обладают недостаточным количеством информации о том, что им делать и как себя вести. Запрос на получение подобных знаний как никогда высок в современных реалиях.

Первая памятка содержит в себе рекомендации для родителей школьников, которые стали жертвами чрезвычайной ситуации. В этой памятке авторы описывают все возможные проявления, которые можно встретить у ребенка, переживающего такое событие. Их можно разделить на три категории: чувства, мысли и поведение.

Памятка содержит в себе также рекомендации к действию, которые может осуществлять родитель. Можно сказать, что памятка учит родителя принимать переживания ребенка, предоставлять школьнику безопасный эмоциональный контакт, помогать ребенку переработать страхи и переживания, иррациональные убеждения. В памятке представлены примеры высказываний, которые может использовать взрослый при общении со школьником. В том числе, родителям предлагается стимулировать ребенка на создание рисунков и других творческих поделок на тему произошедшего, а также потенциального будущего, например, нарисовать, как может выглядеть восстановленное здание (школа), так, чтобы оно было безопасным.

Большинство чрезвычайных ситуаций связаны с утратой, которая может быть первой в жизни ребенка. Очень важно, чтобы близкий мог помочь и поддержать ребенка.

Дети, переживающие утрату, сталкиваются с теми реакциями, которые могут быть не только непонятны окружающим, но и пугающими для самого ребенка. Памятка, написанная NCTSN, представляет из себя список переживаний и проявлений горя у ребенка и соответствующих поддерживающих действий со стороны взрослого. Важно понимать, что взрослый может только облегчить процесс горя, но не ускорить его.

Дети, переживающие утрату испытывают сложность в выражении собственных чувств и эмоций, что является причиной изменений в поведении. Дети могут постоянно думать о произошедшем, испытывать вину и страх за свою жизнь, что приводит к нарушению внимания и снижению успеваемости в школе. Детям в такой ситуации свойственна изоляция от окружающих, которая вызвана трудностями в понимании собственных чувств, желанием их спрятать и избежать разговоров об умершем.

В памятке описаны те потребности, которые есть у ребенка в ситуации горя. Именно помощь родителя в удовлетворении этих потребностей может послужить для ребенка благоприятной средой для экологичного переживания утраты. Родителю предлагается стимулировать ребенка к высказыванию своих эмоций через собственное самораскрытие, а не через расспросы. Важно, чтобы родитель мог быть терпеливым и спокойно говорил с ребенком, отвечал на его повторяющиеся вопросы, помогал ему вернуться к привычной рутине, когда это будет возможно.

Ребенок в ситуации травмы и утраты часто сталкивается с еще не знакомым ему чувством страха и одиночества. Такие эмоции сложно переживать одному и под давлением, задача близкого – принять переживания ребенка, продемонстрировать свою любовь и поддержку, быть рядом.

Обзор подготовила
Маргарита Кармилова

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПТСР: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Врач – пациент – лечение – медикаменты – все эти термины вряд ли имеют отношение к большинству из нас в силу специфики образования – психологического, а не медицинского. Но в том случае, если вы ищете наиболее эффективные методы работы с травматическим стрессом или, например, думаете о прохождении дополнительных образовательных курсов, то этот обзор может быть вам полезен.



АВСТРАЛИЯ, 2021

Университет Канберры:

Алисия Мартин (Alicia Martin), Ph.D.

Марк Наунтон (Mark Naunton), Ph.D.

Сэм Косари (Sam Kosari), Ph.D.

Грегори Питерсон (Gregory Peterson), Ph.D.

Джексон Томас (Jackson Thomas), Ph.D.

Джулия К. Кристенсон (Julia K. Christenson), Ph.D.

Для оценки качества и выявления сходств/различий международных рекомендаций по лечению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и ночных кошмаров как его отдельного симптома, группа ученых из Канберрского университета (Австралия) проанализировала 14 ведущих руководств, подготовленных на эту тему. Для оценки качества документов применялись специализированные и проверенные критерии оценки AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) – Оценочного инструмента анализа руководств (клинических рекомендаций).

В 14 руководств, соответствующих критериям включения в обзор, попали четыре руководства из США, три от международных организаций (Международное общество по изучению травматического стресса, Всемирная федерация обществ биологической психиатрии и Всемирная организация здравоохранения), по два от Австралии,

Канады и Великобритании и одно от Южной Африки.

