

УДК 159.9**Методики и техники психологического сопровождения лиц с
ПТСР****Пятибратова Инна Викторовна**

Кандидат психологических наук, доцент,
Московский государственный технический университет
им. Н.Э. Баумана,
105005, Российская Федерация, Москва, 2-я Бауманская ул., 5;
e-mail: pjatibratovi@mail.ru

Крылов Сергей Юрьевич

Старший преподаватель,
Московский государственный технический университет
им. Н.Э. Баумана,
105005, Российская Федерация, Москва, 2-я Бауманская ул., 5;
e-mail: bkryl@mail.ru

Якушева Оксана Владимировна

Старший преподаватель,
Московский государственный технический университет
им. Н.Э. Баумана,
105005, Российская Федерация, Москва, 2-я Бауманская ул., 5;
e-mail: oksanayakusheva@mail.ru

Аннотация

За последние несколько десятилетий в развитии концепций посттравматического стрессового расстройства и его систематизации произошел существенный скачок. Учеными отечественных и зарубежных школ проводятся большое количество исследований, касающихся различных посттравматических состояний. Авторы статьи основное внимание уделяют особенностям оказания психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве (далее ПТСР). В научной работе проводится обзор основных направлений оказания психологической помощи при ПТСР и особенностей оказания психологической помощи пострадавшим. Проанализированы существующие симптомы и формы посттравматического стрессового расстройства. Выделены и проанализированы диагностические критерии ПТСР. Проведенный теоретико-методологический обзор существующих техник и методов работы при ПТСР позволил сделать вывод о необходимости дальнейшей популяризации и обобщении имеющегося опыта организации и оказания психологической помощи пострадавшим. Для достижения этой цели профессиональным специалистам необходимо разработать и предоставить четкую систему психологической поддержки, воспользовавшись различными психологическими методиками и техниками работы при ПТСР. Результаты

теоретического анализа могут способствовать уяснению специалистами общей картины такого вида расстройств как ПТСР, оптимизации работы по восстановлению и сохранению психического и физического здоровья людей, переживших посттравматическое стрессовое расстройство, их социальной реинтеграции.

Для цитирования в научных исследованиях

Пятибратова И.В., Крылов С.Ю., Якушева О.В. Методики и техники психологического сопровождения лиц с ПТСР // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2024. Т. 13. № 3А. С. 147-157.

Ключевые слова

Адаптация, здоровье, техники, методики, военный невроз, посттравматическое стрессовое расстройство, психические расстройства, теоретическая модель, стресс, травма.

Введение

Сегодня проблема посттравматического стрессового расстройства (далее-ПТСР) становится как никогда значительной и актуальной, так как все больше оказывает негативное влияние на здоровье и благополучие людей. Данное расстройство является результатом переживания или свидетельства серьезных травматических событий, таких как войны, террористические акты, природные катаклизмы или техногенные аварии.

Экстремальные события прошедших десятилетий (вооруженные конфликты, стихийные бедствия, террористические акты) дали существенный толчок развитию и систематизации концепций посттравматического стрессового расстройства, и способам его преодоления. Это выразилось во всем большем интересе к этой проблеме со стороны ученого сообщества и возросшем количестве исследований, касающихся различных посттравматических состояний.

Проведенные исследования выявили разнообразные симптомы ПТСР – повторяющиеся воспоминания о травматическом событии, ночные кошмары, повышенная возбудимость, кроме того, отмечается избегание ситуаций или раздражающих воспоминаний, связанных с травмой. Отдельно подчеркивается длительность этих симптомов и способность их значительно ограничивать жизнь пострадавшего.

Эффективность методов диагностики и лечения ПТСР напрямую зависит от осознания обществом важности решения данной проблемы. Проводимые клинические исследования позволяют выявить механизмы развития ПТСР и определить новые подходы к терапии. Не менее важно изучать и социально-психологические аспекты ПТСР, так как данное расстройство непосредственно влияет на работоспособность, социальную и психическую реинтеграцию, качество жизни пострадавших.

