



**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № 06/951 от 24 августа 2007 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством оказания психотерапевтической помощи в психиатрических, психотерапевтических и психоневрологических учреждениях, психотерапевтических кабинетах и отделениях»

Санкт-Петербург
2014

Методические рекомендации посвящены принципам, методике и организации психотерапии пострадавших при чрезвычайных ситуациях в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в условиях амбулаторно-поликлинических (диспансеры, диспансерные отделения) и стационарных (психиатрические стационары) учреждений и подразделений психиатрической службы.

Разработан метод психотерапевтических воздействий в лечении стрессовых расстройств пострадавших при чрезвычайных ситуациях на основе современных моделей психотерапии

Методические рекомендации предназначены для врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, клинических (медицинских) психологов и специалистов по социальной работе, участвующих в оказании лечебно-реабилитационной помощи при чрезвычайных ситуациях.

Методические рекомендации составлены в ГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии МЗ РФ» и ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ РФ»

Авторы составители:

Сотрудники Государственного Научного Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского: академик РАМН, профессор, д.м.н. Т.Б. Дмитриева, профессор, д.м.н. З.И. Кекелидзе; сотрудники кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии МГМСУ: профессор кафедры, д.м.н. Ю.Т. Джангильдин, зав. кафедрой, профессор, д.м.н. Б.Д. Цыганков, ассистент кафедры Ю.В. Добровольская; сотрудники Научно-исследовательского психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева: руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии Р.К. Назыров, д.м.н., вед. н. с., а также сотрудники отдела: научные сотрудники М.Б. Ремесло, к. м. н, с.н.с., С.В. Осеев, врач С.В. Ляшкова.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014

ВВЕДЕНИЕ

В основе методов, используемых в ходе психотерапевтического воздействия при стрессовых состояниях, возникающих в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС) положены, прежде всего, теории *стресса и психологического кризиса*, а также когнитивные теории *копинга* (процессов совладания), рассматривающие способы преодоления человеком трудных ситуаций.

Принципы и задачи кризисной психотерапии и психотерапии стрессовых расстройств имеют существенные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к ним относятся:

1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых – с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах в руководстве их поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных психологических механизмов, способствующих возникновению и поддержанию патологических реакций, вызванных стрессом;

3) особое внимание к выявлению когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;

4) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности;

5) нацеленность на возвращение к прежнему или даже лучшему, по сравнению с преморбидным, уровню адаптации, поэтому характер психотерапии носит в большей степени поддерживающий и адаптирующий характер, «раскрывающие» методы психотерапии используются сравнительно редко.

ФОРМУЛА МЕТОДА

Обоснование системы психотерапевтических мероприятий при расстройствах, возникающих при ЧС. Эта система, представляющая собой сложную форму профессиональной деятельности,

опирается на: 1) теоретические концепции понимания влияния стресса на психику и теорию психологических кризисов; 2) теории нормального функционирования в условиях стресса и кризиса; 3) теории патологического реагирования на стресс; 4) психотерапевтические стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на теоретических моделях и эмпирических исследованиях; 5) организационную модель, связанную со спецификой оказания помощи пациентам со стрессовыми расстройствами. Применение психотерапии предполагает также проведение контролируемых исследований эффективности, подтверждающих валидность основных теоретических положений, совершенствование организационных условий и этических стандартов. Психотерапевтическое воздействие реализуется в ее основных формах – индивидуальной, семейной, групповой психотерапии и форме психотерапевтической среды (психотерапевтическое сообщество, «психотерапевтическое поле»). Психотерапия проводится преимущественно в краткосрочном временном формате в условиях учреждений, оказывающих психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

Материально-техническое обеспечение применения психотерапии в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь

Материально-техническое обеспечение включает в себя: 1) организацию специального подразделения, оказывающего психотерапевтическую помощь пострадавшим при ЧС; 2) материально-техническое обеспечение помещениями, медицинским и другим оборудованием; 3) обеспечение психодиагностическим инструментарием; 4) обеспечение (подготовка специалистов) психотерапевтическими методиками.

Для оказания психотерапевтической помощи лицам, пострадавшим при ЧС, решением органа управления здравоохранения субъекта Российской Федерации, города в составе субъекта Российской Федерации определяется учреждение, которому поручается оказание психотерапевтической помощи пострадавшим при ЧС. При наличии на территории обслуживания психотерапевтического центра такая помощь поручается специальному подразделению психотерапевтического центра.

Материально-техническое обеспечение помещениями предполагает создание в учреждениях, оказывающих психотерапевти-

ческую помощь двух вариантов организационных форм психотерапии для оказания помощи пострадавшим при ЧС: 1) психотерапевтического кабинета; 2) психотерапевтического отделения. Описание их приведено в приказе Минздрава России от 16.09.2003 № 438 и включает в себя следующее оснащение.

Психотерапевтический кабинет располагается в специально выделенных помещениях общей площадью 68-95 кв. м., куда входит помещение для организации приема пациентов (площадью 14-20 кв. м.), помещение для проведения индивидуальной и групповой психотерапии (площадью 30-40 кв. м.), помещение для медицинского психолога, социального работника (площадью 22-35 кв. м.). Кабинет оснащается элементами внутреннего дизайна и терапии средой (облицовка стен, декоративные растения, приборы бокового освещения, картины и др.) в соответствии с возможностями; приборами и аппаратами в соответствии со списком (в том числе аудиокомплекс, персональный компьютер с необходимым программным обеспечением и принтером), медицинский инструментарий (набор укладка для оказания неотложной помощи и др.), медицинская и бытовая мебель (в частности кресло мягкое с высокой спинкой, не менее 15 шт., стул полумягкий, не менее 15 шт.).

Психотерапевтическое отделение, дополнительно к оборудованию психиатрических и психоневрологических больниц, необходимого для проведения реабилитационных мероприятий располагает специально выделенными помещениями общей площадью 334-400 кв. м., куда входит помещение для организации индивидуального приема пациентов (четыре комнаты площадью 14-20 кв. м., одна оборудованная зеркалом Гезелла), помещение для проведения групповой психотерапии (четыре комнаты площадью 30-40 кв. м., одна оборудованная зеркалом Гезелла), помещение для терапии занятостью (четыре комнаты площадью 22-35 кв. м.), а также конференц-зал площадью 70-100 кв. м. Терапевтический блок психотерапевтического отделения оснащается элементами внутреннего дизайна и терапии средой (облицовка стен, декоративные растения, приборы бокового освещения, картины и др.) в соответствии с возможностями; приборами и аппаратами в соответствии со списком (в том числе аудиокомплекс – 2 набора, персональный компьютер с необходимым программным обеспечением и принтером – 3 набора, видеокомплекс – 1 набор), медицинское и иное оснащение соответствует такому реабилитацион-

ных отделений психиатрических и психоневрологических больниц. Для проведения индивидуальной и групповой психотерапии отделение дополнительно оснащается креслами с высокой спинкой – 50 шт., стульями полумягкими – 100 шт.