Экспертная оценка качества руководств проводилась с использованием инструмента AGREE II – это контрольный список из 23 пунктов, сгруппированных по шести доменам: область применения и цель, участие заинтересованных сторон, тщательность разработки, ясность изложения, применение и редакционная независимость.

Три рецензента самостоятельно оценивали каждое руководство по всем 23 пунктам. После независимой экспертизы рецензенты встретились, чтобы прийти к консенсусу по окончательным усредненным баллам. Итоговый балл указывался в процентах от максимально возможного для этой области и использовался для интерпретации сильных и слабых сторон руководства, обращая внимание, что не существует общепринятого предельного балла для определения ‘хорошего’ руководства.

Пять руководств получили самые высокие оценки во всех доменах (каждый > 50%), два документа получили самые низкие оценки во всех доменах и не были рекомендованы к использованию, одно рекомендуется с оговоркой, а шесть других – рекомендуются с изменениями.

Все рекомендации в руководящих принципах разделены на 2 линии: первоочередную или первую и второстепенную, вторую. В первую очередь рекомендуется применять методы психотерапии, ориентированной на травму, такие как:

- когнитивно-поведенческая психотерапия,
- когнитивно-процессуальная терапия (СРТ),
- пролонгированная экспозиция (ПЭ),
- десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ (EMDR)).

Все эти методы фокусируются на приемах когнитивной, поведенческой и эмоциональной обработки травматического опыта, имеют сопоставимые доказательства безопасности и эффективности, а некоторое разнообразие подходов обеспечивает гибкость при выборе методов лечения.

К фармакотерапии рекомендуется прибегать в том случае, если невозможно применить методы психотерапии первой линии (например, из-за стоимости вмешательства, которая может стать решающим фактором или по причине недоступности соответствующей психотерапии в сельской местности, может быть из-за выраженных сопутствующих заболеваний, например депрессии). При фармакотерапии рекомендуется применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Авторы исследования отдельное внимание обращают на такой симптом ПТСР как ночные кошмары, который часто бывает устойчив к общему лечению, однако воспринимается клиницистами как вторичный симптом, и упускается из виду, не получая целевого лечения. Авторы указывают, что ночные кошмары, связаны с пятикратным увеличением риска самоубийства и устойчивы к общему лечению, а значит требуют целенаправленного вмешательства, такого как терапия повторения образов (IRT).

*Обзор подготовила
Татьяна Шмарина*

КРАТКИЙ ОБЗОР МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Здесь мы приводим перевод блок-схемы одного из наиболее удачных, по мнению авторов предыдущей статьи, руководства по лечению травматического стресса. Это организация Феникс, Австралия. Слева мы очень коротко рассказываем о каждом из представленных в схеме методов психологического воздействия.



АВСТРАЛИЯ, 2020
Феникс Австралия (Phoenix Australia)
Руководитель проекта Андреа Фелпс (Andrea Phelps) Ph.D., доцент

Психобразование – информирование о распространенных реакциях на травму и о возможностях самопомощи (нормализации и облегчении травматических реакций)

КПТ, ориентированная на травму (TF-CBT), предназначена помочь человеку примириться с травмой. Включает в себя пролонгированную экспозицию, когнитивную реструктуризацию, когнитивную обработку и когнитивную терапию

Пролонгированная экспозиция (PE) – это стандартизированная терапия, состоящая из психообразования о распространенных реакциях на травму, воздействия in vivo (приближение к безопасным ситуациям, которых пациент избегал из-за страха, связанного с травмой), воздействия на образы (повторный пересказ воспоминаний о травме и прослушивание записей рассказов) и обработки (обсуждение мыслей и чувств, связанных с упражнениями на экспозицию)

Когнитивно-процессуальная терапия (CPT) – это стандартизированная терапия, затрагивающая ключевые темы посттравмы (безопасность, доверие, власть и контроль, самоуважение и близость), нацеленная на создание более сбалансированных, адаптивных, многогранных оценок и убеждений о травме

Когнитивная терапия, ориентированная на травму (TF-CT) – это разновидность КПТ,

направленная на изменение чрезмерно негативных оценок, исправление нарушений автобиографической памяти и устранение проблемных поведенческих и когнитивных стратегий

