

УДК 616.89

М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока
СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ
ТЯЖЕЛУЮ КРИЗИСНУЮ СИТУАЦИЮ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: психодинамическая психотерапия, психические нарушения у пострадавших при ЧС, преодоление стрессовой ситуации

Многоплановая проблема безопасности человека в современном мире с каждым днем обостряется все больше и больше. Информационные агентства часто приносят сообщения о чрезвычайных ситуациях (ЧС) самого разного происхождения, многие из которых сопровождаются значительными разрушениями материальных объектов и человеческими жертвами.

При этом само понятие «чрезвычайная ситуация» (- ЧС) трактуется как такая совокупность обстоятельств негативной направленности, при которой внезапно возникшие психотравмирующие (травматические) события социального, стихийного, биологического, техно-, антропогенного и др. происхождения представляют повышенную угрозу для интересов государства, собственности, жизни и здоровья населения определенной территории или проживающих на ней отдельных людей [1].

По утвердившемуся в теории медицины катастроф мнению, к числу наиболее существенных признаков ЧС относятся:

- внезапное резкое нарушение привычного образа жизни населения определенной территории или проживающих на ней отдельных людей;
- возникновение реальной угрозы состоянию их здоровья и жизни;
- возникновение или непосредственное осуществление угрозы нарушения экологической безопасности и общественного порядка;
- опасность нанесения или непосредственное нанесение ущерба как интересам государства, так и находящейся в его ведении собственности, а также личным и имущественным интересам социальных групп и/или отдельных лиц.

По степени своей локализации ЧС могут классифицироваться как отдельные, объектовые, местные, региональные и глобальные; по характеру возникновения - как производственные (на предприятиях промышленного и сельскохозяйственного назначения, атомных, тепло- и гидроэлектростанциях и т.д.; наиболее характерный пример - авария на Чернобыльской АС 26 апреля 1986 г.), транспортные (авиакатастрофы, автомобильные и железнодорожные аварии, аварии на метрополитенах, аэродромах, космодромах, кораблекрушения и т.д.), стихийные (вызванные такими непреодолимыми природными факторами, как наводнение, землетрясение, оползни, бураны, ураганы, смерч, удары молнии, шторм, извержения вулканов, цунами и т.д.), социальные и специфические (военное

положение, локальные вооруженные конфликты, теракты, захват заложников, пожары, взрыв на улице, утечка газа вследствие неисправности соответствующего технологического оборудования, азартные игры (мошенничество) и т.д.); по масштабам - как малые, средние и большие.

Считаем необходимым отметить, что в научной психологической и медицинской литературе последних лет наряду с термином «чрезвычайная ситуация» все чаще используется такой термин, как «тяжелая кризисная ситуация» (ТКС), в котором акцент делается на негативных психических последствиях у лиц, ставших свидетелями, жертвами или участниками того или иного психотравмирующего события, например, трагического происшествя, катастрофы и т.д.

Как отмечается в датированных 2001 г. документах, подготовленных экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЧС относятся к числу основных причин, приводящих к ухудшению состояния психического здоровья, возникновению и распространению психических расстройств. В частности, у 30-50,5% пострадавших при ЧС наблюдаются переживания тревожного спектра, повышенная эмоциональная возбудимость, депрессии; более 70% - испытывают стойкие нарушения сна, панические расстройства, трудно переносимые головные боли и т.д. Согласно результатам выполненных в последние годы исследований, ЧС вызывают практически двукратное увеличение числа лиц с психическими расстройствами невротического уровня, с такими агрессивными формами поведения, как убийства и самоубийства [2].

В контексте психодинамической психотерапии названные и многие другие психические нарушения, возникающие у лиц, перенесших ТКС, рассматриваются как посттравматическое стрессовое расстройство (- ПТСР) и связываются с таким психогенным фактором, как стресс. К слову, за последние десятилетия объем понятия «стресс» претерпел определенные изменения. Так, если прежде его рассматривали как обширный круг психических состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия окружающей среды [3], то в настоящее время утвердилось точка зрения, согласно которой оно трактуется и как стресс-провоцирующее событие и соответствующее травматическое «стрессовое» переживание [2].

Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома в современной науке присвоено наименование «эмоциональный стресс» (ЭС), под которым пони-

маются аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и психотравмирующих факторов, что связано с вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое в совокупности с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей ЭС может стать причиной серьезных психических расстройств, а при неоднократном повторении или большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. Клиническая практика свидетельствует, что первичные психические расстройства, возникающие при ЭС в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови и др.

ЭС по своему происхождению, как правило, социальны, и устойчивость к ним у разных людей различна. Замечено, что стрессовые реакции на психосоциальные трудности представляют собой не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение. В своем крайнем проявлении психические последствия ЭС находят выражение в ПТСР [4].

С точки зрения психодинамической психотерапии, стресс становится травматическим тогда, когда результатом воздействия вызывающего его фактора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. При этом, согласно существующим концепциям, у пострадавшего нарушается структура самости, когнитивная модель мира, аффективная сфера/неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора здесь выступают психотравмирующие события, то есть ТКС, обладающие мощными негативными последствиями, ситуации угрозы для жизни самого пострадавшего или значимых для него близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности у лиц, перенесших ТКС, вызывая у них переживания ЭС, психологические последствия которого разнообразны.

Имеющийся в нашем ОКПНБ-МПЦ опыт психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, однозначно свидетельствует о необходимости учитывать все вышесказанное в процессе повседневной работы с

пациентами названной категории. Данный опыт находит свое практическое применение не только в условиях клиники, но и непосредственно в процессе ликвидации последствий ЧС как в населенных пунктах, так и за их пределами, где применяется специалистами сформированных при ОКПНБ-МЧС 12 психолого-психиатрических и психотерапевтических бригад постоянной готовности, функционирующих при центральных городских больницах №№1,3,6,9,11,17,18,20,24,25,26,27. Эти специализированные бригады находятся в постоянной готовности к выезду на место ЧС для оказания профильной помощи пострадавшим.

Данный опыт базируется на основных положениях работы И.Реддемманн [5], в центре которой находится метод психодинамической имажинативной травматерапии (ПИТТ), фактически представляющий собой комбинацию значимых для травматерапии позиций психотерапевта и применяемых им методов психотерапии, заимствованных из различных психотерапевтических концепций.

Базовая позиция ПИТТ, как известно, основывается на способности человеческого организма к саморегуляции, при помощи которой он в сочетании с системой отношений может сам организовать свое излечение. Как правило, психотерапевтическая поддержка необходима лишь в тех случаях, когда появляются устойчивые симптомы, с которыми перенесший ТКС не в состоянии справиться самостоятельно. При этом за основу берется образ человека, находящийся между повседневным функционированием и гуманистическим единством. В силу этого человек рассматривается как способный к развитию, социально опосредованный и духовно неразрушимый индивидуум. Под стабильными и защищающими условиями И.Реддемманн понимает профессионально допустимую доступность психотерапевта в рамках рабочего союза, который следует постоянно контролировать, а также необходимость обеспечения безопасности в рамках психотерапевтической ситуации и вне ее.

Это означает, что перенесший ТКС привлекается к принятию решений о последующих психотерапевтических шагах, после того как его проинформируют о процессе травматизации, теоретических и практических мотивах в отношении того или иного образа действий, а также о психотерапевтических концепциях, лежащих в основе таких действий.

Практика показывает, что вместо подгонки психотерапевтических вмешательств под определенную психотерапевтическую концепцию целесообразнее применять гибкий, лишенный догматизма подход к способностям перенесшего ТКС и его потребностям, который позволяет психотерапевту ориентироваться при выборе методов. При этом полезна установка на самые различные концепции, для чего рекомендуется использование разнообразных психотерапевтических инструментов и творческое их использование психотерапевтом. Следует учитывать, что существует потен-

циал к ретравматизации, поэтому регрессия не поощряется, а идентифицируется как состояние “Я” и регулируется во многом за счет одновременной активизации взрослого, родительского компонента личности перенесшего ТКС, который может ориентироваться на определенную модель, предлагаемую ему психотерапевтом. Наиболее действенными в таких случаях оказываются акцент на рабочие отношения и акцент на когнитивные коммуникационные пути.