Психологический инструментарий психотерапевтических подразделений включает экспериментально-психологические, психометрические, проективные и клинико-психологические методики и соответствующие наборы с бланками и стимульным материалом.

Экспериментально-психологические методы:

– пакет (бланковый) классических патопсихологических методик: «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Простые и сложные аналогии», «Ответные ассоциации», «Тематические ассоциации», «Пословицы», «Сюжетные картинки», «Последовательность событий», «Уровень притязаний», «Самооценка» (модифицированный вариант методики Дембо-Рубинштейн), с использованием семибалльных шкал – традиционных и дополнительных, характеризующих особенности регуляции поведения;

– батарея нейропсихологических методик по А.Р. Лурия (альбом);

– ММРІ – многофакторный личностный опросник (под ред. Ф.Б. Березина), опросники для исследования уровня невротизации и психопатизации – УНП (под ред. Л.И. Вассермана), ПДО – психопатологический диагностический опросник (под ред. Личко), опросник качества жизни (КЖ) (под ред. М.М. Кабанова и А.П. Коцюбинского и др.), опросник ISTA – Я-структурный тест Г. Аммона (под ред. Ю.Я. Тупицина, В.В. Бочарова и др., 1998);

– тест структуры интеллекта Векслера (под ред. Л.И. Вассермана и И.Н. Гильяшевой).

Психометрические методы:

– опросник ССП – «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Маросанова, 1999), выявляющий 6 звеньев процесса саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценка результатов, гибкость, самостоятельность, опросник МИС – Методика исследования самоотношения (С.Р. Пантеев, 1993), опросник ADOR «Подростки о родителях» (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына, 1994), выявляющий типы воспринимаемого ребенком отношения к нему родителей, опросник СОП (склонность к отклоняющемуся поведению).

Пакет проективных методов:

– ТАТ (тематический апперцептивный тест), цветовой тест отношений (со стимульным материалом для теста Люшера), тест руки Вагнера, а также рисуночные тесты (РНЖ, рисунок человека).

Клинико-психологические методы:

– полуструктурированное интервью А.Кауфман K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 Years));

– Check-list Т.Ахенбаха, позволяющий на основе направленного наблюдения и качественного анализа анамнестических данных количественно оценить степень выраженности имеющихся эмоциональных и поведенческих проблем (апробированы на российской выборке А. Картер, Е.И. Григоренко и др.), шкала для оценки уровня депрессии Гамильтона.

Психотерапевтические методики:

– в рамках динамического подхода (краткосрочные варианты поддерживающей динамической психотерапии, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия);

– в рамках когнитивно-поведенческого подхода (когнитивная психотерапия, суггестивные методики);

– вспомогательные методы – телесно-ориентированная терапия, арттерапия, тренинги коммуникативных умений и социальной компетентности, милие-терапия; суппортивная психотерапия.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Показаниями к применению метода являются расстройства, входящие в группу F43 Международной классификации болезней (МКБ 10). Это острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство приспособительных реакций, другие реакции на тяжелый стресс.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

1. Общие теоретические положения

Согласно Г. Селье (1994), который открыл явление стресса и ввел это слово в научный обиход, **стресс** – это неспецифический

ответ организма на любое предъявляемое ему требование. Там, где действует стрессор (фактор его вызывающий), начинает наблюдаться общий адаптационный синдром (ОАС). Г.Селье пишет, что ОАС – это усилие организма приспособиться к изменившимся условиям за счет включения выработанных в процессе эволюции специальных механизмов защиты. Они состоят в адаптации к возникшей трудности, какова бы она ни была.

В концепции Г.Селье этот неспецифический синдром представляет собой морфологические и функциональные изменения. Г.Селье выделяет три стадии стресса: стадию тревоги (I), стадию резистентности (II) и стадию истощения (III).

Целостное реагирование организма при стрессе (включая типичные для стресса реакции со стороны гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной и симпатoadреналовой систем) наиболее часто осуществляется через психическую сферу или с ее участием, а психическая адаптация представляет собой важный аспект общего адаптационного процесса.

Исходя из задачи преодоления стрессовых состояний, клиническая психотерапия базируется на следующих ключевых параметрах переживания стресса и управления им:

1) стресс представляет собой реакцию на значимый раздражитель;

2) стрессовая реакция включает в себя сложные психофизиологические взаимоотношения психического и соматического (Selye G., 1966);

3) стресс характеризуется потенциально широким набором реакций, которые приводят к психофизиологическому возбуждению или запредельным формам торможения, способствующим полному прекращению деятельности ряда систем организма;

4) раздражитель, вызывающий стрессовую реакцию, становится стрессором в силу когнитивной интерпретации, т.е. значения, которое человек ему придает (Эллис А., 1973, Лазарус С., 1976), или из-за воздействия раздражителя на индивида через какой-то сенсорный или метаболический процесс, который является сам по себе стрессогенным. Человек реагирует на свое окружение в соответствии со своей интерпретацией внешних стимулов. Эта интерпретация зависит от таких параметров, как личностные особенности, социальный статус, внутренние установки, убеждения и т. д. Такие когнитивно-аффективные реакции могут опосредованно усиливаться из-за того, что человек по своей инициативе под-

вергает себя воздействию симпатомиметических раздражителей вследствие неправильного образа жизни;

5) у многих людей хроническое существование стрессового состояния может привести к дисфункциональным и патологическим нарушениям концевых органов, характеризующимся структурными изменениями в ткани и функциональной системе органа – мишени. Когда эти изменения возникают вследствие стресса, такие расстройства определяют, как психосоматические или психофизиологические;

6) стрессовая активация может быть положительной мотивирующей силой, улучшающей субъективное «качество жизни» («эустресс»), в отличие от ослабляющего, чрезмерного стресса («дистресс»). Максимальная толерантность к стрессу является субго индивидуальной особенностью (Селье Г., 1974).

