

Ссылка на материал:

https://psy.su/feed/12085/?utm_campaign=news&utm_medium=mail&utm_source=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%87%D0%B8%D0%BA%D0%B8&utm_content=

Рекомендации врачам, психологам и другим профессионалам, оказывающим помощь людям, пережившим тяжелый стресс

Представления о психологических механизмах адаптации к стрессу значительно изменились в последние годы, отмечают крупные специалисты в этой области **А. Элерс** и **Д. Кларк**. Сейчас многие специалисты признают, что значительные психофизиологические изменения являются нормальной реакцией на стресс. Эти изменения могут включать: нарушения сна, трудности концентрации, сильные чувства тревоги, печали, гнева, горя, повышенные раздражительность, бдительность, нарушения работоспособности и социального функционирования, избегание мыслей и обстоятельств, ассоциирующихся с травмой, и непроизвольное повторное воспроизведение переживаний травматического события.

Таким образом, перечисленные симптомы можно считать нормой реакции, которая имеет место у большинства людей. Специальные лонгитюдные исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев эти симптомы проходят самостоятельно, без каких-либо специальных интервенций (в 80% случаев). Только если эти симптомы сохраняются в течение четырех недель или более после травматического события, можно говорить о психическом расстройстве, а именно посттравматическом стрессовом расстройстве — ПТСР (код F43.1 согласно МКБ-10).

Эти данные эмпирических наблюдений способствовали тому, что психотерапевты стали гораздо осторожнее в предложении специальной психологической помощи сразу после травмы или в первый месяц после травматического события. Последнее связано также с тем, что ряд так называемых интервенционных эмпирических исследований показали, что ранние интервенции далеко не всегда эффективны, а в ряде случаев даже небезопасны. Речь идет о так называемом психологическом дебрифинге (CISD — critical incident stress debriefing), который долгое время активно применялся как средство помощи пострадавшим в преодолении психологического дистресса и профилактики последующих психических осложнений. Психологический дебрифинг может проходить в форме индивидуальной и групповой работы. Он представляет собой целенаправленную работу по переработке травмы и призван помочь клиенту интегрировать свой шокирующий, не укладывающийся в привычные схемы сознания опыт, *но уже после того, как травматическое событие завершилось*. Психологический дебрифинг рекомендовалось проводить вскоре после травматического события. Обычно он включает три основные ступени: 1) «вентиляция» — возможность поделиться мыслями и чувствами с другими людьми, получить поддержку; 2) воспроизведение того, что

случилось во время травматического события, некоторое когнитивное структурирование происшедшего, укрепление чувства безопасности и поддержки в настоящем; 3) мобилизация ресурсов, проработка перспективы.

Выделяется две основные формы дебрифинга: дефьюзинг и собственно дебрифинг. Дефьюзинг представляет собой короткую встречу (20–45 минут) группы людей, переживших тяжелый стресс, он проводится по возможности быстрее после пережитой травмы. Дефьюзинг часто проводится не профессионалами-психологами, а теми, кто имел сходный опыт и смог его переработать. Он включает три ступени: 1) каждый должен представиться, формулируются цели встречи; 2) участники делятся пережитым опытом (чрезвычайно важно, что участие в группе является добровольным и участникам предлагается говорить и делать только то, к чему они готовы); 3) информационная или психообразовательная часть, во время которой лидер группы рассказывает пострадавшим от тяжелого стресса о типичных реакциях на него. Цель этой части — убедить участников, что они остаются нормальными людьми с нормальными реакциями на ненормальные обстоятельства.

Формальный дебрифинг применяется реже. Это тоже групповая встреча, которая обычно продолжается 2–3 часа, на которой восстанавливаются детали того, что произошло, реакции и трудности каждого. Такой дебрифинг предполагает профессионального лидера, так как на него собираются люди, у которых возникли заметные проблемы с переработкой травматического опыта. Дебрифинг также призван подкрепить идею о том, что реакции большинства — нормальны для таких ненормальных событий, хотя и могут казаться признаками болезни.

