



*Психологическая помощь
при чрезвычайных ситуациях*

Калмыков Ю.А., 2019 г

Критерии определения ситуации как чрезвычайной (катастрофической):

- 1) внезапность, неожиданность возникновения;
- 2) высокая степень опасности для здоровья и жизни людей;
- 3) нехватка имеющихся сил и средств медицинской помощи;
- 4) событие выходит за рамки обычного житейского опыта и может вызвать стресс практически у каждого человека.

*В соответствии с классификацией ВОЗ,
по тяжести последствий ЧС делятся на:*

- малые (с 3-10 пораженными)
- средние (с 11-49 пораженными)
- крупные (с 50 и более пораженными).

Виды ЧС по масштабам распространения:

- локальные
- местные
- территориальные
- федеральные
- трансграничные

Трагедия на теплоходе «Булгария» (2011 год)



*Авиакатастрофа
в аэропорту
Казани с
пассажирским
самолётом
Boeing (2013 год)*





Пожар в торговом центре «...л» (2015год)



*ДТП с автобусом
под Заинском (2017 год)*





Подготовительные мероприятия

Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, непосредственно участвующих в оказании помощи в очаге ЧС

Изучение общих закономерностей течения психических расстройств, связанных с ЧС, разработка новых методов их экспресс-диагностики и терапии

Использование СМИ для повышения осведомленности населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать

Подготовка и проведение учений, имитирующих различные ЧС

Сбор информации о ситуации, сложившейся в результате ЧС

Организация медико-психологической помощи в эпицентре ЧС

Кольцо оцепления.

Временные пункты помощи.

Три фазы оказания медико-психологической помощи:

1. Фаза изоляции. Оказывается первая медицинская помощь. Решающее значение приобретает умение и возможность оказывать само- и взаимопомощь. Длительность этого периода в среднем составляет минуты, часы.

2. Фаза спасения. Оказывается в основном первая врачебная помощь. В это время помощь оказывается врачами службы скорой медицинской помощи и психологами. Длительность – часы, сутки.

3. Фаза восстановления. Оказывается в основном специализированная медицинская помощь. Длительность – месяцы.

Основные цели психологической помощи пострадавшим в ЧС:

- предотвращение нарушений поведения
- профилактика психических и соматических расстройств.

Субъекты чрезвычайной ситуации

- пострадавшие, которые находились в очаге ЧС;
- родные и близкие погибших и пострадавших;
- население, находящееся непосредственно в зоне ЧС; свидетели (очевидцы);
- специалисты, которые оказывают помощь пострадавшим в зоне ЧС и в лечебных учреждениях: спасатели, пожарные, медицинские работники, психологи и т.д.;
- наблюдатели.

Уровневая классификация постстрессовых расстройств:

- уровень психического здоровья;*
- расстройства психологического (доклинического) уровня;*
- пограничный (невротический) уровень;*
- психотический уровень.*

Острые психологические реакции:

- гиперкинетическая форма
- гипокинетическая форма

Отклоняющееся (девиантное) поведение в условиях ЧС

Паника

Этапы паники:

1 этап развития паники - резкий испуг, потрясение и одновременно восприятие ситуации как безысходной.

2 этап – замешательство, а также связанные с ним хаотичные, беспорядочные попытки как-то понять происходящее.

Этапы паники:

3 этап – усиление интенсивности страха, когда страх одних людей отражается другими.

4 этап – массовое бегство, которое является пиком паники.

5 этап – завершение паники по мере прекращения отдельными людьми бегства (либо по причине усталости, либо из-за осознания бессмысленности бегства).

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

1. Анализ и оценка происходящей ситуации.

Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

2. Обеспечение пострадавшему безопасного окружения.

Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов.

3. Удовлетворение актуальных потребностей пострадавшего (вода, питание, тепло, телефон и др.).

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

4. Обеспечение информацией (система звукодинамиков, информационные листы, памятки).

