

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Сахалинский государственный университет»

Кафедра психологии

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель основной профессиональной  
образовательной программы

  
(подпись, расшифровка подписи) Ярославкина Е.В.

«28» июня 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

Дисциплины

*Б1.В.01 «Психотерапия ПТСР»*

Уровень высшего образования

*МАГИСТРАТУРА*

Направление подготовки

*37.04.01 «Психология»*

(код и наименование направления подготовки)

*«Экстремальная психология»*

(наименование направленности (профиля) образовательной программы)

Квалификация

*магистр*

Форма обучения

*очная*

РПД адаптирована для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов

Южно-Сахалинск

2024

Рабочая программа дисциплины Б1.В.01 «Психотерапия ПТСР» составлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки 37.04.01 Психология

Программу составила:

Ярославкина Екатерина Владимировна,  
кандидат психологических наук, доцент



Рабочая программа дисциплины Б1.В.01 «Психотерапия ПТСР» утверждена на заседании кафедры психологии  
протокол № 7 «17» июня 2024 г.

Заведующий кафедрой Власенкова Е.Г.  
фамилия, инициалы

  
подпись

## 1. Цель и задачи дисциплины

**Цель дисциплины** – ознакомление с основными понятиями и проблемами, связанными с изучением и терапией посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), возникающего у человека в негативных (напряженных, кризисных, экстремальных) ситуациях.

### Задачи дисциплины:

- освоение понятийного аппарата дисциплины, анализ теоретических и эмпирических исследований по проблеме психологии посттравматического стрессового расстройства;
- овладение навыками психодиагностики травматических состояний;
- подготовка к выбору стратегии психологической помощи человеку с ПТСР;
- знание основных методов оказания психологической помощи и психотерапии ПТСР.

Содержание курса основано на принципах и положениях деятельностного, личностно-ориентированного подходов, предусматривает развитие идей саморазвития личности в зарубежной и отечественной кризисной психологии. Представляемый курс направлен на создание общих теоретических основ мировоззрения студентов, расширение общей психологической эрудиции, на формирование интереса к исследованиям в области кризисной психологии.

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина относится к вариативной части блока 1 учебного плана Б1.В.01 «Психотерапия ПТСР».

Пререквизиты дисциплины: Психология стресса, Организация профессиональной деятельности кризисного психолога.

Постреквизиты дисциплины: Основы психологической реабилитации людей с психосоматическими проблемами, Работа психолога с травмой, Суицидология.

## 3 Формируемые компетенции и индикаторы их достижения по дисциплине

Коды компетенции	Содержание компетенций	Код и наименование индикатора достижения компетенции
ПК-1	Способен к оказанию психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию	Знать: основные характеристики и механизмы развития ПТСР; симптомы ПТСР, современные техники диагностики ПТСР; Уметь: дифференцировать понятия «стресс», «острое стрессовое расстройство», «травматический стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство», «посттравматическое расстройство личности»; осуществлять диагностику и психологическое консультирование лиц с симптомами ПТСР; Владеть: навыками подбора адекватных методов психологической диагностики и психологического сопровождения личности, переживающей ПТСР.
ПК-3	Способен проводить коррекционно-развивающую работу с лицами, в том числе по восстановлению и реабилитации	Знать: методологические основы психотерапевтической помощи лицам с ПТСР; Уметь: конструировать и реализовывать процесс психотерапевтического сопровождения личности, переживающей ПТСР; Владеть: навыками оказания психотерапевтической помощи лицам с ПТСР.

## 4 Структура и содержание дисциплины

### 4.1 Структура дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы (108 академических часов).

#### Очная форма

Вид работы	Трудоемкость, акад. часов	
	2 семестр	всего
<b>Общая трудоемкость</b>		<b>108</b>
<b>Контактная работа:</b>		<b>64</b>
Лекции (Лек)		24
Практические занятия (ПР)		36
Лабораторные работы (Лаб)		
Контактная работа в период теоретического обучения (КонтТО)		4
Промежуточная аттестация: зачет		
<b>Самостоятельная работа:</b>		<b>44</b>
- выполнение индивидуального творческого задания (ИТЗ)		10
разработка проектов мероприятий, кластеров, презентаций и т.п.;		
- самоподготовка (проработка и повторение лекционного материала и материала учебников и учебных пособий);		10
- подготовка к практическим занятиям;		20
- подготовка к промежуточной аттестации		4

#### 4.2 Распределение видов работы и их трудоемкости по разделам дисциплины

№	Наименование тем, вопросов дисциплины	Занятия (часы)			Самостоятельная работа студентов		Форма контроля
		ЛЗ	ПЗ	ЛБ	Содержание	часы	
1	Отсроченные реакции на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Теоретические модели травматического стресса и ПТСР.	4	4	–	Составить словарь основных понятий. Теоретические модели травматического стресса и ПТСР: психодинамическая, когнитивная, экзистенциальная, психобиологическая и мультифакторная теории	4	1. Присутствие и активность 2. Составление словаря
2	Симптомы ПТСР. Типы ПТСР	2	4	–	Описать типы ПТСР (Волошин В.М.)	6	1. Присутствие и активность 2. Практическое задание
3	Диагностика ПТСР	2	2		Критерии ПТСР в МКБ-10 и по <i>DSM-IV</i> : анализ, сравнение	4	1. Присутствие и активность 2. Практическое задание
4	Подходы к коррекции ПТСР.	4	4	–	Конспект: Тарабрина Н.В. Практикум по	6	1. Присутствие и активность

	Фармакотерапия, способы применения				психологии посттравматического стресса С. 95 – 110.		2.Практическое задание
5	Индивидуальная и групповая психотерапия ПТСР	2	6	–	Подбор психотерапевтических техник	8	1.Присутствие и активность 2.Составление конспекта
6	Психотерапия ПТСР разных психологических школ	10	10	–	Конспекты	12	1.Присутствие и активность 2. Практическое задание 3. Тестирование
Итого 108 ч		24	36	–	Конт (ТО) = 4	44	зачет

#### 4.3 Содержание разделов дисциплины

##### Лекция 1. Тема «Отсроченные реакции на стресс». Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): история возникновения и развития исследований. 1867 г. J. E. Erichsen опубликовал работу “Железнодорожная и другие травмы нервной системы”, диагноз “травматический невроз” (Н. Oppenheim), работы швейцарского исследователя Е. Stierlin (1909, 1911), которые, по мнению П. В. Каменченко, стали основой всей современной психиатрии катастроф. Большой вклад в нее внесли и ранние отечественные исследования, в частности изучение последствий крымского землетрясения в 1927 г. (Брусиловский Л., Бруханский М., Сегалов Т., 1928).

Значительные военные конфликты как источники травматических неврозов Е. Kraepelin (1916). Исследования после первой и второй мировых войн (Glass A.J, 1969, Figley Ch. R., 1978, Goodwin J., 1987). «Снарядный шок», возникновение «военного» и «травматического» невроза, направления в исследовании. Концепции тяжелых психических травм после Второй мировой войны: Модель «болезни», Модель «выносливости», Модели «окружающей среды», Модель «экспериментального невроза».

Исследования русских психиатров - В.Е.Галенко (1946), Э.М.Залкинда (1946, 1947), М.В.Соловьева (1946) и др. Последствия аварии на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясения в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 70-х годов накоплен значительный материал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны. Схожая симптоматика обнаруживалась у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. J. Horowitz предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав его “посттравматическим стрессовым расстройством” (post-traumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. J. Horowitz разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM - III и DSM-III-R), а позже (практически без изменений) - для МКБ - 10.

3-х уровневая характеристика психогенных расстройств (психологический, невротический (пограничный) и психотический) 1. Психологические формы реагирования: психологические реакции (острые, отставленные); посттравматические стрессовые расстройства (острые, отставленные, хронические). 2. Невротические реакции и состояния: невротические реакции (острые, затяжные); невротические состояния; невротическое развитие личности.

3. Реактивные психозы (острые, затяжные).

Различают острые (менее 3 месяцев), отставленные (симптоматика проявилась спустя 6 месяцев после травмы) и хронические ПТСР (длительность более 3 месяцев).

Стадии формирования постстрессовых нарушений: 1. травматический стресс (до 2 суток), 2. острое стрессовое расстройство (в течение 1 месяца после критического инцидента - от 2 суток до 4 недель) 3. Посттравматическое стрессовое расстройство (от 1 месяца) 4. посттравматическое расстройство личности.