EMDR – это стандартизированная восьмифазовая терапия, включающая использование двусторонней физической стимуляции (движения глаз, прикосновения или звуковые сигналы)

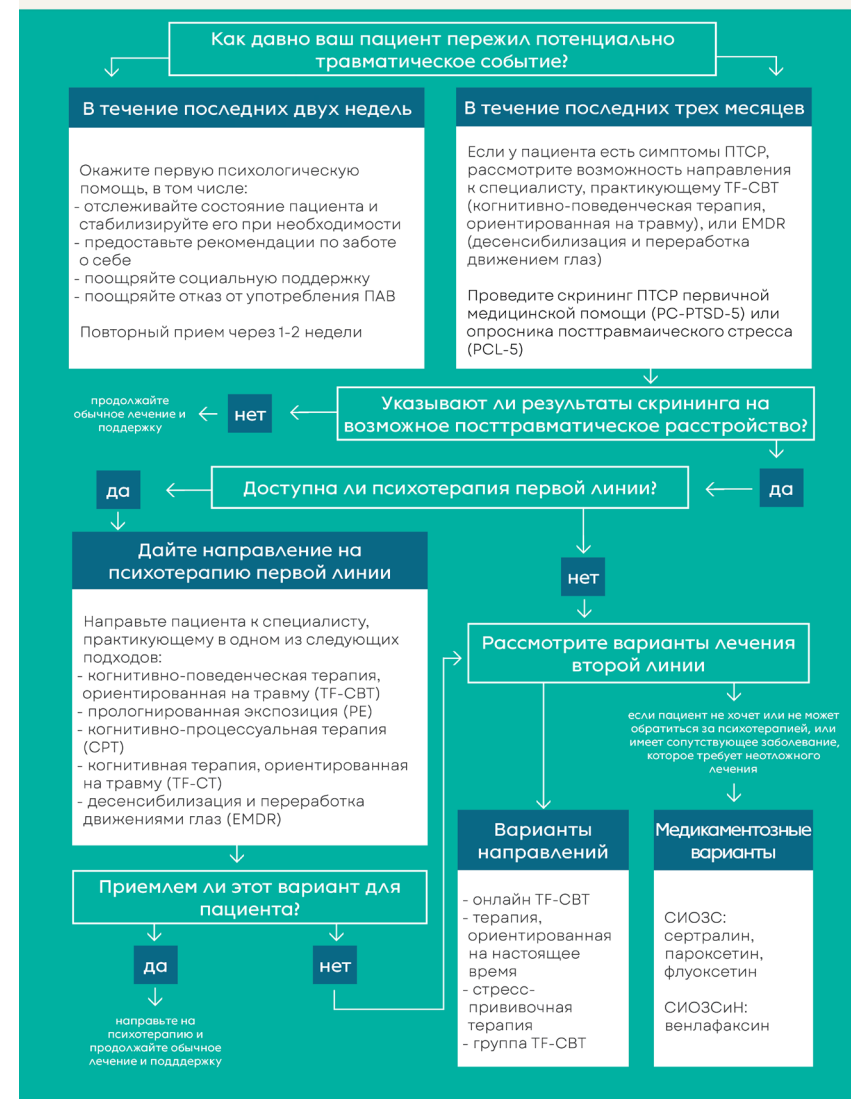
Терапия, ориентированная на настоящее – это вариант стандартизированного, не ориентированного на травму поддерживающего консультирования, направленного на решение повседневных проблем

Терапия повторения образов (IRT) при лечении ночных кошмаров ПТСР включает в себя выбор повторяющегося кошмара, связанного с травмой, подробное описание и запись сновидения, выбор изменения сценария или образов сновидения, для овладения и / или его завершения, запись этого изменения и мысленное повторение измененных образов сновидения

Тренинг по прививке от стресса (SIT) – это не связанная с травмой программа, ориентированная на обучение навыкам совладания со стрессом и управления тревогой

PCL-5 – наиболее часто используемый опросник ПТСР

Доказательное лечение взрослых после травматического события: руководство для врачей общей практики



Обзор подготовила
Татьяна Шмарина,
перевела схему
Александра Ивенская