Специалист сам должен для этого владеть информацией: о размещении пострадавших, порядке выплаты компенсаций; месте, где расположен пункт питания, где сосредоточена информация о пострадавших и т.д.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

5. Установление доверительного контакта.

Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибудет, что вы об этом позаботились.

Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший.

Никогда не обвиняйте пострадавшего.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

6. Эмпатическое выслушивание, принятие.

Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям.

7. Оценка актуального состояния пострадавшего.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

8. Снижение физического и эмоционального напряжения.

Дыхательные техники - эффективное средство влияния на эмоциональное состояние. Медленное и глубокое дыхание понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма.

Разрядка через возбуждение, плач, дрожь.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

9. Помощь в выражении чувств и принятии своих реакций как «нормальных реакций на ненормальную ситуацию» («нормализация» чувств).

10. Эмоциональная поддержка.

Потерпевший должен ощущать постоянное внимание и заботу. Сопереживающее присутствие. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

11. Помощь в планировании дальнейших действий, принятии решений

12. Ориентирование пострадавшего к продолжению работы с психологом.

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

Резюме:

В первые часы после ЧС важным для пострадавших и их родственников являются не специальные психотерапевтические техники.

Они нуждаются в безопасном пространстве, информации, эмоциональной поддержке, первой психологической помощи.

Самое главное при оказании первой психологической помощи – **эмпатическое выслушивание, помощь в «нормализации чувств» и эмоциональная поддержка.**

Действия специалиста при оказании первой психологической помощи в ситуации ЧС:

Возможно применение краткосрочных психотерапевтических техник (НЛП, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, суггестивные техники, техники релаксации, массаж и др.)

Фармакотерапия:

глицин

корвалол

валериана

пустырник

феназепам

Фазы горя

(Е. М. Черепанова, 1996; Ф.Е. Василюк, 2001):

- 1) начальная фаза горя - шок и оцепенение (от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем - 9 дней);
- 2) фаза страдания и дезорганизации (6-7 недель, среднем 40 дней);
- 3) фаза остаточных толчков и реорганизация (наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год);
- 4) фаза завершения.

Помощь при реакции утраты (Трунов Д. Г., 2013)

На первых этапах переживания горя (шок и отрицание утраты) консультант главным образом говорит с клиентом о ситуации утраты: о том, как человек узнал об утрате, как он встретился с ней, что с ним происходило в этот и последующие моменты, о чем он думал и что он чувствовал.

На последующих этапах консультант смещает акцент на вербализацию текущего эмоционального состояния клиента и на понимание значимости потери.

Разговор о значимости потери — это самое экологичное направление работы с людьми, переживающими или уже пережившими утрату близкого человека. Несмотря на то, что эта работа может быть насыщена сильными эмоциями, тем не менее она отражает естественный процесс осознания потери, проходящий в душе переживающего эту потерю человека.

Технически это достигается с помощью вопросов, направленных на:

- 1) описание умершего человека;
- 2) понимание его значения для клиента.

При задавании вопросов консультанту лучше придерживаться естественной схемы: «прошлое — настоящее — будущее».

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТАНТА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОПИСАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

- Расскажите об этом человеке.
- Какой он был, какой у него был характер, чем он занимался и т. д.
- Что вы вспоминаете сейчас, думая об этом человеке?
- Как вы его вспоминаете, какие эпизоды, ситуации, слова, поступки?
- Что в нем нравилось, что не нравилось?

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТАНТА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОСОЗНАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Прошлое

- Насколько для вас был значим этот человек?
- Какие у вас были отношения с этим человеком?
- Какое место занимал этот человек в вашей жизни?
- Какую роль играл этот человек в вашей судьбе?
- Как повлиял этот человек на вас, на ваш характер, на ваше мировоззрение?

