

Комментарии к презентации  
**«Особенности оказания психологической помощи людям с психологической травмой»**  
*Лекция для врачей*

**Слайд 1.**

Лекция: для врачей: Особенности оказания психологической помощи людям с психологической травмой

Назначение: Лектор должен

Представить краткий обзор методов оказания психологической помощи, применяемых в поликлиниках, больницах, реабилитационных центрах, санаториях, психоневрологических диспансерах, хосписах специалистами медицинского профиля, заинтересованными в использовании достижений практической психологии в своей врачебной практике.

Цели обучения: По завершении лекции слушатели будут:

- Понимать особенности психологической травмы
- Понимать методы работы с людьми пережившими травму
- Врачи и их эмоциональное выгорание
- Знать способы профилактики профессионального выгорания специалистов, оказывающих кризисную помощь;

**Слайд 2.**

Стресс - это тяжелое испытание. Но психологическая травма (), как следствие стресса, бывает еще тяжелее. И одна из актуальных первоочередных задач психологической помощи в наши дни - помочь людям преодолеть стресс и избавиться от психологической травмы.

Человек, получивший психотравму, вновь и вновь возвращается к пережитому. То, что с ним произошло – слишком неожиданно, беспричинно и поэтому воспринимается как нечто бессмысленное. Он не разделяет себя и ситуацию, которая к ней привела. Думая о ситуации, человек думает о себе и наоборот. Он словно слился с этой ситуацией. Полученная травма меняет видение настоящего, прошлого и будущего. Происходит деление событий на «до ...» и «после...». Так, видение прошлого может быть искажено, часто идеализированно.

Если психотравмирующие события были пережиты в детстве, они притягивают к себе человека всю жизнь. Он психологически может остаться в том времени, и в том возрасте, когда произошла травма. То есть, фактически, переживший травму человек может останавливаться в своем личностном развитии.

Травма также отражается и на будущем. Люди, перенесшие психологическую травму, нередко реализуют жизненный сценарий, направленный на саморазрушение (склонность к суициду, алкоголизм, наркотики, тяга к правонарушительным действиям).

Для того чтобы человек продолжал жить свободным от травматических последствий, необходимо помочь ему проработать травматическое переживание, принять его, сделав частью его личной истории. Необходимо сделать так, чтобы воспоминание стало всего лишь фактом, а не вызвало ощущение эмоциональной вовлеченности. Часто люди, особенно дети, стараются избавиться от травмирующего воспоминания – вытеснить его из сознания, вроде как забыть. Но этот способ столь же привлекателен, сколь и коварен. Загнанная на уровень подсознания травма как заноза будет давать о себе знать в виде неврозов, навязчивых мыслей, иррациональных страхов, кошмарных сновидений. Вытесненные переживания также могут проявляться в виде психосоматических заболеваний.

Поэтому столь важно учитывать психологические изменения, которые вызывает травма, при работе с населением, пережившим травматическое событие (тем более отдаленного во времени).

### **Слайд 3.**

События, вызывающие психотравму:

- Родовые и эмбриональные травмы – (Эмбриональная травма (внутриутробная) Родовая травма);
- Физические повреждения – (Болезнь, высокая температура, случайное отравление, Физические повреждения, включая падения и аварии Длительная неподвижность; гипс или шина на ноге или торсе у маленького ребенка (при загнутых ногах или сколиозе);
- Потеря близкого человека – (Потеря одного из родителей или членов семьи, друзей, близких);
- Насилие - Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, включая чрезмерное пренебрежение или избиение; оставление ребенка; свидетельство чьей-либо жестокости
- Хирургическое вмешательство – ( в частности – тонзиллэктомия с применением эфира, анестезия; операции при ушных заболеваниях и так называемом «затуманенном зрении» Определенные медицинские и стоматологические процедуры);
- Стихийные бедствия – ( Стихийные бедствия, такие, как землетрясения, пожары и наводнения)

### **Слайд 4.**

**Кто получает травму (факторы, провоцирующие травму):**

**Само событие.** Насколько сильно оно угрожает нам? Как долго оно продолжается? Как часто оно повторяется? Угрожающие события, которые очень интенсивны и продолжительны, приносят самые большие проблем. Несчастные случаи, несущие большую угрозу для жизни, которые часто повторяются (но с небольшим промежутком), могут создавать такие же проблемы. Война и насилие в детском возрасте являются самыми распространенными примерами травматических событий, которые зачастую превосходят индивидуальные ресурсы выживания.

**Жизненные обстоятельства личности в момент травматического события.** Поддержка (или ее отсутствие) со стороны семьи или друзей может оказать на нас огромное влияние. Важно также учитывать то, что слабое здоровье, постоянный стресс, переутомление или плохое питание также подтачивают наши силы.