Актуальной задачей является информирование об обстоятельствах и последствиях ПТСР, потому что это расстройство зачастую остается недиагностированным и непроработанным со специалистом. Важным направлением здесь видится распространение и популяризация знаний о ПТСР, которые помогут повысить осведомленность общества о данной проблеме и, непосредственно пострадавших людей от травматических событий, укрепить их желание обращаться за помощью.

Как отмечается в исследованиях отечественных и зарубежных психологов, посттравматическое стрессовое расстройство отрицательно влияет на все аспекты жизни

человека. Поэтому помощь должна включать в себя как психологические методы, так и психотерапию, фармакотерапию, заинтересованность в успешном финале со стороны семьи и специалистов. Огромное значение здесь имеет здоровый образ жизни, так как регулярные физические упражнения, здоровое питание, достаточный отдых и умение управлять стрессом непременно помогут улучшить общее состояние пациента с ПТСР. Важно осознавать уникальность каждого человека, поэтому и подход к лечению должен быть персонализированным.

Важно учитывать, что психотерапевтическая работа с пострадавшими есть процесс долговременный и индивидуальный, в связи с этим эффективность различных методик может серьезно различаться у разных людей. В связи с этим, очень необходимо формировать подходящий для конкретного пациента план сопровождения, реабилитации и адаптации.

Итак, исследование ПТСР является актуальной и многогранной задачей, требующей внимания и участия специалистов медицины, психологии и социологии, решение которой позволит разработать эффективные стратегии и методы помощи пострадавшим и их дальнейшей реабилитации.

Основная часть

Особенности оказания психологической помощи при ПТСР. В 1960 году в американской классификации DSM-III появилось понятие «посттравматическое стрессовое расстройство», которое рассматривалось как разновидность невротических расстройств («невроз тревоги», «транзиторные ситуационные расстройства») на основе диагностических критериев, предложенных М. Horowitz.

Конец XX века стал отправной точкой, когда ПТСР как диагноз впервые появился в России и был включен в российскую классификацию психических расстройств, что позволило психиатрам и психологам лучше определять и обслуживать пациентов и клиентов, страдающих данным расстройством, а также использовать эффективные методы лечения.

Необходимость развитие исследований в области ПТСР определяется тем, что данное расстройство продолжает оставаться серьезной и значительной проблемой, накладывающей негативный отпечаток на здоровье и социальное благополучие пострадавших. Вместе с тем, усилиями психологов и психиатров, острота темы ПТСР стала более понятной, постепенно исчезает стигматизация этого состояния и все больше людей получают необходимую поддержку и лечение.

Статистически подтверждено, что количество ПТСР возрастает во время всевозможных трагических событий, затрагивающих большое число населения. По мнению некоторых авторов, хотя бы одно серьезное травматическое событие в своей жизни пережили 61 % мужчин и 49 % женщин, а многие (25-48 %) – две или даже больше психологических травм [Бундало, 2009]. Прогнозируется дальнейший рост психических расстройств в ответ на психические травмы.

Помимо самих внешних раздражителей, продолжают активные исследования последствий их воздействия на жизнь и здоровье человека. Симптомы при воздействии острого и хронического характера стресса, при стихийных техногенных бедствиях, у заложников, у пострадавших от террористических актов, у жертв насилия сексуального и социального характера, при детской травматизации, у беженцев, при авто-, авиа-, и железнодорожных катастрофах, при безработице, у вынужденных переселенцев. Особенно актуальным сегодня

является изучение психологических последствий боевого стресса.

Надо отметить, что пострадавшими, помимо непосредственно участников травмирующих ситуаций, могут являться и очевидцы происходящих событий, а также родственники, прибывшие на место спасатели, медики, пожарные, зрители новостных программ, становясь латентной жертвой во время оказания помощи при катастрофах и освещении события в средствах массовой информации.