**Теоретические модели травматического стресса и ПТСР:** психодинамическая, когнитивная, экзистенциальная, психобиологическая и мультифакторная теории.

В основе психодинамического подхода в патогенезе ПТСР лежит теория синдрома стрессовых реакций М. Горовица.

В своей теории М.Горовиц опирался на две концепции – концепцию Фрейда и теорию Пиаже. В основе концепции Фрейда лежал конфликт между Ид, которое стремится защитить организм, вытесняя неприятные воспоминания и Суперэго, которое напоминает человеку, что он вел себя «неправильно».

Теория Пиаже вводит два понятия: ассимиляция – усвоение нового материала уже существующими схемами поведения и аккомодации – выработка новых форм поведения. Опираясь на эти концепции, М. Горовиц выделил несколько фаз развития синдрома стрессовых реакций:

- ситуация (интенсивность, продолжительность, внезапность),
- наличие непосредственной реакции (шок),
- фаза отрицания (вытеснение, уход),
- фаза вторжения (навязчивые воспоминания),
- фаза переживания (попытки объяснить себе, наказать себя)
- завершение цикла переработки информации (выздоровление).

Согласно этой теории, фаза вытеснения травмы из сознания, является наиболее адекватной острому периоду, помогая преодолеть последствия внезапной травмы. Далее же эффективным выходом из постстрессового состояния является непременно осознание всех аспектов травмы, и превращение травмирующей ситуации в часть собственного бытия человека. Авторы когнитивных моделей ПТСР считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации является основным фактором адаптации после травмы и должна носить не личностный характер (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

В этом случае сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также возможность сохранения собственного контроля за ситуацией.

Психосоциальные модели, придают решающее значение социальным условиям, в частности фактору социальной поддержки окружающих, для успешного преодоления ПТСР у пострадавшего.

До недавнего времени в качестве основной теории, объясняющей механизм возникновения ПТСР, выступала «двухфакторная теория». В ее основе положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР по (по И.П. Павлову). Травмирующее событие выступает в качестве безусловного стимула, вызывающего безусловную стрессовую реакцию. А другие нейтральные события, каким-то образом связанные с травматическим стимулом, могут служить условно-рефлекторными раздражителями, вызывающими стрессовую реакцию.

Второй составной частью этой теории, является оперантное обуславливание, то есть, если какие-то сходные или ассоциативные события ведут к дистрессу, то человек будет их все время избегать.

Результаты исследований последних лет привели к возникновению биологических теорий ПТСР. Согласно которым, развитие ПТСР обусловлено нарушениями эндокринной системы, вызванное за пределами стрессовым воздействием.

К комплексным теориям можно отнести нейропсихологическую теорию L. Kolb, согласно которой, длительное или интенсивное психическое воздействие ведет к повреждению и гибели нейронов коры головного мозга. В первую очередь страдают зоны ответственные за контроль над агрессией и циклом сна.

Мультифакторная теория, разрабатываемая А. Мэркером, пытается найти ответ на вопрос: почему ПТСР развивается лишь у части лиц, переживших травматическое событие? Он выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к развитию ПТСР:

- тяжесть травмы, ее неожиданность и неконтролируемость;
- защитные факторы: способность к осмыслению, наличие социальной поддержки, способность говорить о травме;
- факторы риска: возраст, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства, низкий интеллект, социоэкономический уровень.

В соответствии с этими теориями и строятся современные стратегии психотерапии ПТСР.

Американский психолог И Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения смерти, свободы, изоляции, бессмысленности. В травматической ситуации эти темы выступают не абстрактно, не как метафоры, а являются абсолютно реальными объектами переживания. Так, смерть предстает перед человеком в двояком виде. Человек становится свидетелем смерти других людей (знакомых незнакомых, родных, близких) и оказывается перед лицом своей возможной смерти.

## Лекция 2. Симптомы ПТСР. Типы ПТСР

### Общее представление о посттравматическом стрессовом синдроме. Симптомы и критерии.

Изучение ПТСР началось с клинического наблюдения и анализа последствий влияния на человека экстремальных факторов. ПТСР – это специфическая, отсроченная во времени, форма нарушения психики, вызванная однократным или повторяющимся (накопленным) воздействием стресс фактора, выходящего за пределы жизненного опыта личности, субъективно воспринимаемого как необычный, и вызывающий, как правило, необычайно сильные эмоциональные реакции.

ПТСР возникает, когда индивид пережил травматическое событие, в котором присутствовали оба следующих аспекта:

- человек пережил, или стал очевидцем события, связанного со смертью или серьёзным ранением – угрозой физической целостности, своей или других людей
- событие сопровождалось интенсивным переживанием страха, беспомощности, ужаса.

В настоящее время ПТСР определяется как синдромологический комплекс поведенческих реакций и особенностей функционирования психики, которые складываются в следующую клиническую картину (описаны диагностические критерии по МКБ-10 и DSM IV посттравматического стрессового расстройства, а также диагностические критерии острого стрессового расстройства по МКБ-10):

1. Травматическое событие переживается вновь и вновь (flashback).
2. Упорно избегается всё то, что может быть связано с травмой:
3. Неспособность вспомнить важные эпизоды травмы.
4. Выраженное снижение интереса к тому, что раньше занимало.
5. Ощущение одиночества.

6. Притупление эмоций.
7. Появляется чувство укороченного будущего.
8. Раздражительность или вспышки гнева.
9. Устойчивые симптомы на физиологическом уровне: проблемы со сном, нарушения памяти и концентрации внимания, повышенный тонус мышц (сверхбдительность), преувеличенное реагирование.

Динамика переживания травматической ситуации (модель благополучного протекания стресса): 1. фаза отрицания, 2. фаза агрессии и вины, 3. фаза депрессии, 4. фаза исцеления.

**Типы ПТСР** (Волошин В.М. 2001) Тревожный тип ПТСР, Астенический тип, Дисфорический тип, Соматоформный тип.

**Тревожный тип ПТСР** характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непроизвольных, с оттенком навязчивости, представлений, отражающих психотравмирующую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна – трудности при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна. Страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды насилия расправы ит.д.). Больные часто намеренно отодвигают наступления сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Больные сами обращаются за помощью, получают облегчение от активности.

**Астенический тип** отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данном случае представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости» расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели мучительной дремой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно. Больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

**Дисфорический тип** характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих бушевавшую раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурные реакции. О которых в последствии сожалеют. Наряду с этим непроизвольно представляются сценподобного характера эпизоды психотравмирующих ситуаций. Нередко сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства, поведение отличается отгороженностью. Типичны избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активных жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами

**Соматоформный тип** характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца (54%), ЖКТ (36%), головы (20%), эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами. Классические симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отставленный вариант



ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены флэшбэк встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Ипохондрическая фиксация на телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения.

### **Лекция 3. Диагностика ПТСР**

Специфика психодиагностики ПТСР: на первом этапе ретравматизация ( необходимо умение оказывать «первую психотерапевтическую помощь»).

При диагностике посттравматического стрессового расстройства могут использоваться следующие методы и методики:

1. Наблюдение.
2. Структурированное интервью (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Spitzer R.L. et al, 1987).
3. Проективные методы исследования личности (Тест Роршаха, Тематический апперцептивный тест, цветовой тест Люшера).
4. Стандартизированные личностные опросники (MMPI).
5. Опросники диагностирующие выраженность патопсихологической симптоматики в соответствии с диагностическими критериями, сформулированными в DSM-III, DSM-IV и МКБ-10. Специальные психологические опросники (шкалы):
  - шкала оценки тяжести воздействия травматического события (IES-R – Impact of Event Scale, Zilberg N. J. Et al., 1982)
  - шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина – модификации Mississippi scale (Keane T.M. et al., 1987, 1988), разработана для ветеранов войн, заложников и общегражданской версии для жертв несчастных случаев, катастроф, стихийных бедствий.
  - опросник травматического стресса, методика А. А. Кучера, разработанная в рамках МБД РФ.
  - опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Шкала Дерогатиса.
  - Life Event Questionnaire, Horowitz M. J. et al., 1977
6. Опросники, диагностирующие психическое состояние личности.
  - САН
  - опросник депрессивности Бека
  - опросник тревожности Спилбергера - Ханина

### **Критерии ПТСР в МКБ-10 . Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV.**

### **Лекция 4. Подходы к коррекции ПТСР. Фармакотерапия, способы применения**

Общие принципы лечения и коррекции ПТСР:

1. Немедленное начало лечения после психотравмы в целях профилактики и предотвращения развития хронической формы ПТСР, проработки произошедшего травматического события.
2. Комплексное лечение (фармакотерапия, правильное питание, физическая активность, отказ от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков; создание сети самопомощи, работа с социальным окружением пострадавшего).
3. Принцип нормализации.
4. Групповая работа.

5. Приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов и ПТСР, развитие у него способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров.
6. Сообщение психологом клиенту о той активной роли, которую он играет в терапии, обучение его методам релаксации и саморегуляции, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает его длительное время после травмы.

**Особенности психотерапии ПТСР. (Тарабрина Н. Б.)** Работа по установлению доверия, риск обрыва терапии. Трудности, связанные с принятием ими на себя роли реципиента психотерапевтической помощи.

Созданию доверительного и надежного контакта; информирование пациента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка пациента к дальнейшему терапевтическому опыту.

Метафора Д. Хаммонд «выправление перелома» или «дезинфицирование раны»,

Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР.

Терапевтические отношения с пациентом, у которого имеется ПТСР, обладают характерными особенностями: 1. Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру. 2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях). 3. Создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии. 4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности пациента в безопасности. 5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия. 6. Обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента.

Фундаментальное правило терапии ПТСР — принимать темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает.

Важнейшими целями терапии при лечении ПТСР являются:

- ✓ редукция клинической симптоматики, в том числе, тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;
- ✓ снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа, купирование чувства вины.

В случаях острого ПТСР к фармакотерапии прибегают при сильном возбуждении или потрясении больного, когда острота симптоматики затрудняет психотерапевтическую работу с пациентом.

#### **Фармакотерапия, способы применения.**

В случаях острого ПТСР к фармакотерапии прибегают при выраженном возбуждении или потрясении больного. Целесообразно назначение лекарственных средств и при лечении хронического ПТСР.

Терапия проводится с учетом имеющейся психопатологической симптоматики. При выраженной тревоге с ажитацией применяют транквилизаторы (феназепам, лоразепам, ксанакс) или используются небольшие дозы седативных нейролептиков (тиоридазин, хлорпротиксен). Наиболее широко для лечения ПТСР используются антидепрессанты, в большей степени для снятия обсессивно-компульсивной симптоматики и тревожно-фобических переживаний. В последнее время широко используются серотонинэргические антидепрессанты (золофт, прозак), которые кроме всего эффективны при эксплозивных (вспышках агрессивности) расстройствах, уменьшают влечение к алкоголю. Прием СИРС лучше начинать с небольших доз или сочетать с транквилизаторами. Транквилизаторы из группы бензодиазепинов назначают при наличии выраженной тревожной и нейровегетативной симптоматики (транксен, ксанакс, седуксен), а также при выраженных расстройствах сна (хальцион, дормикум). Исходя из роли, повышенной адренэргической активности, в усилении симптомов ПТСР, в лечении используются б- блокаторы (анаприлин, пропранолол) или α2-адреномиметики (клонидин). При

злоупотреблении лекарственными средствами или при выраженной импульсивности применяют финлепсин или соли лития. Лекарственная терапия при ПТСР всегда должна сочетаться с психотерапией.

## **Лекция 5. Индивидуальная и групповая психотерапия ПТСР. Стратегия психотерапии ПТСР.**

Психотерапия ПТСР может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом режиме.

В **индивидуальном режиме** применяется мультимодальный подход, используется следующая стратегия:

- Создание зоны доверия, установление безопасного контакта;
- Создание ресурсного состояния
- Отреагирование психотравмирующего материала (катарсические техники)
- Работа с травматической личностью. Осознание психотравмирующего опыта, интеграция травмированной части с целостной личностью, переформирование системы убеждений и ценностей, реальное видение прошлой ситуации, позитивные стороны события.
- Формирование новой модели поведения, социальная адаптация, простройка будущего.

Работа по **созданию ресурса**. *Возможности телесно-ориентированной психотерапии, создание «Безопасного места», техники арттерапии: «Луг», «Каким я хочу быть», «Я счастлив», «Мое желаемое состояние».*

Применение **техник отреагирования** (катарсические техники, где создается крепкое ресурсное состояние, либо есть диссоциация человека со своим травматическим «я», иначе риск ретравматизации).

Метод **нейро-лингвистического программирования**. Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главной задачей НЛП-терапевта, является обеспечение доступа пациента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение пациента тому, как ими пользоваться. НЛП можно применять сразу после установления контакта с пострадавшим, так как каждая техника по структуре совпадает со стратегией терапии ПТСР. Техники: *Техника тройной диссоциации. Быстрое лечение фобий. Шестишаговый рефреминг.*

Применение когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении ПТСР. **Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз Ф.Шапиро.**

Техники из психосинтеза (работа с субличностями), рефреминг из НЛП, эриксоновский гипноз, работа с ложными убеждениями

В завершении психотерапии необходимо провести экологическую проверку работы (планы на будущее). Техника *НЛП «логические уровни»*. Техника «линия жизни» из НЛП (формирование позитивного отношения к себе и своей жизни, ценности жизни).

### **Групповая психотерапия.**

Групповая терапия – наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Часто она проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Варианты проведения групп с людьми, пережившими психотравму, могут быть разные.

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение определенных терапевтических целей:

- Разделение с терапевтом и группой повторного переживания травмы в безопасном пространстве (терапевт не форсирует процесс);
- Снижение чувства изоляции и обеспечение принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;

- Работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- Избавление от чувства изолированности, отчуждения несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
- Обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание;
- Прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;
- Наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект;
- Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность);
- Развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом;
- Преодоление чувства собственной неценности - «мне нечего предложить другому»;
- Возможность узнать о жизни других членов группы и смещение, таким образом, фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;
- Уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю;
- Возможность работы с «секретом» - делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (жертвы инцеста);
- Укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии важным основанием для такого оптимизма, является оберегающая атмосфера в группе;
- Получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Наиболее эффективным является применение *клинической трансперсональной психотерапии* или другое название **интегративная трансперсональная психотерапия**. Во время сеанса человек находится в измененном состоянии сознания, это прямой доступ к бессознательному, где всегда есть очень мощный ресурс (внутренний целитель). В процессе терапии происходит высвобождение энергии, которая тратилась на удержание психологических защит и подавление эмоций. Во время сеанса терапии бессознательное индивида выбирает именно те переживания, которые являются наиболее значимыми в этот момент для личности и способно вывести их в сознание. Чаще это происходит в символической форме или в виде фантазий, иногда либо на телесном, либо эмоциональном уровне, т.е. организм избегает повторной травмы. Уже во время самой сессии может происходить интеграция субличности, пережившей травматический опыт, с целостной личностью, спонтанное изменение убеждений, принятие своего травматического опыта, формирование новой модели поведения. Если же этого не происходит во время сессии, то проводится дальнейшая интеграция с помощью техник арт-терапии, психосинтеза, телесно-ориентированной психотерапии, психодрамы и другие. Этот метод подразумевает под собой групповую работу, в которую включены все этапы стратегии лечения ПТСР.

Схема проведения групповой терапии, предложенная Нидерландской международной школой психологов-реабилитологов:

- 1 круг - подробное проговаривание психотравматической ситуации в деталях;
  - 2 круг - высказывание мыслей по поводу данной ситуации;
  - 3 круг - подробный пересказ о своих чувствах, испытанные в психотравмирующей ситуации;
  - 4 круг - анализ видения собственной жизни в настоящем.
- Работа завершается «закрытием прошлого» и формированием начала новой жизни.

## Лекция 6. Психотерапия ПТСР разных психологических школ

Существует несколько направлений посттравматической терапии, так как в разных психологических школах свои взгляды на механизм, лежащий в основе развития ПТСР, и свои методические приёмы работы, то и взгляд на терапию различен от направления к направлению.

