**Общение с пациентом в кризисных ситуациях**

1. Кризисное состояние (психологический кризис) — это внутреннее состояние человека, реагирующего на стресс, когда все другие нормальные способы, позволяющие справиться с ситуацией, не помогают. Психологический кризис — это выраженное нарушение внутреннего равновесия человека, которое требует разрешения. Это ситуация, при которой требуются немедленные действия извне при участии кого-либо для того, чтобы предотвратить возможность нанесения себе вреда или даже смерти.

Проблема кризисного состояния человека сейчас остро стоит на повестке дня, так как в наше время практически все сталкиваются с этим явлением. В наше время наблюдается катастрофический рост поведенческих и стрессовых расстройств. У детей, подростков и пожилых людей предрасположенность к кризисным состояниям очень велика, так как для этих возрастных периодов, характерны срывы психологического направления.

Состояния, вызванные психической травмой, классифицируются следующим образом. Самые легкие (кризисные) состояния — непатологические реакции на ту или иную ситуацию. За ними идут гораздо более тяжелые реакции с определенными соматическими проявлениями. Например, знакомая каждому человеку реакция душевной боли, когда после травмирующего психику события у него наблюдается, наряду с плохим настроением, подавленностью, снижением жизненной активности, ощущение боли в области сердца. Боль эта не регистрируется кардиограммой, не проявляется какими-то другими методами. Это психическая боль, максимально выраженное организмом состояние обиды, которое проявляется в соматических (телесных) ощущениях. Обычное состояние обиды, можно сказать, постоянно для всех людей, а вот такое обостренное состояние — это уже следующая стадия.

К кризисным состояниям относятся острые реакции и состояния на утрату, смерть, болезнь близкого значимого лица; потеря работы, привычного социального статуса, снижение качества жизни; неразрешимые конфликты в производственной или бытовой сфере; «кризис развития». Кроме того к кризисным состояниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, что например, характерно для современной России, а также кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств.

К числу постстрессовых расстройств можно отнести депрессию.

Депрессия – это болезненное психическое состояние, проявляющееся расстройствами на двух уровнях:

1) психическом (подавленное настроение и замедление психических процессов);

2) физическом (снижение общего тонуса, замедленность движений, нарушения пищеварения и сна)

Чаще всего депрессия начинается с ощущения общего дискомфорта, в котором сначала преобладают физические, а затем психические расстройства. Затем развивается упадническое настроение с физическими ощущениями тоски, локализующейся в области груди, сердца. Эти ощущения напоминают сжатие, давление, боли и т.д. Иногда отмечаются также замедленное течение мысли, трудности в понимании и оценке происходящих событий. Наверное, многие из вас были свидетелями такого парадокса: у молодого человека, полного душевных и физических сил, возникает кризис со столь характерной подавленностью, чувством полнейшего упадка сил, ощущением собственной ничтожности... В таком состоянии он может полностью исказить картину мира и собственное представление о самом себе.

Затем идет реактивное состояние, возникающее в ответ на внешний фактор. Это болезненное состояние, чаще всего реактивная депрессия (хотя может быть и реактивное возбуждение). Внешнее выражение реактивной депрессии таково: энергичный и деятельный прежде человек неделями лежит в постели, глядя в потолок, мучительно осмысливая все, что с ним произошло, погруженный в свои мрачные мысли, ощущающий физическую слабость.

В преодолении этого кризиса человеку необходимо главное — терпение. Терпение, основанное не на слепой покорности и не на наивном ожидании, что кризис минует сам собой, а на твердой уверенности, что за падением последует подъем,

за страданием — радость,

за пассивностью — активность,

за бесчувствием — полнота чувств,

за безжизненностью — расцвет жизни,

за тупиком — выход.