Отмечается, что развитие симптомов ПТСР напрямую или косвенно зависит от особенностей самой личности, ее направленности, пола, возраста, жизненного опыта, устойчивости к стрессам, наличия в прошлом психических, психосоматических расстройств, соматических заболеваний, черепно-мозговых травм, ранений, зависимостей, жестокого обращения в детстве – физического, сексуального и эмоционального (психологического) насилия [Уокер, 2021]. Здесь важно подчеркнуть то, как сам пострадавший реагирует на произошедшее с ним. Есть мнение, что развитие ПТСР зависит от восприимчивости части людей к стрессу. В результате исследований выяснено, что важным внутренним условием, которое определяет способность субъекта пережить полученную травму, является наличие черт личности, получивших свое развитие вследствие нарушения самого процесса ее формирования [Журавлев, 2011]. Не меньшее значение в формировании ПТСР, как при его острой психической, так и при хронической форме, отводится педагогическим аспектам, плохому обращению с детьми. Есть подтвержденные случаи влияния социально-психологических факторов, включающие в себя негативные внутрисемейные отношения, недопустимые условия воспитания, приводящие в конце концов к патологии личности при ПТСР, в том числе и нарушениям ее идентичности [Бундало, 2008].

Надо отметить, что на развитие ПТСР, наряду и с множеством других немаловажных факторов, таких как генетические особенности, предшествующие травмы, социокультурный контекст и многие другие аспекты, индивидуальное влияние имеют факторы риска. Уяснение того, как эти факторы влияют друг на друга во многом способствует пониманию возникновения ПТСР, что позволяет специалистам разрабатывать более эффективные методы профилактики и лечения этого расстройства. Каковы роль и значение конкретных факторов риска в возникновении и развитии ПТСР до сих пор до конца не выяснено, но, несмотря на это, проводимые исследования в этой области позволяют приближаться к пониманию механизмов ПТСР и выработке эффективных подходов к его лечению.

Симптомы, проявляющиеся при посттравматическом стрессовом расстройстве, давно привлекают внимание исследователей. Для их обозначения использовали термины: «синдром солдатского сердца» (Da Costa, 1871), «военный невроз» (Oppenheim, 1889), «травматический невроз» (Bleuler E., 1920, Bumke 1928), «невроз испуга» (Kraepelin E., 1923), «нажитая психопатия» (Ганнушкин, 1933); «посттравматическое реактивное состояние» (Гуревич, 1949), «постреактивное развитие личности» (Гиляровский, 1946, Кербиков, 1955). В отдельную рубрику ПТСР впервые выделен в DSM-III (1980), а в Международной классификации болезней соответствующая рубрика появилась в 10-м пересмотре.

Факторы, которые способствуют развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), могут быть разнообразными. Среди них молодой возраст, одиночество, развод, вдовство, бедность и социальная изоляция могут увеличить риск развития ПТСР. Длительность и выраженность психической травмы также играют важную роль, как и отсутствие психологической, социальной и медицинской помощи вовремя или после травматической ситуации. Неблагоприятные личностные особенности, такие как психастеническая,

истерическая и возбудимая акцентуация, могут также быть связаны с увеличенным риском развития ПТСР. Также важным фактором является наличие психотравм в анамнезе, таких как насилие в детстве или несчастные случаи, а также наличие психических заболеваний у членов семьи, что также может увеличить вероятность развития ПТСР у индивида.

По течению симптомов выделяют различные формы посттравматического стрессового расстройства:

1. Острое ПТСР: Симптомы возникают в течение первых 6 месяцев после травматического события и сохраняются до 6 месяцев. Люди с острым ПТСР могут испытывать выраженные проявления тревоги, стресса, повторяющихся воспоминаний и возможны реакции на триггеры, связанные с травматическими событиями.

2. Хроническое ПТСР: симптомы продолжаются больше 6 месяцев, это уже хроническое ПТСР. Эта форма характеризуется наличием постоянных или регулярных симптомов, которые значительно влияют на образ жизни человека и его психологическое состояние.

3. Отсроченное ПТСР: проявляется тогда, когда симптомы появляются через 6 месяцев или более после травмы и продолжаются более 6 месяцев. Эта форма может вызвать ряд трудностей, поскольку человек может не связывать свои текущие проблемы с перенесенной травмой.

Посттравматические стрессовые расстройства отмечаются у 9-12% общей популяции населения. Они развиваются у 50-80% людей, перенесших тяжелый стресс в результате экстремальной ситуации глобального или личного характера (Breslau N, Davis G.C., Horowitz M.J., Soomon Z.), у 1/3 выживших жертв катастроф; более чем у половины жертв террористических актов, у 2/3 участников боевых действий.