Хронический неспецифический стресс обнаруживает физиологические корреляты с психосоматическими расстройствами у генетически предрасположенных субъектов. Предполагается, что особенно предрасположены к психосоматическим заболеваниям *алекситимические* субъекты. Они не осознают своих эмоциональных конфликтов, не могут их вербализовать, так что психосоматические расстройства могут быть результатом накопления эмоционального раздражения.

Особое место среди травмирующих влияний на человека занимает эмоциональный стресс. Он определяется преобладанием субъективных переживаний, вызывающих в той или иной степени выраженные объективно регистрируемые нарушения в поведении человека и в функциональной деятельности его вегетативной нервной системы. Нередко эти нарушения приводят к развитию психогенных расстройств. В понятие «эмоциональный стресс» («психологический стресс») включают целый комплекс состояний от находящегося в пределах физиологических границ психоэмоционального напряжения до располагающегося на грани патологии или психической дезадаптации и развивающихся как следствие длительного или повторного эмоционального перенапряжения.

Круг стрессоров, существенных для развития эмоционального стресса, весьма широк. В их число входят физические стрессоры (благодаря процессу психологической переработки их воздействия), они оказывают непосредственное действие на ткани тела, к ним относятся болевые воздействия, холод, высокая температура, чрезмерная физическая нагрузка и др.; психологические стрес-

соры – это стимулы, которые сигнализируют о биологической или социальной значимости событий. Это сигналы угрозы, опасности, переживания обиды, необходимость решения сложной задачи. Каждый раздражитель при определенных условиях приобретает роль психологического стресса и, вместе с тем, ни одна ситуация не вызывает стресс у всех без исключения индивидов. Повседневные жизненные события (такие, как изменения семейных взаимоотношений, состояния собственного здоровья или здоровья близких, характера деятельности или материального положения) в силу их индивидуальной значимости могут оказаться существенными для развития эмоционального стресса. Среди жизненных событий выделяются ситуации, непосредственно воспринимаемые как угрожающие (болезни, конфликты, угроза социальному статусу); ситуации потери (смерть близких, разрыв значимых отношений), которые представляют собой угрозу системе социальной поддержки; ситуации напряжения, «испытания», требующие новых усилий или использования новых ресурсов. При этом события могут выступать как желательные (новая ответственная работа, вступление в брак, поступление в ВУЗ), а угроза будет связана с разрушением сложившихся стереотипов и возможной несостоятельностью в новых условиях.

Центральный элемент в механизме формирования психического стресса – *тревога*. Её биологическая роль заключается в том, что она служит сигналом, предупреждающем о неблагополучии и опасности. Она обозначается как ощущение неопределённой угрозы, как чувство диффузного опасения. Она может проявляться ощущением внутренней напряжённости, гиперстезическими реакциями, собственно тревогой (ощущением непреодолимой угрозы), страхом (чувством конкретной угрозы), ощущением неотвратимой катастрофы и тревожно-боязливым возбуждением («паникой»). Согласно современным представлениям о регистрах психопатологического реагирования, тревога может рассматриваться в качестве регистра первого порядка, т.е. первичной реакции на стрессовое воздействие. В случаях, если тревожная активация не приводит к компенсации, она неизбежно должна трансформироваться в регистры следующего порядка. Наиболее частым направлением тревоги является когнитивная идентификация объекта тревоги. В этом случае речь идет о трансформации тревоги в страх, т.е. в фабулированную тревогу. Достаточно часто тревога может трансформироваться в астению, которая имеет смешанный, но

преимущественно психологический генез. Другое направление появления агрессии, как способа защиты от тревоги – активное отражение опасности для физического и психического «Я». Агрессия, как правило, одновременно направлена своим вектором вовне и внутрь. В случае аутоагрессии, со значительной долей вероятности, можно предполагать формирование депрессивных тенденций, которые являются достаточно частым направлением трансформации тревоги. В клинической практике коморбидность тревожных и депрессивных расстройств встречается наиболее часто в случаях психогенных нарушений. Несколько реже тревога может быть связана с появлением обсессивно-компульсивных расстройств. При данном направлении трансформации тревоги, как правило, регистрируется личностная предрасположенность, преимущественно, ананкастной природы. С физиологической точки зрения, предполагается, что чрезмерное нервное возбуждение, восходящее через ретикулярную активирующую систему к лимбической области и неокортексу, приводит, возможно, к возникновению неорганизованной и нефункциональной нервной импульсации, проявляющейся в наличии у больного симптомов нарушения сна, неопределенной тревоги, поведенческих расстройств.

Важной для понимания психологических механизмов реагирования в стрессовых ситуациях является концепция кризисных состояний. **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.

Психологическая концепция кризисных состояний опирается на теории кризиса Линдемманна (Lindemann E., 1944) и концепции стадии жизненного цикла и кризиса идентификации (Erikson E., 1950). Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними по отношению к его личности причинами (фрустрацией) либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком. Психотерапевтическая помощь показана людям

не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». В настоящее время круг состояний, относящихся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи достаточно широк. К ним в первую очередь относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической реакцией, невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией. В 60-е годы группа кризисных состояний пополнилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состояниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности (Положий Б.С., 1991) – чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, что например, характерно для современной России, а также кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств (Александровский Ю.А., 1997).

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику психотерапии, являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания.

В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадаптация), была разработана А.Г. Амбрумовой (1974). В соответствии с ее концепцией причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обострения нервно-психического или психосоматического заболевания, является его хронизация. Хронизация кризиса характерна для людей с незрелым мировоззрением (инфантильным – «мир прекрасен» или подростковым – «мир ужасен»), однонаправленностью, негармоничностью социальных, семейных и профессиональных установок. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Такие установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе

утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Именно такие люди нуждаются в психотерапевтической помощи в период переживания кризиса, который воспринимается ими не как трудный и ответственный период в жизни, а как «тупик, делающей дальнейшую жизнь бессмысленной». Учитывая высокое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего в пределах нормы, применяется термин «суицидальный кризис» или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий.

Содержанием аффективного компонента служат, в частности, переживания эмоциональной изоляции, и безвыходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или возможности.