Каждый должен знать, что время работает в его пользу, и в состоянии депрессии — особенно, хотя человеку в этом состоянии кажется, что все наоборот, что время вообще остановилось или идет назад. На самом же деле депрессия есть вынужденная крайняя степень отдыха, и она исподволь готовит к действию новые силы. –

Вот список наиболее распространенных признаков, по которым можно определить наличие депрессии:

- чувство тоски,

- замедленность в психических проявлениях,

- заторможенность двигательных реакций,

- бессонница,

- уход в себя, самоизоляция,

- компульсивное поведение (переедание, отсутствие аппетита, булимия – резко усиливающееся чувство голода и т.д.),

- потеря контроля над собой,

- нарушение концентрации внимания, провалы в памяти,

- отсутствие интереса к работе или другой деятельности,

- физические боли в спине, шее, головные боли,

- чувство одиночества или пустоты (возможно, то и другое вместе),

- раздражительность,

- частые сомнения в себе, самокритика,

- усиленное потребление алкоголя, наркотиков,

- мысли о самоубийстве, периодически возникающие,

- длительные состояния печали, вины, безнадежности.

За последние годы наиболее популярной "таблеткой" против депрессии стала аутогенная тренировка. Помните, чтобы усилить действие таблеток, рекомендованных врачами, необходимо применять приемы аутогенной тренировки. Самовосприятие во время душевной депрессии искажено настолько резко, что все воспринимается с обратным знаком. На самом же деле вы — великолепный человек с глубокими, сильными чувствами и высокоразвитой волей, но вы этого не ведаете. Следовательно, человеку в состоянии депрессии необходимо сказать: "Не доверяй своему состоянию и тем мыслям, которые оно тебе внушает. Доверяй своей природе — поверь, что она знает тебя лучше".

Вот несколько рекомендаций, как помочь себе в этом состоянии:

1. Работа (несмотря и вопреки).

2. Природа — свежий воздух, всяческое движение, а особенно — быстрая ходьба.

3. Очищение тела посредством воздержания от еды, перемены питания.

4. Искусство — литература, живопись, поэзия, музыка.

5. Любовь (вопреки отсутствию, несмотря на мнимую бесчувственность).

6. Знание (в первую очередь путем чтения, в том числе и о том, что такое депрессия).

7. Вера в справедливость судьбы и в то, например, что и депрессия зачем-то нужна и дается человеку для некоего вразумления, а потому не может, по высшему счету, оцениваться только как зло.

Словом, как и боль, депрессия — великая природная спасительница.

2. - Депрессии очень часто приводят к суициду, который является как бы следующей стадией, если вовремя не прервать этот процесс самоуничтожения – морального и физического. Самоубийство представляет собой исключительно человеческий акт.

**Суицид – это преднамеренное лишение себя жизни, или самоубийство**.

Ныне во всем мире, в том числе и в России, функционирует суицидальная служба, в которой заняты многие специалисты: психиатры, психологи, юристы, социологи, философы и др. В работе службы придается особое значение профилактике суицидального поведения у практически здоровых людей с пограничными расстройствами, поскольку эта группа, во-первых, наиболее многочисленная, а во-вторых, состоит преимущественно из лиц молодого возраста.

Среди профилактических мер, направленных на предупреждение самоубийства (как лиц практически здоровых, так и лиц с пограничными состояниями), важнейшее место занимают психотерапевтические воздействия, которые проводят не только в специальных кабинетах социально-психологической помощи, но и по телефонам доверия. Следует отметить, что помощь по телефону имеет ряд преимуществ: возможность общения на значительном расстоянии; оперативное общение с психотерапевтом в любое удобное для абонента время суток; максимальная анонимность пациента; возможность управлять контактом и даже прервать его в любой момент; исключение при разговоре постороннего отвлечения; глубоко личностный характер общения.

Проблема самоубийства в немалой степени связана с теневой стороной технического прогресса, одиночеством, отчужденностью поколений, переоценкой многими института брака, низвержением нравственных, духовных устоев, многих традиций. Самый низкий процент самоубийств наблюдается в отсталых и развивающихся странах, а пик приходится на наиболее цивилизованные и промышленно развитые страны. В городах, соответственно, больше самоубийств, чем в сельской местности.

