

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**СТРЕСС И АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ
РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ,
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И
ПСИХОТЕРАПИЯ**



Минск, БелМАПО
2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**СТРЕСС И АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ
РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ,
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И
ПСИХОТЕРАПИЯ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по профилю образования «Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2023

УДК 159.944.4:616.895]-07-036.1-085.851(075.9)

ББК 88.283+53.57я78

С 84

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 10.1 от 16.12.2022

Авторы:

Байкова И.А., заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Давидовский С.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Родцевич О.Г., декан педиатрического факультета БелМАПО, доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Таболкина А.А., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Тарасевич Е.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Терещук Е.И., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, к.м.н., доцент

Ерема А.В., старший преподаватель кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО

Семак В.И., старший преподаватель кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО

Рецензенты:

Кирилюк В.С., главный врач УЗ «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии»

Кафедра психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

С 84 **Стресс** и ассоциированные со стрессом расстройства, диагностические критерии, особенности клинической картины и психотерапия : учеб.-метод. пособие / И.А. Байкова [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2023. – 108 с.
ISBN 978-985-584-853-1

В учебно-методическом пособии рассматриваются психические и физиологические состояния, возникающие в ответ на разнообразные экстремальные воздействия и ассоциированные со стрессом расстройства; диагностические критерии; особенности клинической картины и психотерапия.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы переподготовки по специальностям «Психотерапия», «Медицинская психология»; повышения квалификации врачей-психотерапевтов, врачей-психологов, врачей-психиатров-наркологов, врачей терапевтических специальностей.

УДК 159.944.4:616.895]-07-036.1-085.851(075.9)

ББК 88.283+53.57я78

ISBN 978-985-584-853-1

© Байкова И.А. [и др.], 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ. ПОНЯТИЕ СТРЕССА. КОНЦЕПЦИИ СТРЕССА И СТРЕСС-ЗАВИСИМЫХ РАССТРОЙСТВ	4
2. ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС. ПСИХОТЕРАПИЯ	25
3. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО. ПСИХОТЕРАПИЯ	31
4. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА	39
5. РАССТРОЙСВА АДАПТАЦИИ. ПСИХОТЕРАПИЯ	52
6. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ПОМОЩЬ ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ СУИЦИДЕ	61
7. РАБОТА С СИТУАЦИЯМИ ПОТЕРИ. МЕТОДЫ ПОДДЕРЖКИ В СИТУАЦИИ РЕАКЦИИ ГОРЯ	73
ПРИЛОЖЕНИЕ	88
ЛИТЕРАТУРА	105

*«Стресс не следует избегать,
ибо полная свобода от стресса означает смерть.
Стресс – это аромат и вкус жизни».*

Ганс Селье (1907-1982) создатель учения о стрессе



1. ВВЕДЕНИЕ

ПОНЯТИЕ СТРЕССА. КОНЦЕПЦИИ СТРЕССА И СТРЕСС-ЗАВИСИМЫХ РАССТРОЙСТВ

Стресс (от англ., stress - давление, напряжение) - комплексное психическое и физиологическое состояние, возникающее в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры). Канадский физиолог Г. Селье [1992], один из родоначальников концепции стресса, предложил термин «стресс» для обозначения возникающих в результате любых внешних воздействий приспособительных реакций организма, направленных на восстановление гомеостаза постоянства внутренней среды. Он описал три стадии стресса: стадия тревоги (мобилизация адаптационных возможностей); стадия сопротивляемости; стадия истощения (последствия длительного и/или чрезмерного стресса, ведущее к патологии). Согласно современным представлениям, стресс - это состояние организма, с одной стороны, лежащее в основе приспособления организма к многообразным влияниям внешней среды, а с другой стороны - пусковой фактор для многих заболеваний, проявляющихся как в нарушениях психических функций, так и в психосоматических расстройствах, обусловленных комплексным повреждающим воздействием стресса на нейрогуморальные и другие системы организма (среди этих расстройств - артериальная гипертензия, язвенная болезнь, аллергия, бронхиальная астма, некоторые онкологические заболевания и др.).

Роль стресса состоит в неспецифической активизации организма, в результате которой организм приходит в состояние «боевой готовности к немед-

ленному реагированию». Цель такого состояния - эффективный ответ на внешнее влияние (стрессор), вызывающий активизацию индивида либо уход из стрессовой ситуации («борьба или бегство») [Кэннон, 1927].

Согласно Г. Селье [1992], следует четко различать состояния положительного стресса (эустресса) и разрушающего стресса (дистресса). Эустресс мобилизует организм и его итог - обогащение организма новыми эффективными способами реагирования на стрессовые события и здоровое приспособление к ним. Результат дистресса - поломка каких-либо механизмов приспособления, частичное или полное нарушение согласованности деятельности систем организма, в ряде случаев последующая выработка патологических форм преодоления негативных последствий. Примером таких патологических состояний являются тревожные и депрессивные расстройства, возникшие на фоне стресса, посттравматическое стрессовое расстройство, хронические изменения личности после переживания катастрофы и т. п.

Стресс разделяют на биологический и психологический, часто наблюдается их сочетание. Биологический (физический, физиологический) стресс - стресс-реакция, возникающая в ответ на стрессогенные внешние факторы (холод, тепло, физическое повреждение, гипоксия, физическая нагрузка, повышенное или пониженное атмосферное давление, интоксикация, инфекция и др.), включающая комплексную мобилизацию органов и систем организма, направленную на восстановление гомеостаза.

Термин «психологический стресс» впервые предложил Р. Лазарус [Lazarus, 1984]. По мнению Лазаруса, такие индивидуальные факторы, как значимость ситуации для субъекта, когнитивные процессы, личностные особенности, влияют на характер и выраженность психологического стресса.

Стресс современного человека проник во все сферы нашей деятельности, стал частью нашей жизни. Состояние, которое столетия назад было важным защитным механизмом, в сегодняшнем мире превратилось в основной источник заболеваний. Поэтому современному человеку жизненно необходимо научиться защищаться от чрезмерного стресса.

Нейрогормональные процессы при стрессе

Согласно существующим в настоящее время представлениям [Жуков, 2007] при любом стрессовом воздействии всегда: активизируется симпатическая нервная система; выбрасывается в кровь адреналин из мозгового слоя надпочечников; секретируется кортиколиберин в гипоталамусе, адренокортикотропный гормон в гипофизе и глюкокортикоиды в коре надпочечников.

Цель этих изменений - приспособить организм именно к конкретному изменению среды. Диапазон задействуемых звеньев стресс-реакции, активиза-

ция или подавление выделения тех или иных гормонов будут зависеть от типа, выраженности и длительности стрессового фактора, а также функционального состояния организма.

Формирование стресс-реакции в организме человека в ответ на внешнее влияние можно схематически представить, как проходящее на нескольких уровнях [Батуев, Полякова, 2008].

На первом уровне происходит непосредственное восприятие стимула с помощью органов чувств, затем эта информация передается в другие отделы центральной нервной системы, где происходит ее постепенная обработка и начинается второй этап [Батуев, Полякова, 2008]. На этом уровне стресс-лимитирующую функцию может выполнить дисфункция органов чувств, случайное или намеренное игнорирование внешних сигналов, а также избегание потенциально опасных ситуаций. Однако позже игнорирование поступающего сигнала может привести к еще более выраженному стрессу.

На втором уровне происходит оценка сигнала и возникают эмоции. Как известно, не каждый сигнал имеет шанс запустить стресс-реакцию. Для этого необходимо, чтобы сам сигнал был воспринят как опасный, сильный и внезапный; а также чтобы в нервной системе существовали предпосылки в виде готовности к стрессорному реагированию. Этот уровень формирования стресс-реакции осуществляется лимбической системе мозга. Среди структур лимбической системы особое значение имеют гиппокамп, прозрачная перегородка, лимбическая кора, поясная извилина, миндалина, гипоталамус. В стволе мозга к этой системе относят ретикулярную формацию и ядра шва. Функционирование лимбической системы контролируется структурами вышележащих отделов мозга (корой больших полушарий мозга, базальными ядрами, таламусом). Лимбическая система среди прочих ее многих функций играет важную роль в формировании и проявлении эмоций, обеспечивающих отношение к стимулу из внешней среды. Передача информации в лимбической системе через синапсы опосредуется нейромедиаторами, среди которых наиболее изучены моноаминовые – норадреналин, серотонин и дофамин. На втором уровне стресс-лимитирующую функцию может выполнить антистрессовое мировоззрение, которое способно снизить выраженность опасности поступающего стимула, а также превратить восприятие внешнего стимула из неконтролируемого (усиливающего стрессорную мобилизацию) в предположительно контролируемый. Формированию антистрессового мировоззрения способствуют как генетические предпосылки формирования нервной системы, так и постнатальные отношения с заботящими объектами (родителями), создающие во внутренней психической реальности человека ощущение защищенности, надежды, уверенности, способности в последующем опираться на себя.

На третьем уровне, в случае придания сигналу, поступившему из внешней среды, статуса стрессорного, происходит активация работы симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем.

Гипоталамус в течение секунд посылает команду в спинной мозг (5-12-й сегменты грудного отдела), где в боковых рогах серого вещества находятся ядра симпатического отдела вегетативной нервной системы. Оттуда через солнечное сплетение информация направляется к мозговому слою надпочечников. Согласно У. Кеннону [1927], организм отвечает на самые разные физические и психологические воздействия сходным образом: из мозгового слоя надпочечников в кровь выделяется адреналин. Эффекты адреналина (усиление сердцебиения, повышение содержания сахара в крови, торможение моторики желудочно-кишечного тракта, перераспределение кровоснабжения от периферических органов к сердцу, легким, мозгу и скелетным мышцам) подготавливают организм к борьбе или бегству. Современные представления о нейробиологии стресса базируются на представлении, что адреналин и норадреналин (который также синтезируется в мозговом слое надпочечников, а также в нервных окончаниях) являются основными медиаторами симпато-адреналового компонента стрессового ответа.

Высвобождением норадреналина управляет locus caeruleus синее пятно (ядро). Эта система, как полагают, вносит большую часть норадреналина в мозг, поскольку плазменный норадреналин не может пересечь гематоэнцефалический барьер. Повышенный выброс мозгового норадреналина служит чрезвычайным сигналом, ведущим к подавлению нейровегетативных функций – пищеварения и сна. Норадреналин также вносит вклад в усиление нейроэндокринного ответа на стресс, включая активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Также он активизирует миндалевидное тело, ответственное за регуляцию поведения при опасности. Кроме того, обеспечивая отдаленное хранение эмоциональных воспоминаний в участках гиппокампа и полосатого тела, норадреналин может вносить вклад в последующую уязвимость к стрессу, облегчая вызов воспоминаний о травмирующих ситуациях. Норадреналин вызывает повышение систолического и диастолического давления без ускорения сердечного ритма, повышает силу сердечных сокращений, за счет сужения почечных сосудов тормозит диурез и задерживает ионы натрия в крови, снижает секреторную активность желудка и кишечника, расслабляет гладкую мускулатуру кишечника, усиливает слюноотделение. Активация системы locus caeruleus синее пятно - норадреналин приводит к активизации и усилению бессонницы. Дисфункция этой системы вовлечена в патофизиологию депрессии и беспокойства:

Гипоталамус также секретирует гормон кортиколиберин, который, в свою очередь, стимулирует выработку аденокортикотропного гормона (АКТГ) гипофизом, осуществляющим активацию стресс-реакции через стимуляцию выброса кортизола, кортикостерона. Г. Селье [1992] считал основным ведущим звеном реализации стресса именно эндокринную систему.

Кортизол при попадании в кровеносное русло способствует увеличению уровня глюкозы в крови; имеет противовоспалительное действие; оказывает антиаллергическое действие; повышает свертываемость крови; усиливает выведение воды из организма; активирует синтез катехоламинов; подавляет секрецию гормонов нейрогипофиза (вазопрессина и окситоцина). В высокой концентрации кортизол может усиливать токсическое и повреждающее действие возбуждающих аминокислот (глутамата NMDA) и других агентов (Ca^{++} , β -амилоида, тау-протеинов) на клетки, что может приводить к гибели нейронов головного мозга. Ряд исследований [Ван Прааг, 1994] подтверждает, что повышенное содержание кортизола в крови также влияет на систему серотонина, приводя к его истощению, что является одним из факторов возникновения аффективных и невротических расстройств. Кроме того, из аденогипофиза и нейрогипофиза при стрессе, в зависимости от специфики стрессового фактора, могут выделяться гормоны, влияющие на специфику проявления стресс-реакции.

Тиреотропный гормон, который выбрасывается в кровь при травмах и воспалительных процессах, активирует терморегулирующее поведение и способен притормаживать пищевое насыщение. Кроме того, тиреотропный гормон оказывает стимулирующее влияние на щитовидную железу, выделяющую в кровь гормоны тироксин и трийодтиронин. Они, в свою очередь, оказывают стимулирующее действие на созревание иммунокомпетентных клеток, усиливают скорость обменных процессов, возбудимость нейронов, тонус сердечно-сосудистой системы и процессы катаболизма. Тироидные гормоны играют значительную роль в адаптации, повышении устойчивости организма к стрессу. Это обусловлено их участием в регуляции экспрессии генов, обеспечивающих синтез белков теплового шока — наиболее мощных факторов клеточной системы репарации, защищающих процесс биосинтеза белков и обеспечивающих сохранение их структурной целостности при стрессе. Это способствует восстановлению адаптивных возможностей клеток организма, в том числе нейронов. Кроме того, специфическое влияние тиреоидных гормонов на геном может приводить и к повышению активности другого компонента локальных стресс-лимитирующих механизмов - антиоксидантных систем, ограничивающих реализацию основного патогенетического звена стрессорных повреждений — чрезмерную активацию перекисного окисления липидов.

Вазопрессин (антидиуретический гормон) действует на почки, усиливая обратное всасывание (реабсорбцию) воды из почечного фильтрата в кровь, способствует сокращению гладкомышечной стенки кровеносных сосудов. Воздействуя на мозг, вазопрессин стимулирует жажду и питьевое поведение, способствует лучшему обучению задачам, требующим активных действий, а также активизирует процессы долговременной памяти. При длительном стрессе вазопрессин, в связи с вызываемым им эффектом повышения артериального давления, участвует в патогенезе артериальной гипертензии. Окситоцин, действуя на мозг, тормозит поведение, направленное на утоление жажды и голода, снижает уровень локомоции, способствует утолению агрессивного поведения, а также вызывает ухудшение процессов запоминания. Продукция аденогипофизом лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, стимулирующих половое поведение при стрессе, тормозится.

На **третьем** уровне стресс-лимитирующая функция выполняется посредством механизма обратной связи, когда выделяемый в кровь кортизол воздействует также на чувствительные к нему рецепторы в гипоталамусе и тем самым тормозит продукцию кортиколиберина и активацию симпато-адреналовой системы. По Ф. З. Меерсону [1996], стресс-лимитирующие функции выполняют также относительно медленно действующие ГАМКергические и опиоидергические системы, локализованные главным образом в головном мозге. Кортиколиберин и катехоламинергические нейроны стимулируются серотонинергической и холинергической системами и ингибируются ГАМК (гамма-аминомасляной кислотой) и опиоидными пептидами нейронной системы мозга.

На **четвертом** уровне осуществляется действие гормонов, выделяющихся при стрессе, на органы-мишени. Эти гормоны также воздействуют на головной мозг, в ряде структур которого есть чувствительные к ним клеточные рецепторы – прежде всего ядра, относящиеся к лимбической системе мозга, участвующие в формировании поведения.

Избыточное выделение адреналина и норадреналина вызывает активацию перекисных процессов - оксидативный стресс, при котором происходит образование свободных радикалов (активные формы кислорода и азота). Накопление в тканях свободных радикалов ведет к свободному перекисному окислению липидов, белков и нуклеиновых кислот. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) и белков мембран различных клеток, в том числе нейронов головного мозга, приводит к изменению жидкокристаллических свойств мембран. При этом в центральной нервной системе, особенно в структурах лимбической системы и ретикулярной формации, изменяется чувствительность нейронов к нейромедиаторам. В случае чрезмерно интенсивного стресса это может приводить к формированию «застойного» эмоционального возбуждения в коре головного мозга,

ведущего к формированию психических нарушений (тревожные и депрессивные расстройства), нарушению механизмов саморегуляции артериального давления, обновления слизистых оболочек пищеварительного тракта и проницаемости соединительнотканых мембран в различных органах. В последующем это создает условия для возникновения психосоматических заболеваний.

В результате действия активных форм азота развивается либо нитрозилирующий (образование нитрозоаминов, S-нитрозотиолов, дезаминирование оснований ДНК), либо окислительный стресс. Монооксид азота NO под влиянием свободного радикала супероксиданиона может превращаться в молекулу с неспаренным электроном – пероксинитрит (ONOOT) и участвовать в ПОЛ. Благодаря высокой липофильности NO столь эффективно проникает через мембраны, что способен распространяться от источника на расстояния, в несколько раз превышающие размеры клетки, и поражать там свои мишени. Наряду с этим может возникнуть дефицит монооксида азота, который обуславливает сужение кровеносных сосудов, вследствие чего может сформироваться артериальная гипертензия и нарушаются функции сердца, почек и других органов. Эффекты NO в нервной системе в настоящее время активно изучаются. Известно, что NO принимает участие в межнейронной связи в качестве своеобразного нейромедиатора, причем основное значение, как полагают, NO имеет в синаптической пластичности, под которой понимают эффективность синаптической передачи, чем в значительной степени определяются процессы обучения [Игумнов, Жебентяев, 2011].

Таким образом, чрезмерный стресс способен вызвать не только психические расстройства (острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации и др.), но и психосоматические заболевания, запуская механизмы их патогенеза в организме. Среди психосоматических заболеваний, которые могут быть обусловлены стрессом, выделяют: иммунодепрессию (угнетение иммунитета), экзему, крапивницу, псориаз, боли в спине, головную боль напряжения, мигрень, болезнь Рейно, ревматоидный артрит, сенную лихорадку, астму, артериальную гипертензию, аритмии, ишемическую болезнь сердца, атеросклероз, сахарный диабет, болезни щитовидной железы, язвенную болезнь и др. По Ф. З. Меерсону [1986], стресс-лимитирующую функцию на четвертом уровне выполняют ряд систем организма, например, аденозин, простагландины и антиоксидантная система, функционирующие в органах и тканях. Адаптация к повторным кратковременным умеренным стрессорным воздействиям (физической нагрузке, периодической гипоксии) также активизирует стресс-лимитирующие системы и ограничивает стресс.

Стрессогенные факторы



Существует множество классификаций стрессогенных внешних событий. Например, в классификацию психосоциальных стрессоров по Корнетову Н.А., 1993 входят:

1. Мягкие психосоциальные стрессоры: ссора с родителями, смена работы, конфликтные отношения с супругом

2. Средние психосоциальные стрессоры: увольнение, тяжелая болезнь значимого человека; побег ребенка из дома

3. Тяжелые психосоциальные стрессоры: острые психические нарушения у супруга; смерть супруга (актуального родственника); супружеская неверность (измена)); развод; внебрачные разрывы интимных отношений; жертва агрессивного насилия; дорожная катастрофа; судебнo-следственная ситуация.

4. Катастрофические психосоциальные стрессоры: внезапная смерть всех членов семьи; смерть ребенка.

М. Перре и соавторы [2007] предлагают различать среди стрессоров, которые могут влиять на состояние здоровья и потенциально вызывать стресс-зависимые заболевания, такие: повседневные перегрузки (микрострессоры), хронические перегрузки, критические, изменяющие жизнь события (макрострессоры) и травматические события.

Повседневные перегрузки (микрострессоры) - события, часто встречающиеся в жизни человека, которые могут вызывать тревогу и ощущение потери, например: недовольство собственным весом и внешностью; состояние здоровья кого-то из членов семьи и возникающая из этого необходимость ухаживать за ним; досадные недоразумения, связанные с ведением хозяйства; повышение цен на потребительские товары; стресс на работе; денежные заботы.

Хронические перегрузки продолжаются более длительное время и представляют собой все время повторяющиеся тяжелые испытания (перегрузки на работе и в семье).

Критические, изменяющие жизнь события (макрострессоры) - стрессовые события, вызывающие стойкие эмоциональные реакции и требующие существенной перестройки во взглядах человека на себя и окружающий мир. В данном случае человеку требуются более продолжительное время для адаптации и более высокие затраты на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных стрессоров. Причем такие события могут быть нормативными, если их можно предсказать (пубертатный возраст, поступление в школу), и ненормативными, возникающими внезапно и неожиданно (неожиданная смерть кого-то из близких). Кроме того, критическими могут оказаться как позитивные жизненные события (например, брак, рождение ребенка), так и негативные (смерть близкого, тяжелый разрыв отношений, потеря работы).

Травматические события - события чрезмерно высокой интенсивности при одновременном отсутствии возможности адекватного совладания и превышении приспособительного потенциала человека, следствием чего могут быть расстройства, связанные со стрессом (стресс-зависимые заболевания). Травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью, угрозой смерти, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности.

Стрессор может быть знакомым и тогда он активизирует (оживляет) уже сформированные способы эффективного реагирования, или незнакомым и тогда он приводит к творческой работе организма по формированию новых способов реагирования, соответствующих стрессогенному влиянию, устранению негативных последствий и, потенциально, приобретению новых способностей или новых измерений личностного функционирования.

Таким образом, факторов, вызывающих стресс, бесконечное множество. Для выявления можно воспользоваться шкалой Холмса и Раэ, которая приведена в Приложении. Однако источников стресса, как реакции на эти факторы, только два: это происходящие с людьми жизненные события - факты и их значения или отношение к ним. Второй источник характерен только для человека. Только для людей, в отличие от других живых существ, возникновение стресса связано с субъективными особенностями восприятия.

Для психического здоровья характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью [Бухановский, 1998]. Вышеприведенные критерии психического здоровья делают основной упор на целостном представлении о собственной идентичности, из

которого исходят способности к адекватному самоуправлению собственным поведением и критичности к себе.

Нормальное психическое функционирование, а также особенности реагирования на стрессовые события обеспечивают следующие параметры индивидуальности [Платонов, 1986]:

1) конституциональные свойства, такие как пол, возраст, скорость протекания нервных процессов, баланс процессов возбуждения и торможения;

2) адекватность внешним и внутренним стимулам по уровню развития и параметрам активности и реактивности основных психических процессов, таких как сознание, восприятие, внимание, мышление и эмоции;

3) опыт, проявляющийся в знаниях, умениях, навыках, привычках;

4) направленность, проявляющаяся в убеждениях, мировоззрении, личностных смыслах и интересах.

Таким образом, определение психического здоровья индивида должно учитывать стадию его развития, а также его наследственность и особенности социально-культурного окружения.

Согласно транзакционной когнитивной теории стресса и проблемно-решающего поведения (coping-behavior), предложенной американскими психологами Folkman и Lazarus [Folkman, 1964; Folkman, Lazarus, 1980,1984] взаимодействие среды и личности регулируется двумя основными процессами: когнитивной оценкой и проблемно-решающим поведением.

Реакция личности на какое-либо событие определяется следующими факторами:

- информационной когнитивной активностью (представлениями об окружающем мире и его функционировании);

- оценочной когнитивной активностью (процессом извлечения из информации об окружающем мире сведений, важных для благополучия конкретной личности).

Оценочная когнитивная активность осуществляется в два этапа. Первичная когнитивная оценка связана с информацией о произошедшем и о том, какие факторы влияют на благополучие индивида. В ходе первичной когнитивной оценки происходит разделение стрессовых ситуаций на три вида:

- ущерб (отражается связь с предшествующим негативным опытом);

- угроза (отражается ожидаемый ущерб - физический, материальный, моральный и т. п.);

- вызов, обращенный к потенциальным ресурсам личности (например, какое-либо ответственное задание, требующее максимальной мобилизации личностных резервов).

Первичная оценка определяется степенью воспринимаемой угрозы; свойствами стресса; особенностями психологической конституции индивидуума. Она позволяет сделать вывод о том, является ли стрессогенная ситуация угрожающей. Вторичная когнитивная оценка определяет, какими методами индивидуум может влиять на негативные события и их последствия. В ходе вторичной когнитивной оценки определяется выбор способа преодоления стрессовой ситуации и необходимых для этого ресурсов [Folkman, Lazarus, 1980, 1984; Moos, Billings, 1982].

Таким образом, когнитивная оценка запускает механизм проблемно-решающего поведения - деятельности личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям [Coyne, Lazarus, 1980].

Независимо от того, как именно на человека воздействует стресс, он всегда создает последовательность: воздействие стрессового фактора - симптом - болезнь. Важнейший шаг на пути урегулирования реакции на стресс - выбор оптимального поведения.

К основным функциям проблемно-решающего поведения относят следующие:

- регуляция эмоционального состояния, включающая когнитивные, эмоциональные и поведенческие усилия, с помощью которых личность пытается уменьшить аффективное напряжение и аффективный компонент дистресса (в терминологии Г. Селье - «патогенного» (вредоносного) стресса);
- управление проблемами, вызывающими дистресс, - комплекс усилий, с помощью которых личность пытается устранить причины кризисной ситуации.