### ***Психодинамическая психотерапия***

В русле психодинамического понимания травмы можно выделить три различные интерпретации самого термина:

- 1) психическая травма как экстремальное событие, ограниченное во времени (т.е. имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта;
- 2) «кумулятивная травма», возникающая в онтогенезе из множества незначительных психотравматических событий;
- 3) психическая травма развития как результат неизбежных фрустраций потребностей и влечений субъекта.

В настоящее время новое истолкование в русле психодинамического подхода получают предложенные когда-то Фрейдом «энергетические» представления о травме: современные авторы предлагают заменить понятие «энергия» на понятие «информация». Последнее обозначает как когнитивные, так и эмоциональные переживания, и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу. Благодаря этому происходит сближение когнитивно-информационного и психодинамического взглядов на травму. Данный подход предполагает, что информационная перегрузка подвергает человека в состоянии постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Информация, будучи подверженной воздействию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом синдроме принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совпадающего поведения.

Вследствие травматического опыта у человека актуализируется конфликт между старым и новым образами «я», который порождает сильные негативные эмоции; чтобы избавиться от них, он пытается не думать о травме и ее реальных и возможных последствиях, в результате травматические восприятия оказываются недостаточно переработанными. Тем не менее, вся информация сохраняется в памяти, причем в достаточно активном состоянии, вызывая произвольные воспоминания. Однако, как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти.

Эта теория концентрируется на таких симптомах ПТСР, как отчуждение и ощущение «укороченного» будущего. Кроме того, данный подход предлагает объяснение флэшбэков и симптомов избегания. Под когнитивной схемой здесь понимается сохраняемый в памяти информационный паттерн, который регулирует и организует восприятие и поведение. В клинической психологии такой паттерн обозначается термином «схема "я"», которая распадается на различные составляющие (схемы, образы «я», роли); сюда же относятся и схемы значимого другого/значимых других и мира в целом (мировоззрение). Измененные когнитивные схемы связаны с так называемыми дисфункциональными когнициями, т. е. измененными установками или «ошибками мышления», ведущими к искаженной переработке информации. Под воздействием травмы эти схемы могут изменяться, в первую очередь — схемы «я» и схемы ролей.

После травмы изменяется образ «Я» и образы значимых других; эти измененные схемы остаются в памяти до тех пор, пока восприятие и переработка дальнейшей информации не приводят к интеграции измененных схем в состав старых, оставшихся незатронутыми травмой. Например, прежде уверенный в себе активный человек в результате травмы внезапно ощущает себя слабым и беспомощным. Его представление о себе после травмы можно сформулировать так: «Я — слабый и ранимый». Это представление вступает в конфликт с его прежним образом «я»: «я — компетентный и стабильный». Травматически измененные схемы будут оставаться в активном состоянии до тех пор, пока человек не окажется в состоянии принять тот факт, что он временами может быть также слабым и ранимым. Пока активированные измененные схемы не интегрированы в образ «я», они порождают флэшбэки и сильное эмоциональное напряжение.

Для снижения его включаются в действие, согласно Горовицу, процессы защиты и когнитивного контроля, например, в форме избегания, отрицания или эмоциональной глухоты. Всякий раз, когда когнитивный контроль не срабатывает в полной мере, травма переживается заново как вторжение (флэшбэк), что, в свою очередь, ведет к эмоциональному напряжению и к новому избеганию или отрицанию. Восстановление после травмы, по мнению Горовица, происходит лишь вследствие интенсивной переработки травматически измененных когнитивных схем.

Эмпирические исследования достаточно убедительно свидетельствуют в пользу теории М. Горовица. Так, методом контент-анализа категорий, встречающихся в высказываниях пациентов — жертв дорожно-транспортных происшествий и криминальных действий, — были выявлены наиболее частотные темы: фрустрация по поводу собственной уязвимости, самообвинения, страх перед будущей потерей контроля над чувствами. Была обследована группа женщин, подвергшихся изнасилованию — их высказывания удалось сгруппировать следующим образом: измененный образ другого; измененный образ себя; изменившиеся близкие отношения; изменившееся чувство уверенности; самообвинение.

Интенсивность постстрессового синдрома, согласно Горовицу, определяется тем, насколько сильно выражена, во-первых, тенденция к вторжению произвольных воспоминаний, во-вторых, тенденция к избеганию и отрицанию. Основная задача психотерапии заключается в том, чтобы снизить чрезмерную интенсивность обоих этих процессов. Сначала необходимо подчинить контролю возникшее после травматизации экстремальное психическое состояние, а затем встает задача интегрировать травматический опыт в целостную систему представлений о себе и мире. Тем самым уменьшится острота конфликта между старыми и новыми представлениями.

Общая цель терапии — не осуществление всеобъемлющего изменения личности пациента с ПТСР, а достижение когнитивной и эмоциональной интеграции образов «я» и мира, позволяющей редуцировать постстрессовое состояние.

Выведение вытесненных событий на уровень сознания, эмоциональное отреагирование освобождает человека от систематической амнезии, связанной с тенденцией избегать определенных негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются проективные методики.

Работа также направлена на восстановление самоуважения и самообладания, развитие здорового уровня личностной ответственности, восстановление целостности «Я».

### ***Бихевиоральная терапия***

Поведенческая психотерапия достаточно эффективна при коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения не обязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее, главным образом, - формировать и укреплять способность к адекватным действиям, приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль.

Методы поведенческой психотерапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенсибилизацию, градуированное представление и самоконтроль.

Поведенческая психотерапия сосредоточивается на замене неприемлемых действий приемлемыми и использовании некоторых методов, ведущих к уменьшению или прекращению нежелательного поведения. Например, одна из техник обучает пациентов диафрагмальному дыханию для снятия беспокойства. Терапия может проводиться с использованием *систематической десенсибилизации* (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации), либо иметь вид *метода "наводнения"* (пациентов ставят в пугающую их ситуацию и помогают с ней справиться). Метод «наводнения» считается более действенным.

Систематическая десенсибилизация — метод, направленный на то, чтобы пациент с ПТСР, склонный к поведению в виде избегания, создал в своем воображении иерархию вызывающих тревогу образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в

условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется *градуированной экспозицией*. Эта техника используется в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение посредством исключения негативных последствий. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга, - это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).

Нагнетание вызывающих тревогу факторов - метод, при котором пациент непосредственно подвергается воздействию вызывающих наибольшую тревогу факторов. В случае если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется *имплозией*. Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой психотерапии, при условии, что пациент может выдерживать связанную с терапевтическим воздействием тревогу.

### ***Когнитивная терапия***

В основу этого направления положен принцип переоценки травмирующего опыта. В момент психической травмы происходит перегрузка когнитивных структур информацией. И затем мозг пытается переработать эту массу информации, чередуя периоды переработки и блокирования травматического события. Авторы концепции (Милейнз, Лопец, Яноф-Вульман, Тейлор) считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации является основным фактором успешной адаптации. Для этого следует в сознании пациента перевести воспоминание и оценку психотравматического события в экстернальную плоскость, то есть травма будет лежать вне личностных особенностей человека. Основная задача терапии - восстановление в сознании пациента, страдающего ПТСР, гармоничность существующего мира, целостность его когнитивной модели, восстановление базовых установок: доброты окружающих, ценности собственной личности.

В основе некоторых современных подходов к изучению посттравматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции являются личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она значительно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса.

Терапевты когнитивно - поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий, и, следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению эмоционального состояния пациента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно - поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее путем оспариваний их уместности.

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и своей роли в обществе. Дезадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным искажениям, или ошибками в мышлении. Эта теория ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок, направленных на самозащиту. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся в течение 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искаженные представления и установки. Домашние задания заключаются в следующем: пациентов просят

написать, что они чувствуют в определенных стрессовых ситуациях (таких, как «я несовершенен» или «никому до меня нет дела»), и определить частично не осознаваемые, лежащие в их основе предположения, которые провоцируют появление негативных установок. Такой способ называется *распознаванием и коррекцией произвольных мыслей*.

### ***Психосоциальная, семейная терапия***

В данной концепции выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации людей, перенесших психическую травму. Главный фактор - наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. Если такая поддержка отсутствует, то значительно возрастает вероятность психологической и социальной дезадаптации. И наоборот, привлечение к процессу излечения от ПТСР людей из близкого окружения, в том числе обязательно членов семьи, может оказать позитивное влияние на процесс реабилитации.