Наиболее многочисленная группа суицидального риска — люди старшего поколения. Причины: болезни и одиночество, упадок жизненных сил и отсутствие радужных надежд, иногда отсутствие внимания близких.

Причины самоубийства среди людей среднего возраста — это неуверенность в своем профессиональном и социальном будущем; конфликты с руководством и коллегами на работе; неумение сделать выбор в определенных жизненных ситуациях.

У молодежи на первое место среди причин суицида ставят отношения с родителями, на второе — трудности со школой, институтом, на третье — проблемы взаимоотношений со сверстниками.

Иногда отрицательные эмоции оказываются настолько неконструктивно-застойными, что начинают представлять опасность для здоровья человека, его благополучия, становятся причиной суицида. Поэтому нужно научиться обращаться к неприятным событиям прошлого только с целью анализа: почему это произошло; можно ли было этого избежать; какие причины привели к нежелательным событиям; где были допущены ошибки, промахи и т.п. Когда человек понимает, что он попал в порочный круг отрицательных эмоций и неприятных травмирующих психику воспоминаний, необходимо встряхнуться как психологически (усилием воли направить мысли на другой объект, переключить свое внимание на что-то другое), так и физически (встряхнуть свое тело, потрясти головой, руками). Помогает и самоприказ (про себя или вслух, но обязательно с интонациями уверенности и требовательности). Можно переключиться на новую деятельность, которая не имеет никакого отношения к вашему состоянию.

Необходимо использовать программу оздоровительного психофизического тренинга, помогающего предотвратить возникновение нервно-психических срывов, непоправимых поступков, совершаемых в состоянии стресса и депрессии. Условия достижения целей программы — воля и терпение.

**Чрезвычайная ситуация** в психологическом плане - это событие выходящее за рамки обычного житейского опыта человека, способное травмировать его психику даже независимо от пережитого им ранее. Влияние таких происшествий – нарушения соматические и психологические. Своевременная психологическая помощь в таких ситуациях, сравнима по важности со срочной медицинской помощью раненым, реанимацией. Трагедии в Североморске, Чеченской республике, «Норд-осте» - показали необходимость быстрых координированных действий психологов, психиатров, клинических психологов, медиков.

Часто выявляемые психологические последствия у пострадавших в чрезвычайных ситуациях – это посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), острое стрессовое расстройство, дезадаптация, депрессивные расстройства, и др. Обычно данное расстройство возникает в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса. О посттравматическом стрессовом расстройстве начали много писать в американской литературе после войны во Вьетнаме, в отечественной – после войны в Афганистане. - Как с ними бороться? Какой может быть психологическая реабилитация? Наиболее квалифицированную помощь в преодолении последствий стресса можно получить у врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, психиатров.

Условно психологическую помощь в таких случаях можно разделить на 2 типа: экстренная психологическая помощь сразу после чрезвычайного случая и поддерживающая психокоррекция.

Особое значение в коррекции психогенных расстройств имеет психотерапия.

ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Этиология

Участие в боевых действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительно угрожающего характера, которое (может вызвать общий дистресс практически у любого человека). В отличие от многих других стрессоров участие в войне может явиться пролонгированной психической травмой.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов:

1) ясно осознаваемым чувством угрозы для жизни, так называемым биологическим страхом смерти, ранения, боли, инвалидизации;

2) ни с чем несравнимым стрессом, возникающим у человека, непосредственно участвующего в боевом действии; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника;

3) воздействием специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна);

4) невзгодами и лишениями (нередко отсутствием полноценного сна, особенностями водного режима и питания);

5) необычный для участников войны климат и рельеф местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.).

По современным представлениям, стресс – это совокупность стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма при воздействии на него экстремальных факторов. По своей начальной сути возникающие реакции организма являются адаптационными. Они могут рассматриваться под разным углом зрения: на системном, органном, клеточном уровнях с позиций психолога, патофи-зиолога, биохимика. Общепринято, "что возникающие адаптационные реакции при воздействии экстремальных факторов всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями.