Обе функции используются в большинстве стрессовых ситуаций. Пропорциональное представительство каждой функции изменяется в зависимости от когнитивной оценки стрессовой ситуации [Folkman, 1964; Folkman, Lazarus, 1984].

Данные ряда исследований позволили сделать вывод, что высокая тревожность, обусловленная проживанием в обстановке «перманентного стресса» и социально-экономических трудностей, приводит к формированию коммуникативных затруднений, недостаточности самооценки и чувства защищенности. Это снижает уровень социально-психологической адаптации и устойчивости к воздействию психосоциальных стрессов, что служит почвой для развития эмоциональных расстройств и нарушений социального функционирования, в основе которых лежит преобладание неадаптивных, пассивных стратегий проблемно-решающего поведения [Игумнов, 1997, 2002].

Представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров дает **Шкала реактивной (ситуативной) и лич-**

ностной тревожности Ч. Д. Спилбергера, адаптированная для русскоязычной популяции Ю. Л. Ханиным [1980] (*Приложение*). Данная методика позволяет сделать существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть стабильной личностной чертой.

Состояния тревоги или ситуативная тревожность (СТ), возникают как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу). Напротив, личностная тревожность (ЛТ) как черта, свойство, диспозиция дает характеристику индивидуальных различий в подверженности действию различных стрессорных факторов. Высокая личностная тревожность характеризуется чрезмерной эмоциональной лабильностью, боязнью ожидаемых трудностей, сниженной самооценкой.

Как отмечает Г. К. Ушаков [1988], при оценке реакции на непосредственный раздражитель можно считать, что реакция нормальна, если она по силе ответа адекватна интенсивности стимула, а продолжительность ее равна продолжительности действия последнего (этап адекватной реакции). Разная степень тяжести (легкая, средняя, тяжелая, катастрофическая) и разная степень их длительности (острый или хронический стресс) требует разного уровня и разной степени включения механизмов проблемно-решающего поведения и преодоления негативных последствий.

Анализируя связь жизненных перемен и уровня подверженности стрессу, Р. Лазарус [1984] выдвинул гипотезу о том, что в развитии психологических и поведенческих проблем у людей различного возраста важна роль не только единичных «катастрофических событий, а в первую очередь хронического повседневного стресса. Это положение основано на результатах исследований Т. Холмса и Р. Раэ [1967], доказавших, что возрастание стрессорной нагрузки повышает вероятность возникновения стресс-зависимых заболеваний, и разработавших «Методику определения стрессоустойчивости и социальной адаптации» (*Приложение*).

Влияние стресса на возникновение психических расстройств

Стрессовые события сами по себе достаточно редко становятся причиной психических расстройств (за исключением травматического стресса или психической травмы). Однако стрессовое событие в сочетании с различными внутренними и внешними факторами способно вызвать стресс-зависимое заболевание.



В соответствии с диатез-стрессовой моделью развития психических расстройств стресс способен вызвать стресс – зависимое заболевание при наличии психобиологической предрасположенности.

Биологическая предрасположенность определяется как генетическими факторами, так и связанными с ними биохимическими и нейрофизиологическими особенностями человека. Доказано семейное накопление депрессивных и тревожных расстройств при сравнении соответствующих семей с контрольными семьями здоровых людей. Обусловленные генетическими факторами изменения в функционировании нейрогормональных и нейрофизиологических процессов (например, меньшая постсинаптическая α_2 -адренорецепторная чувствительность, изменения в функционировании эндогенной опиоидной системы, расстройства циркадных ритмов, повышенная возбудимость «голубого пятна» в стволе мозга, количественный и/или качественный недостаток ингибиторного нейротрансмиттера ГАМК и др.) у некоторых людей могут вносить вклад в уязвимость к действию неспецифических и специфических стрессоров.

Кроме того, такая биологическая составляющая психической индивидуальности, как темперамент (например, меланхолический), также может создавать уязвимость к действию стресса с развитием дезадаптации. Женский пол также может создавать условия для биологической уязвимости в связи с гормональной цикличностью и связанной с этим меньшей эмоциональной стабильностью. Однако стрессоустойчивость у женщин увеличивается в период беременности. Это связывают с тем, что повышенный уровень гормона прогестерона в крови, характерный для этого периода, оказывает выраженный противотревожный эффект [Полякова, 2008].

Психологическая предрасположенность также в некоторой степени определяется генетическими факторами, однако большее значение в данном случае имеют негативные события, пережитые в детстве. К ним относятся: потеря одного или обоих родителей в возрасте до 14 лет, сексуальное насилие и в более

широком смысле - факторы, ведущие к депривации ребенка (недостаточности удовлетворения каких-либо значимых психологических и биологических потребностей).

Негативные события, пережитые в детстве, откладывают отпечаток на психологическое развитие, приводя, прежде всего, к нарушениям в развитии различных сфер психологического функционирования. Взрослый человек в результате имеет в своем распоряжении незрелые способы реагирования на различные стрессовые ситуации в жизни, отражающие его детские способы переживания негативных событий и такие же незрелые детские способы приспособления к ним. В случае стрессов, которыми наполнена взрослая жизнь, человек оказывается недостаточно оснащен стратегиями эффективной регуляции своих мыслей, эмоций, поведения и межличностных отношений и вследствие этого может реагировать на стресс развитием какого-либо расстройства, отражающего неудачную попытку адаптироваться к нему.

Таким образом, психологическая предрасположенность к патологическим реакциям в ответ на воздействие стресса обусловлена особыми формами личностного функционирования, проявляющимися в скрытых специфических дефектах переработки информации из окружающего мира. Эти дефекты возникают вследствие нарушений в психологическом развитии человека с самого раннего детства.

Э. Крепелин [1910] отмечал, что симптомокомплексы болезни указывают лишь на область личности (регистр), в котором психическое нарушение разыгрывается, что подтверждает необходимость акцента на важности выявления личностной уязвимости, необходимой для развития патологического реагирования в ответ на индивидуально-специфические виды стрессогенных внешних влияний.

Личностные факторы, создающие уязвимость к патологическим реакциям на стресс



Стрессоры различной степени выраженности и длительности, воздействуя на человека, вначале проходят процесс оценки с различных точек зрения (контролируемость, оценка его причин (каузальная атрибуция), оценка соб-

ственных ресурсов, необходимых для совладания). На этот процесс в значительной степени влияют и личностные факторы, и исходящие из них особенности проблемно-решающего поведения, и социальная поддержка со стороны окружающих. Затем запускается стресс-реакция на психологическом и физиологическом уровне. Ее усиление или ослабление, а также тип, интенсивность и длительность стресс-реакции в значительной степени тоже зависят от свойств личности и социальной поддержки. Все вышеперечисленное определяет, адаптируется ли человек к стрессовому событию, или у него разовьется какой-либо вариант стресс-зависимого заболевания как проявления дезадаптивной реакции в ответ на стресс.

Для описания стратегий в когнитивной сфере предложен *термин когнитивных схем/стилей*. Когнитивная схема – это специфическим образом оформленная структура мышления, посредством которой осуществляются отбор, кодирование и оценка стимулов, воздействующих на организм. Основываясь на этих схемах, человек способен ориентироваться во времени и пространстве, а также осмысленно классифицировать и интерпретировать свои переживания. Согласно Дж. Янгу [1992], дети научаются конструировать реальность посредством ранних переживаний своего взаимодействия с окружающей действительностью, особенно со значимыми другими. В случае негативных жизненных событий в детстве и отсутствии адекватной поддержки со стороны взрослых у ребенка формируются установки и убеждения, которые впоследствии оказываются неадаптивными. Например, у ребенка может развиться схема, вызывающая мысль о том, что его действия недостаточно хороши. Эти схемы обычно не осознаются и могут никак не проявляться вплоть до конкретного жизненного события (например, увольнение с работы), которое активизирует схему. С этого момента пациент классифицирует, отбирает и кодирует информацию таким образом, чтобы поддерживать схему несостоятельности.

Для описания стратегий, которые направлены на обращение с эмоциями, наиболее подходящей является концепция *механизмов психологической защиты*, предложенная психоаналитиками [Игумнов, Жебентяев, 2011]. Эти стратегии предназначены для регуляции сильных, порой непереносимых тревоги, печали, гнева, тоски и других эмоций, и чувств, которые сопровождают стресс. Кроме того, механизмы психологической защиты направлены на поддержание самоуважения. Психоаналитики разделяют примитивные и зрелые механизмы психологической защиты.

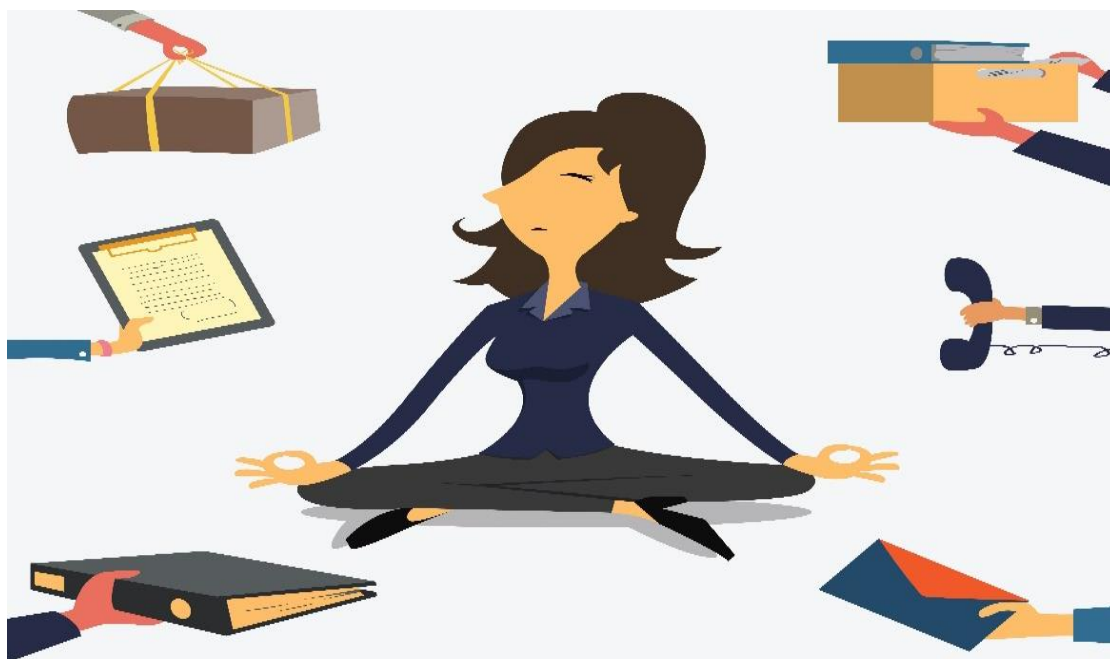
Примитивные механизмы психологической защиты формируются в самые ранние периоды психологического развития человека. Их цель - исключить от осознания непереносимые части внешней или внутренней психологической реальности, к которым ребенок еще не готов. Например, примитивная изоля-

ция, когда человек старается полностью закрыться от информации, уйти в мир фантазий, не связанных с реальностью. Облегчают включение такого механизма алкоголь или наркотические вещества. Или отрицание, когда человек утверждает, что случившегося события не было, отрицает проблемные стороны собственной жизни. В случае проекции чувства и мысли, изначально принадлежащие человеку, но вызывающие дискомфорт, приписываются другим людям. В случае диссоциации непереносимый травматический опыт полностью отщепляется от осознания и нередко начинает жить собственной жизнью.

Зрелые механизмы психологической защиты формируются на основании примитивных механизмов психологической защиты и их целью является определенная модуляция чувств, эмоций и связанных с ними мыслей без особого искажения восприятия внешней реальности. Например, вытеснение, когда из сознания удаляются неприемлемые мысли и чувства, или рационализация, когда человек находит приемлемое для него самого объяснение изначально неприемлемых чувств и действий (например, для проблем, связанных со страхом, ищется разумное объяснение, чтобы избавиться их от угрожающего содержания). При реактивном образовании неприемлемые, угрожающие импульсы нейтрализуются, трансформируясь в свою противоположность (например, агрессия - в заботливость). В случае сублимации человек преобразует свои переживания и обусловленные ими стремления в конструктивное русло.

Стрессоустойчивый человек оснащен широким спектром зрелых механизмов, гибко их использует. В случае недостаточной оснащенности психики зрелыми механизмами психологической защиты, а также ригидного их использования, преобладания примитивных механизмов психической защиты повышается риск развития патологических реакций в ответ на стресс.

В результате мышления по определенным когнитивным схемам и модуляции эмоций посредством предпочитаемых механизмов психологической защиты человек выбирает те или иные стили совладающего поведения (копинга). В отличие от механизмов психологической защиты и когнитивных схем совладающее поведение (копинг) - это активные действия, предпринимаемые в ситуации стресса. Копинг может проявляться и на эмоциональном (активное управление собственными аффектами), и на когнитивном (активные стратегии мышления), и на поведенческом (поведение, направленное на разрешение проблем, поиск социальной поддержки или избегание) уровнях.



Выделяют адаптивные стили копинга:

- на эмоциональном уровне это протест и оптимизм; на когнитивном уровне - проблемный анализ, установка на собственную ценность и сохранение самообладания; на поведенческом уровне - стремление к сотрудничеству. Стратегии проблемно-решающего поведения, которые каждый человек может выработать для эффективного совладания со стрессом, относятся также к адаптивным стилям копинга.

- частично адаптивные стили: на эмоциональном уровне это эмоциональная разрядка и пассивная кооперация; на когнитивном уровне - придача субъективного смысла и религиозность; на поведенческом уровне - компенсация, отвлечение и конструктивная активность;

- неадаптивные стили: на эмоциональном уровне это подавление эмоций, покорность, самообвинение и агрессивность; на когнитивном уровне - смирение, растерянность, диссимуляция и игнорирование; на поведенческом уровне - активное избегание и отступление.

Преобладание неадаптивных и частично адаптивных стилей копинга в поведении предрасполагает к патологическим реакциям на стресс и/или сопутствует им.

Кроме того, на степень адаптивности реакции на стресс влияет наличие, дефицит или отсутствие так называемых **личностных ресурсов**, чья роль рассматривается как защитная или буферная. К ним относятся: адекватное представление о самом себе, своих способностях и возможностях, позитивная самооценка, хорошо развитые способности для управления своей тревогой, умение расслабляться, оптимистическое мировоззрение, способность к эмпатии (сопереживанию и умению принимать чужую точку зрения), развитые навыки меж-

личностного общения. Кроме того, большое значение имеют физические (здоровье, выносливость) и материальные (деньги, оборудование) ресурсы.

Такие черты личности, как пассивность, высокая эмоциональность, чрезмерная агрессивность, низкая уверенность в себе, негативное отношение к себе, низкий уровень самоуправления часто встречаются у тех, кто подвержен стресс-зависимым заболеваниям.

Кроме того, есть определенное соотношение между различными типами личности и специфическими стрессовыми факторами, способными вызвать у них стресс-зависимое заболевание. Так, например, зависимые черты личности предрасполагают к наиболее болезненному реагированию на потерю и эмоциональное лишение. Они создают уязвимость для развития стресс-зависимых заболеваний в связи со скрывающейся за ними низкой способностью к самоподдержке и самоутверждающему поведению. Личности с демонстративными чертами в характере также склонны к развитию стресс-зависимых заболеваний, в особенности в ситуации, где они лишены возможности получения внимания. Редкая социальная активность шизоидных (замкнутых) личностей, низкий уровень социальных навыков, нечувствительность и малая эмоциональность создают предпосылки для уязвимости к развитию стресс-зависимых заболеваний в непривычных для них социальных ситуациях. Уклоняющиеся тревожные личности, сталкиваясь с неэффективностью их избегающего стиля поведения, могут погрузиться в депрессию. Они, по данным ряда исследователей, чаще, чем многие другие, подвергаются депрессии в ответ на стресс. Антисоциальные личности в ситуации социального давления (например, служба в армии) могут быть подвержены депрессивному реагированию со злобой и гневными жалобами. Нарциссические личности с их уязвимой самооценкой и нестабильным ощущением собственного Я могут переживать депрессию с чувством опустошенности и беспомощности в ситуациях критики, а также лишения их поддержки, когда их грандиозные представления о себе не оправдываются. Компульсивные черты личности пациентов могут также способствовать развитию депрессии, особенно в случае недостатка контроля над ситуацией. В целом, чем более дисгармонична личность, тем более высока вероятность возникновения стресс-зависимых заболеваний [Игумнов, Жебентяев, 2011].

Социальные факторы, к которым относятся прежде всего наличие или отсутствие социальной поддержки (индивидуальная социальная сеть, социально поддерживающие системы), являются модераторами действия стресса на человека, то есть могут выполнять как протективные (защищающие), так и отягчающие функции. Под социальной поддержкой понимается удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке и успокоении и т. д.

Социальная поддержка позитивно воздействует несколькими путями
[Игумнов, Жебентяев, 2011]:

1. Социальная структура отношений сама по себе может способствовать уменьшению стрессовых событий и преумножению позитивных событий, создавая своеобразный «щит».

2. Окружающие люди могут способствовать коррекции суждений о стрессовых событиях, повышая позитивное восприятие окружающего мира.

3. Уже одно знание о том, что у тебя есть близкие люди, а тем более их конкретное присутствие (социальная аффилиация), может уменьшить эмоциональные реакции, особенно страх и неуверенность, вызванные какой-то предстоящей или как раз происходящей стрессовой ситуацией, а значит, противодействовать ей. А отсутствие или недостаток близких лиц и поддержки, напротив, может непосредственно ослаблять общее состояние и тем самым повышать подверженность стрессам.

4. Знание, что можешь привлечь кого-то к решению определенной проблемы или посоветоваться, уже одна мысль, что близкий человек понимает проблему, может изменить представление о стрессе и возможностях совладания с ним.

Недостаток социальной поддержки приводит к отчуждению и неудовлетворенности результатами своей деятельности, фрустрации и разочарованию, а также к деперсонализации, как симптому профессионального выгорания. Некоторые стрессы приводят к исчезновению или уменьшению социальной поддержки: например, теряя какого-то важного человека, теряешь также и поддержку с его стороны. Иногда социальная поддержка может быть неадекватной (несоответствующей потребностям нуждающегося в ней человека), без позитивного отношения, ее может быть слишком много (например, гиперпротекция). Такая социальная поддержка оказывает отягчающее влияние.

Первый шаг на пути совладания со стрессом состоит в том, чтобы научиться распознавать определенные признаки, сообщающие человеку о том, что его организм испытывает стресс.

Симптомы стресса, которые при неблагоприятных условиях могут трансформироваться в стресс-зависимые расстройства:



✓ Психовегетативные симптомы: головные боли; желудочный дискомфорт; тахикардия; обмороки; одышка; частые простудные заболевания; тошнота; возобновление болезней, имевших место ранее; головные боли; головные боли; утомляемость; быстрое увеличение или снижение массы тела; потливость; сжатые кулаки или челюсти; дрожь, судорожные проявления; боли в различных участках тела; подверженность аллергическим реакциям.

✓ Когнитивные симптомы: субъективное ощущение «ослабления памяти»; потеря концентрации внимания; отвлекаемость; «туннельное» видение; ночные кошмары; склонность к принятию поспешных решений; ошибочные действия; потеря инициативы; постоянные негативные мысли; нарушение суждений; склонность к принятию поспешных решений.

✓ Эмоциональные признаки стресса: раздражительность; мрачное настроение, вплоть до депрессии; снижение удовлетворенности жизнью; подозрительность; неудовлетворенность работой; нерешительность; сниженная самооценка; суетливость, не позволяющая сконцентрироваться на определенной задаче; потеря уверенности; ощущение напряжения; ощущение нервозности, боязливости, тревоги; истощенность, отсутствие энтузиазма; циничный, неуместный юмор.

✓ Поведенческие признаки стресса: чувство отчужденности; беспокойство; потеря аппетита или переедание; утрата интереса к противоположному полу; дрожание голоса; нарушение речи; рост семейных проблем; нерациональное распределение времени; избегание поддерживающих отношений; антисоциальное поведение (у подростков); злоупотребление алкоголем, никотином.

Быстрое распознавание симптомов стресса важно для своевременного выявления его источников и недопущения перехода в болезнь. Запустится ли заложенный в человеке природой мобилизующего реагирования, зависит не только и не столько от внешнего стимула, сколько от его интерпретации, которая может быть чисто гипотетической. В последнем случае воздей-

ствие не только опосредуется человеком, но и конструируется им самим. Иными словами, очень часто стрессовую ситуацию мы создаем сами. Именно эта, сугубо человеческая, особенность трансформировала изначально позитивное значение стресса в его противоположность. Именно для человека стресс из кратковременной реакции мобилизации превратился в продолжительное состояние напряжения, истощающее жизненные силы организма [Игумнов, Жебен-тяев, 2011].

Наблюдая за тем, как много из признаков стресса и как часто испытывает пациент, врач может получить предупреждение о возрастании стресса до критического уровня. Даже если некоторые из этих симптомов были вызваны чисто физическими причинами, их нужно учитывать, так как они могут стать дополнительными источниками стресса.

В случае психологического стресса важны не только выраженность и длительность воздействия стрессора, но и то значение, которое человек придает ему. Избежать воздействия психосоциальных стрессоров в современной жизни зачастую невозможно, однако изменить их значение для нас, выработать антистрессовое мировоззрение и развить навыки проблемно-решающего поведения вполне реально, что, в свою очередь, позволит минимизировать или устранить повреждающее действие стресса.



2. ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС. ПСИХОТЕРАПИЯ

Острая реакция на стресс (F43.0) - преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно заканчивается через несколько часов или дней.



В распространенности и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора - F44.2) или ажитацией и сверхактивностью (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия (F44.0) на стрессовое событие. Если вышеуказанная симптоматика устойчива, необходимо изменить диагноз.

Критерии диагностики острой реакции на стресс определяют 5 основных категорий:

- Симптомы «вторжения» - человек постоянно вспоминает или ему снится психотравмирующее событие.
- Негативное настроение - человек может испытывать негативные мысли, грусть и плохое настроение.

- Диссоциативные симптомы - включают в себя измененное чувство реальности, недостаточную осведомленность об окружающей среде и неспособность запомнить детали травмирующего события.

- Симптомы избегания - человек с этими симптомами намеренно избегает мыслей, чувств, людей или мест, которые связаны с травмирующим событием.

- Симптомы возбуждения - включают бессонницу и другие нарушения сна, трудности с концентрацией внимания, раздражительность и/или агрессию, которая может быть, как словесной, так и физической. Человек может чувствовать себя напряженным, настороженным и легко пугается.

У пациентов с острой реакцией на стресс могут развиваться дополнительные психические реакции, такие как тревога, беспокойство и депрессия. Симптомы тревоги включают в себя: безнадежность, потерю интереса к деятельности, которая когда-то была приятной; изменение аппетита и массы тела; мысли о суициде; чрезмерное беспокойство; трудности с концентрацией внимания; усталость; беспокойные мысли.

Острая реакция на стресс является временным состоянием, и его симптомы могут сохраняться в течение 3-30 дней после травматического события. Однако, если человек продолжает испытывать вышеперечисленные симптомы дольше месяца, диагностируется наличие синдрома посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Острая реакция на стресс и ПТСР похожи, за исключением того, что первое состояние, как правило, начинается сразу после травмы и длится от 3 дней до 1 месяца, в то время как ПТСР длится > 1 месяца, либо, как продолжение острой реакции на стресс, либо как отдельное расстройство, на протяжении периода до 6 месяцев и более после психотравмы.

Диагноз основан на критериях, рекомендованных МКБ – 10, которые включают симптомы вторжения, плохое настроение, а также симптомы диссоциации, избегания и возбуждения.

Для удовлетворения диагностическим критериям пациенты должны были прямо или косвенно столкнуться с травматическим событием, а кроме того, должно присутствовать на протяжении периода от 3 дней до 1 месяца ≥ 9 из следующих признаков:

- Периодически повторяющиеся, непроизвольные и навязчивые неприятные воспоминания о событии;

- Периодические повторяющиеся неприятные сны о событии;

- Диссоциативные реакции (например, флэшбек), при которых пациенты чувствуют, как будто травматическое событие вновь повторяется;

- Интенсивный психологический или физиологический дискомфорт при напоминании о травматическом событии (например, посещение сходных мест, звуки, похожие на те, которые пациент слышал во время события);
- Стойкая неспособность испытывать положительные эмоции (например, счастье, удовлетворение, чувство любви);
- Измененное ощущение реальности (например, чувство ошеломления или замедления времени, измененное восприятие действительности);
- Неспособность вспомнить важную составную часть травматического события;
- Попытки избежать мучительных воспоминаний, мыслей или чувств, связанных с этим событием;
- Попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, деятельности, предметов, ситуаций), связанных с событием;
- Нарушение сна;
- Раздражительность или вспышки гнева;
- Гипербдительность;
- Трудности с концентрацией внимания;
- Преувеличенную реакцию испуга (рефлекс четверохолмия);

Кроме того, проявления должны вызывать существенный дискомфорт или значительно затруднять социальную или профессиональную деятельность, а также не должны быть связаны с физиологическим воздействием каких-либо веществ или другим заболеванием.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Методы психотерапии острой реакции на стресс зависят от различных факторов. Иногда бывает достаточно, так называемой «разговорной терапии», когда пациент обращается к психотерапевту и просто выговаривается, после чего чувствует облегчение, освобождение от тяготившего его душевного груза. Но, в большинстве случаев, требуется гораздо более длительная психотерапия.