Поведенческий компонент, кроме собственно суицидального поведения, включает также и поведенческую, часто высокую, активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использования неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

Любые ситуации оцениваются личностью в плане определения их типа – угрожающего или благоприятного. Поэтому совладание с ситуацией (**копинг – процессы**) определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека. Эти процессы совладания рассматриваются как средства личности, как своеобразные механизмы сознательной личностной защиты, которые направлены на уменьшение, устранение или приближение действующего стрессора. Процессы совладания являются частью аффективной реакции, от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза. Психологическое содержание «копинга» чаще определяют как совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контролю над

ним, сохранения деятельности на фоне стресса. Отсюда копинг-поведение рассматривается как целенаправленное поведение личности по сознательному овладению ситуацией для устранения или уменьшения вредного действия стресса. При этом происходит выбор определенных стратегий («копинг-стратегий») поведения, основанных на определенных ресурсах («копинг-ресурсы») как личности (Я-концепция, локус контроля, аффилиация, эмпатия и др.), так и среды (дружеская поддержка, поиск рационального избегания и др.).

Адекватными и адаптивными формами преодоления кризиса считаются активные, предусматривающие энергичные действия стратегии преодоления, которые одновременно помогают понять кризис в его контексте, обеспечивают достаточную поддержку (социальную и со стороны семьи), а также позволяют человеку выражать свои чувства и принимать то, чего невозможно избежать.

Неблагоприятными, неадаптивными считаются формы поведения в виде пассивности, покорности, смирения, сочетающиеся с самообвинениями и обвинениями других людей. Такая позиция не позволяет осуществить адекватную проработку порожденных ситуацией чувств или ведет к отрицанию наличия проблем уже на первой стадии кризиса.

2. Диагностические рубрики и клинические проявления стрессовых расстройств

Психогенный фактор лежит в основе возникновения как эмоционально-стрессовой, так и невротической реакции. Для эмоционального стресса, как и для физиологического, характерны все три фазы ОАС. В случае недостаточности адаптационных механизмов наступает стадия истощения, отражающая нарушение адаптации. При стойких нарушениях психической адаптации возникают клинически выраженные расстройства. В *отдалённом периоде* постстрессовые расстройства (ПТСР) чаще всего проявляются: актуализацией невротических расстройств, личностными декомпенсациями, расстройствами адаптации, посттравматическими стрессовыми расстройствами.

Невротические состояния, личностные декомпенсации и расстройства адаптации: наиболее часто в клинической картине представлены тревогой, депрессивными расстройствами, явлени-

ями соматизированной тревоги. Кроме того, отмечаются личностные декомпенсации, характеризующиеся нарушениями социальных норм, а также настороженными и враждебными реакциями аффективно-ригидных личностей. В картине заболевания могут быть представлены общее притупление чувств (эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, потеря интереса к прежним занятиям, невозможность испытывать радость, нежность, оргазм) или чувство унижения, вины, стыда, злости. Возможны диссоциативные состояния (вплоть до ступора), в которых вновь переживаются травматическая ситуация, рудиментарные иллюзии и галлюцинации, транзиторные снижения памяти, сосредоточения и контроля побуждений. Могут быть клинические проявления в виде суицидных тенденций, а также злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Жертвы изнасилований и разбойных нападений не отваживаются в течение разного по длительности периода выходить на улицу без сопровождения. Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование. В тяжелых случаях пациент становится фиксированным уже не на самой травме, а на ее последствиях (инвалидность и т.д.). Больных беспокоят проблемы со сном, сниженное настроение, апатия, раздражительность, снижение продуктивности в труде, учёбе, быстрая умственная и физическая истощаемость, снижение перспективных взглядов на будущее.

В МКБ–10 в качестве дезадаптивной реакции на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс выделяется диагностическая рубрика «Расстройство адаптации» (F43.2). Для нее характерны следующие критерии:

а. наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса или стрессовому жизненному событию;

б. индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но в сочетании с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стресса

в. наличие симптомов: 1) депрессивное настроение, тревога, беспокойство; 2) чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней; 3) некоторое снижение продуктивности в повседневных делах; 4) склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии;

г. доказанная временная связь между стрессором и возникшим расстройством – не более трех месяцев от начала действия стрессора.

По преобладающим психопатологическим признакам рассматриваются расстройства адаптации с депрессией, тревогой, смешанными эмоциональными чертами, с нарушением поведения, с расстройством эмоций и поведения.

Диагностическая категория «Острая реакция на стресс (F43.0)» также рассматривается в рамках клинического выражения переживаний стресса, несмотря на ее содержательную неопределенность. Диагностические критерии этого расстройства включают в себя ряд признаков генерализованного тревожного расстройства, а также следующие симптомы: а) отход от ожидаемого социального взаимодействия; б) сужение внимания; в) очевидная дезориентировка; г) гнев или вербальная агрессия; д) отчаяние или безнадежность; е) неадекватная или бессмысленная гиперактивность; ж) неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культурных норм) грусть.

Симптомы начинают редуцироваться при смягчении или устранении стресса не ранее, чем через 8 часов, при сохранении стресса – не ранее, чем через 48 часов. Непосредственное психотерапевтическое вмешательство при острой реакции на стресс показано в основном в случаях ее легкой или средней степени выраженности.

Что касается посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), то оно развивается вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта, характер которого в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека.

Таким образом, подчеркиваются две его особенности: отчетливая психогенная природа расстройства и безусловная, выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психогении, исключительная мощь ее патогенного воздействия.

Одна из классификаций наиболее частых причин возникновения ПТСР при массовых бедствиях: природные – климатические (ураганы, смерчи, наводнения); сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами); вызванные человеком – несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы; «умышленные» бедствия – террористические акты, мятежи, социальные явления, войны. Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии, изнасилования, потеря объекта экстремальной значимости.

Диагностические критерии ПТСР: воздействие травмирующего события; повторные переживания травмирующего события; избегание стимулов, связанных с травмой и общее оцепенение; симптомы повышенного возбуждения; продолжительность расстройства более одного месяца; расстройство вызывает значимый дистресс или нарушения в различных сферах жизнедеятельности.

Клиническая картина ПТСР характеризуется более глубокими и полиморфными психопатологическими нарушениями и требует разработки более активных терапевтических стратегий.

3. Общие принципы и задачи психотерапевтических мероприятий

Признанные модели психотерапевтического лечения состояний, обусловленным стрессом, можно интегрировать в единую биопсихосоциальную модель. Она противопоставляет упрощенному дуализму, разделяющему психику и тело. Биопсихосоциальная концепция понимания расстройств, возникающих в ситуации стресса, предполагает рассмотрение всех возникающих явлений целостно в биологической, психологической и социальных плоскостях.