Настоящее

- Что изменилось сейчас, когда его нет?
- Что ушло вместе с этим человеком?
- В какие моменты вы вспоминаете его сейчас?
- Что напоминает вам сейчас об этом человеке?
- Что осталось в вас сейчас благодаря этому человеку?
- Хочется ли вам в чем-то походить на этого человека или, наоборот, быть не похожим на него?
- Можно ли говорить, что сейчас вы продолжаете внутренне общаться с этим человеком?
- Чувствуете ли вы сейчас внутреннюю связь с этим человеком?
- Влияет ли этот человек на вашу жизнь сейчас?
- Если бы этот человек был рядом, что бы он вам сказал, посоветовал и т.д.?

Будущее

- Какие у вас были планы, связанные с этим человеком?
- Как вы себе представляете будущее без этого человека?
- Что вы будете делать дальше?
- Будете ли вы делать то, что намечали, или что-то другое?
- Что вас ждет впереди?
- С какими трудностями вы можете встретиться?
- Чувствуете ли вы, что сможете справиться с ними самостоятельно?

1. Когда клиент осознает, какое значение в его жизни имел человек, ушедший из жизни, ему становится легче принять свою реакцию на эту потерю.

Теперь его реакция не является для него «негативной», она становится осмысленной и понятной.

Он позволяет себе переживать свое горе, поскольку понимает, что это переживание нормально и естественно.

2. Осознание значимости потери помогает клиенту осознать свои жизненные потребности. Это осознание и принятие того, что является для него важным в его собственной жизни, является началом размышления о смысле своей жизни, о том направлении, в котором он будет двигаться дальше. Примирение клиента с самим собой и обретение смысла приводит к тому, что можно назвать «просветлением чувств».

Человек переживает, но теперь он не борется со своими чувствами, его переживания не кажутся ему «давящими», «мучительными».

Синдром эмоционального выгорания у стресс-психологов

А.Отбор специалистов для работы в ЧС.

- 1) возраст (от 23 до 55 лет)**
- 2) опыт работы по специальности (от 3 лет и выше)**
- 3) наличие навыков психологического консультирования граждан в кризисных ситуациях, работы с ПТСР, с горем, работы на телефоне доверия**
- 4) наличие мотивации на работу с пострадавшими в экстремальных условиях и в сверхурочное время**
- 5) умение работать с группами людей (семинары, тренинги, занятия)**
- 6) высокий уровень стрессоустойчивости**

Б.Подготовка.

Знание вариантов постстрессовых реакций и методов помощи при них.

Тренировка стрессоустойчивости (обучение навыкам психической саморегуляции и релаксации, экзистенциальный подход, видеотренажеры и т.д.)

Участие в учениях, имитирующих различные ЧС

Постстрессовые психические расстройства



F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F40 Фобические тревожные расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения
адаптации

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F45 Соматоформные расстройства

F48 Другие невротические расстройства
(неврастения, синдром деперсонализации-
дереализации)

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс

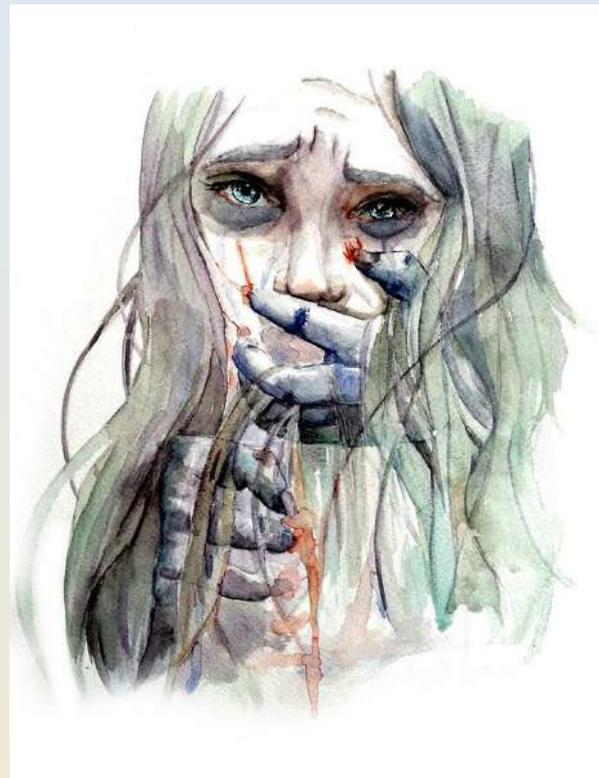
*F43.1 Посттравматическое
стрессовое расстройство*