✓ **Гештальт-терапия** – метод, который дает возможность пациенту сфокусироваться на особенностях своего патологического состояния. В процессе терапии пациент начинает понимать, что положительные изменения начинают происходить не тогда, когда он стремится изменить свое состояние, а именно начиная с того момента, когда он глубоко принимает особенности своего нынешнего самочувствия. Задача, которая стоит перед психотерапевтом – вызвать у пациента желание экспериментировать и пробовать маленькие элементы желаемого нового, признавая особенности своего нынешнего состояния. Новое – это всегда источник стресса.

Гештальт-терапия острой реакции на стресс проходит в уважительной атмосфере. Психотерапевт проявляет внимание к разнообразному развитию по-

требностей пациента, выявляя моменты, которые могут не понравиться в своих проявлениях. Обычно - это разговор, где терапевт больше молчит, а говорит, в основном, пациент. В ходе диалога психотерапевт обращает внимание на чувства и серьезные переживания пациента и может проводить различные эксперименты. Принцип гештальт-психотерапии при стрессовых состояниях заключается в том, что врач не руководит жизнью клиента и не направляет его туда, где, по его мнению, есть жизнь без переживаний и стрессов. Его роль заключается в том, чтобы помочь пациенту узнавать и осознавать особенности своей жизни так, чтобы в результате терапии у клиента возникало большее количество вариантов выбора, т.е. доступного, осознаваемого выбора, для которого есть ресурсы. Стресс оставляет в теле след – от гормональных изменений до статичных мышечных напряжений, изменений в осанке, походке, мимике. Психотерапевт помогает заметить пациенту происходящие телесные феномены. Замечая эти явления, человек яснее осознает свое состояние, желания, варианты реагирования.

Гештальт-терапия помогает человеку, пережившему острую реакцию на стресс в трудной борьбе с собственными дилеммами найти свой оптимальный путь. Главный принцип терапии - здесь и сейчас. Отсроченные эффекты этого метода учат пациента замечать процессы, то есть выполнять «домашнюю работу». Основная задача психотерапевта – обучить пациента «работать» со своими процессами и потребностями. Навыки претворяются в повседневную жизнь. В результате «проработанный» пациент может самостоятельно справляться со стрессами, выбирая обстоятельства, способы реагирования, поощряя и поддерживая себя.

✓ **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** занимает одно из ведущих мест по доказанной эффективности в помощи при стрессе. Основной смысл метода исходит из названия. Когнитивно - значит мысль, суждения, познания; поведенческая - поведение.

Психотерапия острой реакции на стресс с помощью КПТ строится на принципах теории обучения. Суть, которую психотерапевт в ходе общения доносит до пациента - представление о том, что человек может совершать ошибки. Принцип подхода подразумевает, что состояние стресса может влиять на мыслительную деятельность человека и на его поведение. Не бывает стресса без внутриличностного конфликта. Психотерапия острой реакции на стресс ведет к его поиску и подразумевает работу не только с поверхностными промежуточными мыслями и рациональными установками, но и идет глубже - к ядру личности, к системе отношений и к конфликтам, которые там возникают. Именно они являются причиной стрессового состояния, которое наблюдается на поверхности. Задачей психотерапевта является обучение пациента смотреть

на себя со стороны и таким образом получать больше информации о себе, учиться менять свое мышление и поведение - это то, что лежит в фокусе метода когнитивно - поведенческой терапии. Анализ от поверхностных произвольных мыслей к более глубоко лежащим – автоматическим и убеждениям, которые за этим прячутся, разъясняются пациенту в процессе терапии. Отношения партнерские, без приказов, когда ответственность полностью делится между пациентом и врачом. Партнерские отношения подразумевают разъяснение модели острой реакции на стресс. Пациент начинает понимать, каким образом он делает себе плохо, как может взглянуть на это со стороны и как может измениться. В методе когнитивно-поведенческой терапии при стрессе важны три принципа:

1. Осознание актуальной проблемы.

2. Формирование альтернативы. Психотерапевт учит, как поступать, какие существуют алгоритмы обработки информации, как необходимо выстраивать отношения.

3. Закрепление в повседневной жизни.

В результате КПТ, пациент не только начинает понимать свое поведение, но и учится трансформировать его. Фокус внимания когнитивно-поведенческая терапия - поддержать пациента в новой практике дальнейшей жизни.

✓ **Гипно-суггестивное воздействие (гипноз)** на пациента позволяет успокоиться и расслабиться. При помощи гипноза психотерапевт уменьшает в очагах возбуждения коры головного мозга те острые моменты, которые возникли, остановились, «застыли» и не могут подвергнуться исправлению процессами торможения. Использование гипнотического воздействия при острых стрессовых расстройствах дает хорошие результаты, помогая за короткое время снять эмоциональное и психическое напряжение.

Пациенты, как правило, выздоравливают, как только они удалены из травмирующей ситуации, при проявлении к ним понимания и сочувствия, а также при возможности «проговаривания» и описания событий вместе с окружающими.

Чтобы предотвратить или минимизировать острую реакцию на стресс у людей, которые были вовлечены в травмирующее событие или стали его свидетелями, рекомендуют проводить систематические психологические консультации, чтобы помочь направить процесс выздоровления. Забота о себе имеет решающее значение во время и после кризиса или травмы:

- Физическое здоровье.
- Осознанность.
- Личная безопасность

Физическое здоровье может быть подвержено риску во время и после травматических переживаний. В максимально возможной степени человек из

группы риска должен стараться поддерживать правильный режим питания, сна и физических упражнений. Препараты, которые оказывают седативное, следует использовать с осторожностью.

Внимательный подход к самообслуживанию направлен на уменьшение стресса, скуки, гнева, грусти и изоляции, которые обычно испытывают психотравмированные люди. Если позволяют обстоятельства, лицам из группы риска необходимо составить распорядок дня и следовать ему, например, вставать в одно и то же время, принимать душ, одеваться, выходить на улицу и гулять, регулярно принимать пищу.

Личная безопасность является основополагающим фактором. После единичного травматического эпизода люди лучше способны справиться с переживанием, если знают, что они и их близкие находятся в безопасности. Однако добиться полной безопасности во время продолжающихся кризисов, таких как бытовое насилие, война или пандемия, может быть нелегко. Во время таких длительных стрессовых ситуаций люди должны обращаться к психотерапевту за рекомендациями о том, как они и их близкие могут максимально себя обезопасить.

Участие в жизни общества может иметь решающее значение, даже если поддержание общения с людьми затруднено во время кризиса. Целесообразно заниматься привычными увлечениями, а также весёлыми и увлекательными занятиями: рисованием, просмотром кинофильмов, приготовлением еды. Физические упражнения - это хорошо, однако не менее полезно сидеть неподвижно и считать свои вдохи-выдохи или внимательно прислушиваться к окружающим звукам. Люди могут быть поглощены травмой или кризисом, поэтому полезно думать о других вещах: прочитать книгу или заняться решением головоломки. Во время и после психотравмы неприятные эмоции, как правило, могут ощущаться как «застывшие», отвлечься от этого состояния помогут смех, выполнение приятных повседневных дел, рисование, чтение интересной книги и т.п.

В условиях стресса люди могут становиться вспыльчивыми, даже с людьми, которые им небезразличны. Спонтанная доброта может быть взаимовыгодным решением для всех: отправка приятной записки-письма, приготовление кому-то пищи и дарение улыбки могут быть не только приятным удивлением для получателя, но такие действия могут уменьшить безнадежность и пассивность, которые, как правило, являются частью переживания травмы отправителя.

3. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО. ПСИХОТЕРАПИЯ



Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1) характеризуется повторяющимися навязчивыми воспоминаниями о шокирующем травматическом событии, которые начинаются в период до 6 месяцев после события и сохраняются в течение >1 месяца. Симптомы включают избегание раздражителей, связанных с травматическим событием, ночные кошмары и флэшбеки. Диагноз ставится на основании анамнеза.

После жизнеопасной психотравмирующей ситуации многие люди страдают достаточно долго. В некоторых случаях их состояние бывает настолько стойким и изнурительным, что оно формирует болезненное расстройство - ПТСР. Как правило, события, которые могут вызвать ПТСР, сопровождаются чувством страха, беспомощности и/или ужаса. Эти события могут быть пережиты непосредственно (например, пациенты получили серьезную травму или подверглись смертельной опасности) или косвенно (например, пациенты стали свидетелями того, как другие получили серьезную травму, были убиты или подвергались смертельной опасности; или узнали о событиях, произошедших с близкими родственниками или друзьями). Военные действия, сексуальное насилие, природные или техногенные катастрофы являются распространенными причинами посттравматического стрессового расстройства.

Симптомы ПТСР можно подразделить на следующие категории: симптомы присутствия, симптомы избегания, негативные изменения когнитивных процессов и настроения, а также изменения в возбуждении и реактивности. Чаще всего пациенты имеют нежелательные воспоминания и воспроизведение

инициирующего события. Кошмарные сновидения о психотравмирующем событии - распространенное явление.

Менее распространены диссоциативные состояния бодрствования, в которых события переживаются, как будто они происходят реально. Это иногда приводит пациентов к болезненному реагированию, как в исходной ситуации (например, громкие звуки, такие как фейерверк, могут вызвать воспоминание о боевых действиях, которое в свою очередь может привести к поиску убежища или падению на землю для защиты). Пациентам трудно избежать стимулов, связанных с психотравмой, и они часто чувствуют себя «эмоционально онемевшими» в повседневной деятельности.

Иногда симптомы представляют собой продолжение острой реакции на стресс или они возникают отдельно в период до 6 месяцев после травмы. Полное проявление отдельных симптомов может быть отставленным, и начинается только через несколько месяцев или даже лет после травматического события.

Депрессия, другие тревожные расстройства характерны для пациентов с хроническим ПТСР. При этом в дополнение к травматической тревоге пациенты могут испытывать чувство вины из-за своих действий во время события или связывая это часто с тем, что они выжили, а близкие им люди погибли. Клинический диагноз основан на критериях, рекомендованных МКБ - 10.

Диагностические критерии ПТСР по МКБ-10:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессогенного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднения засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;

- г) повышения уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

По характеру протекания и эмоциональным последствиям различаются следующие типы посттравматического синдрома [Тарабрина Н.В., 2017]:

1. Тревожный тип характеризуется приступами немотивированной тревоги, которую пациент осознает или ощущает телесно. Нервное перенапряжение не дает уснуть и приводит к частой смене настроения. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия...). Пациенты часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством «нехватки» воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Пациенты самостоятельно обращаются за помощью, и, хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, готовы к общению, целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

2. 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 данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются пациентами, как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, пациенты редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью к специалисту.

3. Дисфорический тип отличается 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 охватывающую их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает пациентов и заставляет свои контакты с окружающими сводить к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурную реакцию, о которой впоследствии сожалеют. Наряду с этим, непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующих ситуаций, сценподобного характера. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне пациенты выглядят мрачными, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типичны - избегающее поведение, замкнутость, «малословность». Такой тип патологии часто заканчивается переходом протестной агрессивности в неадекватную реальность. Они не считают себя нуждающимися в помощи врача и избегают лечения.

4. Соматоформный тип проявляется клиническими признаками дисфункций внутренних органов и систем: головной болью, перебоями в работе сердца, кардиалгией, диспепсическими расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта. Пациенты заикливаются на симптомах и боятся умереть во время очередного приступа. Симптомы характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и 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. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на неприятных телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психотравмирующей ситуации.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапевтическое лечение ПТСР, как правило, длительное, потому что затрагивает не только область эмоций пациента, связанных со случившимся у него стрессовым трагическим событием в прошлом, но и то, как отражаются его эмоции на актуальном состоянии в настоящем, а также, как пациент видит перед собой свое будущее, какие цели и задачи он ставит перед собой, какими ресурсами обладает и задействует для их реализации, в чем сомневается, испытывает страх, в чем имеет силу и преимущество. Для лечения ПТСР используется широкий спектр психотерапевтических методов. При отсутствии лечения ПТСР может декомпрессироваться, вследствие чего, вышеописанные психические нарушения сохраняются длительное время.

Основной формой психотерапии является когнитивно - поведенческая терапия (КПТ), где используется техника экспозиции, которая характеризуется «столкновением» пациента с ситуациями, которых он избегает в связи с тем, что они могут вызвать воспоминания о психотравме. Повторное возвращение в фантазиях к травматическому опыту обычно уменьшает стресс после некоторого первоначального увеличения дискомфорта.

Метод десенсибилизации психических травм с помощью движений глаз (ДПДГ) является одной из форм экспозиционной терапии.

Десенсибилизация психических травм с помощью движений глаз (ДПДГ) – оригинальный психотерапевтический метод, разработанный Френсис Шапиро (США) в 1987 году. Применяется для лечения ПТСР, фобий, панических расстройств и навязчивых переживаний.

Метод позволяет разблокировать травматический опыт в памяти и добиться достаточно быстрых позитивных изменений.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активации происходит спонтанная переработка и нейтрализация травматической информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении.

Заключается техника в последовательном «включении» полушарий с определённой частотой. При этом пациент входит в такой вид транса, в котором сам может разрешить ситуацию.

Метод эффективен, если у пациента присутствует любой из трех компонентов:

- Болезненное воспоминание о психотравмирующем событии его жизни, вызывающее неприятное ощущение в теле (ком в горле, дрожь, пот, покраснение лица, «ватные» ноги, «каменный» живот и т.д.).

- Негативная эмоция при воспоминании или по отношению к себе в каких-то ситуациях.

- Отрицательное самопредставление себя в виде мысли (например, «Я – плохой(ая)!»).

Работать техникой ДПДГ можно начинать, опираясь на любой из перечисленных выше компонентов. Если ни одного компонента у пациента нет, то ДПДГ окажется неэффективным.

Метод ДПДГ заключается в целенаправленном запуске (перезапуске) процесса переработки воспоминаний о негативных событиях при помощи билатеральной стимуляции-движения глаз.

Механизм работы:

- ✓ В основе подхода лежит допущение о наличии у пациента особой адаптивной системы переработки информации (АСПИ), которая позволяет ему справляться с психотравмирующими переживаниями – «Жизнь любого живого существа устроена так, что стресс неизбежен».

- ✓ Рано или поздно человек сталкивается с сильным стрессом, и для того, чтобы пережить это негативное воздействие, ему нужен особый механизм, обеспечивающий саморегуляцию.

Техника ДПДГ

Для создания раппорта используется клиент-центрированный подход. Мы обращаемся к клиенту с просьбой описать травматическое событие, учитывая то, что у человека пять основных сенсорных систем (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус), для ДПДГ лучше всего подходят первые три. Каждый сеанс ДПДГ-психотерапии включает в себя работу с отрицательным и положительным самопредставлением, соматическими проявлениями, проблемами самоконтроля и самоуважения и др.

1. Пациент называет эмоции, связанные с травматическим воспоминанием. Обычно это страх, но может быть также отвращение, депрессия, вина, гнев и т.д. Затем он оценивает по 10-балльной шкале (от 0 до 10) степень травматичности воспоминания.

2. Пациент называет физические симптомы или ощущения в теле, вызываемые воспоминанием. Вы просите пациента мысленно пройти по всему телу, отмечая как можно больше ощущений.

3. Пациент вербализирует свои мысли о себе в связи с событием, например, «Это была моя вина», «Это случилось из-за меня», «Я растерялся», «Я должен был действовать лучше», «Я думал, я тоже погибну», «Ситуация совершенно вышла из-под контроля» и т.д. Вы просите его сформулировать обратные, позитивные утверждения: «Это не моя вина, виноват насильник», «Я сделал все возможное в таких обстоятельствах» и т.д.

4. Необходимо установить дистанцию (50-70 см) и объяснить пациенту, что вы будете двигать пальцем перед его глазами, а он должен следить за пальцем, не поворачивая головы (определите скорость). При этом, пациент, как можно подробнее воспроизводить в памяти самый неприятный момент травматического события, включая визуальные картины, свои чувства и физические ощущения, со словами «отрицательного самопредставления «Я-СЛАБЫЙ», связанные с событием.

5. Психотерапевт делает 24-36 движений, через 12 секунд, останавливается, произносит слова: «Забудем об этом!» просит клиента закрыть глаза, сделать несколько глубоких вдохов, открыть глаза и рассказать о своих ощущениях. Объясните, что многим тяжело вспоминать, это естественно, что само событие уже прошло, это только воспоминание, и ничего нового не происходит, что в ходе терапии событие уйдет в прошлое и перестанет причинять боль. Попросите пациента поднять руку, если он хочет остановить процедуру и обсудить происходящее, чтобы двигаться дальше. Если вы видите, что пациенту очень тяжело, или он диссоциирован, успокойте его: «Все хорошо, с вами все в порядке», но во время процедуры: старайтесь говорить, как можно меньше*.

**Некоторые пациенты слишком многословно и долго рассказывают о деталях психотравматического события. В этом случае, лучше мягко прервать его и попросить сократить рассказ и больше говорить о своих ощущениях. Подчеркните, что то, что он говорит, не может быть правильным или неправильным, у каждого человека свои ощущения. По том скажите: «Сосредоточьтесь на этом» и продолжайте процедуру.*

6. После нескольких проведенных серий переработки - десенсибилизации снова оценивается уровень выраженности связанных с травматичным событием негативных эмоций. Если он равняется 0-1 баллу по десятибалльной шкале, то следует инсталляция позитивного самопредставления (положительная оценка клиентом самого себя в той ситуации со словами «Я-СИЛЬНЫЙ»).

7. Процедура заканчивается, когда пациент успокаивается: он сам это отмечает - меньше плачет, дыхание замедляется, лицо расслабляется, прекращается дрожь:

- возвращать после сеанса в спокойное состояние;
- давать инструкции о продолжающейся переработке;
- ведение дневника с записями беспокоящих воспоминаний;
- реалистические ожидания, «эффект домино».

8. Сканирование пациентом своего тела на предмет наличия остаточных неприятных ощущений.

9. Завершение (обсуждение переживаний).

10. Переоценка:

- должна проводиться перед началом каждого сеанса;
- новый материал прорабатывать после положительного эффекта со старым.

Продолжительность одного сеанса современного ДПДГ составляет приблизительно 30-45 минут. Частота сессий составляет 1-2 раза в неделю, при общем количестве от 1-2 до 10-20 сессий.

Поддерживающая психотерапия во всех случаях играет важную роль. Психотерапевты должны быть эмпатичны и отзывчивы, признавать у пациентов душевную боль и реальность травмирующих событий. На раннем этапе лечения многим пациентам необходимо научиться расслабляться и контролировать чувство тревоги (например, быть внимательным к себе, заниматься дыхательными упражнениями и др.), прежде чем у них получится переносить внешнее воздействие, которому, как правило, будет уделяться внимание во время лечения ПТСР. Для искоренения комплекса вины спасшегося может быть полезна психотерапия, направленная на то, чтобы помочь пациентам понять и изменить их самокритичное или враждебное отношение к себе.

4. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА



Понятие «психической травмы» впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, но ее признание в качестве самостоятельно нозологической единицы растянулось почти на 100 лет, а дискуссия вокруг этой проблемы продолжается по сегодняшний день.

Отто Кернберг предлагает различать:

- Синдром посттравматической перегрузки или посттравматический стресс-синдром (PSTD).
- Травму (в качестве этиологического фактора, провоцирующего появление расстройств личности).
- Хроническую обременённость в результате постоянных воздействий агрессии, которая также является очень важным этиологическим элементом для появления расстройств личности.

Травма является одноразовым, интенсивным и потрясающим всю душу переживанием, которое не может абсорбироваться (поглощаться) и «метаболизироваться» (до конца прорабатываться) психикой. Травма – это однократное и по времени ограниченное переживание.

Однако некоторые авторы вводят понятие хронической травмы и предлагают суммировать 10 важнейших патологических явлений, в которых травма является важным этиологическим фактором, под названием *хроническое посттравматическое расстройство*. Так в концепции Judith Hermann и Bessel van der Kolk (1989), например, все названные явления очень хорошо синтезированы, а именно выражены в короткой фразе: «Bad fears» – то есть, *злые страхи*

– причём каждой *букве* из этой фразы соответственно соотносится одна из *десяти «мук»* (van der Kolk, 1996):

1. пограничное (Bordeline) расстройство личности
2. аффективное расстройство
3. тяжёлая депрессия
4. диссоциативный синдром, включающий в себя множественную личность
5. flash-backs
6. тяжёлые расстройства, связанные с едой
7. антисоциальные расстройства личности
8. хроническая готовность принимать на себя роль жертвы (Readiness to make sacrifices)
9. соматизация
10. хроническая суицидальность

Таким образом, тяжёлые травмы могут приводить к длительно сохраняющимся психопатологическим последствиям, которые, тем не менее, существенно отличаются от типичных расстройств личности; соответственно, с клинической и терапевтической точек зрения важно отделять посттравматический синдром от психопатологических последствий длительной подверженности агрессии.

Взрослая катастрофическая травма или посттравматический стресс-синдром

Его острая картина выступает в форме, схожей с последствиями тяжёлых травм, полученных в результате пребывания:

- ✓ в концентрационном лагере,
- ✓ на войне,
- ✓ после пережитого несчастного случая,
- ✓ насилия, террора, пыток,
- ✓ пребывания в роли заложника и других форм тяжёлых физических и сексуальных истязаний, особенно в раннем детстве и в возрасте 10-15 лет.

Клиническая картина посттравматического стресс-синдрома, длящегося 2-3 года, представляет собой:

- ✓ острые состояния страха,
- ✓ ограничения функций Я,
- ✓ взрывы ярости,
- ✓ постоянно снящиеся кошмары и Flash-backs,
- ✓ обнаруживаются разнообразные ограничения в межличностных отношениях, в работе, в общественной и сексуальной жизни.

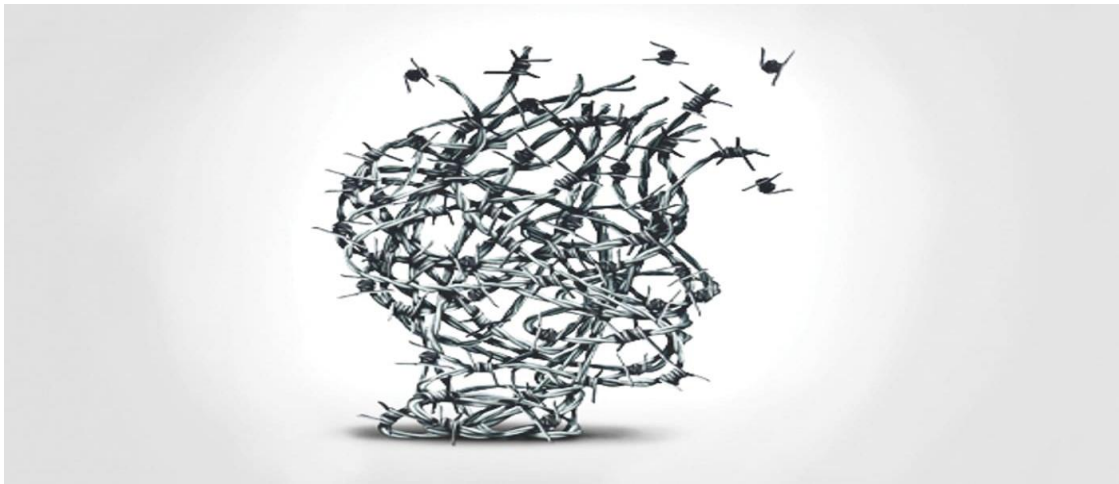
Согласно МКБ-10, Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого. Предрасполагающие факторы, такие, как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе, могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения. Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях ("кадрах"), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С вышеупомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, и не редкостью являются идеи самоубийства. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности (F62.0).

Слово «травма» (которое дословно значит «повреждение») пришло из медицины и подразумевает нанесение повреждения, а в данном контексте означает психологическое поражение.

Лапланш и Понталис используют термин «психологическая травма» для обозначения внешнего события в жизни пациента, которое характеризуется интенсивностью, неспособностью пациента реагировать на такое событие психологически адекватно, а также тем потрясающим и длительным воздействием, которое оно оказывает на его психическую организацию.

3. Фрейд в 1892 году писал: «Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли; и, разумеется, от восприимчивости пострадавшего (равно как и от условий, указанных ниже) зависит вероятность того, что это происшествие приобретет характер травмы».

Чем реакция человека на самые страшные страдания отличается от реакции на экстремальное переживание?