Необходимо рассказать родственникам о клинических признаках ПТСР, о переживаниях и чувствах больного, о принципах поведения родственников в данной ситуации. Обязательно необходимо проинформировать их о длительности течения этого заболевания и о возможном «flashbacks»-эффекте. С близкими родственниками также необходимо проведение психотерапевтических сеансов, ибо очень часто поведение больного может способствовать развитию у них пограничных психических расстройств. Основная задача: помочь супругам приспособиться к тем изменениям, которые произошли для обоих, организовать систему психологической поддержки внутри семьи.

### ***Гипноуггестивная терапия***

Основная идея данного метода в том, что для нормальной деятельности головного мозга необходим такой феномен, как транс. Трансы (по Гиллигану) могут быть как мягкие, субъективно переживаемые как приятные и позитивные, повышающие самооценку, так и «жесткие», субъективно болезненные, снижающие самооценку человека. В момент психической травмы, возникает измененное, трансовое состояние сознания, которое затем повторяется вновь и вновь, определяя клинику посттравматического стрессового расстройства.

Основная задача - утилизировать при помощи различных трансовых техник негативные трансовые состояния и восстановить «мягкие» естественные трансы. Используя позитивное трансовое состояние, переработать травматический эпизод или эпизоды и интегрировать со всей историей развития человека. При помощи специально сконструированных метафор достигается наработка более эффективных поведенческих стратегий.

Гипнотерапия все более широко применяется в посттравматической терапии за рубежом.

### ***Клиентцентрированная (роджерсовская) психотерапия***

Клиентцентрированная психотерапия уделяет внимание полной проработке пациентом четырех этапов субъективного переживания кризиса:

1. Ощущение психологического дискомфорта - начало осознания кризиса. Прилагаемые усилия к тому, чтобы выйти из травмирующего состояния, приводят к усугублению кризиса.
2. Усиливается и нарастает ощущение изоляции и одиночества.
3. Сделка, торговля, бартер. Предпринимаются попытки использовать более легкие средства, чтобы улучшить эмоциональное состояние (алкоголь, секс, витамины, отдых и т.д.).
4. Депрессия. Психическая энергия, которая затрачивается на избегание травмирующего состояния и подавление чувств, сковывает и изнуряет человека. Возникает чувство усталости и беспомощности. На этой стадии человек обращается к психотерапевту — это начало принятия кризиса и поиска выхода из него.

Основная задача психотерапевта — помочь пациенту осознать возможность трансформации его кризисного состояния, увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни. Прежде всего, консультант информирует пациента о необходимости соблюдения психологической гигиены, изменяет его установку по отношению к другим людям: учит отделять личность от ее поведения. Терапевт помогает пациенту выразить свои чувства,



посмотреть на ситуацию со стороны, завершить незавершенное, найти опору в себе.

На следующей стадии идет работа над осознанием причин появления кризиса и принятием ответственности за свое состояние самим пациентом. В результате пациент приходит к пониманию происходящего и осознанию конечности кризиса. Ослабевают страхи перед будущим. Таким образом, проходя все этапы кризиса, психотерапевт трансформирует, изменяет состояние пациента, учит его, как не быть жертвой.

Заключительная стадия работы - это «кристаллизация идеи будущего», обсуждение новых возможностей и новых действий, принятие ответственности за предстоящие изменения, психологическая поддержка новых действий пациента.

### ***Гештальт-терапия***

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств. Она также с успехом применяется при терапии многих психосоматических расстройств, в работе с широким спектром внутриличностных и межличностных конфликтов. Это дает возможность ее использования при работе с участниками боевых действий с ПТСР.

Целью терапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование процесса развития человека, реализация его возможностей и устремлений за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у клиента готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Внимание и активность терапевта концентрируются на том, чтобы помочь клиенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с окружающим и внутренним миром. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом. Также важно раскрытие их значений и функций в настоящее время.

Традиционно гештальт-терапия используется в групповых методах работы, однако, по данным зарубежных авторов, при работе с лицами, страдающими ПТСР, более эффективна индивидуальная терапия. В гештальт-терапии невротическое состояние индивида предполагает неспособность человека полностью контактировать (завершать цикл контакта) с собой и окружающей средой, следствием чего является определенная незавершенность ситуации. Одним из симптомов ПТСР является неспособность человека ориентироваться на длительную жизненную перспективу, то есть речь идет о неспособности индивида выделять потребности (фигуры) из фона. Происходит прерывание контакта уже на первой стадии. В случае, когда истинные потребности остаются за гранью осознания, они могут заменяться потребностями других людей.

Существует пять основных механизмов прерывания контакта: это проекция, конфлюенция, ретрофлексия, дефлексия и интроекция. Целью терапии является восстановление способности индивида к естественному функционированию цикла контакта и, следовательно, работа с механизмами его прерывания.

При конфлюенции работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от его слияния с другими, восстановлении границ.

В случае ретрофлексии и возникновения психосоматических заболеваний возможна работа с этими заболеваниями, она состоит из 4 этапов:

1. Генерализация проекции. Пациенту предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени. Можно расспросить пациента о характере болезни, попросить описать ее.

2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом. Следует сделать акценты на позитивном аспекте болезни («Зачем ты, сердечная боль, нужна мне?», «Что ты можешь дать мне ценного и необходимого, без чего я не могу обойтись?»). Осознание этой потребности.

3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по направлению к личному окружению.

4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

При работе с клиентом следует проанализировать функциональное значение болезни, степень ее жизненной важности, т.е. выяснить, что значит для него быть больным такой болезнью («Что значит для тебя быть гипертоником?»). Выяснить, в чем заключается личностный смысл этой болезни для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями оно может быть передано окружающим.

В случае дефлексии, когда человек уходит от обсуждения переживаний, может быть применима импрессивная техника, которая состоит в том, чтобы прерывать клиента в каких-либо действиях, например, в избегании контакта или же ухода в болтовню.

Существует противоположная, экспрессивная, техника, которая заключается в максимизации эмоций, жестов, позы, которую принимает пациент, т.е. отслеживая в процессе сеанса невербальные проявления и, отметив какую-либо позу клиента или жест, мимику, следует предложить человеку усилить это. Таким образом, он может выйти на новый уровень понимания своего состояния и осознать свою скрытую эмоцию.

В случае проекции можно также применить супрессивную технику - просто прервать проецирование клиента, предложив ему переадресовать высказывание. Если клиент говорит, что кто-то агрессивен, — предложить сказать ему: «Я сам агрессивен» несколько раз. Эта переадресация может помочь клиенту осознать свои настоящие чувства.

Одним из основных симптомов ПТСР являются кошмарные сновидения, повторяющиеся воспоминания о психотравмирующих ситуациях. Хотя большинство авторов придерживается мнения, что ночные кошмары о боевых травмах не несут глубинного личностного смысла, по данным последних зарубежных работ, можно все же говорить о том, что кошмарные сновидения являются выражением какого-то скрытого конфликта. В данном случае возможна работа с этими сновидениями в рамках гештальт-терапии. Различные элементы сна рассматриваются как проекция отдельных частей личности человека, видящего сон. Сон рассматривается как экзистенциальное послание, с которым спящий обращается к самому себе. Для этого клиенту предлагается последовательно идентифицировать себя с разными элементами сна таким образом, чтобы присвоить обратно свои проекции. Важно воспроизвести сон со всех точек зрения, т.е. побывать в роли каждого персонажа сна, включая и неодушевленные предметы. Человек должен прожить, осознать и интегрировать отвергаемые им части личности.

### ***Нейро-лингвистическое программирование***

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — психотерапевтическая концепция, согласно которой за счет изменения, представленного в сознании психического образа жизненной ситуации, изменяется психическое состояние человека для обеспечения возможности эффективной реализации себя в жизни и удовлетворения актуальных потребностей.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-терапевта являются: обеспечение доступа пациента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение пациента тому, как ими пользоваться. Выполнение этих задач достигается использованием различных техник: «интеграция якорей», «тройная диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», «взмах».