*F43.2 Расстройство
приспособительных реакций*

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция



Варианты постстрессовых психических расстройств по времени появления:

- острые постстрессовые расстройства (диссоциативные расстройства, острое стрессовое расстройство, депрессивный эпизод и др.)*
- отставленные постстрессовые расстройства (ПТСР, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожно-депрессивные состояния, психосоматические заболевания, пограничное расстройство личности и др.)*

Диссоциация (расщепление, разделение) – процесс, посредством которого определенные психические функции, обычно интегрированные с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида.



Диссоциативные двигательные расстройства

- 1) гиперкинезы в форме тиков, тремора, блефароспазма, истерических судорог
- 2) парезы, параличи (астазия-абазия и др.)

Диссоциативные сенсорные нарушения

- 1) расстройства чувствительности (глухонемота, галлюцинации и др.)
- 2) болевые ощущения в различных частях тела

Псевдодеменция – состояние, проявляющееся мнимой утратой простейших навыков, элементарных знаний

Расстройство множественной личности

Диссоциативная амнезия - избирательная потеря памяти на травмирующие события

Типы диссоциативной амнезии:

При **ограниченной форме** человек не в состоянии вспомнить события, которые произошли в течение небольшого промежутка времени, обычно в течение первых нескольких часов после травматического события.

При **избирательной амнезии** человек может вспомнить некоторые, но не все события в течение ограниченного промежутка времени.

Генерализованная амнезия затрагивает всю жизнь человека, включая невозможность вспомнить собственное имя.

При **непрерывной амнезии** отмечается неспособность вспомнить события, следовавшие за определенным моментом времени, вплоть до настоящего.

Систематизированная амнезия – потеря памяти на события определенного рода, например всех воспоминаний, касающихся семьи или специфического человека.



Варианты диагностики диссоциативных расстройств:

- 1) негативный вариант (исключение органических нарушений)
- 2) позитивная диагностика

Характерные особенности диссоциативных расстройств:



- интенсивность проявлений;
- особая динамичность – изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения;
- ослабление симптоматики в связи с разрешением трудной ситуации, усиление – при ухудшении жизненной ситуации;
- истерические черты личности (демонстративность, эмоциональная лабильность, эгоцентричность).

Практически у каждого человека в ЧС могут возникать следующие диссоциативные феномены:

- чувство отстраненности от своего психического и/или физического «Я»;
- чувство нереальности;
- притупление эмоций;
- обострение ощущений;
- изменение восприятия окружающего мира;
- замедление переживания времени, чувство остановки времени («время застыло»);
- ускорение мыслей;
- автоматические движения;
- оживание скрытых репрессированных переживаний;
- чувство отсоединения от собственного тела с ощущением полета;
- **чувство, как будто вся жизнь проходит перед глазами;**
- чувство наблюдения за собой «как в кино».

Диагностические критерии ОСР:

А. Крайне интенсивное чувство страха или беспомощности.

В. В момент или непосредственно после завершения травмирующего события у больного отмечались три (или больше) диссоциативных симптома:

1) чувство оцепенения, отрешенности или отсутствие живого эмоционального отклика;

2) недоосмысление окружающей обстановки или своей личности («состояние изумления»);

3) симптомы дереализации;

4) симптомы деперсонализации;

5) диссоциативная амнезия (т. е. неспособность вспомнить важные аспекты травматической ситуации).