В результате страданий личность здорового человека не претерпевает никаких изменений. И лишь экстремальное переживание неизбежно ведет к радикальной перестройке структуры личности человека. Уникальность характера этого переживания ставит нас перед необходимостью введения нового термина - ***экстремальная ситуация***.

Характерными чертами экстремальной ситуации являются:

- ✓ ее абсолютная неизбежность,
- ✓ неопределенная протяженность,
- ✓ полная непредсказуемость любых связанных с нею обстоятельств,
- ✓ она неизменно таит в себе опасность для жизни человека
- ✓ при его полной беспомощности что-либо поделаться с этим.

Таким образом, слово «травма» обозначает всякое переживание, которое вызывает непереносимые душевные страдания или тревогу. Переживание является «непереносимым» в том случае, когда обычных защитных мер психики, которые З. Фрейд обозначил как «защитный экран от стимулов», оказывается недостаточно.

При катастрофической травме индивид сталкивается с подавляющими аффектами; другими словами, его аффективные отклики вызывают непереносимое психическое состояние, которое угрожает дезорганизовать, возможно, даже разрушить, все психические функции. Отличительной чертой катастрофической травмы является переживание невыразимого ужаса перед угрозой растворения «связного Я» - то, что Хайнц Кохут назвал «тревогой дезинтеграции».

Тревога дезинтеграции, угрожающая полной аннигиляцией личности, может привести к разрушению человеческого духа. Такой исход должен быть предотвращен любой ценой и в игру вступает вторая линия защит, назначение которых состоит в том, чтобы «немыслимое» не было пережито. Эти защиты обозначаются как «примитивные» или «диссоциативные» – это:

- ✓ расщепление (splitting),

- ✓ проективная идентификация,
- ✓ идеализация и обесценивание,
- ✓ трансовые состояния,
- ✓ переключения между множественными центрами идентичности,
- ✓ деперсонализация,
- ✓ психическое оцепенение (намбинг - «nambing») и т.д.

В связи с указанными психологическими состояниями используются и такие термины, как «диссоциация», «регрессия», «отсеченность» (cut-off-ness) и т.д.

Однако при некоторых неблагоприятных обстоятельствах «замораживание» ряда человеческих функций можно считать реакцией приспособления, позволяющей индивиду выжить.

Главным и клиническим, и бытовым признаком травмы является боль, причем и для физической, и для психической травмы. Она может буквально разрывать тело на части, человек корчится и кричит от этой боли, наносит себе физические повреждения, иногда он готов даже убить себя - лишь бы избавиться от этой боли. Некоторые попытки самоубийства и неоднократные самоповреждения могут представляться средством прекращения травматического состояния (Simpson, 1976).

В избавлении от этой боли и переживаний вообще «помогает» эта вторая линия защит. Д. Калшед назвал эти защиты архетипической системой самосохранения психики. Те меры, которые психика принимает по обеспечению самосохранения, являются архаичными, они появляются на более ранних этапах развития и более примитивны, чем обычные защиты Эго. В силу того, что эти защиты, по-видимому, координируются центром, находящимся в более глубоких слоях личности, чем Эго, их называют «защитами Самости».

Таким образом, у взрослого человека в экстремальных ситуациях происходит скачкообразная регрессия на уровень шизоидности (формируется вторичная шизоидность). При угрозе жизни у взрослого человека реактивируется экзистенциальный страх за жизнь, который ребенок уже переживал при рождении.

Страх, тревога и гнев являются активирующими эмоциями. Однако, когда субъект приходит к выводу, что опасности не избежать, и угроза неизбежна (ситуацию невозможно изменить) он капитулирует. Тогда аффект меняется со страха на кататоническую реакцию, что знаменует собой возникновение травматического состояния.

Субъект прекращает борьбу или сопротивление, подчиняется приказам и «замораживается». Чем больше он подчиняется приказам или остается в беспомощном состоянии, тем «глубже», полнее, необратимее развивается состояние

покорности, напоминающее транс. Кататоническая реакция представляет собой часть древнего паттерна выживания, присущего практически всем животным. Этот капитулятивный паттерн содержит безболезненный «самодеструктивный» механизм.

По мере развития травматического состояния возникают:

✓ нечувствительность к регистрации боли и болезненных чувств, за которой следует

- ✓ постепенное сужение когнитивной сферы,
- ✓ затормаживается восприятие,
- ✓ сознательная регистрация,
- ✓ запоминание и припоминание,
- ✓ наблюдение,
- ✓ прекращается решение проблем, выработка суждений и планирование.

Эту картину назвали: «психическое отключение» (Lifton, 1968), «замороженность», психическое оцепенение, «психологическая закрытость» (Lifton, 1967) и «аффективная анестезия» (Minkowski, 1946).

Парадокс в травматическом состоянии заключается в том, что оцепенение и закрытость воспринимаются как облегчение от болезненных аффектов. Травмированные индивиды цепенеют и не могут обсуждать то, что с ними произошло, говорить о своих переживаниях. Это оцепенение распространяется не только на неспособность говорить о своих чувствах и переживаниях, но и на другие человеческие эмоции, реакции и потребности.

«Беспомощность» - ключевое слово в концепции травмы З. Фрейда. Субъективное переживание беспомощности (erlebte Situation) определяет, что ситуация является травматической, в отличие от ситуации опасности. Момент беспомощности в этом контексте состоит в том, что он подразумевает «сдачу» или капитуляцию. Когда эмоции изменяются от тревоги к капитуляции и кататонической реакции, описанной Стерном, само последнее состояние становится угрозой для функционирования, целостности и даже выживания индивида.

Признание существования неизбежной опасности и капитуляция перед ней знаменуют начало травматического состояния, а с ним и начало травматического процесса, который, если он не будет прерван, заканчивается психогенной смертью. Личность выживает, но не может жить творчески: ее креативность заблокирована.

Когда наступает психическое оцепенение и человек осознает наличие у себя чувства «омертвелости» - попытка самоубийства или самоповреждения может (парадоксальным образом) быть спасительной для жизни в том отношении, что посредством этого человек утверждает свою власть над ситуацией, таким образом прерывая состояние беспомощности и капитуляции. Некоторые из

внезапных вспышек активности в кататоническом состоянии представляют собой тот же самый тип протеста в последнюю минуту, так как именно процесс психологической капитуляции является летальным.

Психическая травма не всегда проявляется в чистом виде, как болезненное воспоминание или переживание. Она становится как бы «возбудителем болезни». З. Фрейд проводит аналогию между травмой психической и физической: «психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь еще долго остается действующим фактором». В отличие от физической травмы, которая всегда является внешней:

1. Психическая травма может иметь интрапсихическую природу, то есть фактически психика наносит травму сама себе («продуцируя» определенные мысли, чувства, воспоминания, переживания и аффекты).

2. Второе существенное отличие - психическая травма невидима, в некотором смысле - неverifiedируется и объективизируется для окружающих лишь по ее «косвенным» признакам (вербальным, мимическим, идеомоторным и поведенческим).

Каждая новая жизненная ситуация ошибочно априорно воспринимается как опасность, как угроза повторного переживания травмы и, вследствие этого, подвергается атаке. Таким образом, архаичные защиты становятся силами, направленными против жизни, которые З. Фрейд вполне резонно считал составляющей частью инстинкта смерти. Внутренний защитник из архетипической системы самосохранения не только уводит от внешнего мира, но и атакует внутри.

Большинство современных авторов-аналитиков склонны видеть в этой атакующей фигуре интернализированную версию действительного виновника травмы, который «овладел» внутренним миром жертвы. Дьявольская внутренняя фигура является гораздо более садистской и жестокой, чем любой насильник, принадлежащий внешнему миру, здесь мы имеем дело с психологическим фактором, который оказался высвобожденным посредством травматического переживания из коллективного бессознательного, а именно - с архетипическим травматогенным фактором внутри самой психики .

Иными словами, травмированная психика продолжает травмировать саму себя. Травматический процесс не заканчивается с прекращением внешнего акта насилия, но продолжается во внутреннем мире жертвы насилия, чьи фантазии часто населены образами преследующих фигур.

Кроме того, люди, перенесшие психическую травму, постоянно обнаруживают себя в жизненных ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации. Как будто бы внутренний преследующий мир находит свое

внешнее отражение, почти, как если бы *индивид был одержим некой дьявольской силой или преследуем злым роком.*

Уход из травмирующей ситуации является нормальной реакцией психики на травматическое переживание. В том случае, когда избежать травмирующей ситуации невозможно, какая-то часть «Я» должна быть удалена, и обычно интегрированное Эго должно быть разделено на фрагменты или диссоциировано. Диссоциация является нормальной частью защит психики от травматического воздействия.

Диссоциация является своего рода трюком, который психика разыгрывает над самой собой. Жизнь может продолжаться благодаря уловке, в результате которой непереносимые переживания разделяются и распределяются по различным отделам психики и тела, главным образом, переводятся в «бессознательные» аспекты психики и тела. Это означает, что появляется препятствие интеграции обычно единых элементов сознания (например, когнитивных процессов, аффектов, ощущений, воображения). Переживание, само по себе, становится прерывистым:

✓ Процесс воображения может быть отделенным от аффекта, либо и аффект, и образ могут быть диссоциированы от осознанного знания.

✓ Время от времени вспыхивают отдельные воспоминания, во время которых переживаются ощущения, которые, на первый взгляд, никак не связаны с поведенческим контекстом.

✓ В памяти индивида, чья жизнь была нарушена травматическим событием, появляются провалы, для него становится невозможной вербализация, создание полноценного рассказа о том, что с ним произошло.

Таким образом, диссоциация как психологический защитный механизм позволяет человеку, пережившему невыносимую боль, участвовать во внешней жизни, но за счет больших внутренних затрат. Эти действия дробят на фрагменты аффективное переживание пациента для того, чтобы рассеять осознание боли, которое появилось или вот-вот появится.

Недостатком такой защиты является ее тенденция автоматически включаться в условиях, когда на самом деле не существует риска для жизни. Травмированные люди склонны реагировать на обычный стресс как на опасность для жизни, немедленно впадая в амнезию или становясь совершенно другими - к всеобщему смятению. В дальнейшем такие люди могут быть диагностированы как страдающие от характерологического диссоциативного расстройства и названы множественной личностью.

Проявления диссоциативного процесса могут быть обнаружены:

1. в фактах обыденной жизни пациента,
2. в отношениях между пациентом и терапевтом.

Полезные вопросы, для диагностики диссоциативного процесса (их можно сгруппировать по следующим рубрикам):

- амнезия или «провалы во времени»;
- деперсонализация/дереализация;
- жизненный опыт.

Вопросы об амнезии или «провалах во времени»:

1. зачастую бывает трудно добиться от пациентов связного рассказа об их прошлом;

2. очевидна противоречивость многого из рассказанного пациентом;

3. у психотерапевта возникают проблемы с пониманием хронологической последовательности событий его жизни. Наиболее эффективным способом выявления нарушения последовательности в воспоминаниях пациента является расспрос о каком-то конкретном событии из его прошлого. Обычно начинающие психотерапевты в таких ситуациях склонны обвинять себя в том, что они неправильно поняли пациента или что-то пропустили в его рассказе.

Время от времени пациент заявляет: «Я не могу этого вспомнить». Иногда пациент начинает конфабулировать для того, чтобы замаскировать провал в своих воспоминаниях или усыпить бдительность психотерапевта. Психотерапевт должен быть готов к защитным или компенсаторным маневрам пациента, целью которых является уход от вопросов или изменение темы разговора. Confabular (лат. - болтать); конфабуляции - галлюцинации памяти; заполнение пробелов памяти логичными воспоминаниями.

У пациентов, страдающих хронической диссоциацией, эпизоды провалов во времени случаются часто, причем при разных обстоятельствах. Вместе с тем у них обычно отсутствует вторичная выгода от эпизодов «провалов во времени». Они не помнят многих важных событий своей жизни. Бывает, что индивиду известно о каком-то реальном событии, произошедшем с ним, только благодаря рассказам других людей, сам он не в состоянии об этом вспомнить. У многих пациентов с диссоциацией обнаруживаются значительные лакуны в воспоминаниях детства. Довольно часто они жалуются: «Я не могу вспомнить период с 7-го по 9-й класс» - или: «Я не могу вспомнить то, что происходило со мной до 16 лет». Часто встречаются фугоподобные состояния. «Бывало ли так, что вы внезапно приходили в себя, очутившись в некой местности, при этом у вас не было ни малейшего представления о том, как вы там оказались».

Вопрос о состоянии деперсонализации/дереализации:

1. «Испытывал ли пациент когда-либо состояние, при котором он наблюдал себя со стороны как постороннего человека или будто бы смотрел фильм про самого себя»? *Этот вопрос направлен на переживания «выхода из тела»,*

которые встречаются, по крайней мере, у половины пациентов с диссоциацией.

Возможны и другие проявлениями деперсонализации/дереализации, например, ощущением нереальности окружающего, кого-то или чего-то вовне, восприятием самого себя как механизма или мертвого и т.п.

Необходимо исключить связь этих переживаний с приемом наркотиков или алкоголя.

Вопросы, касающиеся обычных жизненных ситуаций:

1. Довольно часто пациентов с диссоциацией обвиняют во лжи.
2. Возможны резкие колебания показателей успеваемости в школе (например, плохие отметки в один конкретный период времени и самые высокие - в другой);
3. часто бывают состояния флэшбэк. Состояния флэшбэк вызывают сильное беспокойство, с которым главная личность справляется (как и со многими другими пугающими переживаниями) при помощи отрицания;
4. непроизвольное вторжение воспоминаний и образов;
5. сноподобные воспоминания и кошмары (периодически повторяющиеся кошмарные сновидения, вызывающие интенсивные негативные переживания, и множественные пробуждения из глубокого сна, и гипногигические/гипнопомпические феномены);
6. сомнамбулизм;
7. неожиданно у них обнаруживаются некие знания или навыки, но они не помнят, как и когда они их приобрели; характерна и обратная ситуация - неожиданная и необъяснимая утрата навыков, способностей или знаний, которыми обладал пациент.

Можно спросить: «Доводилось ли пациенту испытывать состояние, при котором реальное событие из своего прошлого переживалось им настолько живо и реалистично, как будто бы оно происходило с ними снова в действительности в настоящем времени».

Также можно наблюдать в беседе с пациентом:

1. Физические признаки переключения: изменение выражения лица, например, закатывание глаз, быстрое моргание, судороги или гримасы. Вместе с этим обычно изменяются тембр голоса и стиль речи.
2. Амнезия на события во время интервью, отрицание пациентом поведения или переживаний, которые до этого он признавал за собой.
3. Характерен паттерн «созидания и разрушения». Это может быть либо результатом амнезии на предыдущие утверждения или действия, либо проявлением противоположной системы ценностей и взглядов на мир, принадлежащей другой альтер-личности.

4. Время от времени пациенты говорят о себе от первого лица множественного числа («мы») или в третьем лице. Особенно часто можно услышать, как пациенты употребляют местоимение «мы» не как фигуру речи, но, скорее, как бы говоря от лица коллектива. Пациенты могут также использовать местоимения «он», «она», рассказывая о своем собственном поведении.

5. У пациентов с расстройством множественной личности (РМЛ) часто отмечается чрезвычайно высокий уровень ориентировочной реакции.

В исследовании NIMH, посвященном РМЛ, установлено, что от первого обращения пациентов к специалистам в области психического здоровья по поводу симптомов, относящихся к РМЛ, до окончательного подтверждения диагноза этого расстройства, в среднем проходит 6,8 лет (Putnam et al., 1986). Иногда РМЛ может скрываться за клинической картиной, соответствующей либо критериям посттравматического стрессового расстройства (например, у жертв сексуального насилия), либо патологической реакции горя.

Часто новая травма реактивирует кошмары и флэшбэки, содержанием которых были инцест или сексуальное насилие, пережитые в прошлом, после чего с возрастающей частотой появлялись диссоциативные состояния, такие, как провалы во времени или эпизоды минифуги.

Всех пациентов, страдающих расстройством множественной личности (РМЛ), отличает одна общая черта - они вызывают к себе определенную привязанность и участие.

Есть что-то особое во взаимоотношениях пациентов с РМЛ с другими людьми, отличающее их от других психиатрических пациентов. Возможно, именно в этом заключается причина того, что психотерапевты так часто уходят с головой в психотерапию своих первых пациентов с диагнозом РМЛ.

Показатели контрпереноса в психотерапии ПТСР (Wilson, Walker, 1989)

Проявления эмоционального контрпереноса:

- Злость на причины травматизации.
- Злость на пациента, вызванная интенсивностью его переживаний.
- Злость на общество, которое не может помочь жертве.
- Страх, возникший в связи с интенсивностью переживаний пациента.
- Страх, связанный с собственной уязвимостью и вероятностью оказаться жертвой.
- Тревога по поводу собственных способностей помочь жертве.
- Вина за то, что сам избежал таких страданий.
- Переживание печали и горя, возникающие в ответ на травматическую историю.

- Чувства усталости, страха, стыда и отвращения, возникающие во время слушания травматической истории.

- Онемение и скованность, которые возникают вследствие психологической загруженности терапевта, возникшие в ответ на травматическую историю.

- Намеренное избегание травматической истории (осознанное или неосознанное).

Когнитивный контрперенос и межперсональные стратегии:

- ✓ Вера в то, что позиция терапевта как «чистого экрана» («фальшивая нейтральность») является достаточной.

- ✓ Сильная идентификация с пациентом.

- ✓ Терапевт чувствует, что обязан помочь жертве.

- ✓ Чрезмерная убежденность в личной ответственности нести на своих плечах груз терапии.

- ✓ Моральная и профессиональная разочарованность, вызванная травматической историей.

- ✓ Восприятие себя как носителя, одаренного целителя, нарциссизм.

- ✓ Формирование образа пациента, как слабого, жалкого. Преувеличение степени травматизации.

- ✓ Вера в то, что лекарства облегчат эмоциональные страдания и дадут возможность контроля для терапевта.

- ✓ Неверие в существование ПТСР.

- ✓ Представление о том, что стрессовый синдром является преморбидным по происхождению.



Методы психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой

При лечении людей, страдающих посттравматическим стресс-синдромом (PSTD), на переднем плане стоит комбинированная терапия - применение анксиолитических медикаментов и поддерживающей психотерапии вместе с эмпатической установкой психотерапевта по отношению к пациенту, а также поддержка пациента при необходимом повторном столкновении с ситуацией, которую он со страхом избегал из-за пережитой травмы.

При лечении пациентов, страдающих расстройствами личности, вследствие перенесенной катастрофической травматизации или же хронической обременённости в результате постоянных воздействий агрессии показана личностно-ориентированная психодинамическая или аналитическая психотерапия.

Для эффективности психологического сопровождения пациентов, перенесших катастрофическую травматизацию необходимо соблюдать определенные организационные и психологические условия, включающие в себя организацию пространства и времени работы группы или индивидуальной работы. Помещение для таких занятий должно быть звукоизолированным и достаточно просторным для выполнения предусмотренных техник. Встречи организуются с периодичностью не реже одного раза в неделю. Для пациентов, находящихся в остром кризисном состоянии, рекомендуется назначать две – три сессии в неделю. При положительной динамике состояния частота встреч уменьшается до одной в неделю.

Можно выделить следующие методы и формы психотерапии, которые являются эффективными в психотерапевтической работе с травмой:

- 1) Когнитивно-поведенческая психотерапия
- 2) Метод управляемой психофизиологической саморегуляции, релаксационные методы;
- 3) Игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок;
- 4) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ)
- 5) Групповая посттравматическая интервенция
- 6) Гуманистически-экзистенциальная психотерапия
- 7) Арт-психотерапия
- 8) Телесно-ориентированная психотерапия
- 9) Психодинамическая психотерапия, в частности, кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) и др.

5. РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ. ПСИХОТЕРАПИЯ



Расстройства адаптации (адаптационные расстройства, расстройства приспособительных реакций) являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это связано как с высокой распространенностью данной патологии в различных возрастных категориях (1-24%), так и значительными трудностями в диагностике и лечении. Распространенность адаптационных расстройств особенно высока среди пациентов общемедицинской сети. Большой разброс результатов эпидемиологических исследований свидетельствует о недостаточной определенности самого понятия расстройства адаптации и сложностях диагностики указанных расстройств.

Расстройства приспособительных реакций представляют собой обширную группу психопатологических нарушений, связанных со стрессом, которые могут проявляться как в виде кратковременных реакций непсихотического уровня, так и длительными психогенными состояниями. Несмотря на представленность в МКБ-10, нозологическая принадлежность и целесообразность выделения расстройств адаптации в отдельную диагностическую категорию вызывают споры среди исследователей. Сравнительные исследования показывают, что адаптационные расстройства отличаются от других тревожно-депрессивных и поведенческих расстройств наличием прямой связи с психотравмирующей ситуацией, ее характером, индивидуальной чувствительностью пациента, кроме того, они менее продолжительны, а случаи повторного обращения за психиатрической помощью редки. Вместе с тем, несвоевременная диагностика и лечение указанной патологии могут приводить к утяжелению психического состояния пациента, хроническому течению заболевания, повышению риска суицидального и аддиктивного поведения, что требует длительной и активной терапии и приводит к большим необоснованным экономическим затратам.

Адаптационные расстройства (расстройства адаптации, расстройства приспособительных реакций) представляют собой обширную сборную группу неглубоких и обратимых психических нарушений, возникающих в ответ на различные психотравмирующие факторы обычной интенсивности. Стрессовый фактор может затрагивать целостность микросоциальной сети пациента (потеря кого-то из близких, разлука, развод) или более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стресс может быть связан с кризисом развития, переломным моментом в жизни человека (поступление в школу, рождение ребенка, неудача при попытке достижения значимой цели, выход на пенсию).

Индивидуальная предрасположенность или уязвимость играют важную роль в риске возникновения и формирования проявлений расстройств адаптации, при этом не допускается возможность возникновения таких расстройств без стрессового фактора.

Проявления переменчивы и включают:

- **депрессивную симптоматику** – подавленное настроение, снижение самооценки и ощущение неспособности справиться с ситуацией, негативное и безнадежное восприятие действительности, ментальная заторможенность, снижение волевых способностей, трудности в концентрации и принятии решений;

- **тревогу** – напряжённость, настороженность, опасения по поводу потери контроля над собой или ситуацией;

- **эмоциональную лабильность** - раздражительность, нервозность, импульсивность, трудности в контроле над эмоциональными реакциями, склонность к перепадам настроения, неадекватные реакции;

- **астению** – утомляемость, снижение работоспособности, рассеянность, забывчивость, нарушение концентрации внимания;

- **поведенческие расстройства** - избегание социальных контактов, замкнутость, уход от общения, отказ от выполнения социальных обязательств, конфликтность, агрессивность, асоциальное поведение.

У детей могут отмечаться регрессивные феномены, такие как, энурез, детская речь, сосание пальца. В подростковом возрасте регистрируются расстройства поведения в виде агрессивного или диссоциального поведения.

Адаптационные расстройства возникают в течение месяца после стрессового события или изменения жизни. Продолжительность симптоматики обычно не более 6 месяцев, за исключением пролонгированной депрессивной реакции – не более 2 лет.

Диагностические указания

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;

- b) анамнестическими данными и личностью;
- c) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские или предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него.

Симптоматика переменна по форме и тяжести, могут преобладать тревожные, депрессивные или поведенческие расстройства, или наблюдаться смешанный вариант без одного выраженного вида нарушений. Преобладание тех или иных симптомов зависит от индивидуальных особенностей личности и от конкретного социального обстоятельства. Например, чувствительный молодой мужчина при изменении места жительства (миграция, одиночество, проблемы с трудоустройством) отмечает депрессивную реакцию, а в силу своей мнительности испытывает тревожные состояния из-за необходимости общения с незнакомыми людьми.

Заболевание классифицируется в зависимости от преобладающих симптомов и временного фактора (клинические формы) по МКБ-10:

✓ депрессивная симптоматика в рамках расстройства адаптации может наблюдаться как в виде кратковременной депрессивной реакции – **F43.20** – (транзиторного мягкого депрессивного состояния) – не более одного месяца, так и в виде пролонгированной депрессивной реакции – **F43.21** – (легкого депрессивного состояния) в результате продолжительного действия стрессовой ситуации) – до двух лет;

✓ смешанная тревожная и депрессивная реакция с выраженными симптомами тревоги и депрессии – **F43.22**;

✓ с преобладанием нарушением других эмоций – **F43.23** – напряжённости, беспокойства, раздражительности, тревожности, подавленности, гневливости и невротического регрессивного поведения у детей (сосание пальцев или энурез);

✓ с преобладанием нарушения поведения – **F43.24** – помимо менее выраженных аффективных состояний, основными проявлениями являются поведенческие проблемы и реакции, например, у лиц подросткового возраста реакция горя выражается агрессивным, девиантным, асоциальным поведением;

✓ смешанное расстройство эмоций и поведения – **F43.25** – характерны эмоциональные проявления и нарушение поведения.

Выделяют три стадии расстройства адаптации:

1. Стадия субклинических проявлений – эмоциональная нестабильность, астения, транзиторные нервно-вегетативные проявления в виде головной боли и нарушений сна.