Проблема клинического вмешательства при стрессовых расстройствах учитывает следующие холистические принципы: 1) психика и соматическая сфера всегда тесно взаимосвязаны; 2) стресс следует рассматривать как функцию взаимодействующих подсистем: когнитивных, аффективных, поведенческих, факторов внешней среды и т.д.; 3) диагностические методы должны сосредотачиваться на синергической роли отдельных подсистем в функционировании организма; 4) холистическое лечение должно ориентироваться более чем на одну подсистему на основе естественных взаимоотношений подсистем; 5) холистическое лечение признает и учитывает роль индивидуальных различий пациентов как важного параметра исхода терапии (учитывает, какие методы вмешательства будут наиболее эффективными для данного конкретного больного в данной специфической ситуации при доминировании клинической установки, что *не существует наилучшей терапии чрезмерного стресса*); 6) динамичность и многомерность; 7) особый акцент делается на принятие пациентом ответственности за вызывание, а также за облегчение или регуляцию стресса в его жизни; 7) конечной целью холисти-

ческой модели лечения является закрепление соответствующей степени независимости пациента в плане контроля чрезмерного стресса.

Отличительными признаками психотерапевтического вмешательства (кризисного) при наличии стрессовых состояний могут явиться следующие теоретические обоснования:

- психотерапия в этих случаях, прежде всего, ориентируется на пациента, на его потребности, мотивы, индивидуально-личностные особенности, клинические проявления болезненных расстройств, субъективное видение ситуации и проблем, привычные и новые для пациента формы преодоления кризисов, внутренней картины болезни;

- применяемым психотерапевтическим стратегиям присущ определенный эклектизм. Они не связаны с какой-то единой психотерапевтической концепцией. Факторы психотерапевтического воздействия многообразны, их выбор определяется индивидуально-конкретными терапевтическими целями и задачами;

- психотерапия чаще структурирована и ограничена во времени. Ее можно определить как краткосрочную и ограничить 15-20 сессиями, а в более интенсивной форме первоочередные задачи ее могут быть решены и за 4-6 психотерапевтических сессий. При затяжных стрессовых и невротических расстройствах может быть переход к традиционной личностно- и инсайт-ориентированной долгосрочной психотерапии в индивидуальной или групповой формах.

Выбор конкретных психотерапевтических методик во время переживания человеком стресса исходит из широко известного факта, что больные в это время восприимчивы к самой минимальной помощи и достигают значительных результатов. Таким образом, в этих случаях приемлемы все виды терапии.

Психотерапевтический подход в организации лечения стрессовых состояний может реализоваться в трех основных задачах (Эверли Дж., Розенфельд Р., 1985):

1. помочь пациенту развить и применить на практике стратегию поведения, которая позволяет ему избежать, уменьшить или модифицировать степень подверженности стрессовым воздействиям, что тем самым снизит уровень его субъективного восприятия стресса;

2. помочь пациенту развить и применять на практике навыки, снижающие чрезмерную психофизиологическую реактивность и уровень психофизиологического функционирования;

3. помочь пациенту развить и применить на практике методики, предназначенные для адекватного выражения или использования стрессовой реакции.

4. Организация психологической и психотерапевтической помощи пациентам со стрессовыми расстройствами

Кризисная психотерапия, проводимая для помощи пострадавшим от ЧС, в нашей стране представлена в виде кризисной службы, деятельность которой постоянно совершенствуется. В настоящее время работа кризисной службы определяется приказом Минздрава РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим приказом в частности определяются звенья кризисной службы: *телефонное консультирование, кабинеты социально-психологической помощи, отделения (стационарные) кризисных состояний*. В приказе содержатся положения об этих звеньях, штатные нормативы, методические рекомендации по организации региональной кризисной службы. Приказом Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» определяются организационные условия для создания кризисной помощи региональными психотерапевтическими центрами, в штате которых предусматриваются должности врачей-психотерапевтов для работы с лицами, находящимися в кризисных состояниях из расчета одна должность на 200 тыс. обслуживаемого населения.

Телефонное консультирование. Телефонная помощь для людей в кризисе или решивших расстаться с жизнью возникла более 40 лет назад. В современном мире, являющемся источником стрессов и эмоциональной напряженности, вызывающими кризисные состояния и суицидальные тенденции, службы телефонного консультирования являются одной из важных форм психотерапевтической помощи и (или) психологической поддержки (Таблица 1).

Таблица 1

Принципы	
Постоянная доступность	Днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека
Анонимность и конфиденциальность	Звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолютно конфиденциально
Уважение звонящего	Звонящий принимается, таким какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать звонящим или навязывать свою позицию. Любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе религиозного или
Защита звонящего	Консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку. Консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения

Кабинеты социально-психологической помощи. В нашей стране эта форма помощи предложена суицидологической службой Амбрумовой и аналогична западным центрам.

Первый кабинет социально-психологической помощи был открыт в Москве в 1975 году; в дальнейшем кабинеты создавались на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов вузов. Основная задача кабинетов социально-психологической помощи – первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Основные принципы работы кабинета социально-психологической помощи:

1. системность – связь с отделами внутренних дел, администрацией предприятий и учебных заведений, муниципальными органами, преемственность в обслуживании пациентов кабинетов социально-психологической помощи и станций и отделений «скорой помощи», психиатрических стационаров, суицидологических кабинетов психоневрологических диспансеров, а также других подразделений суицидологической службы – кризисного стационара и телефона доверия;

2. комплексность – интеграция психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов и юристов. Центральная фигура кабинета социально-психологической помощи – врач-суицидолог (врач психотерапевт, имеющий специальную подготовку и по суицидологии), занимающийся диагностикой суицидального риска и антисуицидальных факторов, психотерапией и психогиgienической работой с лицами, окружающими пациента, и группами риска. Медицинская сестра выполняет функции социального работника и патронажной сестры. Медицинский психолог занимается диагностикой, позволяющей уточнять индивидуальные психотерапевтические программы, и участвует в их реализации. Консультант-социолог решает вопросы индивидуальной культуральной и социальной (региональной) эпидемиологической диагностики, ведет разработку превентивных антисуицидальных программ. Юрист обеспечивает консультации и правовую защиту пациентов;

3. превентивность – раннее выявление суицидального риска и профилактика суицидального поведения, активная психогиgienическая работа;

4. анонимность – право пациента на анонимное обращение. Ведущие психотерапевтические методы: индивидуальная и семейная кризисная психотерапия, групповая психотерапия с частотой встреч 2-3 раза в неделю на протяжении 2-3 месяцев.