**Индивидуальные физические особенности.** Некоторые люди в конституциональном (генетическом) отношении являются более устойчивыми к стрессовым событиям, чем другие. Сила, скорость и общая физическая форма в некоторых случаях также могут иметь большое значение. Еще важнее – возраст человека, или уровень его физиологического развития и устойчивости. Остаться одному в холодной комнате для младенца будет просто невыносимым, ребенка постарше это может напугать, десятилетнего ребенка это расстроит, а подростку или взрослому человеку это будет просто слегка неприятно.

**Способность к обучению.** Младенцы и маленькие дети, или любой другой человек, у которого нет достаточного опыта и умения, чтобы справиться с угрожающей ситуацией, в гораздо большей степени подвержены травматическому воздействию. В примере, приведенном выше, подростку или взрослому человеку не только будет легче вынести холод и одиночество, но они смогут также протестовать, поищут какой-нибудь обогреватель, попытаются выйти из комнаты, надеть теплый свитер, или просто начнут растирать руки. Но подобные действия будут во многих отношениях недоступны для

маленького ребенка или младенца. Именно поэтому многие травматические реакции часто уходят своими корнями в раннее детство. Очень важно помнить о том, что сила травматической реакции не зависит от того, как выглядит вызвавшее ее событие в глазах любого другого человека.

**Индивидуально переживаемое ощущение своей способности противостоять опасности.** Некоторые люди чувствуют себя совершенно способными защититься от опасности, в то время, как другие – нет. Это переживаемое чувство уверенности в собственных силах имеет очень большое значение, и оно определяется не только теми доступными нам ресурсами, которые помогают нам справиться с ситуациями угрозы. Эти ресурсы бывают внутренними и внешними.

**Внешние ресурсы.** Все то, что может предоставить нам окружающая среда в плане потенциальной защиты (напр., высокое и крепкое дерево, камни, узкая расселина, хорошее убежище, оружие, друг, готовый помочь), укрепляет наше внутреннее ощущение полноты своих ресурсов, если уровень нашего развития достаточен, чтобы мы могли воспользоваться преимуществами всего этого. Для ребенка таким внешним ресурсом может стать взрослый, который относится к нему с уважением, а не унижает его, или этим ресурсом может быть безопасное место, где нет никакого насилия. Внешние ресурсы (особенно для детей) могут быть любого вида – животное, дерево, мягкая игрушка или даже ангел.

**Внутренние ресурсы.** Внутреннее ощущение человеком самого себя может быть подвержено влиянию сложной совокупности ресурсов. Они включают в себя психологические установки и переживания, но, что еще важнее, сюда входят инстинктивные реакции, известные как прирожденные планы действий, которые являются глубокой и неотъемлемой частью нашего организма.

#### **Слайд 5.**

Во время травмы одновременно происходит 4 события:

1. Гипервозбуждение – в момент травматического события в организме выделяется огромное количество гормонов, это биологическая защитная реакция организма, направленная на осуществление затем защитного поведения - борьба или бегство.
2. Сжатие – следующая защитная реакция – организм как бы готовится к «прыжку», системы мобилизуются – генерируется огромное количество энергии, для того, чтобы осуществить защитное поведение.
3. Диссоциация – если после прохождения первых двух этапов было невозможно осуществить защитное поведение – ни борьбы, ни бегства – для того, чтобы организм не разорвало от огромного количества энергии, происходит отделение человека от травматического события, энергия как бы консервируется в организме и остается невыделенной. Человек при этом отделении от травматического события может не чувствовать боли, могут быть выключены эмоции.
4. Ступор \ оцепенение – тоническая обездвиженность, может проявляться в поведении, провоцирующем травматическое событие, психологически – попадание в позицию жертвы.

Если человек прошел все эти стадии, то в его психике сформировано ядро травмы, а значит велика вероятность закрепления шоковой травмы.

#### **Слайд 6.**

Во время травмы одновременно происходит 4 события:

1. Гипервозбуждение – в момент травматического события в организме выделяется огромное количество гормонов, это биологическая защитная реакция организма, направленная на осуществление затем защитного поведения - борьба или бегство.

2. Сжатие – следующая защитная реакция – организм как бы готовится к «прыжку», системы мобилизуются – генерируется огромное количество энергии, для того, чтобы осуществить защитное поведение.

3. Диссоциация – если после прохождения первых двух этапов было невозможно осуществить защитное поведение – ни борьбы, ни бегства – для того, чтобы организм не разорвало от огромного количества энергии, происходит отделение человека от травматического события, энергия как бы консервируется в организме и остается невыделенной. Человек при этом отделении от травматического события может не чувствовать боли, могут быть выключены эмоции.