К важным факторам риска развития ПТСР относятся личностные особенности индивидуума, включая социопатическое расстройство, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Эти факторы снижают способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психических травм (например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом) может увеличивать риск того, что после очередного психотравмирующего события разовьется ПТСР. Следует учитывать и возрастной фактор. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Дополнительным фактором риска развития ПТСР является и наличие психических расстройств в анамнезе. К числу факторов, облегчающих профилактику ПТСР, относятся способность больного к эмоциональному самоконтролю, наличие высокой самооценки, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свой жизненный опыт, а также наличие хорошей социальной поддержки.

Психические травмы, нанесенные людьми, часто сопровождаются возникновением чувства недоверия и горечи, желания мести и потребности в сутяжничестве. Риск ПТСР возрастает также в случае изоляции больного на период переживания травмы.

Реакция человека на травмирующую ситуацию обусловлена также и такими факторами, как возможность поддержки его со стороны доверенных лиц. В этом может скрываться одна из причин того, почему на некоторых пациентов столь разрушительное действие производит утрата семьи и близкого окружения. Исход заболевания во многом зависит от того, насколько своевременно больному была оказана помощь. Следует также обращать внимание на участие в переживании реакции на травму семьи больного, поскольку процессу выздоровления могут помешать родственники, поощряющие некоторые проявления болезненного поведения пациента.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПТСР – не редкое явление. На протяжении жизни им заболевает около 1% населения, а до 15% населения после тяжелых травм (связанных с физическим нападением или военными действиями) могут обнаруживать отдельные симптомы ПТСР.

Если рассматривать только контингент участников войны, то посттравматическое стрессовое отмечается в группе ветеранов войны в Афганистане в 18,6% случаев.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки обычного человеческого опыта. **Пациентами могут стать как непосредственные жертвы травм, так и свидетели.**

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1.

Считаем целесообразным для использования в практике привести следующие диагностические критерии ПТСР по DSM-IV:

А. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.
2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

Б. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (интрузия):

1. Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.
2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.
3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).
4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.
5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

В. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствуют, по меньшей мере, три симптома из следующих (избегание):

1. Попытка избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.
2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.
3. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы.
4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.
5. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.
6. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь).
7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

Г. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее двух симптомов из следующих (гиперактивность):

1. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.
2. Раздражительность или вспышки гнева.
3. Трудность концентрации внимания.
4. Сверхнастороженность.
5. Усиленная реакция на испуг.

Д. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев Б, В и Г) более 1 месяца.

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Уточните тип расстройства:

Острое – если симптомы сохраняются менее 3 месяцев.

Хроническое – если симптомы сохраняются 3 месяца и более.

Отсроченное – если симптомы возникают но меньшей мере через 6 месяцев после окончания воздействия стрессора.

В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение па протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: F62.0)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Важно понимать, что больной с ПТСР не обязательно первично обращается к врачу с жалобами на вышеописанную симптоматику. Даже если это и происходит, ему не свойственно находить связь между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувство стыда, вины, стремление к вытеснению тягостных воспоминаний или недопонимание их важности.

При подозрении на наличие ПТСР врачу целесообразно тактично и сочувственно расспросить пациента об имевших место в прошлом травмирующих событиях. При первом же затрагивании этой темы больной может дать аффективную реакцию, которая скажет, по меньшей мере, столько же, сколько можно сказать словами. Эта реакция может состоять в нарастающей слезливости, нередко дополняться избеганием контакта глазами, возбуждением, проявлениями враждебности. Клиническая картина обычно включает в себя:

• Нарушения сна. Каждого больного, обращающегося по поводу нарушений сна, следует расспросить о наличии и характере кошмарных сновидений. Для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, поэтому данное расстройство следует предполагать у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно, крича или издавая иные звуки, стискивая или нападая на своих партнеров в постели.

• Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи. При несоответствии прежнему складу личности такого рода поведение должно наводить на подозрение о наличии ПТСР.

• Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми.

• Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.