Отделения (стационарные) кризисных состояний. Предназначены для оказания кризисной помощи пациентам, в клиническом состоянии которых выражены актуальные суицидальные тенденции. Они создаются в районах обслуживания свыше 300 тыс. населения. При обслуживании на территории менее 300 тыс. населения предусмотрено создание специализированных палат кризисных состояний в психотерапевтических (психосоматических) или других отделениях многопрофильных больниц. Штаты, оборудование и принципы работы соответствуют таковым для психотерапевтических отделений, положение о которых приведены в приказе Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи». Важным аспектом работы таких отделений является добровольность госпитализации, для которой не обязательно направление какого-либо врача или учреждения. Отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием различных режимов, в том числе неполной госпитализации.

4. Психотерапевтические подходы в лечении пациентов со стрессовыми расстройствами

По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой психотерапии и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы применяются дифференцированно в зависимости от актуальности переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по *тренингу* навыков адаптации. Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция *психотерапевтического контракта* с постановкой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени) для пациента, впервые обратившегося на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском (Таблица 2).

Схема индивидуальной программы кризисной психотерапии

<p align="center">Этап кризисной поддержки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установление терапевтической связи; 2. раскрытие психотравмирующих переживаний; 3. мобилизация адаптивных вариантов coping-поведения и личностной защиты; 4. заключение психотерапевтического контракта.
<p align="center">Этап кризисного вмешательства</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Когнитивный анализ непробываемых способов решения кризисной проблемы; 2. выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации; 3. коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.
<p align="center">Этап повышение уровня адаптации</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поведенческий тренинг непробываемых способов разрешения кризисной ситуации; 2. выработка навыков <i>самоанализа</i> и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоление; 3. введение новых значимых лиц для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

Кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

4.1. Индивидуальная психотерапия пострадавших при ЧС

При индивидуальной кризисной психотерапии применяются различные методы и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблюдением указанных выше этапов.

Начальный этап или этап кризисной поддержки (Карвасарский Б.Д., 2000) включает в себя следующие задачи:

1) установление устойчивых психотерапевтических отношений и установление терапевтического контакта. Психотерапевтическая встреча и беседа основывается на доминировании гуманистических принципов и предполагает конгруэнтность и проявление терапевтом эмпатии. Психотерапевт формирует рабочие отношения, создает доверие и чувство безопасности у пациента, проявляет заботу, сочувствие, тепло, безусловно, принимает его таким, каким тот есть и выражает готовность откликнуться на актуальное состояние пациента. Вместе с тем, здесь взаимоотношения с врачом носят более направляющий, активный характер, соблюдается оптимальный баланс между эмпатическим отношением и директивной позицией психотерапевта. Основными методиками такой терапевтической беседы являются известные коммуникативные техники. Психотерапевт во время встречи с пациентом, особенно первой, создает условия для того, чтобы пациент мог «выговориться» и больше слушает его. Основной психотерапевтической процедурой на этой стадии является активное эмпатическое слушание с отражением чувств и содержания рассказа пациентов;

2) прояснение и анализ сложившейся в данный момент патогенной ситуации и субъективной оценкой ее пациентом. Важно бывает в первую очередь получить представление об отношениях пациента со значимыми людьми, выяснить, что было подлинно причиной стресса и, что его спровоцировало. Уже само разъяснение пациентам обстоятельств их жизни может весьма благоприятно сказаться на состоянии большинства из них. Анализируются механизмы, с помощью которых пациент справляется с ситуацией, преодолевает ее. Следует внимательно рассмотреть способы, какими пациент в прошлом пытался преодолеть кризисные ситуации. Следует также выявить ресурсы пациента, такие как успешные в прошлом попытки преодоления стрессов и его социальные связи. Исследуются адекватные и неадекватные механизмы копинга;

3) оказание пациенту, прежде всего психотерапевтической поддержки (ведущая задача начального этапа). Поддерживающая психотерапия часто описывается как особый вид психодинамической психотерапии, хотя это понятие имеет более широкое значение и часто входит существенным элементом практически всех психотерапевтических направлений. Поддерживающая терапия направлена на оказание помощи пациенту с целью восстановления его оптимального, наилучшего уровня адаптации, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, способностями, биологическими данными и жизненными обстоятельствами. (Урсано Р. и др., 1992).

Дозированное использование методов поддержки осуществляется на протяжении всех этапов психотерапевтического процесса.

Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической вербализации и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4-5 встреч. Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной *эмоциональной поддержки* пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопrotивление пациента игнорируется. Этап кризисной поддержки завершается заключением психотерапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии – в локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Средняя стадия. Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем.

На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Примерами психотерапии кризисных состояний являются когнитивно-поведенческая психотерапия, аксиопсихотерапия (метод, направленный на переоценку ценностей, переориентацию больного, адаптацию его к реальности), психотерапия, сфокусированная на решение проблем, профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия.

При **когнитивном подходе** в психотерапии основное внимание уделяется познавательным структурам психики, и упор делается на личность, личностные конструкты и, в целом, на логические способности. Эти познавательные структуры основываются на формулируемых каждым человеком схемах мышления или базальных убеждениях. Они могут быть адаптивными и дисфункциональными. Если вместо процессов мышления действуют жесткие схемы мышления, не адекватные изменившимся жизненным ситуациям, то адаптационные способности индивида ухудшаются. Такие схемы мышления бывают не вполне осознаваемыми или индивид их не замечает. Они как бы автоматически появляются в одинаковым образом переживаемых индивидом ситуациях. Автоматические мысли возникают между каким-то внешним воздействием, стимулом и последующими эмоциональной и поведенческой реакциями (А. Бек, 1976), они всегда конкретны, не вполне поддаются контролю, свернуты в стенографическом виде. Такие автоматические мысли становятся «самосбывающимися пророчествами» и, тем самым, мешают успешным действиям.

Широкое и оправданное применение при стрессовых состояниях находит когнитивная терапия А. Эллиса (1971, 1973), называемая *рационально-эмотивная терапия* (РЭТ). Эллис выделил

четыре наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы: 1) катастрофические установки; 2) установки обязательного долженствования; 3) установки обязательной реализации своих потребностей; 4) глобальные оценочные установки.