Различные технические приемы направлены на дестабилизацию психотравматического воспоминания и, как и предыдущая модель терапии, последующая интеграция в личностный опыт человека. Понятия об «ассоциации» и «диссоциации» позволяет проводить терапию в наиболее щадящем для клиента режиме. Такой прием, как якорение внутренних состояний с последующей интеграцией якорей, значительно облегчает утилизацию травматических воспоминаний. На

последующей стадии развития посттравматического расстройства удобно диагностировать имеющиеся проблемы при помощи модели логических уровней Р. Дилтса - Г. Бейтсона (окружение-способ действия-способности-ценности и убеждения-идентичность и т.д.) и проводить терапевтическое вмешательство соответственно уровню.

Вмешательство на уровне стратегий помогает клиенту заменить проблемное поведение на более эффективное поведение, проявляющееся в конкретных контекстах и ситуациях.

НЛП-терапия может проводиться как прямо, в открытую, так и косвенно, посредством невербальных техник, а также метафор. Косвенное воздействие помогает свести сопротивление клиента до минимума.

#### **4.4 Темы и планы практических занятий**

##### **Практическое занятие №1 Отсроченные реакции на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Теоретические модели травматического стресса и ПТСР.**

*Вопросы для обсуждения:*

1. Развитие исследований в области ПТСР.
2. Особенности и виды отсроченных реакций.
3. Динамика развития стрессовых реакций.
4. Теоретические модели травматического стресса и ПТСР (психодинамическая, когнитивная, экзистенциальная, психобиологическая и мультифакторная теории).

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: групповые дискуссии, составление схем и таблиц по теме.

Форма текущего контроля: опрос, словарь терминов.

##### **Практическое занятие №2 Симптомы ПТСР. Типы ПТСР**

1. Определение понятия травма.
2. Симптомы ПТСР (МКБ-10 и DSM IV).
3. Типология ПТСР (Волошин В.М.)

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: групповые дискуссии, составление схем и таблиц по теме.

Форма текущего контроля: опрос

##### **Практическое занятие №3 Диагностика ПТСР**

1. Методы диагностики ПТСР.
2. Апробация методов диагностики ПТСР.

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: групповая дискуссия

Форма текущего контроля: опрос, контрольная работа

##### **Практическое занятие №4 Подходы к коррекции ПТСР. Фармакотерапия, способы применения**

1. Особенности психотерапии ПТСР. (Тарабрина Н. Б.)
2. Правила и предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР
3. Цели посттравматической терапии.
4. Фармакотерапия, способы применения.

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: групповая дискуссия, кейс-метод.

Форма текущего контроля: кейс-метод.

##### **Практическое занятие №5 Индивидуальная и групповая психотерапия ПТСР**

1. Индивидуальная психотерапия, факторы риска, алгоритм и механизмы работы.
2. Техники индивидуальной психотерапии на разных этапах работы.

3. Групповая психотерапия ПТСР: алгоритм и механизмы работы.
4. Техники индивидуальной психотерапии на разных этапах работы.

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: презентации, групповая дискуссия

Форма текущего контроля: опрос, решение и составление кейсов.

### **Практическое занятие №6 Психотерапия ПТСР разных психологических школ**

*Вопросы для обсуждения:*

1. Психодинамическая психотерапия
2. Бихевиоральная терапия
3. Когнитивная терапия
4. Психосоциальная, семейная терапия
5. Гипносуггестивная терапия
6. Клиентцентрированная (роджерсовская) психотерапия
7. Гештальт-терапия
8. Нейро-лингвистическое программирование

Формы и методы проведения занятий по теме, применяемые образовательные технологии: групповые дискуссии, составление схем и таблиц по теме.

Форма текущего контроля: опрос

## **5. Темы дисциплины для самостоятельного изучения**

### ***Методические указания по организации самостоятельной работы студентов***

Самостоятельная работа организуется с целью формирования компетенций (предусмотренных данной программой), понимаемых как способность применять знания, умения и личностные качества.

Основные формы организации самостоятельной работы:

Аудиторная самостоятельная работа под методическим руководством преподавателя на практических занятиях.

Внеаудиторная самостоятельная работа под методическим руководством и контролем преподавателя, но без его непосредственного участия при подготовке к аудиторным занятиям, текущим и промежуточным формам контроля.

### ***Самостоятельная работа студентов***

**1. Составить словарь основных понятий по дисциплине «Психотерапия ПТСР» (не менее 20 понятий).** Например, в виде таблицы:

№	Термин	Определение понятия
1.	Депривация	
2.	Конфликт	
3.	Кризис	
4.	Насилие	
5.	Психологическая защита	
6.	Ресурс личности	
7.	Стресс	
8.	Фрустрация	
9.	и т.д.	
10.		
11.		

**2. Подготовьте доклады и сформулируйте вопросы к круглому столу на тему «Методы работы с ПТСР».** Из различных источников информации подготовьте материал о методах коррекции кризисных состояний.

## **6. Образовательные технологии**

Курс включает занятия с использованием следующих технологий:

- проблемное изложение теоретического лекционного материала;
- дискуссионное изложение/обсуждение вопросов семинарских занятий;
- индивидуальные и групповые консультации;
- оперативный контроль и самоконтроль знаний;
- решение и составление кейсов;
- контрольные работы по терминам и понятиям;
- написание и защиту рефератов;
- итоговый контроль в форме зачета.

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование раздела</b>	<b>Виды учебных занятий</b>	<b>Образовательные технологии</b>
1.	Отсроченные реакции на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Теоретические модели травматического стресса и ПТСР.	Лекция Практическое занятие	проблемное изложение теоретического лекционного материала оперативный контроль и самоконтроль знаний
2.	Симптомы ПТСР. Типы ПТСР	Лекция Практическое занятие	проблемное изложение теоретического лекционного материала дискуссионное изложение вопросов семинаров составление схем и таблиц по теме оперативный контроль и самоконтроль знаний
3.	Диагностика ПТСР	Лекция Практическое занятие	проблемное изложение теоретического лекционного материала дискуссионное изложение вопросов семинаров составление схем и таблиц по теме оперативный контроль и самоконтроль знаний
4.	Подходы к коррекции ПТСР. Фармакотерапия, способы применения	Лекция Практическое занятие	проблемное изложение теоретического лекционного материала дискуссионное изложение вопросов семинаров кейс-метод.
5.	Индивидуальная и групповая психотерапия ПТСР	Лекция Практическое занятие	проблемное изложение теоретического лекционного материала дискуссионное изложение вопросов семинаров кейс-метод
6.	Психотерапия ПТСР разных	Лекция Практическое	проблемное изложение теоретического лекционного материала

	психологических школ	занятие	групповые дискуссии, составление схем и таблиц по теме, презентации к теме
--	----------------------	---------	--

## **7. Оценочные средства (материалы) для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

### ***Вопросы к зачету***

1. Какие гипотезы психических расстройств были выделены после Второй мировой войны?
2. Какие модели психических расстройств были выделены, опишите их.
3. Что такое 3–х уровневая характеристика психогенных расстройств?
4. Какие разновидности реакций ПТСР вам известны, опишите их.
5. Что такое ПТСР, при каких условиях оно формируется? Каковы проявления ПТСР?
6. Какие этапы переживания травматических ситуаций вам известны, опишите их.
7. Как проявляются способности к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни?
8. В чем заключается смысл генерализации ожидаемой угрозы?
9. Как влияет на адаптацию вегетативная нервная система?
10. Почему травмированные индивиды склонны обвинять самих себя в случившемся?
11. Каковы факторы риска возникновения ПТСР?
12. К чему могут приводить трансформации регуляторных систем?
13. Какие трудности возникают у пациентов с ПТСР?
14. Что такое дебрифинг? Как он проводится, опишите его цели, части и фазы.

### **Тестовые задания**

#### **1. К ПОНЯТИЮ «ГИПЕРВОЗБУДИМОСТЬ» (КРИТЕРИИ ПТСР ПО DSM 4) ОТНОСЯТСЯ СИМПТОМЫ**

- 1) заметное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности повторяющиеся тяжелые сны о событии
- 2) трудности с засыпанием или плохой сон (ранее пробуждение)
- 3) гипертрофированная реакция испуга
- 4) раздражительность или вспышки гнева.

#### **2. К ПОНЯТИЮ «ПОСТОЯННОЕ ИЗБЕГАНИЕ СТИМУЛОВ» (КРИТЕРИИ ПТСР ПО DSM 4) ОТНОСЯТСЯ СИМПТОМЫ**

- 1) заметное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности
- 2) усилия по избеганию мыслей чувств или разговоров, связанных с травмой
- 3) трудности с засыпанием или плохой сон (ранее пробуждение)
- 4) гипертрофированная реакция испуга
- 5) чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей.