• Антисоциальное поведение или противоправные действия. При отсутствии такого поведения в подростковом возрасте следует думать о диагнозе ПТСР.

• Депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству.

• Высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости.

• Неспецифические соматические жалобы (например, головная боль). У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе Horowjtz с cоaвт. (1994) было показано, что у 75 % пациентов с ПТСР имеют место головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56 % отмечаются тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле», и, наконец, 40% обследованных беспокоило затруднение дыхания.

ПТСР рассматривается не как однородная диагностическая категория, а как расстройство, проявляющееся в различных подвидах.

Острое ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 месяцев после перенесенной травмы и сохраняются не более 6 месяцев. Прогноз хороший. О хронических ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 месяцев. И, наконец, для отсроченных ПТСР характерно появление симптомов после латентного периода (месяцы, годы). При отсроченном и хроническом ПТСР симптоматология появляется через 6 месяцев после травмы и длится более 6 месяцев.

Для развития ПТСР у ветеранов войны характерны пять фаз:

1) начальное воздействие;

2) сопротивление/отрицание;

3) допущение/подавление;

4) декомпенсация;

5) совладание с травмой и выздоровление. Отличительная черта – наличие периода декомпенсации перед совладанием. Однако существует значительно большее разнообразие ответных реакций на травматическое событие, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания.

Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Второй путь – дезадаптивное разрешение ПТСР в виде одной из следующих форм:

• основанное на генерализованной реакции страха;

• основанное на генерализованной реакции гнева;

• базирующееся на диссоциации;

•основанное на реакции «ухода в себя»;

• базирующееся на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническим ПТСР не «просто застряли» между 2-й и 3-й фазами. В попытке «прийти к соглашению с травмой» у них изменяется представление о себе и окружающем мире. Личностные изменения, наблюдаемые у лиц с ПТСР, являются отражением достигнутого типа разрешения.

ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ

Практически у всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР (Шанин В.Ю., Стрельников А.А., 1997).

Повторное переживание травмы

Имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно наличия одной формы.

Самый частый (у 80% пациентов) вариант повторного переживания травмы – повторяющиеся ночные кошмары, которые в первые 2-4 года после войны беспокоят всех до единого ветеранов. Для сновидений ветеранов характерны чувство беспомощности, одиночества в потенциально фатальной ситуации, преследование врагами с выстрелами и попытками убить, ощущение отсутствия оружия для защиты. Подобного рода сны нередко являются частью общих сновидений о войне. В наибольшей степени ночные кошмары являются проблемой для пациентов с последствиями перенесенной контузии головного мозга. Из бесед с матерями, женами, подругами ветеранов установлено, что часто во время кошмарных сновидений они совершают во сне движения различной интенсивности.

Второй по выраженности проявлений повторных переживаний травмы вариант – это психологический дистресс, возникающий обычно под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая празднование годовщины войны. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70% обследованных. Многие эпизоды являются своего рода триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (вертолет, летающий над головой; информация о войне; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Ветераны имеют повышенную чувствительность к стимулам, имеющим отношение к войне, вследствие своего предыдущего боевого опыта, и эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие воспоминания о военных событиях (еще одна форма интрузии) отмечаются более чем у 50% обследованных. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери с острой эмоциональной болью, проигрыш заново актуализированных аспектов травматических событий.

Предполагается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятных повторных переживаний травмы ведут к патологическому разрешению.

Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой

Второй важной клинической чертой ПТСР являются «эмоциональное оскудение», «эмоциональная гипостезия». Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность в личной жизни значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до армии и сразу после войны, отмечается большое число разводов.

У ветеранов также отмечается чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой но продолжительности жизни, ожидания несчастья в будущем.

Симптомы повышенной возбудимости

Они проявляются прежде всего расстройствами сна, связанными или не связанными с ночными кошмарами. Выделяются следующие варианты нарушения сна у обследованных ветеранов: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические (ночные кошмары.