С. Травмирующее событие постоянно насильственно возникает в сознании с повторным переживанием или субъективный дистресс при напоминании о травмирующем событии.

Д. Избегание стимулов, которые способствуют воспоминанию травмы.

Е. Отмечаются симптомы тревоги или повышенной напряженности, чрезмерная реактивность (повышенная пугливость, вздрагивания при неожиданных звуках, двигательное беспокойство).

Критерии диагностики ПТСР :

1. Симптомы «вторжения».Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании (воспоминания, сновидения, «возвращение к прошлому, молниеносные картины воспоминания – флэшбэки»).

2. Симптомы избегания. Избегание стимулов, связанных с травмой; блокировка эмоциональных реакций, отстраненность от окружающего мира.

3. Симптомы повышенной возбудимости.

Сверхбдительность, беспокойство, раздражительность, агрессивность, бессонница, пугливость.

Длительность протекания расстройства более чем 1 мес.

Другими частыми симптомами являются:

- утрата интереса к прежде любимым видам деятельности
- чувство отчуждения от других людей, не переживших подобную травму
- болезненное чувство вины (если травма пережита вместе с другими и стоила остальным жизни), поведенческий и характерологический типы самообвинения

Отсроченное начало ПТСР (возникает через шесть и более месяцев после травмы)

- встречается крайне редко
- до манифестации отмечаются субклинические проявления или выраженное избегание
- изменение значимости события (например, убийство сексуальным маньяком своей очередной жертвы меняет значимость изнасилования для пережившей его женщины) (Ресик П.А., Калхаун К.С., 2008).

Осложненный ПТСР характеризуется:

- чувством беспомощности в предотвращении травмы;
- изменением «Я»–концепции, снижением самооценки;
- диссоциацией, отрицанием, психической анестезией, отстраненностью, злоупотреблением ПАВ, которые носят характер защиты от непереносимых переживаний;
- нарушения в оценке окружающих (неадекватное восприятие преступника как жертвы, его оправдание, отстраненность от других людей, недоверие к ним);

Осложненный ПТСР характеризуется (продолжение):

- высокой вероятностью возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера;
- для воспоминаний о таких событиях характерна их неясность и неоднородность в силу имеющегося диссоциативного процесса;
- изменения в мировоззрении (может включать утрату веры в свою судьбу, чувство безнадежности и отчаяния).

***Стойкое
изменение
личности
после
переживания
катастрофы:***



- враждебное или подозрительное отношение к окружающему
- социальная самоизоляция
- чувство пустоты и безысходности.

Особенности проявления ПТСР у детей.

- повторяющиеся игры, в которых прослеживается тема или аспекты травмы;

- непонятные сны, вызывающие ужас;

- выраженные нарушения в познавательной сфере;

- у младших детей – тенденция к регрессивному поведению (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков);

- страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи и т.п.), связанного с травматическим переживанием;

- соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье.



Специфические особенности боевого ПТСР

- стойкое восприятие окружающей обстановки как потенциально опасной, враждебной;



- формирование новых поведенческих навыков и стереотипов, необходимых для выживания в условиях боя;

- формирование агрессивного реагирования на угрожающие стимулы;

- снижение ценности человеческой жизни;

- снятие психологического барьера перед лишением другого жизни и ответственности за социальные последствия.

**Тарабрина Н. В. Практикум по психологии
посттравматического стресса. – СПб.: Изд. "Питер",
2001.**

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (Impact of Event Scale — R)

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (военный вариант)

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

РОДИТЕЛЬСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЕВОГО ОПЫТА (Combat Exposure Scale)

Simptom Check List-90-Revised – SCL-90-R

Пергаменщик Л. А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Практикум: учебно-методическое пособие. - Минск : Издательство Гревцова, 2012. - 340 с.