Все чаще предметом исследований становятся состояния, ставшие следствием хронических психотравмирующих ситуаций. Выявлено, что причиной того, что ПТСР не диагностируется, становится не вылеченный острый посттравмирующий синдром, развивающийся со временем и проявляющийся часто иными патологическими признаками, которые предполагают постановку различных диагнозов. В 87% случаях хронический ПТСР имеет свое начало в детстве.

Считается, что последствия нераспознанного ПТСР самым серьезным образом затрагивают не только самого человека, но и его близких, семью и окружение, что приводит в дальнейшем к углублению проблем. Распространенность ПТСР и длительность его проявления подчеркивают необходимость максимально точной диагностики этого состояния на ранних этапах. Несвоевременное выявление ПТСР может привести к различным патологическим последствиям, что очевидно затруднит его распознавание и приведет к неправильным диагнозам.

В последние годы появляются актуальные исследования посвященные систематизации клинических признаков хронического посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и выделению типов этого состояния. Изучение особенностей хронического ПТСР, анализ динамики, выявление факторов риска и их влияния на развитие расстройства позволяют более глубоко понять его механизмы и разработать эффективные программы лечения и поддержки.

Понимание различных типов хронического ПТСР и их клинических проявлений помогает индивидуализировать подход к диагностике и лечению пациентов с данным расстройством. Исследования в области психологических и социально-психологических факторов, влияющих на развитие хронического ПТСР, могут помочь разработать комплексные программы психотерапии, учитывающие индивидуальные особенности и потребности каждого пациента.

Такой подход позволяет не только более эффективно помогать людям, страдающим от хронического ПТСР, но и создавать более адаптированные и персонализированные методики

лечения, способствующие улучшению качества

Что касается диагностических критериев ПТСР, основные из них включают кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей или катастрофической ситуации, вспышки пережитого, избегание ситуаций, напоминающих стрессовую ситуацию и др. Для диагностики ПТСР также важны признаки амнезии, изменения в эмоциональной сфере и поведении после стресса, а также время наступления симптомов после травматического события.

Обзор основных направлений оказания психологической помощи при ПТСР. Психологическая работа с последствиями ПТСР включает в себя три последовательные стадии. В рамках первой стадии выделяется главная задача для психолога – создание максимально безопасной атмосферы для будущей работы с клиентом. Содержанием второй стадии является работа с воспоминаниями и переживаниями. Сущность третьей стадии заключается в постепенном, осторожном включении клиента в повседневную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от отстраненности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов [Малкина-Пых, 2005].

Рассмотрим наиболее распространенные и эффективные психологические техники, и методы работы с проявлениями ПТСР:

1. В рамках *рациональной психотерапии* клиенту разъясняют основные причины и главные механизмы ПТСР.

2. Методы *психической саморегуляции* включают в себя аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, активную визуализацию положительных образов. Применяются для снятия симптомов напряжения и тревоги.

3. В *когнитивной психотерапии* основной упор делается на переосмыслении дезадаптивных мыслей и изменении негативных установок.

4. Изменение отношения к психотравмирующей ситуации, принятие ответственности за свое отношение к ней решается с помощью *личностно-ориентированной терапии* в работе с пострадавшими.

5. *Положительная терапия* не ограничивается признанием только проблемы и болезни, но она предлагает также способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

6. Поиск смыслов случившегося определяет сущность *логотерапии* (Frankl, 1959), которая заключается в том, чтобы найти смысл в том, что случилось. Выясняется, что абсолютное большинство клиентов успешно выздоравливает, как только найден смысл произошедших событий.

7. Для клиентов, переживших серьезные потрясения, в сочетании с разными формами индивидуальной терапии, широко применяется *групповая терапия*.

8. В процессе преодоления последствий ПТСР, особенно при психологической коррекции состояний потерпевших в военных конфликтах, одной из наиболее эффективных техник является *дебрифинг стресса или психологический дебрифинг*. В его основе лежит организованное обсуждение стресса, который пережит военными служащими при совместном выполнении боевого задания.

9. *EMDR* (Eye movement desensitization and reprocessing). Русский перевод звучит как ДПДГ – «десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз» – интегративный психотерапевтический подход, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г., базирующийся на

нейробиологии мозга. Достоинством метода является возможность применения различных форм психотерапии, включающих в себя элементы, совместимые с разнообразными подходами.