Перспектива ориентации на ресурсы, которая отдает предпочтение существующим сильным сторонам личности перенесшего ТКС, имеющимся у него способностям и стратегиям выживания, не занижая при этом его слабых сторон и последствий перенесенных им психических травм, требует, в первую очередь, позитивной коннотации и признания всех симптомов в качестве необходимых стратегий выживания, не имеющих альтернатив в момент возникновения психической травмы.

Методика ПИТТ. Как известно, в ПИТТ не существует ориентации на процесс, т.е. психотерапевтические действия не определяются материалом, спонтанно генерируемым пациентом, поскольку такой материал часто может приводить к повторной инсценировке травматических переживаний. ПИИТ в гораздо большей степени ориентируется на четырехкомпонентную модель взаимообусловленных фаз, которая одновременно и опирается на структуру травматического процесса, и учитывает естественное протекание процесса выздоровления. На этом базируется и опыт применения данной модели в нашем ОКПНБ-МПЦ для лечения перенесших ТКС.

1. Вводная фаза связана с установлением контакта между психотерапевтом и перенесшим ТКС, налаживанием рабочего союза, психодиагностикой и анамнезом. Последние начинаются с восприятия сигналов повышенного стресса на психотерапевтических сеансах. Предположительные диагнозы и гипотезы высказываются только в той форме, которая не приводит к активизации травматических переживаний. Целесообразно отказаться от диагностики в распространенном смысле слова и обращаться преимущественно к актуальным симптомам стресса и возможности вместе с перенесшим ТКС повлиять на его смягчение в рамках существующей ситуации и, таким образом, продемонстрировать опыт самоэффективности пациента. При этом желательно полностью отказаться от использования понятия “травматизация” и от таких диагностических методов, как тесты. Тем не менее, существует необходимость определения симптоматического поведения перенесшего ТКС по циклам переработки им психической травмы для понимания наблюдаемых симптомов и оценки его стабильности. Для того, чтобы избежать обострения ретравматизации вследствие проработки травматического материала, перенесший ТКС и психотерапевт в рамках своего рабочего союза вырабатывают определение цели, которое позволяет постоянно ориентировать фокус на

существующие ресурсы. Контролируемые цели отдельных этапов процесса лечения дают возможность приобретения опыта пошагового движения по пути переработки последствий психической травмы, который зачастую длится долго и дается тяжело.

2. Фаза стабилизации с установлением внешней и внутренней безопасности перенесшего ТКС при помощи психовоспитания, техник стабилизации и саморегуляции, а также его обучения имажинации и работы с внутренними компонентами. Опытным путем установлено, что благодаря психовоспитанию происходит когнитивное просвещение перенесшего ТКС об этапах процесса лечения и лежащих в их основе результатах теоретических и практических исследований, что подчеркивает форму рабочего союза, в котором он поощряется к тому, чтобы активно принять на себя ответственность за себя самого. С другой стороны, такой подход противодействует программе “выученной беспомощности”, которая представляет собой одно из самых распространенных последствий психической травмы. При амбивалентной мотивации перенесшего ТКС шагом, предшествующим всем остальным интервенциям, является выработка стабильности в форме «внутреннего многообразия мотиваций». Это относится как к внутренней агрессии, так и к внешней ситуации перенесшего ТКС. Поддержку “Я” перенесшего ТКС оказывают и ориентация на ресурсы и их генерация, подтверждение и развитие существующих у него способностей к восстановлению, а также его обучение различным модификациям поведения и контролю над аффектами. Усиление и стабилизация “Я” перенесшего ТКС может заключаться и в том, что психотерапевт временно принимает на себя роль помогающего “Я”, поддерживая своего подопечного, воспринимая его потребности и серьезно относясь к ним, включаясь в их реализацию. Следующая функция помогающего “Я” осуществляется в форме модели, на основе которой перенесший ТКС на конкретном примере может ознакомиться с различными возможностями поведения и интериоризировать их. К этому относятся техники самоуспокоения и дистанцирования от психических волнений:

- обучение технике использования прерывающих раздражителей;
- контролируемая диссоциация, например, при помощи техники наблюдателя, при которой перенесшему ТКС, захлестнутому состоянием, вызывающим стресс, противопоставляется профилирование внутренней инстанции, при которой посторонний внутренний свидетель как бы наблюдает за происходящим с нейтральной дистанции, лишённой эмоций;
- техника экранирования дополняет дистанцированную позицию постороннего свидетеля, добавляя еще один аспект самоуспокоения. При этом ТКС как бы проецируется на экран и «перематывается вперед и назад», а при необходимости и модифицируется;
- внутренняя сцена и внутренняя команда;
- закрепление безопасного или приятного места для

компонентов самости, испытывающих страдания или ощущающих угрозу;

- создание внутренних помощников.