#### **3. К ПОНЯТИЮ «ИНТРУЗИЯ, ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ ПОВТОРЯЕТСЯ» (КРИТЕРИИ ПТСР ПО DSM 4) ОТНОСЯТСЯ СИМПТОМЫ**

- 1) повторяющиеся тяжелые сны о событии
- 2) такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания опыта», иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк»-эффекты, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просономном состоянии)
- 3) трудности с засыпанием или плохой сон (ранее пробуждение)
- 4) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви)
- 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

4. В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОГО ПО ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ В НЕЙРОНАХ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, БЛОКАДА СИМПАТИЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ И ДАЖЕ ГИБЕЛЬ НЕЙРОНОВ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СТРАДАЮТ ЗОНЫ МОЗГА, СВЯЗАННЫЕ С КОНТРОЛЕМ НАД АГРЕССИВНОСТЬЮ И ЦИКЛОМ СНА – ЭТО ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПТСР БЫЛА ПРЕДЛОЖЕНА

- 1) L. Kolb
- 2) А. Мэркэром
- 3) Р. Питмэном
- 4) Яломом
- 5) Горовицем

5. ОПРОСНИКОМ (ТЕСТОМ), ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ФАКТОРОВ (ОСТРУЮ СТРЕССОВУЮ РЕАКЦИЮ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций
- 2) опросник выраженности психопатологической симптоматики Дерогатиса
- 3) опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий (Котенев 1996)
- 4) шкала оценки влияния травматического события (Горовиц 1979)
- 5) шкала диссоциации

6. ТЕРМИН «ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО» БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- 1) Фрейд
- 2) Смулевич
- 3) Кардинер
- 4) Майерс
- 5) Горовиц

7. ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДИССОЦИАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушение чувства времени – изменение мышления, при котором доминируют архаические формы – изменения образа тела – нарушения восприятия
- 2) заметное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности – усилия по избеганию мыслей чувств или разговоров, связанных с травмой – трудности с засыпанием или плохой сон (ранее пробуждение)
- 3) гипертрофированная реакция испуга – чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей – тахикардия – изменения образа тела
- 4) усилия по избеганию мыслей чувств или разговоров, связанных с травмой – трудности с засыпанием или плохой сон (ранее пробуждение) – чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей – нарушение чувства времени
- 5) чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей – нарушение чувства времени

8. ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ПТСР ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ВОЛОШИНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) острый, хронический, отсроченный
- 2) тревожный, астенический, дисфорический, соматоформный
- 3) активно-оборонительный, пассивно-оборонительный, деструктивный
- 4) первичный, вторичный, повторный
- 5) вегетативный, эмоциональная-поведенческий, когнитивный, социально-психологический

9. В КЛАССИФИКАЦИИ ПТСР ПО ТЕЧЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) острое, хроническое, отсроченное

- 2) тревожное, астеническое, дисфорическое, соматоформное
- 3) активно-оборонительное, пассивно-оборонительное, деструктивное
- 4) первичное, вторичное, повторное
- 5) вегетативное, эмоциональная-поведенческое, когнитивное, социально-психологическое

**10. ТИПАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВETERANОВ ПРЕДЛОЖЕННЫЕ КАРВАСАРСКИМ Б. ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) острый, хронический, отстроченный
- 2) тревожный, астенический, дисфорический, соматоформный
- 3) активно-оборонительный, пассивно-оборонительный, деструктивный
- 4) первичный, вторичный, повторный
- 5) вегетативный, эмоциональная-поведенческий, когнитивный, социально-психологический

**11. ЭТАПАМИ ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) установление зоны доверия – отреагирование психотравмирующего материала – создание ресурсного состояния – работа с травматической личностью – формирование новой модели поведения.
- 2) отреагирование психотравмирующего материала – установление зоны доверия – создание ресурсного состояния – работа с травматической личностью – формирование новой модели поведения
- 3) установление зоны доверия – создание ресурсного состояния – отреагирование психотравмирующего материала – работа с травматической личностью – формирование новой модели поведения.
- 4) создание ресурсного состояния – установление зоны доверия – отреагирование психотравмирующего материала – работа с травматической личностью – формирование модели поведения.

**12. В СТАНДАРТНОЙ СЕРИИ ТЕХНИКИ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКА ДВИЖЕНИЕМ ГЛАЗ КОЛИЧЕСТВО ЦИКЛОВ СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 12
- 2) 24
- 3) 36
- 4) 48
- 5) 72

**13. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ОШИБКАМИ ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПТСР, ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) избегание травматического материала – использование групповой работы на начальном этапе
- 2) избегание травматического материала – несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта
- 3) несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта
- 4) использование групповой работы на начальном этапе

**8. Система оценивания планируемых результатов обучения**

Форма контроля	За одну работу		Всего
	Миним. баллов	Макс. баллов	



Текущий контроль:			
- работа на лекции	1 балл	2 балла	18 баллов
- подготовка к практическому занятию	1 балл	3 баллов	27 баллов
- тестирование	2 баллов	15 баллов	15 баллов
- решение и составление кейсов	4 балла	5 баллов	10 баллов
- реферат	5 баллов	10 баллов	10 баллов
Промежуточная аттестация (экзамен)			20 баллов
<b>Итого за семестр</b>	16	90	100 баллов

## **9 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **9.1 Основная литература**

1. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов вузов Электрон. дан. Москва : ЮНИТИ- ДАНА, 2020. 495 с. Доступ из ЭБС «IPRbooks». Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/52553>, требуется авторизация. Загл. с экрана.
2. Одинцова М.А. Психология экстремальных ситуаций: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2021. 303 с.
3. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и реабилитация. Центр ЭПП МЧС России 2023 г. Режим доступа : [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1)
4. Сидоров П. И. Психология катастроф [Электронный ресурс] : учеб. пособие / П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин, С. В. Марунык. Электрон. дан. Москва : Аспект Пресс, 2020. 414 с. Доступ из ЭБС «IPRbooks». Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/8882>, требуется авторизация. – Загл. с экрана.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Питер, 2021. Режим доступа : [https://nw.k.su/assets/files/BOOKS/Tarabrina\\_Praktikum\\_po\\_psikhologii.pdf](https://nw.k.su/assets/files/BOOKS/Tarabrina_Praktikum_po_psikhologii.pdf)

### **9.2 Дополнительная литература:**

1. Магомед-Эминов М.Ш., Филатов А.Е., Кадук Г.И., Квасова О.Г. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Харьков 1990.
2. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Екатеринбург, 2001.
3. Колодзин Б., Как жить после психической травмы. М., 1999.
4. Козлов В. В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 302 с.
5. Кризисная психология. Справочник практического психолога / сост. С. Л. Соловьева. М.: АСТ, 2008. 286 с.
6. Кучер А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: история возникновения представлений, суть явления, способы психодиагностики. – Управление социальной защиты населения администрации Новосибирской области. Новосибирск, 2002.
7. Матафонова Т.Ю., Павлова М.В., Засыпкина К.В. Методическое руководство «Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и реабилитация». Москва 2005г.
8. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – Речь, Санкт-Петербург, 2004.