Необходимо подчеркнуть, что от окончательных выводов относительно возможности применения дебрифинга как средства первой помощи при тяжелом стрессе большинство авторов воздерживается, так как исследования эффективности противоречивы. Бесспорно одно — участие должно быть исключительно добровольным и во время сессии не должно оказываться никакого давления на участников в плане побуждения говорить. Влияние дебрифинга может быть негативным, если люди принуждаются к обсуждению, когда они к этому еще не готовы. Важно также, что дебрифинг не считается психотерапией и не должен подаваться таким образом. Это психологическая помощь обычным здоровым людям, попавшим в ненормальную, тяжелую ситуацию. Цели дебрифинга — эмпатическая поддержка и нормализация их реакций в сознании самих участников. Цели дебрифинга основаны на современных представлениях о механизмах переработки и интеграции травматического опыта. Под сомнение ставится необходимость ранних интервенций и вообще необходимость специальной помощи во всех без исключения случаях. Специалисты склоняются к тому, что на первых этапах необходима психообразовательная работа, в том числе с ближайшим окружением больного, которое, в случае адекватного поведения, и является важнейшим источником психологической поддержки и помощи.

Попытаемся сформулировать наиболее общие рекомендации ученых, соответствующие последним данным и наблюдениям.

Рекомендуемые психологические интервенции в первые недели после травмы

В первые недели после травмы людям может быть предложена «первая психологическая помощь». При этом на ранних стадиях переработки травмы не рекомендуется применение каких-либо специальных психологических техник. Основные рекомендации:

1. удовлетворение физических нужд и создание физического комфорта;
2. создание атмосферы безопасности;
3. оказание практической помощи в организации повседневной жизни с целью разгрузки;
4. обеспечение контакта с теми людьми, которые могут быть источником комфорта в его жизни (семья, друзья, духовно близкие люди);
5. фасилитация любых форм контакта с приятными и любимыми людьми;
6. образовательная работа — нормализация типичных постстрессовых реакций (см. выше), которые могут казаться пугающими и расцениваться как признаки душевного надлома или психического расстройства;
7. поддерживать выдвижение реальных жизненных задач и помогать в расстановке приоритетов на ближайшее время (что сейчас можно начать делать? С чего лучше начать?);
8. говорить с травмированным человеком о том, о чем ему самому хочется говорить, не форсировать его рассказ о пережитой травме.

Любое обсуждение травмы должно включать на первом этапе только то, что сам человек хочет обсуждать. Специалистам не рекомендуется стимулировать пережившего травму воспроизводить и повторять события, а скорее следовать за ним, выслушивать то, что он хочет сказать, не перегружая вопросами и информацией. В то же время не следует избегать этих рассказов, важно дать травмированному возможность свободно высказываться и поддерживать его в этом, проявляя заинтересованность и понимание. При этом специалист должен соблюдать оптимальный баланс между сочувствием, эмоциональной вовлеченностью и оптимальной дистанцией, чтобы быть способным контейнировать тяжелые чувства и пугающие детали и создать у травмированного ощущение того, что он (специалист) способен вынести его рассказ и чувства. Таким образом, элементы дебрифинга имеют место, но в мягком, предельно индивидуализированном варианте.

Одним из центральных моментов профилактики хронификации дистресса и возникновения ПТСР является нормализация переживаний. А. Элерс и Д. Кларк приводят список оптимальных и дисфункциональных реакций на типичные симптомы после тяжелого стресса. Первые ассоциируются со спонтанным постепенным освобождением от дистресса и возвращением к обычному режиму функционирования психики и организма, вторые — с хронификацией дистресса и возможным развитием посттравматического стрессового расстройства.

Ситуация 1 — ночной кошмар. Реакция: 1) «кошмары могут иметь место после такого стресса»; 2) «я никогда не смогу больше нормально спать».