Следует подчеркнуть, что стабилизация и усиление “Я” перенесшего ТКС обладают преимуществом перед всеми интервенциями, направленными на “вскрытие” проблем и конфронтацию с ними, так как без этого не может осуществиться конструктивная переработка психической травмы. В противном же случае постоянно будет иметь место усиление опыта поражения и бессилия.

3. Фаза конфронтации с психической травмой. В процессе реализации данной фазы нами используются контролируемая десенсибилизация, дистанцирование, способность многомерного восприятия для регулирования аффектов, дозирование экспозиции травматического материала, рестабиллизация. Лишь после того, как в достаточной мере произойдет овладение перенесшим ТКС стабилизирующими способностями и техниками, можно вводить сопровождаемые, контролируемые экспозиции травматического материала, не подвергая его опасности ретравматизации, причем необходимо согласовывать с ним темп, интенсивность и дозировку таких экспозиций. При этом часто проявляется необходимость конфронтации с компонентами, которые идентифицируются как виновники, а также необходимость их интеграции. Полное вовлечение таких компонентов представляет собой эффективную форму профилактики рецидива. В подобных случаях используются техники десенсибилизации.

4. Фаза интеграции, на которой у перенесшего ТКС появляется возможность грустить и печалиться, совместно с психотерапевтом изучать общечеловеческие стратегии преодоления конфликта и конструктивное обращение с негативными аффектами, заниматься проработкой таких тем, как самооценка и самопризнание. Психотерапевтическая задача заключается в поддержке действий и поступков пациента. Здесь находят свое место вопросы о смысле жизни и духовности. Только лишь после этого становится возможным начало процесса ретроспективного восприятия и принятия перенесшим ТКС травматических событий в качестве реальных моментов собственной биографии, что часто сопровождается сильными чувствами гнева и печали. Если такие шаги удастся осуществить, то нередко происходит примирение перенесшего ТКС с психической травмой и ее интеграция как части его собственной идентичности.

Позиция психотерапевта в отношениях с перенесшим ТКС

Общей целью здесь является двухфокусная реакция естественных процессов саморегуляции и восстановления гибкого динамического равновесия как во внутренних, так во внешних системах. Этот процесс осуществляется за счет базовой позиции психотерапевта, которая основывается на его уважении к перенесшему ТКС и самому себе. При сложных психических травмах рекомендуется долгосрочный курс лече-

ния, в рамках которого построение и поддержание доверительных отношений представляет собой фундаментальную базу для всех остальных процессов.

Расширение ресурсов и способностей пациента является основной линией применяемого нами психотерапевтического лечения перенесших ТКС. Как правило, оно реализуется преимущественно в рамках общего фокуса оживления и усиления субъективного позитивного опыта пациента.

Психотерапевт определяет свои предложения по статусу перенесшего ТКС в зависимости от фазы лечения. В качестве общих целей определяются новое усиление, саморегуляция, расширение ресурсов, десенсибилизация, прерывание замкнутого круга ретравматизации, созревание, локально-темпоральная дифференциация и осознанная интеграция.

Интегрированный подход при выборе методики лечения перенесшего ТКС

Как показывает практика, эффективность психотерапевтического лечения перенесшего ТКС повышается при интеграции нескольких психотерапевтических методов. Многие авторы сообщают об успешной комбинации психоаналитической, глубинно-психологической работы с экстернализацией и символизацией, с когнитивно-бихевиористическим расширением знаний о травме и способностью к саморегуляции, с семейно-системной интеграцией, гипнотически-имажинативными приемами и др. Нами, к примеру, успешно используются подходы, основанные на православной психотерапии.

Диагностические инструменты при работе с перенесшими ТКС включают в себя стандартизированные тестовые методы, дополнительное использование вербальных и невербальных сообщений, вплоть до кинезиологических мышечных тестов. Телесно-ориентированные методы, практикуемые нами, используют точное наблюдение за такими сигналами тела, которые дают указания на лежащее в основе энергетически-нейрональное состояние организма. Путем подробного анамнеза нами дифференцируется степень психической травмы и ее положение в двухфазном процессе травматизации между констрикцией и перевозбуждением. Решающим критерием при этом является степень диссоциации или степень осознания ее существования.