10. При терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств признанно эффективным методом является *гештальт-терапия* (нем. Gestalt – форма, образ, структура). Ее применение отмечено также при терапии многих психосоматических расстройств и в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. В связи с чем, это позволяет использовать гештальт-терапию при работе с участниками боевых действий и иных экстремальных ситуаций с ПТСР.

11. Традиционно эффективной при коррекции ПТСР является *когнитивно-поведенческая психотерапия*. Ядром этого вида терапии является принцип, согласно которому для изменения поведения необязательно понимать психологические причины, которые ее определяют. Основная же цель – формирование и укрепление способности клиента к адекватным действиям, к приобретению навыков, которые позволяют кардинально улучшить самоконтроль.

12. Свободное фантазирование в форме образов («сновидений наяву») на объявленную психологом тему лежит в основе метода под название *символ-драма*. Создателем метода является выдающийся немецкий психотерапевт Ханскарл Лейнер (1919-1996). В символ-драме работая с образами клиент осознает свои скрытые бессознательные конфликты, понимает свои подавленные инстинкты, выясняет механизмы защиты от проблем, прорабатывает и принимает вытесненные желания [Лейнер, 1996].

13. Задачей *семейной психотерапии* (СП) является изменение отношений в семье при помощи психотерапевтических и психокоррекционных методов. Цель – устранение негативной психологической симптоматики и повышение функциональности семейной системы.

14. В основе *нейролингвистического программирования* (НЛП), как психотерапевтической концепции, лежит утверждение, что за счет изменения в процессе терапии в сознании клиента сложившегося психического образа жизненной ситуации изменяется и психическое состояние человека, которое в свою очередь способствует и более эффективной реализации себя в жизни и удовлетворению актуальных потребностей.

15. Все происходящее в душе человека оставляет свой след в его теле. Этот постулат лежит в основе *телесно-ориентированной психотерапии* (далее – *ТОП*). Отсюда и выстраивается «исцеление души через работу с телом», кропотливая работа с проблемами человека, переживаниями, которые запечатлены в теле. Основным методом ТОП является техника, получившая название «соматическое переживание». Главное в этой технике – процесс трансформации дезадаптивных телесных реакций в адаптивные. Центром внимания данного метода являются осознание ощущений, их отслеживание и изменение [Кадыров, 2012].

16. Широкие возможности в работе с ПТСР имеет *арт-терапия*, в основе которой лежит применение различных форм художественного творчества. Этот метод позволяет наладить своеобразный творческий контакт с клиентом, открывающий мир его переживаний, трансформировать его чувства, дать выход негативным проявлениям. Успех терапии художественным творчеством достигается благодаря тому, что клиент перестает застревать в болезненном самонаблюдении, а сосредотачивается на формировании позитивных образов, например в рисунке или в лепке. Еще одним из положительных моментов можно назвать возможность применять арт-терапию как индивидуально, так и в группах.

17. Метод *пролонгированной диспозиции* основан на положении, что при ПТСР действует страх не только тождественных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Из этого следует,

что обращение пациента к воспоминаниям, которые вызывают страх (в воображении или непосредственно), должно приносить терапевтический эффект. Пролонгированная экспозиция – это способ помочь пережившим травму эмоционально обработать свои травматические переживания. Основой пролонгированной экспозиции является теория эмоциональной обработки, которая была разработана Эдной Фoa и М. Дж. Козаком. Теория эмоциональной обработки основана на идее, что страх представлен в памяти как программа избегания опасности.

18. *Тренинг преодоления тревоги (АМТ)*. Включает множество различных процедур, в том числе технику «биологической обратной связи» (biofeedback), релаксационные методы, когнитивное переструктурирование и др. Последнее служит, помимо прочего, для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений; сюда относятся: 1) тренировки приостановления мыслей при воспоминаний, которые настойчиво возникают; 2) опознание иррациональных мыслей; 3) заучивания адекватной модели поведения; 4) когнитивное переструктурирование с помощью «сократовского» метода задавания вопросов и т.д.