4. Ступор \ оцепенение – тоническая обездвиженность, может проявляться в поведении, провоцирующем травматическое событие, психологически – попадание в позицию жертвы.

Если человек прошел все эти стадии, то в его психике сформировано ядро травмы, а значит велика вероятность закрепления шоковой травмы.

### Слайд 7.

#### **Фазы терапии психотравмы:**

##### **1.Стабилизация –**

важно установить особый доверительный контакт, в котором важно обращаться к ресурсам пациента; к способностям; к навыкам.

Человек должен чувствовать максимальную безопасность со специалистом.

**2.Положительное наполнение личности –** важно наполнить человека позитивными образами, эмоциями.

**3.Реконструкция травмы –** основная задача на данном этапе– осмысление и ассимиляция опыта, связанного с травмой.

### Слайд 8.

Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;
- ожидание, что нормальное состояние восстановится;
- единство и простота психологического воздействия.

**Безотлагательность** означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Смысл **принципа приближенности** состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма».

**Ожидание**, что нормальное состояние восстановится: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

**Единство психологического воздействия** подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована.

**Простота психологического воздействия** – необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

### Слайд 9.

Особенности оказания психологической помощи пострадавшим в результате события, вызвавшего травму заключаются в соблюдении специалистом некоторых требований/рекомендаций:

- При работе с психотравмой терапевт должен установить с клиентом такие отношения, которые выдерживали бы конфликты, характеризовались высоким уровнем доверия, безопасности, надежности и стабильности. Также необходимо создавать позитивное пространство принятия личности пострадавшего.
- Успешная работа зависит от того, насколько внимательно обращен взгляд терапевта на ресурсы самого клиента.
- Травматизация всегда связана с нарушением границ. В работе необходимо уделять внимание восстановлению ощущения собственных границ.
- В работе с травмированным человеком специалисту необходимо давать как можно больше объяснений на каждом этапе работы с тем, чтобы у обратившегося за помощью восстанавливалось нарушенное ощущение контроля ситуации.

### **Слайд 10.**

1. Одно из серьезнейших последствий переживания травматического события – это потеря доверия к себе и к миру. Человек, получивший психотравму, не смог полностью контролировать собственное поведение и реакции, а также внешнюю среду. Если это случилось однажды, это может повториться. Значит, мир начинает восприниматься как непредсказуемый и опасный, а собственная психика – как неспособная адекватно ответить на события окружающего мира.

2. В процессе переживания психотравмы у личности возникают и развиваются различные психические и физические симптомы. Как правило, именно по поводу симптомов психотравмированные личности и обращаются за помощью. В первую очередь, наблюдается повышение уровня тревожности или депрессивное состояние. Задача специалиста, работающего с психотравмированным, помочь избавиться от психических и физических симптомов.

3. Когда мир перестал восприниматься как безопасный и предсказуемый, и потеряно доверие к миру и к собственной психике, происходит также потеря чувства контроля над собственной жизнью, над реакциями психики. Специалист также работает в направлении восстановления чувства контроля как над собственными реакциями, так и над проявлениями внешнего мира.

### **Слайд 11.**

Согласно модели М. Буриша (Burisch, 1994), развитие [Синдрома эмоционального выгорания](#) проходит ряд стадий. Сначала возникают значительные энергетические затраты — следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Следует, однако, отметить, что развитие эмоционального выгорания индивидуально и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека.

В развитии синдрома эмоционального выгорания М. Буриш выделяет следующие стадии или фазы.

1. Предупреждающая фаза

а) Чрезмерное участие:

- чрезмерная активность;

- отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение из сознания переживаний неудач и разочарований;
- ограничение социальных контактов.

б) Истощение:

- чувство усталости;
- бессонница;
- угроза несчастных случаев.

2. Снижение уровня собственного участия

а) По отношению к сотрудникам, пациентам:

- потеря положительного восприятия коллег;
- переход от помощи к надзору и контролю;
- приписывание вины за собственные неудачи другим людям;
- доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам — проявление негуманного подхода к людям.

б) По отношению к остальным окружающим:

- отсутствие эмпатии;
- безразличие;
- циничные оценки.

в) По отношению к профессиональной деятельности:

- нежелание выполнять свои обязанности;
- искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени;
- акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой.

г) Возрастание требований:

- потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях;
- чувство переживания того, что другие люди используют тебя;
- зависть.

3. Эмоциональные реакции

а) Депрессия:

- постоянное чувство вины, снижение самооценки;
- безосновательные страхи, лабильность настроения, апатии.