Использование **поведенческой терапии** благотворно сказывается не только на поведении пациентов, но и на эмоциях и когнитивных процессах. Поведенческая терапия используется при переживаниях стресса в самых разнообразных формах. Она основывается на трех видах научения, ведущих к овладению нормальным, соответствующим реальности поведением и к устранению отклонений в поведении:

1) с помощью подкрепляющего сочетания стимулов («классическое обусловливание»);

2) путем выбора стимула, сопровождающегося положительным подкреплением, достижением успеха («оперантное обусловливание»);

3) посредством социального наблюдения («научение с помощью наблюдения»).

Примером сочетания когнитивных и поведенческих подходов является метод **«прививки против стресса» Д. Мейхенбаума (1977)**. Задача методики «прививка стресса» - подготовить пациента к столкновению с тяжелыми стрессовыми ситуациями, предварительно обучив их справляться с малыми стрессовыми ситуациями за счет овладения навыками самоконтроля. Отправной точкой метода является самовербализация факторов, предшествующей стрессовой ситуации, сопровождающих ее и следующих за ней.

Терапия, сфокусированная на решение проблем. Цель этой терапии – помочь пациенту найти лучшее решение проблемы. Терапия включает пять стадий:

1) общая ориентировка. На этой стадии происходит выработка соответствующей установки, благоприятной для формирования поведения, направленного на решение проблем;

2) определение и формулировка проблемы. На второй стадии терапевт помогает пациенту конкретно определить проблемную ситуацию, что предполагает выделение критических событий, которые создали проблему;

3) порождение альтернатив (стратегий решения и тактических приемов реализации стратегий). Предлагаются альтернатив-

ные стратегии, которые помогут решению проблемы, исследуются как можно больше вариантов, чтобы повысить возможности нахождения наиболее приемлемого решения;

4) принятие решения и выбор стратегии. Альтернативные стратегии оцениваются с точки зрения возможности наиболее верно решить проблему;

5) действие и реализация. Выбирается лучшая тактика, пациент действует согласно выбранному решению и оценивает результативность действий.

В терапии, сфокусированной на решение проблем, используются техники моделирования, побуждения, подкрепления.

Аксиопсихотерапия ставит перед собой следующие задачи:

1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни;

2) личностный рост пациента, повышающий кризисную и фрустрационную толерантность;

3) коррекция аксиопсихологической парадигмы путем использования приемов переориентации – знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш Б.А., 1987) также может быть отнесена к когнитивно-поведенческим методам. Базируется она на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включенности) психотерапевта и симптомоцентрированного контроля, использует парадоксально-шоковые приемы («все гораздо хуже», «уход в другую жизнь», «предсмертный договор с психотерапевтом» и др.), анализ причин кризиса, поиск «забытых в прошлом» потребностей и интересов пациента и путей их актуализации в ситуации блокирования «единственной цели в жизни». Цель ее – преодоление сверхценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

При воздействии на угнетающие эмоции важную роль играет использование **поведенческих методов релаксации**. Релаксация может вызвать на определенное время «трофотропное состояние», характеризующееся общим снижением психофизиологической активности. Она опосредована парасимпатической нервной систе-

мой и является с физиологической точки зрения полной противоположностью симпатической стрессовой реакции. Наиболее широко применяемыми поведенческими релаксационными методами являются медитация, нервно-мышечная релаксация, контроль дыхания и метод биологически обратной связи.

К поведенческим методам, направленным на явления психической дезадаптации с симптомоориентированным воздействием относятся внушения наяву, внушение в состоянии наркотического и гипнотического сна. С помощью **гипнотерапии** можно воздействовать практически на все симптомы стрессовой реакции (тревога, страх, астения, депрессия, психовегетативные и психосоматические расстройства). Набор методик гипнотической индукции весьма разнообразен. Могут быть использованы как классические методики (Рожнов В.Е., 1988), так новые формы наведения и использования гипнотического транса, связанные с именем Э.М. Эриксона (эриксоновский гипноз).

Одним из звеньев организации скорой психотерапевтической помощи является консультирование по «Телефону доверия». Возникнув около 50 лет назад в Великобритании, телефонная психотерапевтическая и психологическая помощь получила широкое распространение по всему миру. Наш анализ восьми тысяч звонков, прозвучавших по телефону за год, показывает, что проблемы, поднимаемые абонентами, идентичны для всех служб подобного рода, независимо от политического и национального устройства. Преобладающими являются следующие типы разговоров:

1. Одиночество, неустроенность личной жизни, проблемы общения, «комплекс неполноценности» - 40%;
2. семейные, супружеские, любовные, сексуальные вопросы – 30%;
3. этика взаимоотношений среди подростков (дружба, первая любовь и т.д.) – 12%;
4. безрадостность, депрессия, отсутствие смысла жизни, мысли о самоубийстве – 3% и прочее.

Телефонный контакт и коррекция нарушений у абонента протекает в три этапа:

1. возникновение и поддержание контакта;
2. создание условий для полного раскрытия переживаний абонента;
3. поиски решения о способе помощи.

Ожидание уровня и глубины помощи у людей весьма неодно-

значны, и задача консультанта не опережать этих ожиданий. Человек решается на телефонный разговор иногда для того, чтобы найти собеседника, выговориться, из желания частичного разрешения сложившейся ситуации и речь может идти о простом обсуждении проблемы без глубокого психотерапевтического воздействия. В других случаях это желание сочувствия, эмоциональной поддержки, коррекция масштабов переживания и укрепление потенциальных ресурсов личности. Длительный телефонный разговор дает возможность ряду абонентов с помощью терапевта переоценить свои проблемы и способы решения их, стимулирует поиск дальнейших возможностей решения ситуации.

Стиль работы психотерапевта в основном недирективный, он открыто не выражает удивления, огорчения, раздражения. Пациент должен рассчитывать на безусловное эмоциональное принятие, понимание того, что он интересен как личность и постоянно находится в поле зрения терапевта. Последний, избегая прямых советов, оценочных суждений, сохраняет спокойствие, старается ободрить абонента, помочь ему сориентироваться в ситуации, поддержать в поисках собственного решения.