### **9.3 Периодические издания**

1. Журнал «Вопросы образования» // <https://vo.hse.ru/about>

2. Журнал «Вопросы психологии» // <http://voppsy.ru>
3. Электронный журнал ИП РАН «Организационная психология и психология труда»  
// <http://work-org-psychology.ru/>

#### **9.4 Программное обеспечение**

- Microsoft Office 2010 Russian Academic OPEN 1 License (бессрочная),(лицензия 49512935);
- Microsoft VisualFoxPro Professional 9/0 Win32 Single Academic OPEN (бессрочная), (лицензия 49512935);
- Microsoft Sys Ctr Standard Sngl License/Software Assurance Pack Academic License 2 PROC (бессрочная), (лицензия 60465661)
- Microsoft Exchange Small Business CAL Russian Software Assurance Academic OPEN Level Device CAL Device CaL (бессрочная), (лицензия 60465661),
- Microsoft Win Home Basic 7 Russian Academic OPEN (бессрочная), (лицензия 61031351),
- Microsoft Office 2010 Russian Academic OPEN, (бессрочная) (лицензия 61031351),
- Microsoft Windows Professional 8 Russian Upgrade Academic OPEN (бессрочная), (лицензия 61031351),
- Microsoft Windows Vista Business Russian Upgrade Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 41684549),
- Microsoft Windows Server Datacenter 2003 R2 English Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 41684549),
- Microsoft Internet Security&Accel Server Standart Ed 2006 English Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 41684549),
- Microsoft Windows Professional 7 Russian Upgrade Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 60939880),
- Microsoft Office Professional Plus 2010 Russian Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 60939880),
- Microsoft Windows Server Standart 2008 R2 Russian Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 60939880),
- Microsoft Windows Server CAL 2008 Russian Academic OPEN, (бессрочная), (лицензия 60939880),
- Kaspersky Endpoint Security для бизнеса - Расширенный Russian Edition. 1000-1499 Node 2 year Educational Renewal License (лицензия 2022-190513-020932-503-526), срок пользования с 2019-05-13 по 2021-04-13
- ABBYYFineReader 11 Professional Edition, (бессрочная), (лицензия AF11-2S1P01-102/AD),
- Microsoft Volume Licensing Service, (бессрочная), (лицензия 62824441),
- Autodesk AutoCAD 2010 Russian, (бессрочная), (лицензия 391-12011783),
- CorelDRAW Graphics Suite X5Education License ML (1-60), (бессрочная), (лицензия 4088083),
- Microsoft Windows Server Standart Russian License/Software Assurance Pack Academic, (бессрочная), (лицензия 60939880),
- Microsoft Windows Server CAL Russian License/Software Assurance Pack Academic, (бессрочная), (лицензия 62590127),
- Mathcad Education – University Edition (25 pack), Academic Mathcad License Mathcad Extensions, MathcadProfessor Home Use License, Mathcad Professor Home Use Extensions, (бессрочная),(лицензия 3A1830135);
- Lucas-Nulle контракт №6-ОАЭФ2014 от 05.08.2014;
- Microsoft Windows Pro 64bit DOEM, (бессрочная), контракт № 6-ОАЭФ2014 от 05.08.2014
- Справочно-правовая система "Консультант Плюс", сетевая студенческая версия версия

«проф». В составе базы: «Судебная практика», «Сахалинский выпуск», «Законопроекты», «деловые бумаги», «международное право», «финансист», «эксперт-приложение», «документы СССР», «комментарии законодательства», «консультации для бюджетных организаций».

- Справочно-правовая система "Консультант Плюс", сетевая версия «проф». В составе базы: «документы СССР», «бюджетные организации», «строительство», «суды общей юрисдикции», «сахалинский выпуск», «деловые бумаги», «корреспонденция счетов», «международное право», «эксперт-приложение».
- 1С-Бухгалтерия: 8.1. Регистрационный номер 801274453;
- 1С-Университет. Регистрационный номер 8100238488;
- Программный комплекс «Планы», «Планы СПО» Договор № 4782 от 15.02.2018 года;
- «Антиплагиат. ВУЗ». Лицензионный договор №194 от 22.03. 2018 года;
- «Диплом-стандарт». Договор № 13651 от 14.05.2013 года (продлонгация от 18.01.2017);
- «Диплом-стандарт». Договор № 12209 от 14.06.2013 года (продлонгация от 18.01.2017);
- «Кибер ДИПЛОМ СПО» Договор № 11911 от 15.05.2018 года
- Программное обеспечение «Авторасписание AVTOR+ конвертер поручений» лицензионный договор № 5462 от 29.11.18
- 1С: Предприятие 8. Комплект для обучения в высших и средних учебных заведениях. Сублицензионный договор № 180/2017 от 26.01.2017
- Программный комплекс "ГРАНД-Смета 2018". Свидетельство № 4221\_181 от 22.03.2019

#### **9.5 Профессиональные базы данных – и информационные справочные системы современных информационных технологий**

1. Электронная библиотечная система eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>)
2. <http://psyfactor.org> – психологические статьи, книги, курсы и семинары.
3. <http://www.psychologies.ru/> – психологический журнал, статьи.
4. <https://www.b17.ru/> – профессиональный сайт психологов, статьи, консультации.
5. <http://psychojournal.ru/> – научно-популярный психологический портал, на котором собраны статьи, книги, фильмы, презентации и даже рефераты по психологии.
6. <https://psy-practice.com/> – статьи по психологии и психотерапии.
7. Национальная электронная библиотека (НЭБ) (<http://нэб.рф/>)
8. IPRbook (<http://www.iprbookshop.ru/>)
9. Электронная библиотечная система ЮРАЙТ <https://biblio-online.ru/> (доступ к индивидуальной полке)
10. Университетская библиотека онлайн: Biblioclub.ru

#### **10. Обеспечение образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов**

Учебные и учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для слепых и слабовидящих:

- лекции оформляются в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением;
- письменные задания выполняются на компьютере со специализированным программным обеспечением, или могут быть заменены устным ответом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- для выполнения задания при необходимости предоставляется увеличивающее устройство; возможно также использование собственных увеличивающих устройств;
- письменные задания оформляются увеличенным шрифтом;
- экзамен и зачёт проводятся в устной форме или выполняются в письменной форме на

компьютере.

Для глухих и слабослышащих:

- лекции оформляются в виде электронного документа, либо предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- письменные задания выполняются на компьютере в письменной форме;
- экзамен и зачёт проводятся в письменной форме на компьютере; возможно проведение в форме тестирования.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- лекции оформляются в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением;
- письменные задания выполняются на компьютере со специализированным программным обеспечением;
- экзамен и зачёт проводятся в устной форме или выполняются в письменной форме на компьютере.

При необходимости предусматривается увеличение времени для подготовки ответа.

Процедура проведения промежуточной аттестации для обучающихся устанавливается с учётом их индивидуальных психофизических особенностей. Промежуточная аттестация может проводиться в несколько этапов.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения предусматривается использование технических средств, необходимых в связи с индивидуальными особенностями обучающихся. Эти средства могут быть предоставлены университетом, или могут использоваться собственные технические средства.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

Обеспечивается доступ к информационным и библиографическим ресурсам в сети Интернет для каждого обучающегося в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для слепых и слабовидящих:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Для глухих и слабослышащих:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Учебные аудитории для всех видов контактной и самостоятельной работы, научная библиотека и иные помещения для обучения оснащены специальным оборудованием и учебными местами с техническими средствами обучения:

Для слепых и слабовидящих:

для глухих и слабослышащих:

- автоматизированным рабочим местом для людей с нарушением слуха и слабослышащих;
- акустический усилитель и колонки;

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- передвижными, регулируемые эргономическими партами СИ-1;
- компьютерной техникой со специальным программным обеспечением.

## **11. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)**

Материально-техническое обеспечение дисциплины: учебная аудитория для проведения занятий лекционно-практического типа укомплектована специализированной мебелью и

техническими средствами обучения, служащими для представления информации большой аудитории: доска меловая – 1, экран – 1, мультимедиапроектор -1 Персональный компьютер – 1; Колонки – 2; программа для создания и демонстрации презентаций MicrosoftPowerPoint. Помещение для самостоятельной работы: аудитория укомплектована специализированной мебелью, оснащена компьютерной техникой: компьютерами с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

УТВЕРЖДЕНО  
Протокол заседания кафедры  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

## ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

в рабочей программе (*модуле*) дисциплины «Психотерапия ПТСР»  
по направлению подготовки 37.04.01. «Психология» «Экстремальная психология»  
на 20\_\_/20\_\_ учебный год

1. В \_\_\_\_\_ вносятся следующие изменения:

(элемент рабочей программы)

- 1.1. ....;
- 1.2. ....;
- ...
- 1.9. ....

2. В \_\_\_\_\_ вносятся следующие изменения:

(элемент рабочей программы)

- 2.1. ....;
- 2.2. ....;
- ...
- 2.9. ....

3. В \_\_\_\_\_ вносятся следующие изменения:

(элемент рабочей программы)

- 3.1. ....;
- 3.2. ....;
- ...
- 3.9. ....

Составитель  
дата

подпись

расшифровка подписи

Зав. кафедрой

подпись

расшифровка подписи