Опросник «Копинг-механизмы» (Е. Хайм)

Тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова)

Методика интервью для диагностики насилия
(Е.Н. Волкова)

Методика «Духовный кризис» (Л.В. Шутова, А.В. Ляшук)

Методика уменьшения повышенной чувствительности
(ДПДГ) (Ф. Шапиро)

Факторы риска возникновения ПТСР:

- интенсивность психотравмирующей ситуации;
- продолжительность пребывания в стрессовых условиях;
- внезапность возникновения экстремальной ситуации;
- принадлежность к младшей или старшей возрастной группе;
- наличие сопутствующих заболеваний, особенно травм головы;
- низкий уровень образования;
- отсутствие социальной поддержки и общественного признания.

Распространенность ПТСР

Условная вероятность развития ПТСР (Maesker et al., 2004):

- 50-65% после непосредственного переживания войны в качестве гражданского лица;
- около 50% после насилия и сексуального насилия;
- около 25% после иных насильственных действий;
- около 5% после тяжелых ДТП;
- менее 5% после природных катастроф и пожаров;
- менее 5% у свидетелей несчастных случаев и насильственных действий.

В популяции – 0,5% у мужчин, 1,2% у женщин

Сопутствующие ПТСР расстройства

(Kessler et al., 1995):

- депрессивные расстройства (53%)
- зависимости от ПАВ (53%)
- тревожные расстройства (30%).

Риск суицида у индивидов с ПТСР до 8 раз выше, чем у нетравмированных представителей населения в целом (Davidson, Highes, Blazer, George, 1991).

Нелеченные случаи ПТСР дают высокий показатель проблем в семье и партнерстве, повышают число разводов, а также случаев конфликтов на работе и безработицы (Maercker, 1998).

Спонтанные ремиссии

Частота самопроизвольного излечения ПТСР (Kessler et al., 1995):

- у трети индивидов после первых 12 месяцев нарушений не было
- у половины пациентов примерно через 4 года расстройство отсутствовало
- через 10 лет после травматичных событий симптоматика сохранялась примерно у трети из тех, у кого ранее развилось ПТСР

По мнению большинства экспертов (Foa, Keane, Friedman, 2000), терапия должна проводиться самое раннее через 6 месяцев после травматизации, чтобы не вызывать патологию у тех, кто за это время переживает спонтанное выздоровление.

В клинике начало терапии ПТСР, как правило, происходит через годы и даже десятилетия после травматизации. За это время возможно развитие коморбидных заболеваний, а также расстройств личности.

Психотерапевт может воспринимать клиентов либо как жертв, либо как героев.

Если клиенты видятся **жертвами** — тогда они рассматриваются как хрупкие, беспомощные мученики.

«Переживший травму, выживший», а не «жертва» (подход к клиенту не как к пассивному объекту, а как к человеку, обладающему определенной силой).

Некоторые психотерапевты воспринимают клиентов как **героев**, которые наделены сверхчеловеческой силой и поэтому вызывают благоговейное восхищение. Основная опасность, идущая от переоценки сил переживших, это нечувствительность психотерапевта к страданиям клиента.

Трудности в установлении терапевтического контакта.



*«Сын Саула»
(реж. Ласло Немеш).
Премия «Оскар» 2016 года
за лучший фильм на
иностранном языке*

Джозеф С. Что нас не убивает. Новая психология посттравматического роста. — М.: Карьера Пресс, 2015. — 352 с.

Доля участников, сообщивших о положительных изменениях:

Я больше не воспринимаю жизнь как должное - 94%

Теперь я гораздо больше ценю своих друзей и родных - 91%

Я больше не принимаю людей или вещи вокруг меня как должное - 91%

Теперь я больше ценю людей - 88%



Я чувствую себя человеком, познавшим жизнь - 83%

Я отношусь к каждому дню как к подарку - 77%

Я стал лучше понимать других и терпимее к ним отношусь - 71%

Теперь я гораздо больше верю в людей - 54%

Теперь я более решительно добиваюсь успеха в жизни - 50%

Психологический опросник по изменениям в благополучии после травмы

Задумайтесь о том, как вы воспринимаете себя в настоящее время. Прочтите приведенные ниже утверждения и отметьте, насколько сильно вы изменились в результате травмы.