Ситуация 2 — разговор с другом, который лучше справился со стрессом. Реакция: 1) «у каждого свой темп, я тоже скоро справлюсь с этим»; 2) «эта травма изменила меня навсегда, я никогда не буду нормальным человеком».

Ситуация 3 — приглашение на прогулку или в гости. Реакция: 1) «даже если не хочется, следует пойти — это поможет мне лучше справиться с тем, что произошло»; 2) «мне будет хуже, если я пойду, лучше остаться дома».

Ситуация 4 — поход в театр или другое место, где много людей в закрытом помещении. Реакция: 1) «со мной может что-то случиться, в толпе могут быть террористы — ничего, это обычный концерт, вероятность теракта ничтожна по сравнению с вероятностью автомобильной аварии, а в машине я езжу без страха»; 2) «я не могу здесь находиться, в любую минуту может что-то произойти, мне плохо — лучше уйти отсюда».

Ситуация 5 — на встрече с друзьями, где есть алкогольные напитки. Реакция: 1) «алкоголь не поможет мне лучше справиться, а даст лишь кратковременное забытие, надо вовремя остановиться, ведь мне ехать домой»; 2) «надо выпить еще, чтобы хоть на какое-то время забыть все это и отдохнуть от этих мыслей».

Ситуация 6 — чтение газеты или обсуждение ситуации в стране. Реакция: 1) «мир никогда не был безопасным местом, сейчас это коснулось и меня, бабушка рассказывала мне, как их везли в лагерь в Сибирь в вагонах без туалета, почти без еды и без всякой надежды вернуться, она пережила это, значит, могу пережить свою травму и я»; 2) «здесь жить нельзя, мы все под колпаком, опасность грозит со всех сторон».

Наличие выраженных и стойких дисфункциональных реакций (описаны под номером 2) можно считать показанием для профилактической психологической работы, направленной на перестройку этих представлений на более конструктивные и способствующие совладанию.

Приложение 1. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей

Все дети и подростки, пережившие стрессовые события (stressful events), которые могли повлиять на них как эмоционально, так и физически. Их реакция на стресс обычно непродолжительна, и они приходят в себя без последующих проблем. У детей и подростков, переживших катастрофу, могут быть поведенческие затруднения, известные как посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD). К стрессовым или травматическим событиям относят ситуации, в которых жизнь человека подвергается опасности, или имеют место тяжелые повреждения (например, они могут быть жертвой или свидетелем физического или сексуального эбьюза (оскорбление, надругательство, злоупотребление), насилия — дома или в общественном месте, автокатастрофы, стихийного бедствия (такого как наводнение, пожар, землетрясение), или у них диагностировано угрожающее жизни заболевание. У детей риск развития PTSD зависит от степени серьезности травмы, была ли травма повторяющейся (repeated) и отношений (relationship) ребенка и жертвы.

Сразу после перенесенной травмы у ребенка могут наблюдаться возбужденное или беспорядочное поведение. Они могут испытывать интенсивные чувства страха, безнадежности, гнева, печали и отрицания. У детей, которые пережили повторную травму, может развиться своеобразное эмоциональное оцепенение, достигающее до бесчувствия, или блокировка страдания и травмы. Дети с PTSD избегают ситуаций и мест, которые напоминают им о травме. Они также могут быть менее отзывчивыми, эмоционально подавленными, отсутствующими и более отстраненными от этих чувств.

Дети с PTSD могут также воспроизводить травматические события:

- в постоянных воспоминаниях о событии; маленькие дети в играх часто снова и снова повторяют целиком или частично травматическое событие;
- действуя и чувствуя так, как будто происшествие происходит снова (продолжает происходить);
- развиваются повторяющиеся физические или эмоциональные симптомы, которые появляются тогда, когда ребенок вспоминает о травматическом событии.