Психотерапевтическая помощь при посттравматическом стрессовом расстройстве включает в себя переработку травмирующего события, его значения и последствий. Основная цель такой помощи – снизить уровень тревоги и восстановить чувство личностной целостности, а также вернуть контроль над происходящим. Чтобы достичь максимального эффекта, очень важно, чтобы психологическая помощь была комплексной и интегративной. Ее осуществлению нередко препятствует феномен стремления пострадавших уклониться от психотерапевтической помощи, что создает трудности в ее осуществлении.

Это объясняется следующими причинами:

1. Пострадавшие полагают, что должны справиться с переживаниями сами, «перестать вспоминать» о травматической ситуации.

2. Пострадавшие, переживающие чувство вины, считают, что должны принять свои страдания, не должны стремиться снизить их интенсивность.

3. Пострадавшие считают, что как на причину травмы, так и на ее последствия повлиять нельзя.

4. Пострадавшие не понимают, что страхи и фобии представляют собой симптомы расстройства, поддающегося терапии.

5. Обращение пострадавших к психотерапевту нередко связано не с надеждой получить помощь, а обусловлено желанием получить подтверждение их права на материальную помощь.

Методы психологической помощи, позволяющие преодолеть эти трудности, можно разделить на четыре категории:

1. Образовательные. Включают знакомство пострадавших с проявлениями последствий психической травмы, с их течением, путями улучшения состояния. Осознание того, что их проблемы не уникальны, что симптоматика является результатом обычной реакции нормального человека на чрезвычайную ситуацию, позволяет снизить интенсивность переживаний, замотивировать на получение психологической помощи.

2. Холистические (целостное отношение к здоровью). Восстановлению здоровья после травмы способствует здоровый образ жизни: соблюдение режима, физическая активность, правильное питание, отказ от употребления алкоголя, курения.

3. Социальная поддержка. Состояние пострадавших во многом зависит от поддержки в

семье, со стороны общественных организаций, государства. К методам этой группы относятся семейная и групповая психотерапия.

4. Собственно терапия. Включает разнообразные формы работы, направленной на переработку проблемы и совладание с симптомами.

Заключение

Таким образом, для эффективного снижения риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у лиц, переживших чрезвычайный, катастрофический стресс и другие травмирующие события, рекомендуется оказывать как индивидуальную, так и групповую психологическую помощь. Для достижения этой цели профессиональным специалистам необходимо разработать и предоставить четкую систему психологической поддержки, воспользовавшись следующими психологическими методиками и техниками, такими как: рациональная психотерапия, методы психической саморегуляции, когнитивная психотерапия, личностноориентированная терапия, положительная терапия, гештальт-подход, логотерапия, групповая терапия, дебрифинг стресса, психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ), когнитивно-поведенческая психотерапия, символ-драма, семейная психотерапия, нейролингвистическое программирование, техника вскрывающих интервенций, тренинг преодоления тревоги. Кроме того, существуют и другие методы, которые также могут быть применены в рамках психокоррекционной программы для лечения ПТСР.

Библиография

1. Александров Е.О. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника, лечение. Новосибирск: Сибвузиздат, 2000. 160 с.
2. Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2009. С. 14.
3. Бундало Н.Л. Тип личности как фактор риска развития посттравматического стрессового расстройства // Психическое здоровье. 2008. № 6. С. 49-51.
4. Журавлев А.Л. (ред.) Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. М., 2011. 512 с.
5. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние, проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. СПб.: Речь, 2012. С. 170-172.
6. Лейнер Х. Кататимное переживание образов: Основная ступень; Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву; Семинар. М.: Эйдос, 1996. 253 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992 с.
8. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 960 с.
9. Пятибратова И.В. Обзор теоретико-методологических подходов в изучении посттравматического стрессового расстройства // Живая психология. 2023. Т. 10. № 6 (46). С. 35-43.
10. Уокер П. Комплексное ПТСР. Руководство по восстановлению от детской травмы. М.: Диалектика, 2021. 272 с.