- 5 = Теперь гораздо сильнее
- 4 = Теперь немного сильнее
- 3 = Так же, как раньше
- 2 = Теперь слабее
- 1 = Теперь гораздо слабее

1. Я себе нравлюсь.
2. Я уверен в своей правоте.
3. У меня есть цель в жизни.
4. В моей жизни присутствуют прочные и близкие отношения с другими людьми.
5. Я считаю, что контролирую свою жизнь.
6. Я открыт новому сложному опыту.
7. Я принимаю себя таким, какой я есть, со всеми сильными сторонами и ограничениями.
8. Меня не беспокоит, что думают обо мне окружающие.
9. В моей жизни есть смысл.
10. Я щедр и сочувствую окружающим.
11. Я хорошо справляюсь со своими обязанностями.
12. Я всегда стараюсь побольше узнать о себе.
13. Я уважаю себя.

14. Я знаю, что для меня важно, и буду стоять на своем, даже если другие со мной не согласны.

15. Я чувствую, что живу не зря и выполняю нужную роль в происходящем.

16. Я рад, что в моей жизни есть люди, которые обо мне заботятся.

17. Я способен справляться с тем, что преподносит мне жизнь.

18. Я с надеждой смотрю в будущее и не упускаю новых возможностей.

Результаты

Сложите свои показатели по всем 18 утверждениям.

Чем выше полученный вами балл, тем более положительные изменения с вами происходят. При показателе выше 54 баллов можно говорить о наличии позитивных перемен. Показатель выше 72 баллов говорит о сильных положительных переменах.

Чтобы узнать, какие изменения произошли в различных составляющих вашего психологического благополучия, посмотрите на свои результаты по каждой из шести групп:

Самоприятие (утверждения 1, 7 и 13)

Автономность (утверждения 2,8 и 14)

Цель в жизни (утверждения 3, 9 и 15)

Отношения с окружающими (утверждения 4, 10 и 16)

Чувство контроля (утверждения 5,11 и 17)

Личностный рост (утверждения 6, 12 и 18)

Использование метафор

Я чувствую себя птицей, которую заперли в клетку.

Я как будто в тумане.

Как будто все двери в моем доме заперли на засов.

Я будто заблудился в темном лесу.

Я словно плыву против течения.

Я чувствую, что стою на краю пропасти.

Я как будто плыву в лодке без весел, и течение несет меня куда пожелает.



Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. - М.: Когито-Центр, 2014.-203 с.

Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.

Баер У. Творческая терапия - Терапия творчеством. - М.: Независимая фирма «Класс», 2013. - 552 с.

***Основные направления методов помощи при ПТСР
(Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Р., 2000):***

1. Образовательное направление. Информационная поддержка, знакомство с симптоматикой ПТСР, с некоторыми концепциями психологии и физиологии.

2. Социальное направление. Увеличение социальной поддержки и социальной интеграции, участие в общественных организациях, группах самопомощи.

3. Терапевтическое направление. Фармакотерапия и психотерапия.

4. Холистическое направление основано на целостном отношении к здоровью. Физическая активность, правильное питание, духовное развитие, отказ от употребления ПАВ.

К проводимым психологами вмешательствам можно отнести **сопровождение траурных мероприятий** после ЧС, а также оформления памятных мест, что позволяет облегчить близким поведение преодоления.

В этой области пока отсутствуют теоретические концепции и оценка психологического действия уже имеющихся памятников.



Эффективность психотерапии и фармакотерапии ПТСР

Психологические подходы имеют значительно меньшие показатели прерывания, чем фармакотерапия (14 или 32%).

Среди психотерапевтических подходов когнитивно-поведенческая терапия (с продолжительной конфронтацией с травмой) и ДПДГ имеют преимущества относительно контрольных условий (списки ожидания, поддерживающие беседы), использования только методов релаксации и традиционных антидепрессантов.