У детей с PTSD могут также наблюдаться следующие симптомы:

- боязнь умереть в молодом возрасте;
- потеря интереса к деятельности;
- физические симптомы, такие как головная боль или боль в животе;
- неожиданные и слишком сильные эмоциональные реакции;
- трудности с засыпанием или бессонница;
- вспышки раздражительности или гнева;
- трудности сосредоточения внимания;
- регрессивное поведение (поведение, характерное для детей более младшего возраста, например, цепляющееся или хныкающее поведение, сосание большого пальца);
- повышенная бдительность;
- повторение поведения, которое напоминает о травме.

Симптомы PTSD могут сохраняться от нескольких месяцев до нескольких лет. Наилучшее решение проблемы — предупреждение травмы. Однако если травматическое событие все-таки случилось, необходимо раннее вмешательство. Важна поддержка со стороны родителей, школы, сверстников. Необходимо поместить пострадавшего ребенка в место, дающее чувство безопасности. Психотерапия (индивидуальная, групповая или семейная) полезна тем, что позволяет детям проговорить, проиграть, нарисовать или написать о травматическом событии. Техники модификации поведения и когнитивная терапия могут помочь избавиться от страхов и беспокойства. Для работы с возбуждением, тревогой или депрессией могут также применяться лекарственные средства.

Детские и подростковые психиатры могут быть привлечены для диагностики и лечения детей с PTSD. Окруженные вниманием и поддержкой семьи и специалистов, эти дети могут научиться справляться с воспоминаниями о травме и вернуться к здоровой и продуктивной жизни.

Приложение 2. Как помочь подросткам справиться со стрессом

По большей части подростки испытывают стресс, когда они воспринимают ситуацию как опасную, сложную, болезненную, и нет ресурсов, чтобы справиться с ней. Некоторые подростки «загружены» стрессом, и неадекватные способы борьбы со стрессом могут привести к тревоге, избеганию, агрессии, физической болезни или таким способам справиться со стрессом, как алкоголь и наркотики.

Когда мы воспринимаем ситуацию как сложную или болезненную, в нашем теле возникают изменения, которые призваны подготовить нас к реакции на опасность. Этот ответ по типу «бороться или застыть» включает в себя учащение сердцебиения и дыхания; приток крови к мышцам рук и ног; холодные или влажные кисти рук и ступни; расстройство желудка и чувство ужаса.

Тот же механизм, который запускает реакцию на стресс, может и прекратить ее. Как только мы решаем, что ситуация больше не представляет опасности, тело расслабляется и успокаивается. Эта «расслабляющая реакция» включает уменьшение частоты сердечных сокращений и дыхания и ощущение благополучия. Подростки, которые развивают у себя эту «расслабляющую реакцию» и другие навыки, помогающие справиться со стрессом, чувствуют себя не такими беспомощными и у них больше способов реагировать на стресс.

Родители могут помочь своим детям так:

- замечать состояние ребенка: как влияет ли стресс на здоровье, поведение, мысли и чувства подростка;
- внимательно выслушивать подростка и замечать его погруженность в стрессовые обстоятельства;
- учить навыкам совладания со стрессом;
- поддерживать вовлеченность в спортивные и другие социально-направленные дела.

Подростки могут уменьшить стресс с помощью такого поведения и таких техник:

- регулярно есть и заниматься физическими упражнениями;
- избегать злоупотребления кофеином, которое может усилить чувство тревоги и ажитацию;
- избегать наркотиков, алкоголя и табака;
- учиться расслабляющим упражнениям;
- развивать навыки проявления уважения к людям и уважения к себе. К примеру, облекать свои чувства в вежливую форму, выразить их не слишком агрессивным образом, но и не бездействием («Я злюсь, когда ты кричишь на меня», «Пожалуйста, перестань кричать»);
- проигрывать ситуации стресса, практиковаться в выборе своей реакции. Например, если выступление перед всем классом порождает тревогу, можно начать занятия по риторике;
- учиться конкретным навыкам, как справляться со стрессом, например, разбивать большое задание на более мелкие, более доступные задания;
- уменьшать негативные обращения к самому себе: пробовать сменить негативные мысли по поводу себя на альтернативные — нейтральные или