б) Агрессия:

- защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах;
- отсутствие толерантности и способности к компромиссу;
- подозрительность, конфликты с окружением.

4. Фаза деструктивного поведения

а) Сфера интеллекта:

- снижение концентрации внимания, отсутствие способности выполнить сложные задания;
- ригидность мышления, отсутствие воображения.

б) Мотивационная сфера:

- отсутствие собственной инициативы;
- снижение эффективности деятельности;
- выполнение заданий строго по инструкции,

в) Эмоционально-социальная сфера:

- безразличие, избегание неформальных контактов;
- отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу;
- избегание тем, связанных с работой;
- самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука.

5. Психосоматические реакции и снижение иммунитета;

- неспособность к релаксации в свободное время;

- бессонница, сексуальные расстройства;
  - повышение давления, тахикардия, головные боли;
  - боли в позвоночнике, расстройства пищеварения;
  - зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.
6. Разочарование и отрицательная жизненная установка;
- чувство беспомощности и бессмысленности жизни;
  - экзистенциальное отчаяние.

Согласно М. Буришу сильная зависимость от работы приводит в итоге к полному отчаянию и экзистенциальной пустоте.

### Слайд 12.

Осуществление систематической психопрофилактики специалистов, оказывающих помощь лицам, пострадавшим от психотравмы подразумевает:

- **прохождение супервизии с целью отторжения травматического опыта** (супевизия – обращение за профессиональной помощью к более опытному коллеге. Ее возможно использовать и для решения личных проблем, возникающих в профессиональной сфере);
- **постоянную взаимную поддержку в профессиональной среде** (обсуждение с коллегами сложных случаев из практики. Одна из форм профессиональной поддержки - Балинтовы группы);
- **разумное ограничение количества психотравмированных пациентов при ежедневном приеме** (не больше 6 в день);
- **поддержание границ между профессиональной деятельностью и личной жизнью специалиста.** (Это многогранный аспект, включающий в себя территориальное разделение места приема специалистов и места проживания, приоритеты межличностных, семейных и супружеских отношений над профессиональными, постоянная способность к переключению внимания и стимуляция конкретных эмоций (в том числе в процессе общения с природой, кратких, но регулярных путешествий и поездок, посещения выставок, вернисажей, театров, кино и т.д.)). (Решетников)

### Слайд 13.

В подходах к лечению используется системный подход.

Пациент функционирует, в системе - семья - это закрытая система, со своими связями.

«Врач - пациент» открытая система с новыми энергоинформационными каналами. В работе важно учитывать особенности переживания травматического события пациентом, его симптоматику и особенности работы с травмированными пациентами.

В процессе лечения в системе «Врач - пациент» происходит перераспределение информации и энергии между элементами систем, в результате происходит совершенствование обратной связи; формирование и движение к новой цели; повышение степени структурности. Происходят изменения на уровне: а) личностном (изменение состояния, системы смыслов; способах реагирования и др.); б) межличностном (изменения в отношениях со значимыми лицами); в) социальном (в семье, профессиональном окружении, в широком социальном окружении). При взаимодействии врач-пациент происходит мобилизация психических структур (мотивационные, аффективные, когнитивные), и их трансформация в более функционально адекватные. Терапевтические мероприятия направлены на достижение зрелости защитных механизмов.

При этом важно учитывать особенности работы врача, риск эмоционального (профессионального) выгорания.

### Слайд 14.

Недостатком регистрации внешних вегетативных проявлений является их качественная оценка, однако, данная методика является методом объективной оценки внешних

вегетативных проявлений с помощью специальной таблицы. При помощи данной таблицы осуществляется перевод качественных проявлений физиологических реакций в количественные соотношения.

1. Для диагностики риска эмоционального выгорания рекомендуем использовать Методику, разработанную Н. Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой.
2. Для диагностики состояний, связанных с переживанием психотравмы предлагается методика оценки внешних вегетативных проявлений, разработанная В.Л. Марищуком.

Цель данной методики состоит в том, чтобы определить, как врачи рассматривают свою работу и людей, с которыми они тесно сотрудничают.

Испытуемым предлагается 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой.

### **Слайд 15.**

В лекции мы подробно рассмотрели понятие психотравмы, особенности закрепление психотравмы у лиц, переживших травматическое событие, а также симптомы развития психотравмы, особенности оказания психологической помощи лицам, пережившим травмирующую ситуацию

Также в лекции был представлен материал о фазах развития синдрома эмоционального (психологического) выгорания, и способы его профилактики.

Важным аспектом работы с населением, пережившим травматическое событие (отдаленного во времени), является учет особенностей взаимодействия системы «врач-пациент», учет особенностей работы каждой составляющей этой системы.