Оказание психотерапевтической помощи по телефону представляет определенные трудности. Контакт с пациентом очень специфичен, он ограничивается словесным, голосовым содержанием, интонацией и эмоциональной окраской речи. Терапевт лишен возможности оценки мимической и пантомимической активности своего собеседника, зачастую несущей много больше информации, чем поток слов. Значительно обеднен его арсенал невербального психотерапевтического воздействия на пациента. Помехой служит и шум, возникающий из-за технической неисправности аппарата. Абонент может просто не принимать всю информацию, получаемую от терапевта, в силу разной семантической значимости ее для обоих. Неудобством является также и то, что абонент может в любую минуту прервать разговор. Поэтому терапевт обязан постоянно реагировать на поведение абонента, чтобы тот почувствовал, что решение обратиться к телефону было правильным и полезным для него. Такая особенность взаимодействия пациента и консультанта, интенсивность и краткосрочность психотерапевтической работы, неординарность встречаемых ситуаций предъявляют повышенные требования к профессиональной подготовке и личности терапевта. Он должен обладать достаточным запасом психиатрических и психотерапевтических знаний,

владеть навыками психокоррекционной работы и постоянно совершенствовать свои умения.

4.2. Семейная психотерапия пострадавших при ЧС

Показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранение суицидоопасных тенденций путем быстрее разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимость их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитие кризиса у других членов семьи. Семейная кризисная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии, с включением в психотерапию этапов и задач кризисной психотерапии.

4.3. Групповая психотерапия пострадавших при ЧС

Является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, облада-

ющей для пациента жизненным значением. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас».

Для пациентов переживших травматический опыт, групповая терапия предполагает достижение определенных терапевтических целей (Тарабрина Н.В., 2001):

- разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве;
- избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
- возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства);
- преодоление чувства собственной неценности – «мне нечего предложить другому»;
- уменьшение вины и стыда, развитие доверия, способности разделить и потерю;
- возможность работы с «секретом» – делиться с кем – то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв incesta);
- принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринимать стрессовое событие иным, более оптимистичным образом;
- получение возможностей составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Показаниями для этого вида являются: 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем. Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на

первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. В кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует личному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным ее членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера – проводника эмоционального влияния психотерапевта – включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы, что может преодолеваться за счет опыта психотерапевта, имеющего специальную подготовку по групповой психотерапии. Состав группы разнороден по возрасту и полу; это снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корректируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5-

ти раз в неделю и длятся 1,5-2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 недель, курс групповой К. п. равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем. Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе *групповой динамики* и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения — напряжения в группе кризисной психотерапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных состояний, где оно не рекомендуется. Группа является открытой, т.е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один — два пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы

лечебного действия К. п. (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все три элемента К. п.

Таким образом, многомерная и динамичная парадигма психофизиологической основы переживания чрезмерного стресса определяет роль и место психотерапевтического вмешательства в комплексном его лечении.

Эффективность психотерапии пострадавших при ЧС

Эффективность комплексного лечения расстройств выше, чем изолированное медикаментозное лечение. Контролируемые рандомизированные исследования показали, что комбинация медикаментозного лечения шизофрении с семейным консультированием и психотерапией снижает риск повторного приступа заболевания в два-три раза. Убедительно показано преимущество комплексного лечения депрессий (сочетание терапии антидепрессантами с когнитивной психотерапией).

Выводы относительно эффективности того или иного подхода в лечении разных расстройств делаются на основании процедуры метаанализа, позволяющей обобщать результаты строго контролируемых исследований, проведенных в разное время и в разных странах. Эта процедура позволяет значительно повысить надежность выводов об эффективности того или иного метода. Она также делает возможным оценить т.н. «силу эффекта» (суммарный показатель выраженности позитивной динамики в исследуемой выборке) и выделить методы первого выбора при лечении конкретного расстройства. В качестве основного критерия эффективности выступает редукция клинической симптоматики, в ряде исследований оценивается также динамика показателей социального функционирования. Еще одним важным критерием эффективности является устойчивость достигнутого эффекта, которая оценивается с помощью специальных лонгитюдных исследований (т.н. follow up studies). Наибольшее число контролируемых исследований эффективности проведено в рамках когнитивно-бихевиорального подхода.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия зарекомендовала себя как высокоэффективный подход к лечению широкого спектра

расстройств. Многочисленные клинические исследования убедительно доказывают ее высокую эффективность при депрессиях. Она рекомендуется в качестве метода первого выбора при лечении депрессий. В лонгитюдных исследованиях установлено, что когнитивная психотерапия резко снижает вероятность повторного рецидива заболевания. У пациентов, находящихся на изолированном медикаментозном лечении, рецидивы отмечаются в два раза чаще. Число респондеров на комбинированном лечении примерно в два раза превышает число респондеров на изолированном медикаментозном лечении. Преимущества комбинированного лечения (когнитивная терапия плюс антидепрессанты) особенно отчетливы в случае тяжелых депрессий. Комбинированная терапия также обладает отчетливыми преимуществами в лечении депрессий средней и сильной тяжести у лиц пожилого возраста.

Получены надежные данные о высокой эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии в лечении тревожных расстройств (генерализованной тревоги, панического расстройства, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства). По сравнению с изолированной медикаментозной терапией, комбинированная терапия приводит не только к редукции симптоматики, но и обеспечивает большую устойчивость достигнутого эффекта.

Когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна также при лечении депрессивных и тревожных расстройств у детей.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия показала большую эффективность по сравнению с другими подходами при лечении соматоформных расстройств (соматоформное болевое расстройство) в плане снижения интенсивности болевых ощущений и количества жалоб.

Как указывалось ранее, основной формой психотерапии является индивидуальная психотерапия. Исследования эффективности подтверждают ее именно при этой форме. Все более широкое распространение получают групповая и семейная формы психотерапии.

Групповая психотерапия продемонстрировала высокую эффективность в лечении широкого круга расстройств. В групповой работе с больными шизофренией надежным и эффективным оказался метод тренинга социальных навыков. В исследованиях с применением процедуры метаанализа показана общая эффективность разных вариантов семейной психотерапии при лечении

большинства психических расстройств. Помимо критериев редукции симптоматики и улучшения социальной адаптации больного, в случае семейной психотерапии в качестве показателей эффективности выступают положительные изменения в общем семейном функционировании. Когнитивно-бихевиоральная психообразовательная семейная психотерапия в сочетании с антипсихотической медикаментозной терапией показала хорошую эффективность в комплексном лечении больных шизофренией. Системная психотерапия при шизофрении приводит к снижению частоты госпитализаций. Для женщин с депрессивными расстройствами и хроническими супружескими конфликтами особенно эффективной оказалась бихевиорально-ориентированная супружеская терапия. Присоединение супружеской терапии к лечению тревожных расстройств также приводит к общему повышению.

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19