2. Стадия клинических проявлений – развёрнутый симптомокомплекс в рамках классификации, указанной выше.

3. Стадия редукции болезненных проявлений – компенсация аффективной симптоматики и поведенческих реакций, нормализация адаптационных процессов.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия при расстройствах адаптации играет ведущую роль. Цель - создание у пациентов позитивного состояния и побуждения к активным действиям, направленным на выработку механизмов совладения со стрессом, отработку и закрепление новых поведенческих паттернов, поддерживающих стабильность достигнутого состояния, развитие у пациентов навыков управления собственной жизнью.

При адаптационных реакциях необходимо:

- определить возможные психологические причины и источники тревоги;
- выявить и расширить значимые межличностные связи, необходимые для поддержки и помощи;
- дезактуализировать ситуации и активировать внутренние ресурсы;
- выработать у пациента собственные механизмы совладания со стрессовой ситуацией.

Наиболее эффективными подходами считаются: краткосрочная бихевиоральная психотерапия, когнитивная психотерапия, релаксационные методы – осознанное расслабляющее дыхание (глубокое диафрагмальное дыхание), психическая саморегуляция с пошаговой системой самоконтроля, сеансы эриксоновского гипноза.

При необходимости проводится семейное консультирование, социальная поддержка в виде семейной и групповой психотерапии. К таким видам психотерапии относятся совместная занятость по интересам с активной инициативой самих пациентов, комфортные и эстетически позитивные условия быта, проведение тренинговых занятий по обучению новым навыкам адаптации.

В комплексном лечении используются психообразовательные программы и психосоциальная реабилитация.

Психотерапия при расстройствах адаптации способствует прерыванию и/или снижению действия психотравмирующих механизмов и активирует адаптационные процессы.

При первичном обращении пациенту дается разъяснение о природе расстройства, симптомах и возможностях психотерапии.

После установления терапевтического контакта проводится психотерапевтическое интервью, включающее элементы когнитивно-бихевиоральной психотерапии с целью коррекции неэффективных и неадаптивных шаблонов мышления, убеждений и установок, а также приобретённых стереотипов поведения, формирования и закрепления эффективных моделей поведения «здесь и сейчас».

Работа врача-психотерапевта заключается в выявлении у пациента иррациональных установок. Пациент информируется, что эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка, то есть иррациональные мысли, несущие деструктивный заряд. Выявлению иррациональных установок помогает анализ использованных слов. Далее совместно с пациентом врач вырабатывает позиции конфронтации с иррациональными установками, пересматривает иррациональные установки и закрепляет рациональные (гибкие).

Психическая саморегуляция с пошаговой системой самоконтроля

Один из приемов саморегуляции – вхождение в так называемое «трансовое состояние» сознания. Пациент обучается расслаблению тела с последующим отвлечением своего сознания какой-нибудь приятной картиной, воспоминанием. С помощью транса пациент получает возможность не только отдыхать, но и помочь себе исцелиться от болезни. Для этого применяется пошаговая система самоконтроля.

1 шаг – переключение внимания. Поднять вверх указательный палец правой руки, посмотреть на него и сказать: «Стоп! Хватит! Прекрати! Успокойся!».

Дополнительные варианты – представить красный свет светофора как сигнал прекращения движения вперед в неправильном направлении или потянуть резинку на запястье, возникшие ощущения так же позволят переключить внимание.

2 шаг – 1 минута осознанного расслабляющего дыхания.

1-й такт – глубокий вдох **через нос**, как можно глубже в живот (живот выпятить) на счет 1, 2, 3 сек.

2-й такт – задержка дыхания, тоже на счет 1, 2, 3 сек.

3-й такт – медленный выдох **через рот** (живот втянуть) на счет 1, 2, 3, 4, 5, 6 сек.

Таким образом, выдох получается в 2 раза длиннее вдоха.

4-й такт – спокойное дыхание, не задумываясь о том, как будет сделан вдох или выдох. Длится 3 секунды, за это время пациент успевает сделать вдох-выдох без задержки дыхания.

Перечисленные 4 такта составляют 1 дыхательный цикл, который по времени занимает 15 секунд. 2 шаг подразумевает выполнение 4-х дыхательных циклов, что составляет 1 минуту.

Упражнения выполняются в одиночестве, закрыв глаза. Рекомендуемый режим: 5 раз в день, равномерно распределив на протяжении дня.

Через 1-2 недели к дыхательному упражнению можно добавить упражнение для расслабления мышц. На вдохе и на задержке дыхания следует одновременно плотно закрыть глаза (зжмуриться), сжать зубы (оскалиться), сжать кисти в кулаки, опираться на пятки и тянуть носки на себя. Как только начинается выдох, необходимо расслабиться – глаза остаются закрытыми, не зажмуренными, убирается оскал, опускаются и расслабляются верхние и нижние конечности. Если не хватило для расслабления 6 секунд на выдохе, можно воспользоваться еще 3 секундами свободного дыхания.

3 шаг – «Я здесь и сейчас». Пациент, в зависимости от положения тела, должен произнести: «сiju, стою, иду или лежу», «вижу» (перечислить 3 предмета, попадающие в поле зрения), «слышу» (назвать 3 звука – движение машин за окном, стук каблучков в коридоре, вибрация телефона и т.д.), «чувствую» (обозначить 3 ощущения – сердцебиение, головную боль, ватные ноги).

4 шаг – формула самовнушения безопасности. «Я знаю, что симптомы (например, сердцебиение, головная боль, тревога) пока еще свойственны моему организму, но я знаю, что они (перечисляются симптомы) абсолютно безопасны для моего организма».

5 шаг – якорение. Следует потереть ладони или нажать на мочку уха, вспомнив свое ресурсное место.

Описание ресурсного места – одно из домашних заданий.

Применение сеансов эриксоновского гипноза включает серию лечебных трансов с целью проработки:

- эмоционального уровня (работа с депрессией, тревогой, неуверенностью);
- когнитивного уровня (осознание необходимости идентификации дезадаптивных мыслей);
- неприятных ощущений в теле – «Техника светового потока».

«Техника светового потока»

Метод позволяет визуализировать болезненный объект и исцеляющий световой поток, их взаимодействие с последующим уменьшением интенсивности или купированием неприятных ощущений в теле.

В начале сеанса проводится предварительная беседа, в процессе которой уточняется самочувствие, настроение пациента, события предшествующих дней. Далее происходит обсуждение выполненного домашнего задания, которое включает следующее: пациенту предлагают записать на белом листе бумаги в столбик слева основные и дополнительные цвета: красный, желтый, оранжевый, зеленый, голубой, синий, фиолетовый, золотой, пурпурный, розовый, ко-

ричевый, серый, белый, черный, а справа возле каждого цвета он должен написать свои мысли, эмоции, образы, чувства, которые вызывают тот или иной цвет. Затем пациент должен заполнить таблицу «Характеристика болезненного объекта», в которой подробно описывают дискомфорт в теле:

1. Ощущение – боль (описать какая), дрожь, пульсация, тяжесть, давление, покалывание и т.д.

2. Место, локализация неприятного ощущения в теле.

3. Форма или образ болезненного объекта. На что он может быть похож? Например, головная боль как сдавливающий обруч, острая боль в виде кинжала и т.д.

4. Размер «болезненного» образа лучше указывать по отношению к чему-нибудь: с ладонь, с пятикопеечную монету, с горошину. Понятия «маленький» или «большой» у всех разные.

5. Цвет неприятного ощущения.

6. Температура болезненного объекта – «жжет, печет, закипает» – по отношению к температуре тела.

7. Фактура дискомфорта – металлическая, пластмассовая, ледяная, водная (кипяток), резиновая и т.д.

8. Звук, если издает болезненный объект – «гудит, шумит».

9. Что можно сделать с этим объектом? Отвечая на это вопрос, важно не забывать про 3 пункт – образ. Вариант принять таблетку, сходить к врачу в этой технике будет не совсем корректным. Если это сдавливающий головной обруч, его можно просто снять, кинжал – извлечь. Учитывая, что работа происходит со световым потоком, конечная цель будет растворить, закрасить в однородный, исцеляющий цвет, максимально уменьшая болезненный объект.

10. Цвет, который ассоциируется с исцелением.

После релаксации предлагается пациенту представить поток исцеляющего цвета, который проникает внутрь организма, заполняя его полностью. Вторая часть потока начинает работать с болезненным объектом, меняя его цвет, размер, форму, фактуру, температуру, желательно до полного исчезновения. После завершения сеанса предлагается запомнить все, что происходило в воображении, быть готовым возвратиться к образам. По желанию пациент может нарисовать, то, что происходило в воображении. Пациент получает домашнее задание визуализировать «здоровый организм» свободный от неприятных ощущений. Данный сеанс длится 30 минут. Рекомендуется проводить его в течение 1-2-х сессий. Обученные пациенты могут самостоятельно проводить еженедельные сеансы визуализации в течение 3 месяцев, используя записанный ранее сеанс на воспроизводимом носителе.

Со всеми пациентами предварительно проводится беседа, во время которой объясняются цели и задачи индивидуальной психотерапии, правила поведения во время психотерапевтической работы. Необходимо соблюдать принцип добровольности, подразумевающий, что достижение реальной эффективности проведения психотерапевтических мероприятий, изменение характерологических особенностей и личный рост возможны и допустимы лишь в случае добровольного согласия и мотивации на их проведение. После каждого занятия пациентам дается домашнее задание с целью закрепления полученных знаний и навыков. Самостоятельная работа является важной составляющей частью психотерапевтической работы.

Примеры домашних заданий:

1. Определить цели, которые пациент хочет достичь в ходе психотерапии, используя определенные правила:

а) цель должна начинаться со слов: я хочу, я могу...;

б) достижение цели зависит только от пациента, а не от окружающих его людей (для себя и от себя);

с) важно отразить конкретику, пример «Я хочу быть счастливым» подразумевает множество вариантов;

д) описывается конечный результат, а не промежуточное действие;

е) цель формулируется в положительном ключе, нельзя использовать частицу «НЕ» (не болеть);

ф) экологичность цели.

2. Расписать минимум по 3 страха на каждую цель. Опасения могут быть связаны как с тем, что цель будет достигнута, так и с тем, что она никогда не будет реализована.

3. Дата и описание того момента, когда пациент понимает, что его цель достигнута.

4. Конструирование образа ресурсного места.

5. Заполнить таблицу «Характеристика болезненного объекта», а после проведения лечебного транса визуализировать «здоровый организм», свободный от неприятных ощущений.

6. Вести дневник наблюдения за самочувствием, где отражать мысли, чувства, способы самопомощи.

Алгоритм проведения индивидуальной сессии

1. Приветствие.

2. Опрос самочувствия.

3. Проведение беседы-дискуссии.

4. Обсуждение выполненных домашних заданий.

5. Занятия психической саморегуляцией с пошаговой системой самоконтроля.

6. Основной сеанс (сессия) эриксоновского гипноза.

7. Подведение итогов.

Режим занятий – 2 часа 1–2 раза в неделю. Курс – 8–10 сеансов.

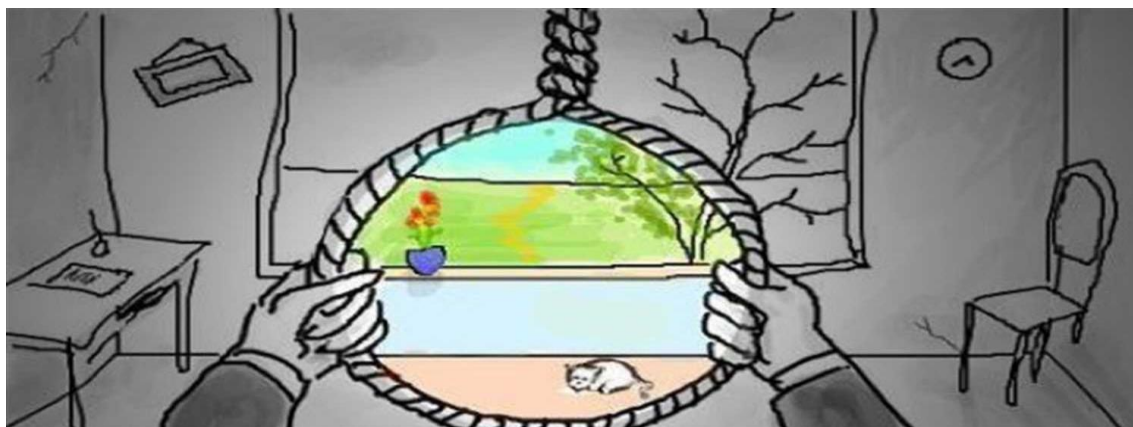
Перечень возможных осложнений и ошибок при применении метода и пути их устранения:

1. Недостаточная информированность пациента, которая может быть устранена путем посещения психообразовательных занятий.

2. Отказ пациента от продолжения сеансов психотерапии: указывает на недостаточный терапевтический альянс врача-психотерапевта и пациента. Индивидуальный подход и доверительная беседа с пациентом определяет дальнейшую тактику ведения.

3. Ухудшение субъективного самочувствия пациента: усиление симптомов тревоги и депрессии, а также вазомоторных проявлений, не является основанием для отмены сеансов психотерапии.

6. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ПОМОЩЬ ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ СУИЦИДЕ



Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе. Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10-20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире.

Предполагается, что более 75% людей, совершивших самоубийство, *никогда ранее не обращались к психиатрам* до совершения суицида, хотя при ретроспективном анализе документации и биографии у многих из них выявляются признаки расстройств настроения, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), расстройств личности и другой психической патологии.

В связи с этим, важным направлением профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру.

Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека (независимо от наличия психического расстройства) в состоянии психологической дезадаптации, которая проявляется широкой гаммой переживаний – как психологически понятных, так и патологических. Независимо от категории пациента, существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска (ФР) друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами (кризисная ситуация). К базовым ФР относят множество факторов социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Соответственно этим ФР, можно выделить группы риска суицида (напри-

мер, «мужчины старше 45 лет»; «люди, страдающие алкогольной зависимостью», «ВИЧ инфицированные», «страдающие онкологическими заболеваниями» и др.). Риск значительно усиливается при интеграции нескольких ФР (например, «мужчина после 45-ти лет, проживающий в одиночестве, страдающий рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) и зависимостью от алкоголя»). Но для «запуска» суицидальных действий необходим пусковой фактор, которым, как правило, является *конфликт или кризис*. Обычно, причиной кризиса является *утрата (или возможность утраты) значимого объекта* (т.е., человека, материальной или духовной ценности). Примеры: смерть близкого человека; развод; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья, постановка диагноза тяжёлого заболевания, социальная и физическая беспомощность, утрата психологической безопасности (психоз, депрессия) и пр. Таким образом, СП (самоповреждение или самоубийство) можно рассматривать, как дезадаптивный способ избежать тяжёлых чувств, связанных с субъективным восприятием кризисной ситуации индивидом.

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации. Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: специалист не просто «объективно» и бесстрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент «субъективизма» в оценку риска и дальнейшие действия врача. В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

Особенности проведения клинического интервью

В беседе с пациентом рекомендуется придерживаться следующих принципов:

- **Неотложность.** Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким пациентом не может быть «отложена». Возможно, ему придётся уделить больше внимания, чем другим пациентам.

- **Эмпатическое отношение.** Эмпатия – это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает искренность врача, сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом.

- **Баланс открытых и прямых вопросов.** Беседу всегда следует начинать с «открытых» вопросов, подразумевающих возможность ответа в виде рассказа, монолога (например, «Расскажите о себе», «Что Вас беспокоит?»). По ходу интервью увеличивается доля «прямых», «закрытых» вопросов, требую-

щих конкретных ответов («Вы испытывали чувство тоски?», «У Вас были мысли о самоповреждении?»).

- **Избегание моральных оценок.** Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространённой общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение, либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виновного»). Смысл клинического интервью заключается в профессиональной безоценочной помощи пациенту.

- **Разделение ответственности.** Специалист несёт ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи пациенту, оценку суицидального риска и психического статуса, организацию консультативной помощи, предоставление рекомендаций пациенту и его родственникам. Специалист не может нести ответственность за результат терапевтических мероприятий. Иными словами, при адекватном выполнении названных выше обязанностей, врач не может быть ответственным за совершение суицидальных действий пациентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между пациентом, близкими ему людьми и помогающими специалистами.

- **Избегание невыполнимых обещаний.** В коммуникации с пациентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру врача и переоценивать его возможности. Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать пациента о них.

- **Нейтральность к психопатологии.** В обязанности врача входит первичная оценка психического статуса и постановка предварительного диагноза. Однако, какой бы серьёзной не была патология, рекомендуется помнить, что любые психопатологические симптомы являются лишь частью переживаний и особенностей человека и не должны низводить его до статуса «психически больного». Например, галлюцинаторные «голоса» и бред преследования сопровождаются сильным страхом; осознание факта психического расстройства – чувствами вины, стыда, социальной неполноценности; депрессия – ощущением бесконечности страданий, безнадёжностью и др.

- **Избегание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи и односложных ответах. Специалист «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

- **Неоднократное прояснение информации.** По ходу интервью некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидаль-

ных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы в разных формулировках.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность пациенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Клиническая оценка

Включает в себя анализ ФР суицида и клиническую оценку психического статуса и суицидальных намерений пациента.

- **Относительные ФР СП** указывают на принадлежность к группе риска и вероятность суицидальной дезадаптации (см. «Относительные факторы риска суицидального поведения»). Риск увеличивается при интеграции ряда факторов. Например, пожилой человек, проживающий в одиночестве, страдающий хроническим соматическим заболеванием и депрессией принадлежит к группе высокого суицидального риска.

- **Факторы текущего состояния.** В отличие от ФР, эти факторы описывают *актуальное* поведение и психический статус человека, и *непосредственно* указывают на степень суицидального риска. Следует оценить:

1. Суицидальные намерения
2. Наличие депрессии, тревоги и других психопатологических симптомов

3. Степень безнадежности и импульсивности
4. Тяжесть психосоциального стрессора
5. Наличие социальной поддержки
6. Желание пациента принимать помощь

Указанные параметры представляются наиболее важными, находятся в неразрывной связи друг с другом и оцениваются в совокупности.

1. Суицидальные интенции (намерения)

Рекомендуется обращать внимание на следующие факты:

* Необычное для данного индивида или социального контекста поведение; *смена стереотипа поведения*. Примеры: прерывание социальных контактов; эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса; неадекватное ситуации утраты «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение.

* Признаки «*прощания*»: раздача долгов, подарков, написание завещания, «*прощальных*» писем.

* Фантазии и мысли о *смерти, самоповреждении, самоубийстве*. Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность их контролировать* пациентом самостоятельно.

* *Суицидальные угрозы*. Нередко высказывания носят *прямой* характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в *косвенных* угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т.п.

* *Суицидальные попытки ранее*. Количество и тяжесть парасуицидов прогнозируют вероятность дальнейшего суицидального поведения.

* *Степень планирования суицида*. Чёткие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

* *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (приложения 1, 2).

2. Наличие депрессии и тревоги

Риск суицида ассоциирован со многими психическими расстройствами и является максимальным среди пациентов, страдающих БАР, РДР, зависимостью от ПАВ, ЭНРЛ, шизофренией и близкими к ней психозами и значительно увеличивается при коморбидности этих состояний. Особое значение связано с диагностикой синдрома депрессии.

Симптомы депрессии

Основные:

- *Заметное снижение настроения.* Характерные признаки: соответствующие жалобы, «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, избегание контактов, сниженная речевая продукция.

- *Снижение интереса к обычным для данного человека делам, контактам и развлечениям.* Утрата способности получать удовольствие от тех занятий, которые в обычных обстоятельствах приносят его.

- *Снижение энергичности, работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за слабость воли, неконкурентоспособность, несоответствие доминирующим социальным нормам.

Дополнительные:

- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Своё прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.

- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект гипертрофированно обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.

- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*

- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжёлым органическим заболеванием мозга. С купированием симптоматики депрессии эти симптомы проходят.

- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.

- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже – тревожная ажитация, беспокойное повышение двигательной активности.

- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворённости ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше обычного) могут свидетельствовать об утяжелении депрессии. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.

- *Понижение или повышение аппетита.* Понижение аппетита с потерей веса на 5 и более процентов от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других

жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжёлых чувств.

- *Снижение либидо*, уменьшение потребности в сексуальной сфере.
- *Соматические симптомы*: задержка стула, сухость слизистых, снижение артериального давления.

Тревога может быть симптомом невротических и психотических расстройств. Часто сопровождается депрессией. *Невротическая* тревога проявляется жалобами на беспокойство по любым, даже самым мелким причинам, двигательным беспокойством, вегетативной нестабильностью, нарушениями сна, беспокойством о здоровье. Тяжёлые приступы невротической тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Тревога и страх *психотического* происхождения сопровождаются параноидным бредом (бред преследования, воздействия), ипохондрическими идеями о наличии неизлечимого заболевания, галлюцинаторными голосами, симптомами открытости мыслей. Как правило, проявляются нарушенным поведением (ажитация, возбуждение, избегание преследований), «странными» высказываниями о преследованиях, «издевательствах», «энергетических влияниях» и пр. Одной из форм избегания тревоги и страха может стать суицид. Слуховые галлюцинации при сочетании параноидного бреда и депрессивной симптоматики могут приобретать императивный суицидальный характер. Страх, сопровождающий психоз, связан с более высоким риском СП, чем невротическая тревога.

Вербальная и невербальная агрессия часто являются предшественниками аутоагрессивного поведения, что прослеживается и в анамнезе пациентов, совершающих суицидальные действия. Психологические механизмы суицида во многом сводятся к перенаправлению агрессии «на себя», *реализации чувства вины через самонаказание или предотвращении нанесения вреда окружающим*. Примеры: пациент, страдающий шизофренией, объясняет свой тяжёлый парасуицид путём падения с высоты, тем, что «спасал соседа по палате» от своей агрессии: «Слышал голоса, которые приказывали убить его»; пациент, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, обратился с жалобами на «мысли убить себя», появившиеся вслед за яркими навязчивыми фантазиями «схватить котёнка и швырнуть его о стену».

3. Безнадёжность и импульсивность

Безнадёжность представляет собой психологический феномен депрессивного восприятия реальности, собственного «Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных тонах. Её степень оценивается с помощью вопросов Шкалы безнадёжности А. Бека (*Приложение*).

Импульсивность обычно определяют, как поведение без адекватного обдумывания действий. Импульсивность может являться чертой характера, одна-

ко патологической выраженности достигает при таких психических расстройствах и патологических состояниях, как РЛ, зависимость от ПАВ, мания, интоксикация ПАВ и других. Оценивать выраженность импульсивности принято по таким особенностям личности как низкая толерантность к однообразной деятельности, неспособность довести действие до конца, нетерпеливость, низкая способность к концентрации внимания, частые смены работы, трата денег и пр. *Предполагается, что именно сочетание высокого уровня импульсивности с симптомами депрессии и безнадёжностью является серьёзным предиктором СП.*

4. Тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции

Под психосоциальными стрессорами понимается широкий круг событий, которые значительно нарушают удовлетворение базовых потребностей индивида и вызывают дезадаптацию. Реакция на такое воздействие зависит как от тяжести самого кризисного события, так и от способности человека справиться с его эмоциональными, физическими и социальными последствиями. Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные триггеры СП:

- Постановка диагноза тяжёлого заболевания;
- Ожидание оперативного вмешательства;
- Разлука/разрыв с партнёром;
- Утраты;
- Семейные конфликты;
- Изменения рода деятельности или материальной обеспеченности;
- Отвержение значимым человеком;
- Ситуации обвинения индивида.

5. Качество социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнёров, друзей, сослуживцев, социальных служб является протективным фактором. В некоторых случаях важным антисуицидальным фактором может быть наличие домашнего животного, за которым требуется уход. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

6. Желание пациента принимать помощь

Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие и диссимуляция суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуще-

ствить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение
- Нежелание пациента принимать помощь /недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «остался жив»
- Доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание пациента



При обнаружении у пациента (обследуемого) признаков суицидального риска (прямые или косвенные суицидальные высказывания, суицидальная попытка, информация от родственников) необходимо:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за пациентом. Для этой цели привлекается дополнительный медицинский персонал; в стационарных услови-

ях осуществляется перевод в отделение с возможностью круглосуточного наблюдения.

2. Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска. При проведении клинического интервью (см. раздел б), врач осуществляет первичную оценку суицидального риска и диагностику психического статуса (предварительный диагноз). При выявлении признаков суицидального риска пациенту рекомендуют и организуют консультацию психиатра. В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его *непосредственную опасность для себя* и (или) окружающих или если оставления пациента без помощи приведет к летальному исходу. Психиатрическое освидетельствование и/или решения о госпитализации без согласия пациента проводиться в соответствии с Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 7 января 2012 г. № 349-З.

3. Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести психического расстройства. Уже первичная беседа, проводимая в эмпатической недирективной форме, без избегания темы суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента. Уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром в соответствии с Законом РБ «Об оказании психиатрической помощи».

4. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях пациента. Во многих случаях они могут привлекаться для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдения за ним.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ СУИЦИДЕ

Психотерапия лиц, склонных к суицидальному поведению, бывает успешной, если психотерапевт не сводит ее только к контролю и регулированию их поведения, а старается осмыслить, каким образом пациент использует предполагаемую смерть как часть своих механизмов адаптации; и, кроме того, если ему удастся избежать специфических ловушек контрпереноса. Молтсбергер и Бьюи (Maltzberger, Buie, 1974) пишут о различных, вредоносных реакциях контрпереноса у терапевтов, работающих с суицидентами, особенно страдаю-

щими пограничным расстройством личности и психозами. Нередко своими примитивными нападками на терапевта, начиная со стремления фрустрировать его терапевтические усилия и кончая выражением личного презрения, им удается вызывать у него "контртрансферентную ненависть", которая проявляется у него в виде деструктивных реакций гнева или отвращения. Их вытеснение терапевтом может выражаться в утрате интереса к пациенту или его отвержении как безнадежного. Проекция ненависти при контрпереносе по формуле "Я не желаю убить тебя. Ты хочешь убить себя сам", может вызывать у терапевта парализующую озабоченность из-за угрожающего самоубийства пациента. Реактивное образование в отношении этих контртрансферентных чувств ведет к появлению чрезмерного сочувствия, преувеличенного страха самоубийства и гиперопеки пациента.

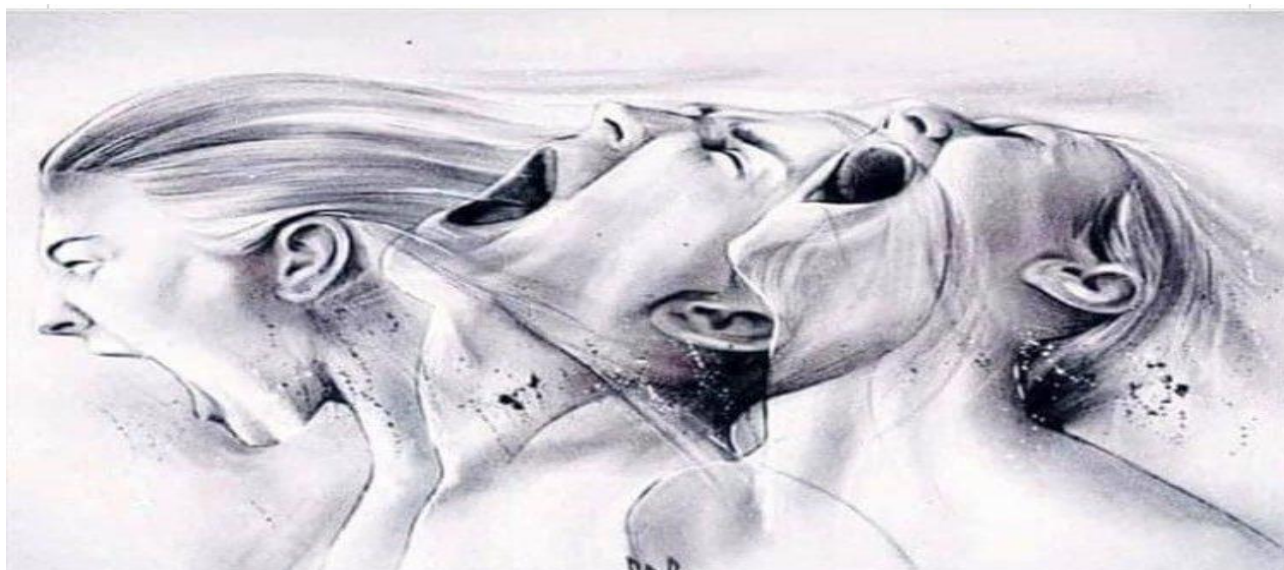
Уит (Wheat, 1960) провел ретроспективное исследование терапевтического взаимодействия с 30 пациентами, совершившими самоубийства в ходе стационарного лечения или вскоре после выписки. В попытке объяснить их причины он выделил три фактора, возможно, сыгравших свою роль: (1) отказ мириться с инфантильной зависимостью пациента, при котором терапевт сообщал последнему о своих ожиданиях, связанных с его зрелым поведением, на которое тот оказался неспособен; (2) сообщение о негативной оценке результатов лечения; и (3) чрезвычайно важное событие или кризисная ситуация у пациента, не распознанная психотерапевтом или выходящая за рамки терапевтической ситуации, например, отказ членов семьи навещать пациента в больнице, несмотря на его просьбы. «Эти процессы, - пишет Уит, - приводят к нарушению терапевтического взаимодействия, пациент чувствует себя покинутым или беспомощным; и, таким образом, готовится сцена для плачевного исхода – самоубийства». В обзоре, посвященном суицидам, совершенным в психиатрической клинике, Блум [Bloom, 1967] выделяет следующие усугубляющие факторы самоубийства: отвержение со стороны терапевта, включающее вербальные или мимические проявления гнева, его недостаточная доступность, преждевременная выписка пациента и уменьшение частоты терапевтических сеансов. Лоуэнтал (Zowenthal, 1975) обращает внимание на недостаточность эмпатии у психотерапевтов, занимающихся лечением суицидентов. Он приводит ряд обуславливающих ее факторов: чем сильнее отношения близости с пациентом, тем интенсивнее возможная вина; угроза самоубийства порождает у терапевта стыд, поскольку ставит под сомнение его компетентность; и, наконец, самый важный - неспособность терапевта справиться с суицидальными импульсами у себя или пациента в качестве возможной рациональной альтернативы жизненных дилемм. Он имеет в виду, что только терапевт, серьезно размышлявший о самоубийстве, может испытывать эмпатию к суициденту. Личная причастность

к определенной проблеме действительно может помочь в лечении других, если терапевт разрешил ее удовлетворительным образом, но она совершенно не гарантирует большей осознанности или эмпатии. Исследования клинических случаев, проведенные в центрах превенции суицидов, позволяют предположить, что оптимальную помощь суицидентам оказывают не те консультанты, которые пережили депрессию или суицидальные тенденции, а те, которые в большей степени удовлетворены жизнью и счастливы.

Суициденты часто используют угрозу самоубийства как средство контроля за поведением других людей. Это касается тех, кто в конечном счете сводит счеты с жизнью, и остающихся в живых. Многие терапевты, как верно замечает Сас (Szasz, 1971), реагируют на потребность пациентов в контроле и для снижения риска самоубийства принудительно госпитализируют их.

Для пациентов с серьезными суицидальными тенденциями психотерапия, проводимая опытным терапевтом, является средством выбора. При необходимости ее следует дополнять лекарствами, снижающими выраженность тяжелой депрессии или парализующей тревоги. В настоящее время установлено, что препараты лития и клоназепам обладают антисуицидальным эффектом. Следует учитывать, что подобные пациенты отличаются чрезмерной подавленностью, замкнутостью или хрупкостью и могут не вынести тревоги, порождаемой терапевтическим процессом. Тем не менее большинство суицидентов обладают способностью к психодинамической работе в рамках психотерапии, и эту возможность следует использовать в психотерапевтической работе. При этом одной из главных задач психотерапии суицидального поведения является составление списка оснований для продолжения жизни, так как уменьшение количества таких оснований значительно увеличивает риск суицида, так как способствует росту чувства безнадежности и активизации суицидальной схемы. Именно к этому выводу пришел еще в 1920-е гг. В. Франкл, работая в отделении для суицидальных пациентов. Соответственно, именно поиск оснований или смысла для продолжения жизни становится путем преодоления риска суицида — возможности, «несмотря ни на что, сказать жизни «да».

7. РАБОТА С СИТУАЦИЯМИ ПОТЕРИ. МЕТОДЫ ПОДДЕРЖКИ В СИТУАЦИИ РЕАКЦИИ ГОРЯ



*В настоящее время сохраняется мода на молодость, хорошее здоровье, позитивное мышление. Старость, болезнь, горевание воспринимаются как что-то негативное, ограничивающее. Большинство из нас в детстве воспитывали по принципу «нет времени плакать, иди и делай». Но между тем дать возможность ребенку погорючить, поплакать, погоревать является важной составляющей формирования устойчивой психики. Те из нас, кто по-настоящему избегал подобных эмоций в детстве уже в зрелом возрасте может столкнуться с неопределимыми сложностями в кризисных ситуациях. Такой человек элементарно не сформировал у себя паттерны адаптивного поведения. Критическая ситуация для пострадавшего человека является двойным вызовом: необходимо перестраивать себя, свою жизнь и непосредственно тратить энергию на преодоление тяжелых переживаний. Карл Юнг однажды сделал интересное замечание: «Наша психика ... не остается равнодушной к умиранию индивида. На это же указывает и побуждение навести порядок во всех незаконченных делах». Данная мысль приводит нас к выводу, что переживаний не удастся избежать, но важнее научиться с ними справляться. Эрнест Беккер в своей книге «Отрицание смерти» (*The Denial of Death*) отмечает феномен бегства от факта смерти и горя, но также на примерах он показывает, как попытка раз и навсегда защищаться от таких переживаний приводит к потере полноценного проживания жизни здесь и сейчас. В данном введении читатель, возможно, уже почувствовал с каким сопротивлением и трудностями ему или ей придется столкнуться в работе с гореванием. И поэтому прежде, чем начать работать с ситуациями горя каждому специалисту в области*

психического здоровья следует сделать важное упражнение. Ответьте на вопрос (а лучше проговорите с кем-либо в парах, тройках): Какая у вас парадигма/концепция жизни и смерти? Какое ваше отношение к этому вопросу? Ведь об этом нужно будет говорить с умирающим и их близкими! Ваша индивидуальная устойчивость перед кризисными ситуациями смерти и горевания существенно поможет достигнуть высокой эффективности в работе с такими случаями.

В клинической практике, пациенты проживающие ситуации потери или горя, проходят лечение как правило с диагнозом F 43.2 Диагноз основан на критериях, рекомендованных МКБ – 10, которые включают симптомы тревоги, депрессии, колебания настроения, которые препятствуют социальному функционированию и продуктивности. Для удовлетворения диагностическим критериям пациенты должны были прямо или косвенно столкнуться со стрессовым событием.

Психоаналитический взгляд на процесс горевания

С точки зрения теории сепарации-индивидуализации горевание - это процесс, который мы выполняем для отделения от объекта и дальнейшего функционирования с ним. Таким образом процесс горевания присутствует на протяжении всей нашей жизни. В процессе горевания из-за сепарации или потери важного объекта человек может столкнуться как чувством одиночества, так и с ощущением брошенности. Но между ними есть принципиальная смысловая разница. Одиночество по своей сути является временным перерывом во взаимодействии с важным объектом и который я могу контролировать. Например, я выбираю сейчас побыть одному. Брошенность – это состояние, которое я не могу контролировать. Меня бросили, я испытываю бессилие, дистресс. Синоним брошенность – окончательное расставание. У многих пациентов наблюдается тенденция к смешиванию понятий одиночества и брошенности. Временный разрыв во взаимоотношениях со значимым человеком они воспринимают как утрату, смерть. Для специалиста в области психического здоровья важно понимать, что успешная сепарация субъекта от объекта – это структурирующее событие для Эго. Мы осознаем, что отделены от других и другие отличаются от нас.

При возникновении риска сепарация или утраты объекта появляется высокая неосознаваемая тревога. «Вы в разлуке всего лишь с одним существом, и мир становится безлюден». А. де Ламартин. Способность переживать сепарационную тревогу и тревогу потери объекта у всех разная. Ее следует развивать! При высокой толерантности к тревоге субъект хорошо ее осознает и с кем или с чем она связана. Но если тревога чрезмерна, то она вытесняется в бессозна-

тельное (вытеснение, смещение и пр.). Далее происходит расщепление Эго и отрицание эмоций. Субъект путает с каким объектом связана тревога.

Риск сепарации или утраты объекта часто сопровождается депрессивной реакцией, т.к. произошла частичная идентификация с утраченным объектом и смешение с ним, как защита от чувства утраты. Уровень и толерантность к тревоге, корнями уходит в детство. Тревога по своей сути является несознаваемым страхом перед чем-то. Поэтому находясь в таком состоянии мы фрустрированы и испытываем психологическую беспомощность

Приручение горевания по утраченному объекту – не устранение тревоги, а возможность смотреть ей в лицо, т.е. выдерживать сепарационную тревогу и тревогу непосредственной потери объекта. Выдерживать сепарационную тревогу и тревогу, связанную с потерей объекта, помогает осознание своей уникальности и уникальности другого.

Подход к интерпретации при условно успешной сепарации и индивидуализации

Сепарация – это расставание с человеком, с которым установлены доверительные отношения. Т.к. объект надежный, и расставание - не значит разрыв, можно отдаляться от него и вновь возвращаться. Нет угрозы Эго из-за отсутствия значимого (катектированного) лица. В результате происходит признание другого как катектированного объекта.

Подход к интерпретации при условно неудачной сепарации и индивидуации

Сепарация от объекта воспринимается как распад единства, распад целостного Эго. Ситуация «Я не я». Процесс индивидуации (отделение Эго от объекта) проходит неудачно. Индивидуация - это ранний процесс установления различий, который происходит во время эдипального кризиса в триангулярных отношениях. Возникает тревога из-за того, что клиент осознает, что Эго и объект раздельны и объекту нельзя доверять. Сепарация и индивидуация – это последовательные процессы.

Индивидуация прорабатывается на стадии нарциссизма – аналитик появляется как объект, а Эго постоянно меняется и растет (т.е. личность). Это почти вечный процесс. «Быть объектом вместо того, чтобы иметь его» З. Фрейд о тенденции к идентификации и слиянию с первыми объектами.

Выводы:

1. Горевание важно для проработки сепарации и индивидуации – функция прояснения;
2. Многие ситуации развития личности – это проработка горя;
3. Чтобы удачно пройти процессы сепарации и индивидуации, важно принимать амбивалентность – любовь и ненависть;

4. Горевание, как правило, ретравмирующий процесс, т.к. субъект испытывает сильное стрессовое воздействие во время сепарации от значимого объекта.

Симптомы горевания



Работа с гореванием во многом - это оказание практической психологической помощи пациентам и их близким, перенесшим ту или иную психическую травму. К травмам такого рода следует отнести:

1. смерть одного из родителей или обоих (особо остро переживаются внезапная или насильственная смерти, суициды);
2. тяжелое соматическое или психическое заболевание;
3. аварии или катастрофы;
4. развод;
5. утрата отношений (в т.ч. дружеских привязанностей), ссора с близким другом;
6. гибель домашнего животного;
7. кража;
8. измена, предательство;
9. события в стране и за рубежом (создают ощущение нестабильности, нарушают состояние базовой безопасности) и т.д.

В таком случае мы говорим о так называемой "работе горя" - о протекании процесса горевания и потери. Основные симптомы, которые мы можем наблюдать в ситуации горевания:

Симптомы повышенной возбудимости:

1. трудности засыпания или бессонница;
2. внезапная, немотивированная раздражительность, взрывные реакции - вплоть до состояния "головой об стенку";
3. трудности концентрации внимания;
4. сверхбдительность;

5. физиологические реакции на событие, напоминающее или символизирующее травму (вегетативные, дрожь в теле и т.п.).

Симптомы повторного переживания:

1. навязчивые воспоминания о событии (например, аварии), о погибшем и т.д.;

2. зрительные или слуховые иллюзии;

3. флэш-беки (внезапные поступки или чувства, как если бы это событие происходило сейчас) и т.д.

Симптомы избегания:

1. снижение интереса к ранее значимой деятельности;

2. обеднение чувств - ощущение опустошенности, блеклости мира, его серости;

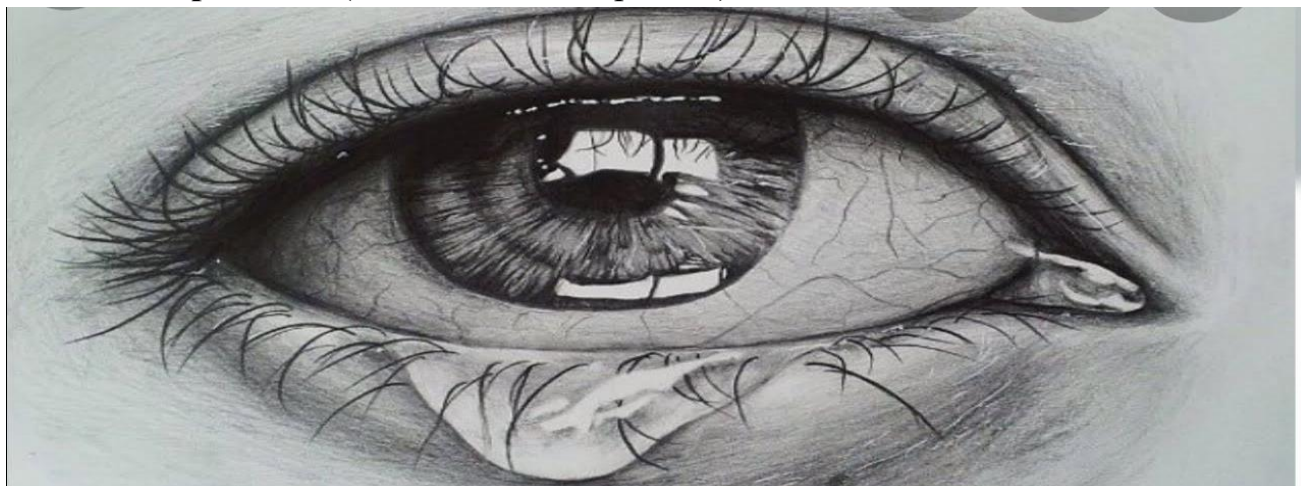
3. избегание мыслей и чувств, связанных с этим, или наоборот, навязчивые рассказы по этому поводу;

4. и - самое главное - отсутствие ориентации на будущее.

При определенных условиях пациент может "застрять" на той или иной стадии процесса горевания и потери. Опасность такого "застревания" становится ясна и понятна, если обратиться к метафоре. Это как заноза - маленький кусочек деревяшки, который остался внутри. Кожа заросла, внешне все сгладилось, а внутри идет воспалительный процесс. И если его вовремя не остановить, он может распространиться, и следствия этой психологической "занозы" перекинутся на другие сферы человеческого существования.

Знание основных симптомов горевания и особенностей восприятия феномена смерти позволяет специалистам вовремя опознать проблемное состояние ребенка и начать коррекционную работу с ним и/или близкими ему людьми.

Диагностика и методы помощи пациентам с ситуациями потери по стадиям горевания (Элизабет Кюблер-Росс)



Первая стадия - Шок (замирание и непонимание)

Метафора: «Ничего не произошло...»

Проявления: в первые минуты-часы человек может плохо реагировать на внешний мир, на обращения к нему, он может вести себя слишком спокойно, даже отстранено. Также он может говорить об ощущении нереальности происходящего, или как будто от события его отделяет какая-то дистанция. Затем человек может вести себя, как будто бы обычно, говорить, словно ничего не случилось. Он может упоминать или строить планы на будущее, включающие то/того, чего/кого уже нет. Пострадавший может бесконечно переспрашивать о произошедшем. Также он может настаивать и убеждать окружающих, что всё ещё обернётся хорошо, что ещё не конец, ситуация продолжается, или что просто кто-то ошибся или специально обманул, а на самом деле всё в порядке (болезнь пройдёт, человек останется жив, опасность минует). У пострадавшего возможны приступы панической атаки и телесные симптомы, чаще связанные с сердцем.

Значение стадии: Это естественная и самая ранняя психическая защита — *"я просто сделаю вид, что того, что делает мне плохо — нет, и тогда этого не станет"*. Человек не верит в случившееся, активно отрицает его. То, что он потерял, имело большую ценность для него, и осознание этого факта способно вызвать много очень сильных чувств, которые могут надломить психику и кардинально изменить жизнь, и это больше, чем человек сейчас может вынести. Поэтому психика защищается от этого.

Опасность стадии: Застрясть в отрицании, жить, как будто ничего не произошло. Начать постоянно физически и психологически убегать от этой и похожих ситуаций. Это может привести к тому, что жизнь человека становится как будто частичной.

Цель помощи: Чтобы человек понял, признал и осознал то, что у него произошла потеря/утрата.

Действия специалиста и близких: в этот период полезно быть рядом с человеком, разговаривать с ним о потере и поощрять его разговаривать об этом. Если физически возможно, очень важно, чтобы человек видел и смог прикоснуться к телу или могиле (если это смерть близкого), обломкам (если это разрушение здания или местности), фотографиям или вещам, напоминающим о том, что утрачено (если это, например, завершение отношений, или тела нет). Если человек переспрашивает, полезно аккуратно и мягко, снова и снова, рассказывать о случившемся, а также объяснять, что всё кончено, и ничего не изменить. На этой стадии нужно запастись терпением и мягкостью, полезно дать пострадавшему время и место на признание ситуации.

Что не делать: Избегать затыкать и осуждать человека, когда он снова и снова говорит или спрашивает о случившемся. Нельзя соглашаться с пострадавшим в том, что всё ещё обернётся хорошо, или ещё не всё потеряно, и можно что-то изменить. Избегать ругать или требовать от человека взять себя в руки. Нельзя давать советы или предлагать какие-то действия, чтобы справиться с горем (на этой стадии другая задача).

Вторая стадия - Гнев (обвинение)

Метафора: «Наказать виновного»

Проявления: Человек начинает чувствовать и проявлять возмущение, негодование и злость. Начинает искать виновных в трагедии везде вокруг (даже если виноватых нет, как, например, при стихийном бедствии), может стать подозрительным. Может начать обвинять кого-то в случившемся. Может также начать ненавидеть всех, кто не пережил такую же ситуацию. Пострадавший может пробовать мстить, "добиваться справедливости" разными способами. Если трагедия связана со смертью близкого, человек может злиться и обвинять самого умершего. У пострадавшего могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Значение стадии: Понимание факта трагедии пришло. Но ценность остаётся такой же и нежелание терять таким же сильным. Пострадавший активно не согласен с такой реальностью. На первый план выходит уже более поздняя, а потому направленная вовне, на действия, психическая защита — злость. Упрощённо, такое переживание может выражаться так: *"Я не хотел, чтобы это случилось, но это случилось. Значит, кто-то или что-то сделал это против моей воли. Значит, надо найти это что-то или кого-то и наказать!"*.

Опасность стадии: Застрять в злости и недоверии к миру и людям. Разрушить отношения с близкими и важными людьми из-за агрессии и обвинений в их адрес. Нанести вред себе или окружающим (например, пытаюсь отомстить, нарушить закон).

Цель помощи: Оградить человека от слов и действий, которые причинят вред ему и другим людям, и о которых он потом может пожалеть. При этом дать пострадавшему возможность выразить чувства, иначе они обернутся на него самого. Если в ситуации на самом деле есть виновник, то помочь сфокусироваться и добиться справедливости законным путём, потому как пострадавшему сфокусироваться в этой стадии сложно.

Действия специалиста и близких: Полезно разговаривать и выслушивать пострадавшего, спокойно реагировать на его чувства. Можно предложить безопасно выразить злость через активные виды спорта, боевые искусства. Также ему полезно писать "письма", выражая в них свои чувства (письма можно просто складывать в стол), говорить о них с фотографией или на могиле. Можно

помогать человеку разбираться в происшествии, если ему это важно. Если в трагедии имеет место нарушение закона, то стоит помочь пострадавшему добиться справедливости и наказания виновников в рамках закона. Если виновников нет, или наказание невозможно, то поддерживать его в выражении злости и помогать ему переживать свою беспомощность. Будет полезно направить злость пострадавшего на какое-то полезное дело (например, помогать пережившим то же самое). На этой стадии хорошо быть посредником-миротворцем между человеком и людьми.

Что не делать: Не допускать обвинения человека в его поведении и реакциях. Избегать несправедливых обвинений других. Не допускать, чтобы человек начинал мстить кому бы то ни было. Нельзя поощрять и подталкивать к вымещению злости.

Третья стадия - Торг (вина)

Метафора: "Я все сделаю, повремени пока?"

Проявления: У пострадавшего могут вдруг появиться навязчивые идеи вроде суеверий или соблюдения каких-то правил. Может появиться религиозность, он может начать ходить в церковь. Может легко верить и вестись на обещания и способы исправить ситуацию (обращение к Богу, врачам, обращение к колдунам, науке). Человек может говорить или упоминать о некоем чуде, которое должно случиться, потому что он сделал нечто специальное (например, пожертвовал деньги детскому дому, поэтому его болезнь сейчас отступит. Не путать с предыдущей стадией, когда человек выражает свою энергию в какое-то полезное дело, там он ничего не ждёт взамен).