положительные. «Моя жизнь никогда не станет лучше» может быть переделано в «Я чувствую безнадежность сейчас, но, вероятно, моя жизнь будет лучше, если я поработаю над этим и получу какую-то помощь»;

- устраивать отдых от стрессовой ситуации: слушать музыку, разговаривать с другом, рисовать, писать, проводить время с домашними животными — все эти виды деятельности могут уменьшить стресс;
- создать сеть друзей, которые помогут тебе справляться со стрессом позитивным образом;

Используя все эти способы, подростки могут начать справляться со стрессом. Если подросток говорит или проявляет какие-то признаки чрезмерного стресса, может помочь консультация с детским и подростковым психиатром или квалифицированным специалистом по психическому здоровью.

Приложение 3. Ребенок и горе

Когда умирает член семьи, дети реагируют на это не так, как взрослые. Дошкольники обычно видят смерть как временное и обратимое явление, что подтверждается героями мультфильмов, которые умирают и оживают снова. Дети между 5 и 9 годами начинают думать о смерти, как взрослые, но все равно верят, что это никогда не произойдет ни с ними, ни с их близкими.

К детскому шоку и потрясению от смерти брата, сестры, родителя добавляется и то, что другие члены семьи сами потрясены горем и не в состоянии справиться с нормальной заботой о ребенке.

Родители должны знать нормальные детские реакции на смерть в семье, так же как и признаки того, что ребенок не справляется с горем. По мнению детских психиатров, для некоторых детей является нормальным в течение нескольких недель после смерти близкого чувствовать острое горе или упорствовать в убеждении, что этот близкий жив. Однако длительное отрицание смерти или избегание горя может быть эмоционально нездоровым и позднее привести к более серьезным проблемам.

Если ребенок боится идти на похороны, его не надо принуждать, можно почтить память человека по-другому — зажечь свечу, произнести молитву, пересмотреть фотографии, рассказать какую-нибудь историю. Все это может оказаться полезным.

Однажды ребенок принимает смерть, и ему в течение долгого времени нужно выражать вовне свою печаль, часто это происходит в неожиданные моменты. Живые родственники должны проводить как можно больше времени с ребенком и поддерживать ребенка в уверенности, что он может выражать свои чувства открыто и свободно.

Человек, который умер, был нужен для сохранения стабильного мира ребенка, и нормальной реакцией является гнев. Гнев может проявляться в дерзких играх, ночных кошмарах, раздражительности, в каком-то другом поведении. Часто ребенок проявляет гнев по отношению к живым родственникам.

Когда умирает родитель, многие дети ведут себя так, как будто они младше своего возраста. Они временно становятся более инфантильными, требуют пищи, внимания, ласки, говорят, как маленькие. Маленькие дети верят, что они являются причиной происходящего вокруг. Маленький ребенок может быть уверен, что близкий умер потому, что он, ребенок, «пожелал» родственнику смерти, когда был зол. Дети чувствуют вину, обвиняют себя, потому что пожелание «сбылось».

Дети, у которых есть серьезные проблемы с горем и утратой, могут проявлять это так:

- длительный период депрессии с утратой интереса к прежним делам и жизненным событиям;
- невозможность спать, потеря аппетита, продолжающийся страх оставаться одному;
- долгий период ведет себя как ребенок младшего возраста;
- много раз повторяет, копирует своим поведением умершего;
- повторяет утверждение о желании присоединиться к умершему;
- избегает друзей;
- резко выпадает из школьных дел или отказывается ходить в школу.

Эти тревожные знаки свидетельствуют о возможной необходимости профессиональной помощи. Детской психолог или психиатр может помочь принять смерть и дать советы живым родственникам — как помогать ребенку оплакивать потерю.