Современные антидепрессанты дают столь же хорошие показатели улучшения, как и психотерапевтические методы, но можно предположить, что это позитивное действие прекратится после отмены препаратов.

Транквилизаторы, ноотропные и седативные средства (грандаксин, адаптол, атаракс, афобазол, фенибут, глицин др.)

Психологические аспекты терроризма

зм (от лат. *extremus* — крайний, чрезмерный) — приверженность крайним взглядам, методам действий.

Террористические акты - акты насилия, совершенные преднамеренно по отношению к гражданским лицам (не членам вооруженных формирований) с целью достижения каких-либо идеологических, религиозных или политических целей (R. Milton, 2006).

Наиболее распространенными видами террористических актов являются взрывы, захваты заложников, захваты самолетов, убийства.

Психиатрия войн и катастроф / под ред. В.К.Шамрея. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 431 с.

В России согласно статье 1 Федерального Закона № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности» к экстремистской деятельности относятся:

- насильственное изменение основ конституционного строя и нарушение целостности Российской Федерации;
- публичное оправдание терроризма и иная террористическая деятельность;
- возбуждение социальной, расовой, национальной или религиозной розни;
- пропаганда исключительности, превосходства либо неполноценности человека по признаку его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;
- нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;

- воспрепятствование осуществлению гражданами их избирательных прав и права на участие в референдуме или нарушение тайны голосования, соединенные с насилием либо угрозой его применения;
- воспрепятствование законной деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, избирательных комиссий, общественных и религиозных объединений или иных организаций, соединенное с насилием либо угрозой его применения;
- совершение преступлений по мотивам, указанным в пункте «е» части первой статьи УК Российской Федерации;
- пропаганда и публичное демонстрирование нацистской атрибутики или символики, либо атрибутики или символики, сходных с нацистской атрибутикой или символикой до степени смешения, либо публичное демонстрирование атрибутики или символики экстремистских организаций;

- публичные призывы к осуществлению указанных деяний либо массовое распространение заведомо экстремистских материалов, а равно их изготовление или хранение в целях массового распространения;
- публичное заведомо ложное обвинение лица, занимающего государственную должность РФ или государственную должность субъекта РФ, в совершении им в период исполнения своих должностных обязанностей деяний, указанных в настоящей статье и являющихся преступлением;
- организация и подготовка указанных деяний, а также подстрекательство к их осуществлению;
- финансирование указанных деяний либо иное содействие в их организации, подготовке и осуществлении, в том числе путём предоставления учебной, полиграфической и материально-технической базы, телефонной и иных видов связи или оказания информационных услуг.

Идеологи (руководители) террористического движения.

Как правило, образованные люди, иногда из обеспеченных семей, из этнической и религиозной элиты. Им свойственны большая психическая активность, яркие лидерские качества, неспособность к компромиссам, презрение к материальным ценностям и комфорту, ненависть к существующему порядку, вера в обладание безусловной и окончательной правдой.

Классификация террористов-исполнителей (Виноградов М. В., 2005):

- 1) личности с ярко выраженными садистскими наклонностями, которые проявлялись у них с раннего детства в виде издевательства над животными, стремления причинить боль и страдания окружающим;
- 2) личности с садистскими наклонностями скрытого характера, которые при обычных условиях жизни могут вообще не проявиться;
- 3) люди случайные, пойманные на чем-то вербовщиками, попавшие в идеологические или религиозные ловушки.

Возможные мотивы террористической деятельности:

- самоутверждение
- самоидентификация
- молодежная романтика
- придание своей деятельности особой значимости
- преодоление отчуждения, конформизма
- корыстные мотивы

***Ведущие мотивы
серийных убийств:***

- «властолюбцы»
- «сластолюбцы»
- «психотичные»
- «миссионеры»
- «каннибалы»



*Спасибо
за внимание!*