Также человек может начать обвинять себя. В речи могут часто появляться фразы типа *"если бы я..."*, *"я должен был сделать/сказать то-то"*, *"я не должен был делать/говорить то-то"*. Пострадавший может как будто пытаться исправить что-то, что было сделано "не так" в отношении к утраченному, словно это может что-то изменить. У него могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Значение стадии: Осознание потери пришло, виновные найдены, но ценность утраченного настолько велика, что отказаться от этого — невозможно. Характерна попытка изменить произошедшее, заменить случившееся на что-то иное, чудесным образом откатить всё назад. Человек готов согласиться на любую цену, чтобы изменить реальность, которую он не хочет принимать. Психика прибегает к последней защите: "магическому мышлению". Это отголосок младенческого "всемогущества": *"я способен повелевать реальностью, знать бы только правильный способ"*.

Обратная сторона медали всемогущества будет проявляться в чувстве вины: *"я был способен не допустить трагедии, но сделал что-то неправильно,*

и она произошла. Значит, это я виноват в случившемся. Надо понять, что я должен был сделать иначе, чтобы сейчас вернуть всё на место и в следующий раз не лишиться чего-то настолько важного".

Опасность стадии: Застрять в вине. Отказаться от отношений с близкими людьми и важных вещей в жизни из-за отсутствия гарантии, что всё не повторится. Отказать себе в праве на радость, счастье, материальные блага в качестве наказания. Слишком удариться в религию, эзотерику, секту, как попытку наказать себя, искупить вину или заслужить прощение и потерять из-за этого контакт с реальностью и близкими людьми.

Цель помощи: Помочь человеку осознать необратимость трагедии. Не дать ему закопать себя в вине и самообвинении. Поддержать и помочь пострадавшему принять свою долю ответственности, если она есть. Дать понять ему, что, несмотря ни на что, он достоин жить дальше и быть счастливым.

Действия специалиста и близких: в этот период необходимо поощрять человека замечать невозможность изменить уже случившееся никакими способами. Объяснять невозможность влияния пострадавшего на события подобного порядка. Дать понять человеку, что он не мог сделать всё идеально, не мог всё предусмотреть, обращать его внимание на вклад других людей и обстоятельств. Помогать переживать беспомощность перед большими силами (такими, как стихия и смерть). Если человек объективно виноват в случившемся, то помогать переживать эту вину и делать выводы на будущее. В этом случае можно помочь человеку найти способ здорового, полезного для окружающих искупления. Помочь найти конкретного значимого человека, чьё прощение в случае вины будет иметь смысл для пострадавшего (например, родители, священник, врач). Пострадавшему полезно писать письма, в которых он бы выражал свои чувства, говорить с портретом или могилой (если это смерть близкого).

Что не делать: Избегать обвинения человека в случившемся и не поощрять самообвинения. Нельзя предлагать и поощрять отказываться от чего-то важного ради искупления. Нельзя словами или делами наказывать пострадавшего за случившееся.

Четвертая стадия - Депрессия (отчаяние)

Метафора: "Я так несчастен, разве меня может что-то беспокоить? К чему попытки?"

Проявления: Человек замыкается в себе, теряет интерес к жизни. У пострадавшего может появиться подавленное состояние, могут быть слёзы, апатия, грусть, вялость, слабость, отсутствие желания что-то делать, ходить на работу или общаться, нежелание жить. Пострадавший может перестать делать свои обычные дела и запустить себя (может плохо есть, перестать умы-

ваться, чистить зубы, перестать обращать внимание на одежду, прекратить убраться в квартире, заботиться о детях). Он может заболеть или говорить о разных симптомах, также могут появиться панические атаки, особенно в моменты "выхода в мир". Человек может начать избегать знакомых людей или событий, связанных с весельем, часто говорить о желании побыть в одиночестве. Пострадавший может говорить о бессмысленности или невыносимости его жизни. В крайних случаях возможны суицидальные попытки.

Значение стадии: Все защиты преодолены, ситуация принята, виновные найдены, изменения невозможны. Психика больше не защищается, а, наконец, начала переживать истинно потерю. На этой стадии много боли, горечи, беспомощности, отчаяния и других чувств, которые могут сильно проявляться в теле. Пострадавший не знает, как ему быть со всеми этими ужасными и тяжёлыми чувствами, которые заполняют его, равно, как и не знает, как ему жить дальше без того, что безвозвратно потеряно. Подсознательно или даже открыто это может звучать как: *"мой мир разрушен, я не хочу жить в мире, в котором больше нет того, что мне было так важно, поэтому я умираю"*. Это самый трудный, но и самый продуктивный этап проживания горя.

Опасность стадии: Застрясть в горе. Испортить своё здоровье. Потерять работу и друзей. Отречься от мира. Впасть в настоящую депрессию. Покончить с жизнью.

Цель помощи: Предотвратить развитие клинической депрессии или суицида. Помочь и поддержать в проживании горя, разделить боль. Позаботиться о здоровье и материальных нуждах пострадавшего, о которых он сам не может пока позаботиться.

Действия специалиста и близких: На этом этапе полезно взять на себя физическое обеспечение пострадавшего (например, покупать продукты, прибирать дом, заботиться о домашних животных, детях). Полезно регулярно звонить и навещать, интересоваться, чем помочь. Поможет быть посредником между человеком и миром. Полезно говорить с пострадавшим о его чувствах и поощрять их выражать в разной форме (писать стихи, прозу, рисовать картины, делать музыку, писать письма, говорить с могилкой или фотографией). На этой стадии полезнее слушать, чем говорить. Иногда можно мягко заставлять человека "проветриваться", выходить с ним куда-нибудь, заниматься любимыми для него делами, но не связанными никак с потерей. Пострадавшему может быть полезно сменить обстановку (взять отпуск, выехать на природу, переехать туда, где о нём хорошо позаботятся).

Что не делать: Нельзя заставлять пострадавшего успокоиться и взять себя в руки. Нельзя заставлять отвлекаться и повеселиться. Нельзя наваливать заботами и делами. Избегать обвинять в чём бы то ни было.

Пятая стадия - Принятие (смирение)

Метафора: "Я не могу победить это, но я могу хорошо подготовиться к этому"

Проявления: На этой стадии у человека более спокойное ровное состояние. В жизнь пострадавшего возвращаются позитивные чувства (он начинает вновь улыбаться, смеяться, радоваться, шутить). Человек начинает снова делать дела, которые он делал раньше. Возвращаются силы, он становится активнее. Пострадавший возвращается к работе, может начать новые проекты. Грусть ещё остаётся, особенно в общении с близкими людьми, и когда речь заходит о потере, но она уже не затягивает. Человек начинает интересоваться новым, могут появиться новые увлечения и знакомства. Может сменить обстановку (сменить работу, переехать в другое место, сменить мебель или гардероб).

Значение стадии: Горевание ещё не окончено, это его последняя и необходимая стадия. Это процесс восстановления. Боль постепенно проходит, "рана" уже не кровоточит, на ней образовался рубец, который ещё тянет и ноет, но уже не вызывает острой боли при каждом движении. Сил ещё не очень много, так как они ушли на проживание горя и продолжают уходить на "заживление раны". Теперь надо восстановить ещё и потраченные силы. Человек понимает, что он не умер от горя, и что он будет жить, поэтому он начинает налаживать новый быт без того, что он потерял. Пострадавший словно похоронил свою старую жизнь и теперь начинает новую.

Опасность стадии: Не полностью восстановиться и вернуться на предыдущие стадии. Не рассчитать свои силы, взяться за слишком многое или слишком трудное, надорваться и откатиться в депрессию.

Цель помощи: Помочь пострадавшему полностью восстановиться. Помочь там, где сил человека ещё не хватает.

Действия специалиста и близких: Поощрять человека не торопиться восстанавливаться. Постепенно возвращать человеку все его дела, которые он не мог выполнять ранее. Поддерживать в новых начинаниях и новых проектах. Можно вместе попробовать что-то новое и интересное. Если человек вспоминает о потере, то спокойно об этом поговорить. Не бояться напомнить ему о потере или о том, что с ней связано. Можно начинать вести себя уже вполне естественно и обычно с ним (не сдерживать себя и свои чувства, не ограничивать себя в словах и действиях).

Что не делать: Избегать мусолить трагедию (говорить только о ней всё время). Нельзя торопить человека восстанавливаться и снова жить полной жизнью, как прежде. В то же время избегать чрезмерно опекать и щадить. Нельзя обвинять и стыдить пострадавшего в том, что он снова радуется жизни.

Выводы:

1. Если одна из фаз выпадает, то горе становится патологическим;
2. При проживании горя мы колеблемся между стадиями, а не идем линейно;
3. В последствие Кюблер-Росс выделила важный терапевтический фактор – надежду;
4. Надежда - это важная нить, связующая все стадии. Эта надежда дает веру, что у изменений хороший конец, и что у всего происходящего есть свой особый смысл, который мы поймем со временем.

Концепция горевания Дж. Вильяма Вордена

В последнее время широкое распространение получил новый взгляд на работу с горюющим клиентом, предложенный Дж. Вильямом Ворденом в своей книге «Консультирование и терапия горя» (J. William Worden "Grief Counseling and Grief Therapy, 2001 г). Концепция Вордена, хотя и не единственная, сейчас остается самой популярной среди людей, работающих с утратой. Она очень удобна для диагностики и работы с актуальным горем, а также если приходится иметь дело с горем, не пережитым много лет назад и вскрывшимся во время терапии, начатой по совершенно другому запросу.

Ворден предложил вариант описания реакции горя не по стадиям или фазам, а через четыре задачи, которые должны быть выполнены горюющим при нормальном течении горя:

1. Признание факта потери;
2. Пережить боль потери;
3. Наладка окружения, где ощущается отсутствие усопшего;
4. Выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить.

Эти задачи по сути схожи с теми задачами, которые решает ребенок по мере взросления и отделения от матери. Ворден считает этот подход наиболее удобным для клиницистов и наиболее близким к теории Фрейда о работе горя.

Феномены поведения в кризисных ситуациях смерти, потери и горя

Согласно Ф. де Грааф, в практике психологического сопровождения смертельно больных встречаются разные психологические феномены:

1. Феномен потери личности и контроля

Пациент может считать себя “никем” т.к. присутствует дезориентация личности, а также потеря контроля над ситуацией и собой. Разговор с такими пациентами часто бывает тяжело построить, т.к. диссоциация и дереализация приводит к отграничению от внешнего мира. Они ничего не слышат, даже не понимают.

Задача специалиста: в данном случае показать пациенту его уникальность, подчеркнуть ценность его, как человека.

2. Феномен бессрочного ожидания

Пациент испытывает тяжелые переживания в ситуации неизлечимой болезни по причине того, что неизвестен исход болезни и срок. Все кончено! Ситуация подвисла и неопределенность истощает.

Задача специалиста: помочь создать у пациента ощущение полноты бытия, наполнить его жизнь в последние дни. Например, попрощаться с важными для него людьми, побыть с ними.

3. Феномен потери смысла

Данный феномен проявляется и у пациента, и у его родственников. Потеря смысла у родственников может достигать пиковых состояний.

Задача специалиста: совместное с пациентом переживание горя, принятии смерти больного, а также создание установки на продолжение жизни и поиск смысла дальнейшей жизни, после смерти больного. Работая с пациентом, специалист помогает ему увидеть смыслы в прошлой жизни. “Феномен конфликта и борьбы с судьбой”. Пациенту необходима помощь в проживании борьбы, так называемое “пребывание вместе”. Больному необходимо найти себя в конце своей жизни, быть собой, и психолог создает условия для аутентичного проявления пациента.

4. Феномен конфликта и борьбы с судьбой

Пациент пытается через борьбу с различными препятствиями преодолеть свой невротический конфликт и выиграть что-либо у судьбы.

Задача специалиста: необходимо оказать пациенту помощь в проживании борьбы, так называемое “пребывание вместе”. Пациенту необходимо найти себя в конце своей жизни, быть собой, и специалист создает условия для аутентичного проявления пациента.

5. Феномен непримирения со смертью

Пациент всячески отрицает событие смерти.

Задача специалиста: работать над тем, чтобы пациент смог принять факт смерти, значение смерти в жизни человека, и в жизни конкретного пациента.

Гнездилов А.Е. отмечает еще один феномен: человек, попадая в больницу, лишается дома, лишается обычной жизни, своих близких, которых может видеть теперь только в определенные часы, лишен и привычно окружающих его предметов. В больнице происходит депривация дома.

Горевание родителей

У тех родителей, у кого умер или серьезно заболел ребенок путаница с рациональной и иррациональной (магической) виной. Родители часто фиксируются на одном вопросе: «В чем я виноват, а в чем нет?». Согласно исследованиям Виктора Франкла, многие родители не могут расстаться с патологиче-

ским чувством вины. В работе с такими пациентами необходимо научить пациентов жить с этим переживанием. Могут также помочь поиски способа искупления вины. Если длительная скорбь, то понять, что он не доделал? Какой отпечаток оставила скорбь? Вторичная выгода скорби? Также специалисту стоит обратить свое внимание на каком этапе горевания находится родитель: острое или хроническое горе. Ниже приведет алгоритм работы с родителями у которых умер или серьезно заболел ребенок.

1. Признание факта утраты. Помочь принять все стороны отношений. «Да, ты понесла утрату, которая никем/ничем невосполнима». Здесь мешает отрицание факта утраты, мумификация (психологический буфер), отрицание значимости, избирательное забывание, отрицание необратимости утраты.

2. Пережить сложные чувства, которые сопутствуют утрате (похожа на апатию) по максимуму. О смерти близкого часто перестают говорить и это приводит к застраиванию переживания. Не давать переключаться, вытеснять переживать, а дать отгоревать. Алкоголизм, трудоголизм, путешествия (напряжение адаптацией и переключение).

3. Организация окружения, где ощущается отсутствие умершего. Новый уклад жизни. Кто будет выполнять функции умершего. Может личностный рост или регресс. При регрессе может быть вторичная выгода.

4. Выстраивание нового отношения к умершему и восстановление способности продолжать жить. Не забвение, а перестройка чувств в голове. Важно чтобы опыт превышал боль при травме. Запреты на новую дружбу, любовь, профессию.

МЕТОДЫ ПОДДЕРЖКИ В СИТУАЦИИ РЕАКЦИИ ГОРЯ

При выборе психотерапевтического подхода важно учитывать тот факт, что пациенты довольно хорошо осознают свою проблему и нарушений в формальной логике у них не наблюдается. Поэтому психотерапевту придется провести довольно длительное время с пациентом в его тяжелых переживаниях, пока их психика ассимилирует какое-либо стрессовое событие, которое позже станет факт их биографии. Для таких пациентов наилучшим образом подойдут динамические направления в психотерапии: психоанализ, юнгианский анализ, гештальт-терапия, экзистенциальная терапия, телесно-ориентированная психотерапия (индивидуальная и групповая формы проведения). В свою очередь пациентам с психологическими защитами, которые значительно искажают рациональное мышление и видоизменяют индивидуальное субъективное восприятие реальности, с высокой степенью эффективности помогут следующие подходы в психотерапии: рационально-эмотивная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, эриксоновский гипноз, нервно-мышечная релаксация, десенсибилизация и переработка психотравм движениями глаз. Для па-

циентов, находящихся в остром кризисе, методика групповой психотерапии будет являться малоэффективной и небезопасной для группы.

В процессе работы с реакцией горя важно глубоко не погружаться в исследование внутренней феноменологии и не обострять травматическое переживания пациента. Психотерапевту необходимы следующие профессиональные навыки:

- терапия присутствием;
- умение слушать больного;
- уважение к независимости и признание свободы индивида думать так, как ему хочется, и о том, что для него существенно;
- утверждение ценности жизни больного;
- обращение к специальным потребностям больного;
- оценка сил и возможностей пациента;
- использование резервов больного;
- поддержка реальной надежды.

Поддержка близкого человека

1. Не оставляйте близкого в одиночестве. Горе и одиночество - плохие союзники.

2. Уважайте чувства горюющего. Любые его переживания - это следствие работы горя, а это значит, что каждое из них важно и естественно.

3. Берегите себя. Делайте ровно столько, сколько можете, и то, что готовы делать. Если вам будет плохо, то вы никому не поможете.

4. Не торопите события. Психика горюющего лучше всего знает, сколько ей необходимо времени на каждую стадию.

5. Никогда не принуждайте горюющего к чему-либо, всё должно быть добровольно. Настойчиво предлагайте, но не настаивайте.

6. Не суетитесь и не пытайтесь впихнуть «невпихуемое». То, что помогает на одной стадии, на другой стадии будет только мешать.

7. Просите о помощи! Если вы сомневаетесь, делаете ли вы правильно, или беспокоитесь, что всё, что вы делаете - не помогает, то обратитесь к психологу/психотерапевту, работающему с темой горя за рекомендациями.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилберга-Ханина (ШРЛТ) [Ханин, 1976]

Инструкция к первой группе суждений о самочувствии. В зависимости от самочувствия в данный момент зачеркните наиболее подходящую для вас цифру: «1» — нет, это совсем не так; «2» — пожалуй, так; «3» — верно; «4» — совершенно верно.

1	Вы спокойны	1 2 3 4
2	Вам ничто не угрожает	1 2 3 4
3	Вы находитесь в напряжении	1 2 3 4
4	Вы испытываете сожаление	1 2 3 4
5	Вы чувствуете себя свободно	1 2 3 4
6	Вы расстроены	1 2 3 4
7	Вас волнуют возможные неудачи	1 2 3 4
8	Вы чувствуете себя отдохнувшим человеком	1 2 3 4
9	Вы встревожены	1 2 3 4
10	Вы испытываете чувство внутреннего удовлетворения	1 2 3 4
11	Вы уверены в себе	1 2 3 4
12	Вы нервничаете	1 2 3 4
13	Вы не находите себе места	1 2 3 4
14	Вы взвинчены	1 2 3 4
15	Вы не чувствуете скованности и напряжения	1 2 3 4
16	Вы довольны	1 2 3 4
17	Вы озабочены	1 2 3 4
18	Вы слишком возбуждены, и вам не по себе	1 2 3 4
19	Вам радостно	1 2 3 4
20	Вам приятно	1 2 3 4

Инструкция ко второй группе суждений о самочувствии. Прочтите (прослушайте) внимательно каждое из приведенных ниже предложений и в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно зачеркните (запишите) подходящую для вас цифру справа: «1» — почти никогда; «2» — иногда; «3» — часто; «4» — почти всегда.

1	Вы испытываете удовольствие	1 2 3 4
2	Вы быстро устаете	1 2 3 4
3	Вы легко можете заплакать	1 2 3 4
4	Вы хотели бы быть таким же счастливым человеком, как и другие	1 2 3 4
5	Бывает, что вы проигрываете из-за того, что недостаточно быстро принимаете решения	1 2 3 4
6	Вы чувствуете себя бодрым человеком	1 2 3 4
7	Вы спокойны, хладнокровны и собраны	1 2 3 4
8	Ожидание трудностей очень тревожит вас	1 2 3 4
9	Вы слишком переживаете из-за пустяков	1 2 3 4
10	Вы бываете вполне счастливы	1 2 3 4
11	Вы принимаете все слишком близко к сердцу	1 2 3 4
12	Вам не хватает уверенности в себе	1 2 3 4
13	Вы чувствуете себя в безопасности	1 2 3 4
14	Вы стараетесь избегать критических ситуаций и трудностей	1 2 3 4
15	У вас бывает хандра, тоска	1 2 3 4
16	Вы бываете довольны	1 2 3 4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют вас	1 2 3 4
18	Вы так сильно переживаете свои разочарования, что потом долго не можете о них забыть	1 2 3 4
19	Вы уравновешенный человек	1 2 3 4
20	Вас охватывает сильное беспокойство, когда вы думаете о своих делах и заботах	1 2 3 4

Интерпретация результатов

Реактивная тревожность (РТ) определяется по ключу: РТ = (3,4,6,7,9,12, 13, 14, 17, 18) — (1,2,5, 8, 10, 11,15, 16, 19, 20) +50=...

Личностная тревожность (ЛТ) определяется по ключу: ЛТ=(2, 3,4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) — (1,6, 7, 10, 13, 16, 19)+35=...

Результаты тестирования оцениваются обычно в градациях:

менее 30 баллов — низкий уровень тревожности;

3-45 баллов — средний уровень тревожности;

46 баллов и более — высокий уровень тревожности.

Такого рода градации позволяют на универсальной шкале соотнести полученные результаты с диапазонами (квартилями) нормального распределения индивидов с различной тревожностью по параметру активности.

Степень выраженности психофизиологической реакции на стресс [Greenberg, 1999]

Инструкция

Отметьте ту цифру, которая отражает частоту проявления у вас того или иного симптома, а затем подсчитайте общую сумму.

Симптомы стрессовой реакции	Никогда	Редко (чаще чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем один раз в месяц)	Часто (чаще чем один раз в неделю)	Постоянно
Затяжные головные боли	1	2	3	4	5
Мигрени (сосудистые головные боли)	1	2	3	4	5
Боли в желудке	1	2	3	4	5
Повышение давления	1	2	3	4	5
Холодные кисти рук	1	2	3	4	5
Изжоги	1	2	3	4	5
Поверхностное, частое дыхание	1	2	3	4	5
Диарея	1	2	3	4	5

Симптомы стрессовой реакции	Никогда	Редко (чаще чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем один раз в месяц)	Часто (чаще чем один раз в неделю)	Постоянно
Сильное сердцебиение	1	2	3	4	5
Потение рук	1	2	3	4	5
Тошнота	1	2	3	4	5
Метеоризм (вздутие живота)	1	2	3	4	5
Учащенное мочеиспускание	1	2	3	4	5
Потение ступней	1	2	3	4	5
Маслянистая кожа	1	2	3	4	5
Усталость/ истощение	1	2	3	4	5
Энурез (ночное недержание мочи)	1	2	3	4	5
Сухость во рту	1	2	3	4	5
Тремор рук	1	2	3	4	5
Боли в спине	1	2	3	4	5
Жевательные движения челюстей	1	2	3	4	5
Скрежетание зубами	1	2	3	4	5
Запоры	1	2	3	4	5
Ощущение тяжести в груди или области сердца	1	2	3	4	5
Головокружение	1	2	3	4	5
Рвота	1	2	3	4	5
Нарушение менструального цикла	1	2	3	4	5

Симптомы стрессовой реакции	Никогда	Редко (чаще чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем один раз в месяц)	Часто (чаще чем один раз в неделю)	Постоянно
Пятна на коже	1	2	3	4	5
Учащенное биение сердца	1	2	3	4	5
Колики	1	2	3	4	5
Астма	1	2	3	4	5
Расстройства пищеварения	1	2	3	4	5
Пониженное давление	1	2	3	4	5
Гипервентиляция	1	2	3	4	5
Боли в суставах	1	2	3	4	5
Сухость кожного покрова	1	2	3	4	5
Стоматит/ заболевания челюстей	1	2	3	4	5
Аллергия	1	2	3	4	5

Интерпретация результатов

От 40 до 75 баллов — ваши шансы заболеть из-за стресса минимальны;

От 76 до 100 баллов — небольшая вероятность, что вы заболеете из-за стресса;

От 101 до 150 баллов — высокая вероятность заболевания из-за стресса;

Более 150 баллов — вероятность того, что стресс уже сказался на вашем здоровье.

Методика определения стрессоустойчивости Т. Холмса и Р. Рае (Раэ) [Holmes, Rahe, 1967]

Инструкция

Вспомните события, случившиеся с вами в течение последнего года. Внимательно прочтите каждый пункт и зачеркните порядковый номер слева, соответствующий ситуации. Если ситуация возникала у вас неоднократно в течение последнего года - укажите возле отмеченного вами порядкового номера количество случаев перенесенной ситуации в течение года.

№	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность партнерши	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26

№	Жизненные события	Баллы
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23
31	Изменение условий или часов работы	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.),	15
41	Отпуск	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	11
W150	P200-299	N300

Интерпретация результатов

Т. Холмс и Р. Раге (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более, чем пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Далее попробуйте вывести из тех событий и ситуаций, которые за последние два года происходили в вашей жизни, среднее арифметическое (посчитайте - среднее количество баллов в 1 год). Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Итоговая сумма определяет одновременно и степень вашей сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов — это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Подсчитанная сумма имеет еще одно значение — она выражает (в цифрах) вашу степень стрессовой нагрузки.

Для наглядности приводим сравнительную таблицу стрессовых характеристик.

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150-199	Высокая
200-299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

Если, к примеру, сумма баллов свыше 300, это означает реальную опасность, то есть вам грозит психосоматическое заболевание, поскольку вы близки к фазе нервного истощения. Подсчет суммы баллов даст вам возможность воссоздать картину своего стресса. И тогда вы поймете, что не отдельные, вроде бы незначительные события в вашей жизни явились причиной возникновения стрессовой ситуации, а их комплексное воздействие.

Дыхательные техники

Дыхание человека тесно связано с его психоэмоциональным состоянием. Контроль дыхания – один из важных инструментов управления своим самочувствием.

Гипервентиляция с сопутствующими телесными ощущениями - это одно из клинических проявлений тревоги. В 1985 году была предложена модель, которая объясняет порочный круг, состоящий из когнитивных процессов, гипервентиляции и внутренних или внешних пусковых событий. Контроль за дыхательной функцией был предложен в качестве основного фактора лечения обострений тревоги. момент гипервентиляции ощущается нехватка воздуха. Чтобы это устранить, нужно перевести частое и поверхностное дыхание в замедленное и глубокое.