По нашему мнению, у лиц, перенесших ТКС на ранних стадиях психофизиологического развития или долгое время подверженных травматическому опыту, изначально необходимо сформировать и стабилизировать способности к ментализации и символизации. При этом мы исходим из того, что выработка дифференциации модуса эквивалентности и модуса “как будто” представляет собой основу последующей травмотерапии.

Психовоспитание и когнитивная активизация приводят к первой ориентации перенесшего ТКС и помогают ему наладить доверительные отношения с психотерапевтом. Когнитивная активизация, кроме того,

способствуя оживлению прерванных связей между различными “уровнями”, является одной из наиболее важных контрмер против обусловленной психической травмой ошибочной нейрональной переработки информации. Вербализация выполняет ту же функцию, так как в процесс ее реализации вовлекается речевой центр, исключенный во время травматической ситуации, и невыраженное переходит в символы. В телесно-ориентированной психотерапии эту функцию выполняют вербальное выражение или произнесение пациентом утвердительных предложений, а также их детальная речевая проверка.

Выводы

Рассмотренный в настоящей работе опыт применения метода психодинамической имажинативной психотерапии в процессе психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, свидетельствует о его достаточно высокой эффективности. В сочетании с другими практикуемыми психотерапевтическими методами он является действенным средством при ликвидации пси-

хических последствий ЧС как в условиях стационара, так и непосредственно на месте катастрофы, аварии и т.д. Отличаясь открытостью, он вполне может быть использован приверженцами всех без исключения психотерапевтических школ.

Литература

1. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. *Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии: Организационные, психодинамические, гендерные аспекты, душепопечительские аспекты* / Под ред. проф. М.П. Боро. – Донецк: Каштан, 2010. – 360 с.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. *Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций: Теория и практика*. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.; ил.
3. *Краткий психологический словарь* / Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
4. Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. *Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков*. – М.: ИД “Медпрактика - М”, 2008. – 144 с.
5. Reddemann L. *Eine Reise von tausend Meilen*. – 2004.

СУЧАСНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ КРИЗОВУ СИТУАЦІЮ

М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока

У публікації докладно висвітлюється накопичений авторами досвід застосування метода психодинамічної імажинативної психотерапії (ПІТТ) в процесі психотерапевтичного лікування осіб, які перенесли тяжку кризову ситуацію.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, психічні порушення у постраждалих при ЧС, подолання стресової ситуації

MODERN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AMONG PERSONS OUTLIVED HEAVY CRISIS SITUATION

M.P. Bero, R. Krause, S.Ya. Bero, E.G. Nikiforova, V.V. Soroka

In publications is in detail considered accumulated author experience using psychodynamic imagination therapy in process of the psychotherapeutic treatment of the persons, outlived become heavy crisis situation.

Keywords: psychodynamic psychotherapy, psychotic disorders among victims of Chernobyl station, overcoming of stress situation

УДК 612.821_615.851

А.Е. Табачников¹, В.С. Табачникова² БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Психопатологическая модель

Основным положением психопатологической модели бихевиоризма можно считать следующий тезис: многие психические расстройства можно описать как нарушения поведения, приобретаемые и поддерживаемые благодаря тем же механизмам, что и нормальное поведение. Симптом – это элемент поведения, возникший в результате ошибочного научения: случайного сочетания стимулов во времени или неправильного воспитания.

«За последние годы все более приобретает почву мнение, что многие из болезней, которым подвержена

личность, вызываются скорее недостатками и несовершенством со стороны поведения, чем каким-либо пороком в органическом механизме» [1].

Еще Павлов экспериментально сформировал невротический симптом у животного путем затруднения дифференцировки стимулов [2]. Основатель бихевиоризма Уотсон также продемонстрировал возможность вызывания **фобии** как условного рефлекса на ранее нейтральный стимул (классическое обусловливание), но уже у человека. Вместе с Р. Рейнер (Rosalie Rayner) они сформировали фобию белых мышей у 11-месячного младенца Альберта, который ранее их не