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95% случаев наблюдается выраженное снижение показателя устойчивости внимания. О повышенной осторожности, бдительности сообщают 80% обследованных ветеранов. Данные симптомы являются также отражением повышенной возбудимости.

ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМЫ

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение Эго-функциони-рования.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПОМОЩИ

До того как будут подробно представлены особенности лечения ПТСР, необходимо остановиться на нескольких фундаментальных принципах терапии.

После того как люди подверглись воздействию травматических событий, они в реакциях на обычные ситуации склонны путать необычность травмы с необычностью их самих. Поэтому первый принцип терапии – принцип нормализации. Мысли и чувства пациентов в процессе их социализации могут быть болезненными и не совсем понятными как самому пострадавшему, так и специалистам, незнакомым с такими проявлениями реакций. Слово «норма» может иметь много значений. Среди прочих оно наиболее часто используется для определения здоровья, идеала или в статистике. Когда врач говорит: «Это – нормальная реакция», – может подразумеваться любое из этих значений или все три сразу. Например, при переломе кости у больного обнаруживается смещение отломков или нарушение структуры кости. Через некоторое время развивается отек и отмечается сильная боль, однако при хорошем уходе и при отсутствии повреждения нервов или инфекции у врача это не вызывает беспокойства. Врач видел такую модель патологии много раз прежде, знает физиологические причины дискомфорта и опасные симптомы болезни. Заверение доктора: «Это нормально» – означает, что у пациента идет здоровый процесс заживления. Дальнейшие объяснения по поводу модели заживления позволяют больному активно участвовать в процессе восстановления, понимая причины симптомов и их динамику, а также замечать ненормальности в процессе заживления, например, при присоединении инфекции.

Процесс «заживления» в эмоциональном отношении часто включает в себя повторные переживания, избегание, повышенную чувствительность и самообвинение. Эти симптомы достаточно хорошо описаны и объяснены в контексте адаптации и возможных процессов совладания. Учитывая это, вторым принципом терапии мы считаем принцип партнерства и повышения достоинства личности. Это означает, что терапевтические отношения должны строиться совместно, приводя к восстановлению в правах личности тех, кто был ущемлен в своем достоинстве и безопасности. Этот принцип особенно важен в работе с жертвами тяжких преступлений. Проявление жестокости, унижение человеческого достоинства и опыт бессилия – все это приводит к уменьшению чувства собственного «Я». Это уменьшение нормально, когда оно пропорционально выраженности виктимизации. Но оставшиеся в живых после естественных катастроф также испытывают бессилие, хотя они и не подвергались жестокости и унижению. И поэтому терапевтический союз, который строится на принципах партнерства и повышения достоинства личности, приносит очень большую пользу.

Третий принцип терапии – принцип индивидуальности. Каждый человек имеет свой уникальный путь восстановления после перенесенного стресса. Хотя и были описаны общие физиологические и психологические реакции на стресс, многие исследователи отмечают сложность человеческой реакции на стрессовые воздействия, сравнивая индивидуальность ее проявлений с отпечатками пальцев. Этот принцип говорит о том, что должен предполагаться и цениться без сомнений и пренебрежения индивидуальный способ посттравматической регуляции. Врач и больной должны идти вместе по пути выздоровления, зная общие направления и возможные ловушки, но они должны быть постоянно готовы обнаружить новые истины за каждым поворотом.

Названные три принципа, конечно, могут быть выражены и в другой форме, дополнены различными аспектами, важными для лечения ПТСР. Однако они остаются базовыми при проведении терапии.

В современных подходах к терапии основной упор делают на том, что нормальный индивид столкнулся с ненормальным случаем. Таким образом, чтобы уменьшить воздействие болезненных последствий, необходимо основной упор делать на мобилизацию собственных механизмов совладания (конинга). Эта в корне отличается от предшествовавшего убеждения в том, что ПТСР является продуктом личностной несостоятельности и наличия патологических невротических механизмов. Подобное убеждение настраивало врачей на диагностику и лечение ПТСР согласно традиционным парадигмам.