Дыхательные техники применяются при:

- неврозах;
- панических атаках;
- депрессивных состояниях;
- расстройстве адаптации;
- других расстройствах, сопровождающихся тревогой;
- синдроме хронической усталости.

Противопоказания:

- возраст до 6 лет;
- повышенная температура;
- острые заболевания и обострения хронических;
- I триместр беременности;
- во время обострения психических заболеваний.

Техника «КВАДРАТНОЕ ДЫХАНИЕ»

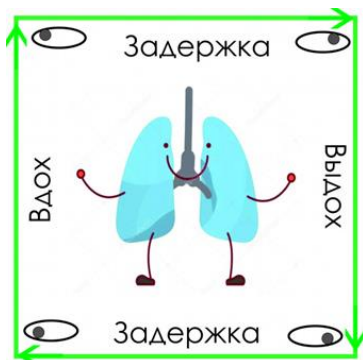
Это простая и эффективная техника Джона Гриндера (НЛП). «Квадратное дыхание» хорошо успокаивает и расслабляет, одновременно активизируя головной мозг, помогает избавиться от стресса и панических атак. Главное преимущество техники заключается в ее простоте. Технику «квадратного дыхания» легко освоить и также легко применять, потому что дышать по квадрату можно где угодно, когда угодно и как угодно - лежа, сидя, стоя и даже при ходьбе.

Суть метода дыхания по квадрату в том, что все этапы процесса равны друг другу. А именно, вдох, выдох и паузы между ними составляют равные промежутки времени. Например, вдох длится четыре секунды, далее задержка дыхания длится столько же, затем следует выдох на четыре секунды и снова пауза продолжительностью четыре секунды. Поэтому квадратное дыхание является одним из лучших способов саморегуляции организма.

Техника «квадратного дыхания» быстро обеспечивает три эффекта:

- ✓ успокоение (то есть устраняется эмоциональная напряженность);
- ✓ восстановление (а именно, исчезают проявления утомления);
- ✓ активизация (в результате чего повышается психофизиологическая активность).

Инструкция:



1. Выберите любой большой квадратный или прямоугольный предмет в зоне видимости (телевизор, окно, дверь, дом, и т.д.). Если ничего подходящего нет, или вы в темноте - просто представьте квадрат.

2. Сделайте медленный вдох на четыре счета: вдыхайте воздух одновременно проговаривая про себя "один, два, три, четыре", одновременно ведя взглядом по одной грани квадрата.

3. Задержите дыхание одновременно проговаривая про себя: "один, два, три, четыре", одновременно ведя взглядом по следующей грани квадрата.

4. Сделайте выдох одновременно считая про себя: "один, два, три, четыре", одновременно ведя взглядом по следующей грани квадрата.

5. Задержите дыхание одновременно проговаривая про себя "один, два, три, четыре", одновременно ведя взглядом по следующей грани квадрата.

6. Подышите в этом ритме от 3х до 10 минут или 10-30 циклов такого дыхания. Вы почувствуете, когда вам будет достаточно.

Противопоказания для применения техники «квадратное дыхание»

- Противопоказаний техника не имеет, однако крайне важно при ее выполнении следить за реакциями своего организма!

Дыша квадратом, вы не должны ощущать внутреннего дискомфорта. Если же он присутствует, то, возможно, вы спешите и не соблюдаете ритм выполнения техники.

На неправильное выполнение этой техники могут указать следующие признаки: появление чувства сдавленности в грудной клетке, учащенный сердечный ритм. **Что делать в этих случаях?** Для начала, сократите продолжительность этапов дыхания до комфортного. Затем уменьшите общее время практики.

МЕДИТАЦИЯ

Медитация - это упражнение для головного мозга, которое влияет на состояние тела и физиологию организма. Цель медитации – овладение контролем над собственным вниманием, чтобы уметь целенаправленно расслабляться и успокаиваться, освобождая свое сознание от лишних мыслей.

- Для медитации необходимо концентрироваться на чем-то, повторяющемся (например, на собственном дыхании или на повторении слов про себя) или на чем-то постоянном (например, на точке на стене, или пламени свечи).

- Медитация может использоваться для избавления от мышечного напряжения, тревожности и перенапряжения, от нежелательных переживаний и мыслей. В результате медитации снижается артериальное давление, ритм дыхания и сердцебиения, электрическая активность кожи, усиливается приток крови к рукам и ногам, от чего они становятся теплыми и субъективно тяжелеют.

- Медитация улучшает психологическое состояние. Она снимает тревожность, помогает перевести фокус внимания снаружи во внутрь, способствует улучшению сна, снижает потребность в курении, избавляет от головных болей и положительно отражается на психическом здоровье в целом.

Инструкция:

1. Для того, чтобы приступить к медитации выберите тихое место, где вас ничто не будет отвлекать. С приобретением опыта вы сможете медитировать практически везде, но учиться лучше в тишине и комфорте.

2. Выключите телефон. Резкие звуки могут помешать медитации. Для того, чтобы отмерить время на это занятие можно использовать будильник. Но позаботьтесь о том, чтобы его мелодия не была слишком резкой и громкой. Иначе будильник выведет вас из расслабленного состояния слишком резко – это может быть неприятно.

3. Завесьте шторы, если это возможно.

4. Выберите удобное кресло: лучше, если спинка будет достаточно высокой, чтобы на неё можно было положить голову. Наклон спинки не должен быть большим, чтобы не уснуть. Сон и медитация – это разные вещи, да и если уснуть – процедура займет больше времени, чем вы рассчитывали.

5. Сядьте в кресло так, чтобы вам было легко расслабиться, но не уснуть. Тело опирается на спинку. Голова тоже. Шея и плечи расслаблены. Плечи опущены. Руки на подлокотниках или на бедрах. Дыхание спокойное, равномерное, поверхностное. Ноги не скрещены. Стопы стоят на полу. Глаза можно оставить открытыми или закрыть.

6. Постарайтесь расслабить тело, как можно более полно. Но не прилагайте больших усилий. Заставляя себя - вы работаете, а не расслабляетесь.

7. В голове могут появляться автоматические мысли. Старайтесь как бы отодвигать их на задний план, избавляться от них, очищая голову и разум. Для этого сконцентрируйтесь на чем-то одном: на своем дыхании или на созерцании пламени свечи или на звуке тикающих часов.

8. Цель – прочувствовать максимально возможное опустошение разума от круговорота мыслей. И находиться в этом состоянии 15-20 минут.

9. Для того, чтобы закончить медитацию, вспомните, где вы сейчас находитесь, что находится вокруг вас, который сейчас час. Если вы закрывали глаза, откройте их. Осмотритесь вокруг, сделайте глубокий вдох и свободный полный выдох. Подвигайтесь, сидя в кресле, потянитесь и не торопитесь вставать.

Лучшее время для медитаций – это утром после пробуждения и вечером перед сном. В середине дня – по мере надобности. И после медитации не вставайте с кресла слишком резко: после глубокого расслабления может закружиться голова.

Медитативное состояние расслабленности в первый раз может показаться непривычным. Но это приятное состояние. Если вам не нравится медитировать – попробуйте привнести в процесс какие-то изменения, которые сделают его приятнее. Возможно, вам понравится делать это под музыку.

Медитация противопоказана людям с психическими расстройствами: биполярным расстройством; при депрессии; чувствительным и замкнутым в себе.

Социально изолированные люди должны осторожно относиться к медитации - она может навредить неподготовленному человеку. Работа с сознанием для людей с психическими расстройствами опасна по причине того, что они могут не справиться с осознаниями, пришедшими во время дыхательной практики.

Техника «ЯКОРЕНИЕ»

Техника «Якорение» создает ассоциативные связи посредством эмоций и репрезентативных систем. Название «якорение» в точности отражает процесс. Суть техники заключается в создании позитивного триггера, стимулирующего к выполнению определенного действия и перекрытия негативного переживания.

Показания: изменение эмоциональных реакций, управление чувствами, создание ресурсных состояний.

Противопоказания: психические расстройства. *С осторожностью следует применять* у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) из-за риска ритуализации стимула. А также у пациентов с эпилепсией – резкие смены состояний могут провоцировать приступы.

Обучение пациента технике якорения расслабленного состояния может быть уместно в случае жалоб на ситуативно возникающую тревогу, вызванную в том числе воспоминаниями о травмирующем событии. А также для облегчения засыпания, отключения внутреннего диалога, остановки навязчивых переживаний, подготовки себя к предстоящему стрессу.

Якорь – это любой стимул, связанный с определенной реакцией, другими словами, якорь – это условный рефлекс. Помочь пациенту установить якорь самому себе может быть полезно для того, чтобы у него появился быстрый доступ к ресурсному состоянию. И он смог использовать его сознательно для «включения» нужного состояния.

Чтобы установить работающий якорь, сначала определите состояние, которое хотите заякорить. Затем выберите стимул: подойдет специфическое прикосновение, звук или образ. Потом вызовите это состояние. На пике состояния установите якорь, активизируя стимул. Далее состояние можно прервать и проверить работу якоря, активизировав стимул.

Для того, чтобы в тревожной ситуации пациент смог справиться с чрезмерным беспокойством, можно использовать заранее заякоренное состояние спокойствия и расслабленности, какое бывает, например, когда вы гуляете в лесу рассматривая окружающую природу, чувствуя приятные запахи и слушая пение птиц и шуршание листьев на деревьях. В качестве стимула можно использовать специфическое прикосновение к своему телу, которое он не использует в повседневности. Например, обхватить правой рукой левое запястье. Для того, чтобы связать выбранный стимул и нужное вам состояние, их нужно одновременно активизировать. Сделать это можно следующим образом:

1. Для активации расслабленного состояния, свободного от внутреннего диалога, пока пациент осматривает окружающее пространство, помогайте ему

фокусироваться и настраивать осознание внешнего окружающего мира в каждой из репрезентативных систем:

- *наблюдайте за окружением* — используйте и панорамное, и сфокусированное зрение, воспринимая различные объекты, цвета и движения в окружающем вас мире. Найдите в вашем окружении 10 предметов, на которые вы можете посмотреть и обратите на них осознанное внимание;

- *почувствуйте* температуру воздуха, ощущения от одежды, форму и твердость объектов из вашего окружения, ощущения на поверхности вашей кожи и в глубине ваших мышц, пока вы сидите или двигаетесь в окружающем вас мире;

- *слушайте* различия в тональности и месторасположении источников различных звуков, которые вас окружают, слушайте изменения в вашем дыхании, высоту и темп любых звуков вокруг вас;

- *чувствуйте запах* воздуха и объектов вокруг вас — замечайте запахи поострее и те, которые более утонченные, и, если желаете, замечайте любые изменения в ощущениях вкуса во рту.

Когда вы получите доступ к каждой из этих систем, убедитесь в том, что у вас есть доступ к каждой системе настолько полно, насколько это возможно без внутреннего диалога.

- Предложите пациенту правой рукой обхватить левое запястье и слегка сжимать его, когда его расслабление становится более полным. И ослаблять хват, когда состояние спокойствия нарушается.

- Продолжайте повторять процесс, пока простого сжатия вашего запястья не будет достаточно для того, чтобы ваше внимание автоматически обращалось вовне к окружающему миру без какого-либо сознательного усилия.

В тревожной ситуации пациенту достаточно будет обхватить правой рукой левое запястье, чтобы вызвать заякоренное ресурсное состояние.

Техника «ВМАН»

Техника «Взмах» помогает справиться с плохими привычками и негативными мыслями.

Показания:

- тягостные переживания - страх перед публичным выступлением, неуверенность в себе;

- действия, которые не хочется делать - кричать на ребенка, когда он не слушается, или курить при стрессе;

- негативные мысли, когда делаешь, что-то новое, но думаешь, что ничего не получится;

- заниженная самооценка - образ себя маленького, неуверенного, не достойного любви.

Противопоказания: психические расстройства. **С осторожностью** - в случаях недавнего (до 2 месяцев) психотравмирующего события – эмоциональный отклик на визуальное описание триггера может оказаться чрезмерно сильным; пациентам с эпилепсией - быстрая смена воображаемых картинок может провоцировать эпилептиформную активность.

В случаях, когда стрессовый фактор появляется в жизни пациента систематически и связан с повторяющимся триггером, запускающим нежелательное переживание (тревогу), для коррекции реакции на триггер и повышения адаптации пациента к повторяющемуся стрессу может быть применена техника «Взмах». Триггером может быть фотография, предмет, мелодия, человек, тревожная мысль, воспоминание о травмирующем событии или действие, которое раз за разом предшествует негативному переживанию. Как правило, это повторяющиеся мысли самообвинения, обиды или другие идеи, иллюстрирующие негативные эмоции. Человек понимает, что эти переживания не приносят ему ничего хорошего и даже мешают заниматься полезными делами, но эмоции часто включаются быстрее, чем логика и выражены сильнее. Так происходит потому, что лимбическая система, отвечающая за эмоции более древняя и простая. А коре больших полушарий нужно больше времени и ресурсов, чтобы рационально обработать информацию и принять логичное решение, которое приведет человека к более конструктивному поведению. Для того, чтобы совладать с такими повторяющимися переживаниями и дать возможность своему сознанию пересилить бессознательные порывы в нейро-лингвистическом программировании есть техника, которая называется «Взмах». На её выполнение может понадобиться от 10 минут до получаса.

Инструкция

Для начала важно понимать, что любое переживание, мысль или эмоцию можно представить в виде некоего образа в своем воображении – её мы будем называть картинкой Триггера. Так же в виде картинки можно представить и ваши рациональные устремления, которые помогут вам в момент сильных эмоций поступить «правильно» - это картинка Ресурса. Дальше останется только связать эти две картинки между собой так, чтобы нежелательные переживания активизировали для пациента полезные мысли. Тогда и ощущения станут приятными и поведение будет разумным.

Чтобы выполнить технику «Взмах» вам понадобится помочь пациенту представить две картинки: картинку «Триггера» (активирующего события) и картинку «Ресурса» (или желаемого состояния).

Выбор Триггера

Картинку Триггера лучше представить ассоциированно, то есть так, как вы видите её из своих глаз. Вспомнить то, что вы видели в момент пикового переживания травмирующего события.

Экспериментируйте с картинкой в воображении, меняя её размер, цветность и контрастность и отслеживайте, в каких случаях эмоциональный отклик усиливается, а в каких ослабевает. Как правило мелкие бесцветные размытые изображения впечатляют нас гораздо меньше, чем крупные яркие цветные и четкие.

Выбор Ресурса

На картинке Ресурса предложите пациенту представить себя таким, каким он хотел бы быть, если бы мог легко справиться с такими нежелательными ситуациями.

Если хотите избавиться от шлейфа негативных эмоций после неприятного события, представьте на своем лице мимику силы, смелости и решительности – обычно это расслабленные черты лица в сочетании с расслабленной и уверенной позой тела: прямая осанка свободные от напряжения плечи, плавные движения. Представьте себя таким, каким вы хотели бы быть, когда справитесь со всеми нежелательными эмоциями. Картинка Ресурса должна напомнить вам о ваших разумных устремлениях и мотивировать вас реализовывать их в поведении. Поиграйте с картинкой Ресурса так же, как вы делали это с картинкой Триггера: представьте её маленькой и большой, цветной и черно-белой, четкой и размытой. Отслеживайте, как при этом меняется ваше отношение к ней, какие ощущения и эмоции усиливаются и ослабевают. После этого потренируйтесь с пациентом как бы «сворачивать» картинку Ресурса в компактную точку где-то в верхнем правом углу вашего поля зрения. И «разворачивать» её из точки в прежнее желаемое состояние.

Чтобы научить пациента новому варианту реагирования на привычные нежелательные переживания вам нужно 5-7 раз осознанно переключить его внимание с картинки Триггера на картинку Ресурса:

предложите пациенту представить большой воображаемый киноэкран в нескольких метрах перед собой и расположить на экране картинку триггера (в самом впечатляющем виде): крупные четкие объекты, яркие насыщенные цвета. Возможно, в этот момент он почувствует прилив тех самых нежелательных переживаний, от которых хочет избавиться. Успокойте его – это нормально, они ослабнут. Проинструктируйте пациента о том, что, когда Триггер во всех красках появится на воображаемом экране, вы произнесете слово «Взмах», или «жжжух», или просто щелкните пальцами – это будет звуковой сигнал, которым вы подскажите пациенту, что пора сменить картинку Триггера на Ресурс-

ную. По этой команде ему следует «развернуть» из точки в правом верхнем углу экрана картинку Ресурса так, чтобы она полностью закрыла собой Триггерную. Попросите делать это так быстро, как только получится.

✓ Попросите описать, что пациент видит на экране. Описывая ресурсную картинку, пациент почувствует желание стать таким, как на Ресурсной картинке. Когда будете готовы, вновь предложите представить на экране Триггер и повторите «Взмах». С каждым повторением смены картинок на экране пациент будет замечать, что картинка Триггера тускнеет, теряет цвет и контрастность, её очертания будут становиться расплывчатыми, а сама картинка мельче. Повторяйте «Взмахи» до тех пор, пока сила негативных переживаний не снизится до минимума или вовсе исчезнет. Обычно для этого нужно 5-7 повторов. После выполнения техники дайте пару минут передохнуть, отвлекитесь от упражнения, поинтересуйтесь самочувствием пациента.

✓ Важно понимать, что техника «Взмах» имеет свою специфику. Для каждого Триггера её нужно повторять отдельно. То же самое с травмирующими событиями: каждое событие – отдельный Триггер. Картинка Ресурса при этом может быть одинаковой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беттельхейм, Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение / Б. Беттельхейм. – М. : Академ. Проект, 2004. – 783 с.
2. Трансформация. NLP и структура гипноза : пер. с англ. / Р. Бэндлер, Д. Гриндер. – Сыктывкар : Флинта, 1999. – 296 с.
3. Жизнь после утраты: Психология горевания : пер. с англ. / В. Д. Волкан, Э. Зинтл. – 2-е изд., стереотип. – М. : Когито-Центр, 2014. – 160 с.
4. Грааф, Ф. Разлуки не будет. Как пережить смерть и страдания близких / Ф. Грааф ; под ред. А. Симкиной. – М. : Никая, 2018. – 192 с.
5. Давидовский, С.В. Краткосрочные и долгосрочные факторы суицидального риска: критическое осмысление современных представлений / С. В. Давидовский // Здоровоохранение. – 2022. – № 9. – С. 72–80.
6. Давидовский, С.В. Образ суицидента в общественном сознании / С. В. Давидовский // Медицинские новости. – 2019. – № 8. – С. 4–8.
7. Давидовский, С.В. Особенности суицидального поведения среди жителей г. Минска / С. В. Давидовский // Здоровоохранение. – 2016. – № 3. – С.72–77.
8. Давидовский, С.В. Самоповреждающее поведение, особенности проявления и современные представления / С. В. Давидовский // Здоровоохранение. – 2021. – № 6. – С. 14–21.
9. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь) / С. В. Давидовский [и др.] // Сибирский Вестник Психиатрии и Наркологии. – 2020. – № 3(108). – С. 102–114.
10. Анализ социальных факторов и индивидуально-психологических особенностей лиц, совершивших парасуицид / С. В. Давидовский [и др.] // Психиатрия психотерапия, медицинская психология. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 531–545.
11. Давідоўскі, С.В. Быць як усе ці застацца сабой / С. В. Давідоўскі // Беларуская думка. – 2005. – № 4. – С. 172–175.
12. Калшед, Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа / Д. Калшед. – М. : Академ. Проект, 2001. – 365 с.
13. Кернберг, О. Развитие личности и травма / О. Кернберг // Persönlichkeitsstörungen. – 1999. – С. 5–15.
14. Кинодо, Ж. Приручение одиночества. Сепарационная тревога в психоанализе / Ж. Кинодо. – М. : Когито-Центр, 2016. – 254 с.
15. Классификация психических и поведенческих расстройств. (исследовательские диагностические критерии) : 10-й пересмотр : пер. с англ. / Всемир. орг. здравоохранения. – СПб. : [б. и.], [б. г.]. – 208 с.
16. Кондрашенко, В. Т. Общая психотерапия : учеб. пособие / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. – 6-е изд., испр. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2003. – 455 с.

17. Кристалл, Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект. Травма. Алекситимия / Г. Кристалл, Д. Х. Кристалл. – М. : ИОИ, 2006. – 798 с.
18. О смерти и умирании : пер. с англ. / Э. Кюблер-Росс ; пер. К. Семенов, В. Трилис ; под. ред. И. Старых. – Киев : София, 2001. – 320 с.
19. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) : инструкция по применению № 077-0709 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 16.07.2009 / сост.: Е. В. Ласый, И. И. Хвостова, С. В. Давидовский. – Минск, 2009. – 49 с.
20. Малинина, И. Н. Механизмы адаптации и адаптационный потенциал личности / И. Н. Малинина // Будущее клинической психологии – 2017 : материалы XI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (27–28 апреля 2017 г.). – Пермь : ПГНИУ, 2017. – Вып. 11. – С. 101–106.
21. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (руководство для социальных работников) : инструкция по применению № 101-1009 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.10.2009 / Е. В. Ласый, С. В. Давидовский. – Минск, 2009. – 31 с.
22. Пападопулос, Р. Идентичность и конфликт / Р. Пападопулос // Новая весна. – 2002. – №4. – С. 12–28.
23. Патнем, Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф. В. Патнем. – М. : Когито-Центр, 2021. – 440 с.
24. Психотерапевтическая энциклопедия / В. А. Абабков [и др.] ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
25. Решетников, М.М. Психическая травма / М. М. Решетников. – СПб. : ВЕИП, 2006. – 322 с.
26. Ромек, В.Г. Поведенческая психотерапия / В. Г. Ромек. – М. : АСАДЕМА, 2002. – 192 с.
27. Таболина, А.А. Результаты применения метода психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе / А. А. Таболина, И. А. Байкова, Н. А. Елинская // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2015. – № 3. – С. 28–31.
28. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Н. В. Тарабрина [и др.] ; под общ. ред. Н. Е. Харламенковой. – М. : Изд-во Институт психологии РАН, 2017. – 344 с.
29. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – М. : Когито-Центр, 2009. – 22 с.
30. Комплексная коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Е. В. Тарасевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2020. – 91 с.
31. Психосоматические расстройства : учеб.-метод. пособие / Е. В. Тарасевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2019. – 51 с.
32. Швек, Ж. Добровольные галерщики / Ж. Швек. – М. : Когито-Центр, 2016. – 200 с.

33. Юрьева, Л.Н. Клиническая суицидология / Л. Юрьева. – Днепропетровск. : Пороги, 2006. – 470 с.
34. A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure / M. L. O'Donnell [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 173, № 12. – P. 1231–1238.
35. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults / M. L. O'Donnell [et al.] // *J. Trauma. Stress*. – 2018. – Vol. 31, № 3. – P. 321–331.
36. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions / M. L. O'Donnell [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. – 2019. – Vol. 16, № 14. – P. 2537.
37. An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data / S. Quero [et al.] // *Clin. Psychol. Psychother*. – 2019. – Vol. 26, № 2. – P. 204–217.
38. Bachem, R. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come / R. Bachem, P. Casey // *J. Affect. Disord*. – 2018. – Vol. 227. – P. 243–253.
39. Becker, E. *The Denial of Death* / E. Becker. – New York : Simon & Schuster, 1997. – 336 p.
40. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode / P. Casey [et al.] // *J. Affect. Disord*. – 2015. – Vol. 174. – P. 441–446.
41. Gradus, J.L. Prevalence and prognosis of stress disorders: A review of the epidemiologic literature / J. L. Gradus // *Clin. Epidemiol*. – 2017. – Vol. 9. – P. 251–260.
42. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis / H. Jiang [et al.] // *Cereb. Cortex*. – 2017. – Vol. 27, № 8. – P. 4083–4093.
43. Maercker, A. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility / A. Maercker, L. Lorenz // *World J. Biol. Psychiatry*. – 2018. – Vol. 19, sup. 1. – P. 3–13.
44. Prevalence and correlates of ICD-11 adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study / A. Perkonig [et al.] // *Int. J. Clin. Health Psychol*. – 2018. – Vol. 18, № 3. – P. 209–217.
45. Trajectories of posttraumatic stress symptoms after civilian or deployment traumatic event experiences / D. S. Fink [et al.] // *Psychol. Trauma*. – 2017. – Vol. 9, № 2. – P. 138–146.
46. Deep posteromedial cortical rhythm in dissociation / S. Vesuna [et al.] // *Nature*. – 2020. – Vol. 586. – P. 87–94.

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна
Давидовский Сергей Владимирович
Родцевич Ольга Григорьевна
Таболина Анна Александровна
Тарасевич Елена Владимировна
Терещук Елена Ивановна
Ерема Андрей Владимирович
Семак Виталий Игоревич

**СТРЕСС И АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СТРЕССОМ
РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ,
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И
ПСИХОТЕРАПИЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.01.2023. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 6,75. Уч.- изд. л. 5,82. Тираж 100 экз. Заказ 87.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3. корп. 3.