Methods and techniques of psychological support for people with PTSD

Inna V. Pyatibratova

PhD in Psychology, Associate Professor,
Bauman Moscow State Technical University,
105005, 1, 5, Vtoraya Baumanskaya str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: pjiatibratovi@mail.ru

Sergei Yu. Krylov

Senior Lecturer,
Bauman Moscow State Technical University,
105005, 1, 5, Vtoraya Baumanskaya str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: bkryl@mail.ru

Oksana V. Yakusheva

Senior Lecturer,
Bauman Moscow State Technical University,
105005, 1, 5, Vtoraya Baumanskaya str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: oksanayakusheva@mail.ru

Abstract

Over the past few decades, there has been a significant leap in the development of the concepts of Post-Traumatic Stress Disorder and its systematization. Scientists from domestic and foreign schools are conducting a large number of studies regarding various post-traumatic conditions. The authors of the article focus on the peculiarities of providing psychological assistance for post-traumatic stress disorder (hereinafter PTSD). The scientific work reviews the main directions of providing psychological assistance for PTSD and the features of providing psychological assistance to victims. Diagnostic criteria for PTSD have been identified and analyzed. The theoretical and methodological review of existing techniques and methods of work for PTSD allowed us to conclude that there is a need for further popularization and generalization of existing experience in organizing and providing psychological assistance to victims. To achieve this goal, professionals need to develop and provide a clear system of psychological support, using various psychological methods and techniques for working with PTSD. The results of the theoretical analysis can help specialists understand the general picture of this type of disorder such as PTSD, optimize work to restore and preserve the mental and physical health of people who have experienced post-traumatic stress disorder, and their social reintegration.

For citation

Pyatibratova I.V., Krylov S.Yu., Yakusheva O.V. (2024) Metodiki i tekhniki psikhologicheskogo soprovozhdeniya lits s PTSR [Methods and techniques of psychological support for people with PTSD]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennyye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 13 (3A), pp. 147-157.

Keywords

Adaptation, health, techniques, methods, war neurosis, post-traumatic stress disorder, mental disorders, theoretical model, stress, trauma.

References

1. Aleksandrov E.O. (2000) *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: klinika, lechenie* [Post-traumatic stress disorder: clinic, treatment]. Novosibirsk: Sibvuzizdat Publ.
2. Bundalo N.L. (2009) *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (klinika, dinamika, faktory riska, psikhoterapiya. Doct. Dis.* [Post-traumatic stress disorder (clinic, dynamics, risk factors, psychotherapy. Doct. Dis.]. St. Petersburg.

3. Bundalo N.L. (2008) Tip lichnosti kak faktor riska razvitiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Personality type as a risk factor for the development of post-traumatic stress disorder]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health], 6, pp. 49-51.
4. Kadyrov R.V. (2012) *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (PTSD): sostoyanie, problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskaya pomoshch'* [Post-traumatic stress disorder (PTSD): condition, problems, psychodiagnosis and psychological help]. St. Petersburg: Rech' Publ.
5. Leiner H. (1996) *Katatimnoe perezhivanie obrazov: Osnovnaya stupen'; Vvedenie v psikhoterapiyu s ispol'zovaniem tekhniki snovidenii nayavu; Seminar* [Catathymic experience of images: The main stage; Introduction to psychotherapy using waking dream techniques; Seminar]. Moscow: Eidos Publ.
6. Malkina-Pykh I.G. (2005) *Ekstremal'nye situatsii: Spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Extreme situations: Handbook of a practical psychologist]. Moscow: Eksmo Publ.
7. Malkina-Pykh I.G. (2005) *Psikhosomatika: Spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Psychosomatics: A Handbook for a Practical Psychologist]. Moscow: Eksmo Publ.
8. Pyatibratova I.V. (2023) Obzor teoretiko-metodologicheskikh podkhodov v izuchenii posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Review of theoretical and methodological approaches in the study of post-traumatic stress disorder]. *Zhivaya psikhologiya* [Living Psychology], 10, 6 (46), pp. 35-43.
9. Walker P. (2021) *Kompleksnoe PTSR. Rukovodstvo po vosstanovleniyu ot detskoï travmy* [Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A Guide and Map for Recovering from Childhood Trauma]. Moscow: Dialektika Publ.
10. Zhuravlev A.L. (ed.) (2011) *Stress, vygoranie, sovladanie v sovremennom kontekste* [Stress, burnout, coping in a contemporary context]. Moscow.